ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

RESÚMENES

RAMR 2019;Supl.:1-134
ISSN 1852 - 236X

47° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria Octubre-Noviembre 2019

COMUNICACIONES ORALES

O1 EVALUACIÓN DE LA INFLAMACIÓN DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA BRONQUIAL SEVERA

CAMARGO B[1]; KOFMAN C[1]; TEPER A[1]; ESCOBAR N[1]; CHANG D[1]; FERNANDEZ M[1]; KÖHLER T[1]; MARIN G[1]; SALVADO A[2]; ERNST G[2]

[1]Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, [2]Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas con diversos mecanismos fisiopatogénicos posibles. Determinar el perfil inflamatorio permite optimizar el tratamiento en los pacientes con asma grave.
Objetivos: Evaluar la celularidad en el esputo y otros marcadores de inflamación en pacientes con asma bronquial severa y correlacionarlos con diferentes grados de control de la enfermedad.
Materiales y Métodos: En un estudio prospectivo y transversal se incluyeron pacientes asmáticos entre 6 y 16 años en niveles 4 y 5 (GINA). Se excluyeron aquellos que en el último mes tuvieron exacerbaciones agudas, infecciones respiratorias o hubieran recibido corticoides sistémicos, y los portadores de otras patologías pulmonares crónicas, o con reflujo gastroesofágico diagnosticado. Se confeccionó una historia clínica, y se obtuvieron antropometría, cuestionario de control del asma (ACT), fracción exhalada del óxido nítrico (FeNO), hemograma, dosaje de IgE, espirometría, inducción y procesamiento del esputo y prick test cutáneos. Las variables continuas fueron expresadas como mediana y rango, y las cualitativas como porcentaje. Se utilizó el test de Mann Whitney para comparar los grupos.
Resultados: Ingresaron 48 pacientes, de los cuales fueron evaluados 38 (en 8 la inducción del esputo no fue efectiva y en 2 no se obtuvieron todos los datos de laboratorio). La edad fue de 11.8 años (7.1-16.8), 52.6% mujeres, el Z-score de índice de masa corporal fue 0.74 (-1.99-2.6), 15.8% tenían obesidad. El valor (% del teórico) de VEF1basal fue 85% (41-120), y su respuesta broncodilatadora fue 8%(-16-47), FeNO 28 ppb (1.4-118.6), IgE 767 UI/ml (21.2-3200), eosinófilos en sangre periférica 700 /mm^3 (100-1900) y eosinófilos en esputo 2.9% (0 -8). El 89.4% de los pacientes fueron atópicos, y 76.3% presentaban rinitis alérgica. Los patrones celulares encontrados en el esputo fueron eosinofílico (44.7%), paucigranulocítico (26.4%), mixto (21%), y neutrofílico (7.9%). Los eosinófilos en esputo correlacionaron significativamente con FeNO (r: 0.82).
Conclusiones: La celularidad del esputo inducido y otros marcadores de inflamación atópica permiten caracterizar los endotipos de los pacientes con asma severa. La eosinofilia en esputo se correlaciona significativamente con la FeNO y el valor de IgE sérica. Los pacientes con enfermedad no controlada presentan valores más elevados de FeNO, eosinófilos en esputo y respuesta broncodilatadora. El patrón celular que se asocia a control de enfermedad es el paucigranulocítico.

O2 IMPLICANCIA PRONÓSTICA DEL PORCENTAJE DE KI 67 EN LOS TUMORES CARCINOIDES BRONCOPULMONARES

PATANÉ A[1]; GUMAN G[2]; RAYÁ M[2]; ROSALES A[1]; RIVERO H[2]; ASTORINO W[3]; ROSENBERG M[1]

[1]Hospital de Rehabilitación María Ferrer / Instituto Médico Especializado Alexander Fleming, [2]Hospital de Rehabilitación María Ferrer, [3]Instituto Médico especializado Alexander Fleming

Introducción: La determinación de Ki67 no ha demostrado tener utilidad en la discriminación diagnóstica entre los tumores carcinoides. Sin embargo el comportamiento biológico de estos tumores es heterogéneo.
Objetivo: Establecer un punto de corte de KI67 para la población global de tumores carcinoides y determinar su implicancia pronóstica en supervivencia global y libre de enfermedad en ambos subgrupos histológicos.
Material y Métodos: Cohorte retrospectiva sobre 106 pacientes con diagnóstico de tumor carcinoide (OMS 2015) tratados quirúrgicamente. Para evaluar la asociación entre expresión de Ki-67 y la ocurrencia de eventos se realizó análisis de regresión lógistica y se construyeron curvas ROC para evaluar la capacidad predictiva global como por subgrupo histológico, identificándose el mejor punto de corte mediante el índice de Youden. Identificado este punto, se repitieron los análisis de regresión utilizando el Ki-67 como variable dicotómica (igual o mayor al punto de corte versus menor). Todos los tests son a dos colas y un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. El análisis se realizó con el programa R: A Language and Environment for Statistical Computing versión 3.5.1 (Viena, Austria)
Resultados: Los datos de ki-67 estuvieron disponibles en 63/106 pacientes (59.4%). El 60.3% (n = 38) eran mujeres, la media de edad en el momento del diagnóstico fue de 43.7 (SD 15.4) años, 25 (28.8%(eran tabaquistas). La mediana de ki-67 fue de 0.86 (RIQ 0.50-3.25). 40 (65.6%) presentaron diagnóstico de CT y 23 (34.4%) CA. No hubo diferencias significativas en la media de edad entre ambos subtipos histológicos (CT 41.8 ± 15.3 vs CA 46.9 ± 16.0 años; p = 0.252), la presencia de metástasis ganglionares N2 (12.8% vs 38.1%, p = 0.045), la tasa de recurrencia (2.5% vs 19%; p = 0.044) y la mortalidad específica por cáncer (0 vs 28.6%, p = 0.005) fue significativamente mayor en el grupo de los CA. La

mediana de ki-67 entre los CT fue de 0.63 (RIQ 0.44-1-93) vs 2.00 (RIQ 0.65-4.00) en CA (p = 0.005). El mejor punto de corte de Ki-67 en la curva ROC fue de 0.755 (AUC 0.279-0-857). Utilizando ese valor no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia global ni libre de enfermedad en aquellos pacientes con valores > = 0.755 o menores Al repetir el mismo análisis considerando sólo el subtipo histológico las diferencias fueron estadísticamente significativas (SG: CT vs CA, p = 0.0023: ILE CT vs CA: p = 0.001). Analizando el subgrupo de CA como el de peor pronóstico, se reiteró el análisis de probabildad de recaídas y muertes, según el valor de Ki 67, no hallándose significacia estadística en ambos casos.

Conclusiones: El mejor punto de corte de Ki 67 no ha demostrado valor predictivo en la población analizada. Los carcinoides atípicos presentan peor pronóstico independientemente del valor de Ki 67. El tipo histológico es la mejor variable predictora en el grupo de tumores carcinoides.

O3 RENDIMIENTO DE DIFERENTES SISTEMAS DE HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN TERAPIA DE OXÍGENO A ALTO FLUJO

VILLALBA D[1]; PLOTNIKOW G[2]; GOGNIAT E[3]; QUIROGA C[4]; PEREZ CALVO E[5]; SCAPELLATO J[4]

[1]Clínica Basilea-Capítulo de Kinesiología Intensivista-SATI, [2]Sanatorio Anchorena-Capítulo de Kinesiología Intensivista-SATI, [3]Capítulo de Kinesiología Intensivista-SATI, [4]Sanatorio Anchorena, [5]Clínica Basilea

Objetivo: Evaluar el rendimiento en términos de humedad absoluta, humedad relativa y temperatura de diferentes marcas de humidificadores de calentado (HC) y circuitos durante la utilización de oxigenoterapia a alto flujo (OTAF) en rangos convencionales (30-60 L/min) y no convencionales (70-100 L/min) según las recomendaciones.

Material y Método: Estudio observacional prospectivo. Para las mediciones se utilizó un termohigrómetro (Testo 605-H1). Como equipo generador de OTAF se utilizó un respirador microprocesado (Savina 300 de Dräger, Alemania). Para la humidificación activa se utilizaron un humidificador de calentado Cloud (Mark SRL, Argentina) con circuito descartable estándar con trampa de agua, 3 humidificadores de calentado servocontrolados (MR850 de Fisher & Paykel [F&P], Nueva Zelanda; FL9000 de Flexicare, Gales; AQUAVent de Armstrong, Irlanda) y 7 circuitos con alambre calefaccionado (RT 202 F&P, Nueva Zelanda; Evaqua 2 F&P, Nueva Zelanda; Flexicare, Gales; AQUAVent de Armstrong, Irlanda; Intersurgical, Inglaterra; GGM, Taiwan; DAR, Italia). Se recolectaron datos de condiciones ambientales (temperatura en grados centígrados [T°], humedad relativa [HR] y humedad absoluta [HA]) del laboratorio durante cada medición y la T°, HR y HA resultantes de la aplicación de 8 flujos (30-100L/min).

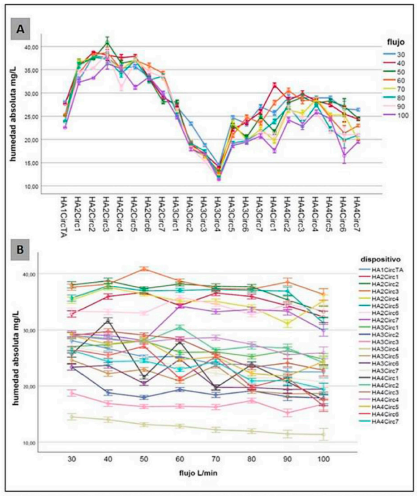
Se compararon las variables utilizando test ANOVA para mediciones repetidas con pruebas post hoc de Tukey. Se asume como significativo un valor de p

Resultados: La T° ambiental promedio del laboratorio fue de 21.6 (± 1.2 °C), con una HR del 44.8 (± 13.5%) y una HA de 8 (± 2.4) mg/L. Durante el estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa en el promedio de HA para cada flujo entre los diferentes equipos (p

Para flujos superiores a 50 L/min el mejor rendimiento para todos los flujos en términos de HA se encontró con el HC MR850 de F&P independientemente del circuito utilizado, Figura 1B.

Conclusión: Durante la terapia con oxígeno con flujos de gas muy elevados los humidificadores de calentado se comportan de diferente manera, siendo en muchos casos ineficientes para entregar una humidificación adecuada aún a flujos convencionales. En este sentido, se recomienda tener mucha cautela a la hora de seleccionar los dispositivos y flujos para la implementación de oxigenoterapia a alto flujo.

Figura 1. A: HA entregada por las diferentes combinaciones de equipos y circuitos a diferentes flujos. **B:** HA entregada a diferentes flujos en relación a las diferentes combinaciones de equipos y circuitos.



HA1: Humidificador de calentado Cloud; **HA2** Humidificador de calentado MR850 F&P; **HA3**: Humidificador de calentado Flexicare FL9000; **HA4** Humidificador de calentado AquaVENT Armstrong; **CircTA**: Circuito descartable convencional con Trampa de Agua; **Circ1**: Circuito de Alambre Calefaccionado RT202 F&P; **Circ2**: Circuito de Alambre Calefaccionado Evaqua 2 F&P; **Circ3**: Circuito de Alambre Calefaccionado DAR; **Circ4**: Circuito de Alambre Calefaccionado FLEXICARE; **Circ5**: Circuito de Alambre Calefaccionado INTERSURGICAL; **Circ6**: Circuito de Alambre Calefaccionado AquaVENT; **Circ7**: Circuito de Alambre Calefaccionado GGM; **T°C**: temperatura en grados centígrados; **HR**: humedad relativa en porcentaje; **HA**: humedad absoluta en mg/L.

04 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE EN ARGENTINA. 2018

GOMEZ L[1]; BOSSIO J[1]; HUSSEIN L[1]

[1]*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

Objetivo: Describir la notificación, resultado del tratamiento y mortalidad por Tuberculosis (TB) en menores de 20 años en Argentina.
Material y Método: Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados y las defunciones por TB en menores de 20 años. Se calcularon porcentajes y tasas específicas por 100000 habitantes para notificación y mortalidad por jurisdicción, edad y sexo. Se evaluó la tendencia en tramos mediante el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base *e* de la tasa de notificación y se expresó como Variación Anual Promedio (VAP), valor central e intervalo de confianza del 95%, con software JointPoint. Los datos de notificación se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia de Tuberculosis y los de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Para el cálculo de tasas se utilizaron las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Resultados: En 2018 se notificaron 2178 casos menores de 20 (18.7% del total), representando una tasa de 15,28 por 100000. 1039 fueron menores de 15 (8.9% del total), con una tasa de 9.47 por 100000 y 1139 fueron de 15 a 19 (9.8% del total), con una tasa de 32,42 por 100000. La tasa en varones (9.32 por 100000) y mujeres (9.62 por 100000) para menores de 15 no presentó diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,62$), en el grupo de 15 a 19 la tasa de notificación en varones (15.47 por 100000) fue mayor ($p = 0.012$) que en mujeres (14.58 por 100000). Veintitrés jurisdicciones notificaron casos menores de 15 y siete superaron la tasa nacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Salta, Formosa, Chaco, Jujuy, Buenos Aires y Chubut. Veintidós notificaron casos de 15 a 19 y seis superaron la tasa nacional: CABA, Salta, Buenos Aires, Jujuy, Formosa y Chaco. Corrientes y Neuquén tuvieron las tasas más bajas en menores de 15; y Neuquén y Catamarca en el grupo de 15 a 19. Salta y CABA tuvieron las tasas más altas en ambos grupos de edad. La tasa de notificación en menores de 20 descendió 64,9% desde 1980, con una VAP de -3.2% (-4.5;-1.9). Se encontraron tres segmentos: de 1980 a 1989, con una VAP de -5.3% (-7,8; -2.8); de 1988 a 2015, con una VAP de -3,5%(-3.9;- 3.0); de 2015 a 2018, con una VAP de 7,6% (-4,4; 21,2). La VAP para todo el período fue diferente por edad: -4,3% (-5.6; -3,0) en menores de 15 y -1,6% (-2,4; -0.7) de 15 a 19. El 23,5% de los menores de 20 notificados en 2017 no tuvo información del resultado del tratamiento, el 10,3% (13,4% de los casos con información) abandonó el tratamiento, 1.53% (2.0% de los casos con información) falleció. En la DEIS se registraron 27 muertes en 2017; una tasa de mortalidad de 0.19 por 100000, 5,6% mayor que en 2016.
Conclusiones: La notificación y la mortalidad por TB en menores de 20 aumentaron en los últimos años; el comportamiento fue diferente en menores de 15 y 15 a 19. El alto porcentaje de abandono del tratamiento y de falta de información de su resultado, hace necesario fortalecer las acciones para cumplir con las iniciativas internacionales para este grupo de edad.

05 TIMOMAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE

PATANÉ A[1]; VILA L[2]; GUMAN G[2]; RAYÁ M[2]; BASILE F[1]; ROSALES A[1]; RIVERO H[2]; MARTÍN C[1]; MENGA G[2]; POLERI C[2]; ROSENBERG M[1]

[1]*Hospital de Rehabilitación Respirtoria María Ferrer / Insituto Alexander Fleming,* [2]*Hospital de Rehabilitación Respirtoria María Ferrer*

Antecedentes: Los timomas se definen como tumores originados en las células epiteliales del timo y representan el tumor más frecuente del mediastino anterior, representando el 21 al 50% de todas las masas mediastinales anteriores de la población adulta. La incidencia global de esta patología es baja, y la mayoría de los pacientes oscilan entre los 40 a 60 años de edad al momento del diagnóstico, con igual distribución por sexo.
Objetivos: Describir las características clínicas, histológicas, quirúrgicas y oncológicas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de timoma tratados quirúrgicamente en dos centros especializados en patología torácica de la Ciudad de Buenos Aires y evaluar la posibilidad de implementar en forma retrospectiva la 8ª edición de estadificación TNM
Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los registros médicos de 162 pacientes con diagnóstico de timoma tratados quirúrgicamente en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer y el Instituto Médico especializado Alexander Fleming, desde enero 1972 hasta febrero 2019. Se analizaron las variables: edad, sexo, presencia de miastenia gravis , estadificación de Masaoka (1994), estadificación TNM (2015), Clasificación histológica (OMS 1999), tratamiento neoadyuvante con quimioterapia, tratamiento radiante post operatoria y evolución clínica de la miastenia gravis definida según la clasificación de Osserman modificada.
Resultados: 86 hombres (56%) y 75 mujeres (44%) fueron analizados; 9 de ellos perdidos de seguimiento. La mediana de la edad fue de 51 años (rango 13-85). El 88% de los pacientes analizados provenían del ámbito público. Si bien se observó una mayor proporción de estadíos I para ambos sistemas de estadificación, la distribución de frecuencias no alcanzó dignificacncia estadística. El síndrome paraneoplásico más frecuente fue la miastenia gravis (MG) y el 63% de los pacientes la presentaban al momento del diagnóstico. La mayoría de los pacientes miasténicos pertenecieron a la clasificación histológica B2 de la OMS (48%, $p = 0.04$) y si bien no se encontró una asociación significativa, el 67% de los pacientes miasténicos pertenecían a estadíos tempranos de masaoka-Koga ($p = 0.880$). 15 pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante para mejorar las posibilidades de resección y 74 (46%) casos recibieron RT postoperatoria . El 76% de los pacientes presentaron remisión o estabilidad de los síntomas luego del tratamiento qurúrgico y sólo 3/6 fallecieron a causa de crisis miasténicas en el postopratorio inmediato.
Conclusiones: En la serie de pacientes con diagnóstico de timoma presentada encontramos resultados similares a los ya descriptos: mayor frecuencia de timomas B2 y su asociación con Miastenia gravis. Los criterios histológicos de la cla-

sificación de OMS 2015, basados en las recomendaciones de ITMIG favorecen la precisión en la definición de subtipos. La implementación retrospectiva de la 8ª edición de estadificación TNM pone en evidencia la necesidad de estandarizar protocolos de estudios anatomopatológicos y quirúrgicos.

O6 TUBERCULOSIS PLEURAL Y VALOR DE ADA: DETERMINACIÓN DEL MEJOR PUNTO DE CORTE.

CARREÑO SAAVEDRA R[1]; SOUSA MATIAS D[2]; HERES M[1]; ASQUINEYER Y[2]; YUSTI G[1]; FIELLI M[1]; GONZÁLEZ A[2]; ZAPATA A[1]; BENITEZ R[1]

[1]Hospital Nac. A. Posadas, [2]Hospital Nac. A. Posadas

Introducción: La confirmación bacteriológica de la pleuritis tuberculosa es difícil, por el bajo rendimiento del cultivo del líquido pleural (LP), la cual aumenta con el cultivo de biopsia pleural (BP). Sin embargo la demora en obtener los resultados ha conducido a la implementación de otros métodos diagnósticos, como la determinación de adenosina desaminasa (ADA)
Objetivo: Analizar el punto de corte de ADA en pacientes con tuberculosis (TB) en nuestra Institución.
Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con derrame pleural (DP), en un período comprendido entre mayo 2016 a marzo 2019. Se excluyeron los pacientes con serología positiva para VIH. Los pacientes fueron agrupados en los siguientes diagnósticos: TB, neoplasia, paraneumónico o trasudado. Se efectuó determinación de ADA y cultivo de Koch a todas las muestras de LP. Además se estudiaron otras muestras respiratorias o extrapulmonares según el caso. El diagnóstico de TB fue definido como cultivo positivo en al menos una de las muestras enviadas o la respuesta al tratamiento empírico. Se realizó una curva ROC para establecer el mejor punto de corte para el diagnóstico de TB.
Resultados: Se recolectó información de 309 pacientes, 26 pacientes con serología positiva para VIH fueron excluidos. 83 pacientes tuvieron diagnóstico de TB. El promedio de edad fue de 53.
El mejor punto de corte obtenido para el ADA fue de 34.5, con una sensibilidad de 93% y una especificidad de 79%. El área bajo la curva (AUC) en la curva de ROC de 0.92.
En los pacientes de 40 o más años, el mejor punto de corte resultó de 53.5, por encima del obtenido para el total de la población en estudio, con un área bajo la curva sin diferencias estadísticamente significativas en la curva ROC con respecto al grupo total de pacientes (0.90) o al grupo de menores de 40 años (0.90).
Discusión: La ADA en LP se determina de forma rutinaria en países donde la prevalencia de TB como causa de DP es alta/moderada. En estos países, en los menores de 35 años la rentabilidad de la ADA es tan elevada que incluso se podría prescindir de la BP para el diagnóstico.
La determinación de la ADA tiene limitaciones. Al existir diversos métodos de determinación, los resultados pueden no ser extrapolables, lo que incidirá en la variabilidad de los puntos de corte utilizados. Por tanto, el punto de corte debería establecerse según los resultados de cada centro o, al menos, basándose en los estudios de poblaciones similares y con la misma metodología. Asimismo los valores de ADA también se elevan en diferentes patologías como empiema, artritis reumatoidea y linfomas
En nuestro país, de acuerdo a la Red Nacional de Bacteriología de la TB un valor de ADA ≥ 60U/l tiene una sensibilidad de 84% y una especificidad de 94% para el diagnóstico de TB.
Conclusión: En nuestra muestra se podría utilizar un menor punto de corte para el diagnóstico de TB, especialmente en los pacientes de menos de 40 años en donde el pretest es mayor.

O7 CRITERIO CUANTITATIVO DE COMIENZO DE TEST EN ESPIROMETRÍAS DE NIÑOS PREESCOLARES

BUSI L[1]; SLY P[2]

[1]Hospital de Trelew, [2]Children's Health and Environment Program, Queensland Children's Medical Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia

Introducción: El consenso ATS/ERS en función pulmonar en niños preescolares del año 2007 recomienda que toda curva espirométrica con un volumen extrapolado (VE) mayor a 80 ml o 12,5% de la capacidad vital forzada (CVF) debe ser re-inspeccionada.
Objetivo: Redefinir este criterio en un número mayor de niños que los que fue definido originalmente.
Material y método:
Realizamos espirometrías en 1008 niños (sanos y asmáticos) de 3,1 a 5,9 años de edad de acuerdo a los criterios de ATS, con una tasa de éxito de 84,3%. Definimos la media y desvío estándar (DE) de las variables espirométricas usuales, VE y VE/CVF(%). Se definió el porcentaje de niños con VE por encima de 80 ml y de 95 ml (nuevo límite elegido por curva ROC) así como el porcentaje de curvas aceptables que superaron estos límites. Se compararon variables espirométricas habituales de niños con VE ≤ 95 ml versus VE > 95 ml. Se determinó el porcentaje de niños con VE/CVF < 12.5% y se comparó entre diferentes edades con test de t.
Resultados: Ver gráfico 1 con los principales Resultados: 13% de los niños obtuvieron un VE mayor a 80 ml y en la re-inspección de sus curvas 47% fueron aceptables. Al definir un límite de VE de 95 ml sólo el 2,5% de los niños obtuvieron un valor mayor, con curvas aceptables sólo en un 3% de las descartadas con este límite. Los niños con un VE > 95 ml obtuvieron VEF 0.75 significativamente más bajos (0.61 ml versus 0,98 ml, $p < 0.01$). Más del 99% de los niños obtuvieron VE/CVF<12.5%, con una diferencia significativa entre los niños de 3.1-3.9 años versus 4.0-5.9 años, siendo posible entonces disminuir este límite especialmente en niños de 4 y 5 años de edad.
Conclusiones: Sugerimos cambiar el límite de VE de las curvas espirométricas de niños preescolares a 95 ml y reducir el límite de VE/CVF(%) en niños de 4,0-5,9 años de edad.

Gráfico 1. Principales resultados.

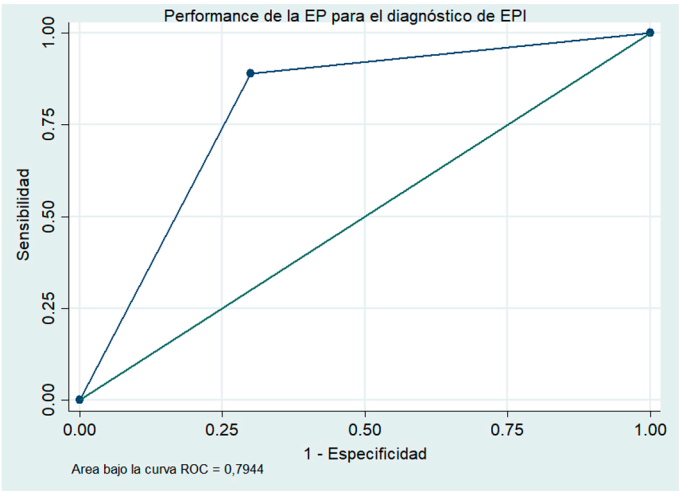
	Todos los niños	3,1-3,9 años	4,0-4,9 años	5,0-5,9 años
VE en ml (DE)	60 (16)	59 (18)	61 (12)	62 (19)
VE/CVF en % (DE)	5,5 (1.5)	6,6 (2.0)	5,2 (1.0)	4,8 (1.5)

O8 ECOGRAFÍA PULMONAR PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

OTAOLA M[1]; ROSEMFFET M[1]; MARTIRE V[1]; GASER A[2]; SCHNEEBERGER E[1]; CAZENAVE T[1]; QUADRELLI S[3]; PAGOTTO V[4]; CITERA G[1]

[1]Instituto de Rehabilitación Psicofísica de Buenos Aires, [2]Diagnóstico Médico, [3]Hospital Británico, [4]Hospital Italiano

Introducción: La ecografía pulmonar (EP) es un método no invasivo, preciso, de bajo costo y no ionizante. Su uso en la evaluación de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) consiste en la detección y cuantificación de las líneas B y de irregularidades pleurales; hallazgos que han demostrado buena correlaciona con signos de fibrosis por tomografía computarizada de alta resolución (TACAR). El rol de la ecografía pulmonar en el diagnóstico de la EPI asociada a la artritis reumatoidea (AR) ha sido poco estudiado.
Objetivo: El objetivo principal del presente estudio es evaluar la precisión diagnóstica de la EP para el diagnóstico de EPI asociada a AR.
Métodos: Estudio de corte transversal de pacientes consecutivos mayores a 17 años evaluados por neumología (cualquier motivo de consulta) en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica de Buenos Aires (IREP) entre marzo y diciembre del 2017. Se excluyeron los pacientes con situaciones clínicas que invalidan el uso de la EP. A todos los pacientes se les realizó EP por operadores ciegos a los resultados de la TACAR y a la historia clínica o antecedentes del paciente. La TACAR fue considerada el *gold stardard*. El intervalo de tiempo entre ambos estudios fue < a 30 días. La EP se realizó analizando 14 áreas en cada paciente (4 por lado en posición supina para evaluar la región anterolateral y 3 por lado en posición sentada para evaluar la región posterior), constatándose en cada una de ellas el número de líneas B y la presencia de irregularidades pleurales. Se consideró EP positiva para EPI cuando la sumatoria de líneas B fue ≥ 5 y/o existieran irregularidades pleurales en ≥ 2 sitios. Se reporta la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva ROC de la EP para el diagnóstico de EPI con sus respectivos IC 95%.
Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, 34 (89,5%) mujeres, mediana de edad 59 (49-68) años. La mediana desde el diagnostico de AR a la inclusión en el estudio fue de 10 (2.9-20) años. Los motivos principales de derivación a neumología fueron disnea, rales velcro y tos en 16 (42.1%), 13 (34.2%), 9 (23.7%) pacientes, respectivamente. Un total de 18 (47.4%) pacientes tuvieron diagnóstico de EPI confirmada por TACAR. Todos los pacientes pudieron realizarse la EP. La sensibilidad y especificidad de la EP fue de 88.9% (IC 95% 65.3%-98.6%) y 70.0% (IC 95% 45.7%-88.1%), respectivamente. El valor predictivo positivo fue de 72.7% (IC 95% 49.8%-89.3%) y el valor predictivo negativo fue de 87.5% (IC 95% 61.7%-98,4%). El área bajo la curva ROC fue de 0.79 (IC 95% 0.67-0.92), Figura.
Conclusión: La EP presenta aceptable sensibilidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico de EPI en pacientes con AR. La misma podría utilizarse en el consultorio para identificar pacientes con AR en quienes no sería necesario realizar una TACAR.



O9 EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE TUBERCULOSIS MEDIANTE EL USO DE BIOLOGÍA MOLECULAR (GENE-X-PERT) EN UN HOSPITAL PUBLICO DE C.A.B.A

YERNAZIAN M[1]; ARMITANO R[2]; ALFONSO C[1]; MARCHETTI E[2]; CORDOMA N[2]; SALDARINI F[1]

[1]Htal. Donación Francisco Santojanni, [2]Htal. Parmenio Piñero

Objetivo: El desafío que planteó la O.M.S. en 2014 de una "Estrategia Global para el FIN de Tuberculosis (TB) hacia 2035," nos lleva a implementar nuevos métodos de diagnóstico rápido para tipificación y sensibilidad de *M. tuberculosis complex(CMT)* basados en Biología Molecular.
El Laboratorio de Microbiología del Hospital Santojanni forma parte de la Red de Laboratorios del Diagnóstico de TB y por ello accede a la determinación de Gene-X-Pert (PCR real time) realizada en el Hospital Piñero.
Materiales y Métodos: Desde mayo 2017 hasta abril 2019 hemos realizado 565 cultivos convencionales de muestras de pacientes HIV, inmunosuprimidos y sintomáticos respiratorios para diagnóstico de TB. En paralelo, se han estudiado 60 muestras mediante técnicas de biología molecular (GENE-X-PERT), Tinción de ZN y cultivo en LOWENSTEIN JENSEN (L.J) como Gold Standard. Estas 60 muestras fueron seleccionadas en virtud de obtener un rápido diagnóstico.
Resultados: De estas 60 muestras, 37 fueron pulmonares (23 esputos;11 BAL; 3 Lav Gastrico) y 23 extrapulmonares (21 LCR; 1 Biop pleural; 1 Biop pericárdica). De las 60 muestras, 39 resultaron negativas por todos los métodos. De los 21 cultivos que fueron positivos en L.J, 10 muestras ZN negativo, dieron positivo por Gene-X-PERT, adelantando el diagnostico en un 48% y observando la mayor sensibilidad que aporta la biología molecular frente a la tinción ZN.
Analizando la performance del Gene-X-Pert frente al cultivo L.J, observamos 2 discrepancias. a) Muestra de BAL de un personal de la salud que resulta negativa por Gene-Xpert y positivo por cultivo (Falso negativo) b) Muestra de esputo que da positiva por Gene-Xpert con cultivo final negativo.
Conclusiones: Sensibilidad (S) y Especificidad (E) observadas en nuestra población fueron muy altas. S: 95% (20 Gene-X-pert posit /21 cult posit) ; E: 97%(38 Gene-X-pert negat/39 cult negat). Se explica esto por la rigurosa selección de muestras que se enviaron para Gene-X-pert, en vista de su alto costo. No se incluyeron líquidos pleurales que tienen baja sensibilidad.
Caso discordante A: se asume falso negativo, relacionado directamente con el volumen de la muestra y la cantidad de bacilos que se encuentren en la misma. Límite de detección: 114 ufc/ml.
Caso B: paciente que presentó Gene-X-Pert positivo y cultivo negativo, se asumió como enfermedad TB, ya que presentaba mala evolución clínica, reiterados sets de ZN negativos e imágenes RX compatibles con cavernas. Se inició tratamiento y evolucionó favorablemente. Se puede explicar la discordancia como excesiva descontaminación de la muestra para cultivo, o detección de DNA de bacilos no viables.
Gene-X-Pert adelantó el diagnóstico en 30-40 días respecto de los cultivos positivos, permitiendo confirmar etiología por CMT y adelantar pruebas de sensibilidad ya que detecta Resistencia a Rifampicina. En nuestra serie tuvimos un esputo con CMT resistente a Rifampicina. Conviene aclarar que un resultado negativo de la prueba molecular no descarta la infección por CMT.

O10 INCORPORACIÓN DEL GENE-XPERT MTB/RIF AL MANEJO DE PACIENTES CON TBC EN LA CIUDAD DE MENDOZA. EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA

DEVIA H[1]; RIVEROS Y[1]; VILLEGAS P[1]; ABDALA J[1]; ALVAREZ S[1]; WEBER G[1]; BARIMBOIM E[1]; MANGIANELLO K[2]; MATAR L[2]; ALCHAPAR E[2]; MORALES E[3]; GRILLI M[3]; MALBERTI G[3]; DI SANTO V[4]; CONTRERAS L[1]; RUFFOLO S[1]

[1]Hospital Central, [2]Hospital Lagomaggiore, [3]HOSPITAL ESPAÑOL, [4]Hospital Lencinas

Introducción: El Gene Xpert MTB/RIF (GX) es un método automatizado para el diagnóstico de TB (Tuberculosis) basado en detección de ácidos nucleicos específicos del bacilo de Koch, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e identificación de la resistencia a la rifampicina en tiempo real. Los métodos tradicionales de cultivo demandan 3 meses para el mismo Objetivo: Describimos la experiencia desde la incorporación del equipo en la Ciudad de Mendoza,
Material y Método: Se analizaron retrospectivamente muestras procesadas por el Laboratorio de Microbiología del Hospital Central de Mendoza, entre Enero del 2018 y Junio del 2019. Se estudiaron 218 muestras, comparando la baciloscopía tradicional y los cultivos realizados en el Hospital Lencinas. 7 se descartaron por encontrarse con cultivo en proceso. Se compararon los métodos Ziehl Neelsen (ZN), GX y cultivos , se analizó el tipo de muestra, sensibilidad, especificidad y valor predictivo.
Resultados: Se procesaron 211 muestras en 218 pacientes, 138 (63.30%) masculinos y 80 (36.69%) femeninos. Materiales: BAL 107 (50.75%), mini BAL 2 (0.94%), aspirados bronquiales 3 (1.42%), esputos 25(11.84%), líquidos pleurales 8 (3.79%), tejido pleural 4 (1.89%), biopsias (varias) 30 (14.21%), abscesos 3 (1.42%), médula ósea 2 (0.94%), líquidos biológicos 16 (7.58%) y LCR 11 (5.21%). Del total de muestras:
ZN+, GX +, cultivo+: 7 (2.92%)
ZN+, GX +, cultivo -: 1 (0.41%)
ZN+, GX+, no cultivadas: 10 (4.18%)
ZN+, GX -, Cultivo + para M. atípicas: 7 (3.31%) 4 por Avium, 1 Intracellulare, 1 Genovese, 1 no especificada, factores de riesgo, 6 pacientes con VIH y 1 trasplantado renal.
ZN -, GX -; cultivo +: 3 (1.42%)
ZN-, GN -, cultivo -: 9 (4.26%)
ZN -, GX -, no cultivadas: 174 (82.46%).

Se detectaron 4 (1.89%) resistentes a rifampicina, 3 por complejo M.TBC, 1 por M. Bovis (vacuna).
La sensibilidad del método comparado con el cultivo fue de 76.9% y la especificidad de 96.4%, VPP 90.9% y VPN 90.0% .
Las muestras respiratorias tienen sensibilidad 83% y especificidad 93.75% VPP 83% y VPN 93.74% . Comparado con datos de una reciente revisión Cochrane (1) la sensibilidad general fue 90% (IC:85-92), especificidad 99% (IC:96-98), en TBC positiva con ZN (+) sensibilidad 98%, especificidad 99% y en TBC positiva con ZN (-): sensibilidad 70% y especificidad 99%
Conclusiones: El GX posee una buena sensibilidad para la detección del complejo M TBC , muy buena especificada en muestras respiratorias y menos con al sumar otros materiales biológicos.
Un ZN +, con GX -, sugiere una posible M. atípica.
Existe en nuestra Provincia poca solicitud de cultivos aunque se sospeche TBC.

O11 PREVALENCIA DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN DISTINTAS POBLACIONES EVALUADAS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JOZA K[1]; GALLEGO C[1]; MUÑOZ L[1]; POROPAT A[1]; SALOMONE C[1]

[1]Hospital P. Piñero

Objetivo: Conocer la prevalencia de infección tuberculosa latente (ITBL) en contactos domiciliarios y escolares de pacientes con tuberculosis bacilífera.
Materiales y Métodos: Se realizó el análisis retrospectivo de contactos domiciliarios y escolares de TB bacilífera correspondiente al área programática del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero en el 2016 y 2017. Se evaluaron a través de estudios: radiografía de tórax (RxT), laboratorio (hemograma y hepatograma) y prueba de tuberculina (PPD) tomando como punto de corte positivo ≥ 10mm, repitiéndola a los 3 meses en aquellos con resultado negativo. También se analizaron los datos considerando PPD+ ≥ 5mm. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de chi cuadrado. Se excluyeron del estudio aquellos con antecedentes de TB, enfermedad activa y quienes realizaron quimioterapia anteriormente.
Resultados: Se incluyeron 667 contactos a estudiar: 344 domiciliarios y 327 escolares, con edad promedio 34 ± 16 vs 15 ± 1.64 años y 154 (45%) vs 132 (40%) hombres, respectivamente. Del grupo de contactos domiciliarios en 4 se diagnosticó TB activa y fueron excluidos. De los restantes 193 (57%) realizaron la PPD basal, resultando ≥ 10 mm en 38 (20%). Observamos un mayor cumplimiento en mujeres respecto de hombres en la realización de la PPD: 122 de 186 (55%) vs 71 de 154 (45%); p = 0.005. No hubo diferencia significativa al considerar la edad. Solo cumplieron 33 (21%) de los pacientes en la realización de la segunda PPD, no encontrándose conversiones. En contactos escolares se obtuvo 20 (6%) con PPD ≥ 10 mm, se encontró más PPD + en estudiantes de 16 a 19 años comparado con el grupo de 12 a 15 años: 14 de 131 (40%) vs 6 de 196 (60%); p<0,005. No hubo diferencia significativa al considerar sexo. Solo cumplieron 135 (45%) pacientes en la realización de la segunda PPD, encontrándose 3 conversiones (2.2%). Analizando los datos con el punto de corte de PPD ≥ 5mm resultaron positivos 89 (46%) de los contactos domiciliarios y hubo 3 (11%) virajes tuberculínicos, mientras que en contactos escolares fueron 63 (20%), con 3 conversiones (2.6%).
Conclusión: Se encontró infección tuberculosa latente en 20% de los contactos domiciliarios y 6% en los escolares considerando PPD+ ≥ 10mm. Con PPD+ ≥ 5mm los porcentajes aumentaron a 46 y 20% respectivamente, este punto de corte permite sensibilizar la prueba ampliando la población a tratar con quimioprofilaxis.

O12 SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS ASMÁTICOS

KRÜGER A[1]; DONTH LEGER G[1]; VOCOS M[2]; ANDRADA G[1]; PRIMROSE D[1]; ROQUE M[1]; VELASCO SUAREZ C[2]; FIGUEROA J[2]

[1]Hospital de Clínicas José de San Martín, [2]Hospital de Clínicas José de San Martín - CIRES Fundación P. Cassará

Introducción: Se ha descripto que el asma se asocia mayor prevalencia y mayor severidad del SAOS cuando se compara con no asmáticos y que los niños con ambas patologías presentarían una peor evolución del asma. Si bien el gold standard para el diagnóstico de SAOS es la polisomnografía existen instrumentos clínicos para su evaluación. El Cuestionario de Sueño Pediátrico (PSQ) consta de 22 preguntas sobre síntomas nocturnos, diurnos, y datos clínicos; es el más utilizado como método de screening y está definido un punto de corte con alta asociación con SAOS en la polisomnografía (score de alto riesgo de SAOS ≥ 0.33).
Objetivo: Aplicar el PSQ en una población de niños con asma y comparar las características clínicas y funcionales entre los niños con alto o bajo riesgo de SAOS.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, se incluyeron niños con diagnóstico de asma (GINA 2019), mayores de 5 años. A todos se les realizó antropometría y examen físico y completaron la versión en español del PSQ y el Asma Control Test (ACT) adecuado a la edad. Se les midió la Fracción Exhalada de Oxido Nítrico (FENO) y realizaron espirometría pre y postbroncodilatador según normas de ATS.
Resultados: Se evaluaron 89 niños asmáticos (28 mujeres = 38%), mediana de edad 10 años (rango 5-17). El 34% de los pacientes obtuvo un puntaje de PSQ de alto riesgo de SAOS (por encima de 0.33), en estos niños la mediana del PSQ fue de 0.57 (rango 0.36 a 0.9). En la FENO el 53% de los niños presentaron un valor superior a 30 ppm (indicativo de inflamación eosinofílica), con una mediana de 56 ppm (rango 30 a 221). El 91% de la población presentaban adecuado control del asma, con una mediana de 24 puntos. Se compararon las variables en función del resultado del PSQ: los pacientes con PSQ con alto riesgo de SAOS presentaban un ACT menor (22 vs 25 p = 0.000 Mann-Whitney test). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de FENO entre los dos grupos.

En un subanálisis se compararon los niños con asma severa (tratados con corticoides inhalados en altas dosis + LABA ± MTK) en relación a los moderados y leves (tratados con corticoides inhalados en baja dosis ± LABA): observamos que el grupo de asmáticos severos presento un ACT menor (22 vs 25, p = 0.008 Mann-Whitney test), sin diferencias significativas en la FENO. La mediana del PSQ fue mayor en el grupo con asma severo (0.31 vs 0.18 p = 0.03 Mann-Whitney test), con un 48% de los pacientes con un valor por encima de 0,33, comparado con un 19% en los pacientes con asma moderada o leve (p = 0.004 Pearson chi^2).
Conclusiones: El diagnóstico clínico de SAOS se asoció con menor control del asma, lo que no estuvo relacionado a diferencias en la severidad de la inflamación eosinofílica. Esta característica fue más marcada en los niños con asma severo, que presentaban a su vez mayor prevalencia de SAOS.

O13 SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIA EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA

ARIAS S[1]; FERNANDEZ H[1]; ARMANDO G[1]; MONCAGATTA T[1]; RIBERO M[1]

[1]*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni"*

Objetivo: Analizar la Magnitud y tendencia de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 5 años en Argentina.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las defunciones en 2017. Los registros de mortalidad y nacidos vivos (NV) se obtuvieron la Dirección de Estadísticas e Información de Salud para el total del país y sus 24 jurisdicciones, para el período 1980-2017. Se calcularon tasas por 1000 NV por edad y sexo para el año 2017 y para el período 2016-2017. La variación de la mortalidad en el tiempo se realizó a través de un modelo lineal. Se calcularon porcentajes y Variación Anual Promedio (VAP) con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizaron los programas R 3.4.4.
Resultados: En 2017, las enfermedades del sistema respiratorio ocasionaron 552 defunciones durante los primeros cinco años de vida, representando el 7,5% del total de muertes en este grupo de edad por causas definidas, y una tasa de 0,8 defunciones por cada 1.000 NV.
La primera causa de mortalidad dentro del capítulo fue neumonía e influenza, con 199 muertes, representando el 36,1% del total y una tasa de 0,28. A su vez, las muertes solo por neumonía, fueron 124, 36,4% del total, representando una tasa de 0,2. La segunda causa fueron las enfermedades del pulmón debidas a agentes externos, ocasionando 163 muertes, la mayoría de las cuales registradas en menores de un año (142 defunciones, 87,1%). La mayoría de estas muertes fueron certificadas específicamente como neumonitis debidas a alimentos y vómitos. La tercera causa fueron otras infecciones agudas: bronquitis y bronquiolitis agudas, que ocasionaron 74 muertes, la mayoría de estas muertes se registraron en menores de un año: 59 (79,7%).
La mortalidad se distribuyó de manera desigual por edad y sexo. El 72,8% (402) de las defunciones ocurrieron antes del año de edad; y la cifra de muertes fue mayor en varones (296; 53,6%) que en mujeres (256; 46.4%). La distribución fue desigual entre las jurisdicciones. Las cinco jurisdicciones con mayor tasa de mortalidad en el bienio 2016-2017 (Formosa, Misiones, Chaco, Tucumán y La Pampa), aportaron el 12,9% de los NV, concentraron el 22.6% de las muertes. En contraste, las ocho jurisdicciones con menor tasa (Neuquén, Santa Fe, La Rioja, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, San Luis y Jujuy), que aportaron 13.7% de los NV contribuyeron con 7.3% de las defunciones.
El número de defunciones se redujo 81.6% entre 1980 y 2017, pasando de 3.002 muertes por esta causa a 552 y, en el mismo período, la tasa de mortalidad se redujo 82.1%, pasando de 4.4 a 0.8. La tendencia de la mortalidad en todo el período fue al descenso a una velocidad de 4.0% (4.3; 3.7) anual.
Conclusiones: Si bien la mortalidad presenta una tendencia al descenso, existen provincia con una elevada tasa de mortalidad para este grupo de edad, por lo cual sería conveniente planificar nuevas acciones u optimizar las medidas vigentes que nos permitan mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del sistema respiratorio en la infancia.

O14 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, PERÍODO 1980-2018

FERNANDEZ H[1]; BOSSIO J[1]; ARIAS S[1]; WETTSTEIN M[1]; RIBERO M[1]; WOUTERS G[1]

[1]*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

Objetivo: Describir la situación de la Tuberculosis en Argentina en el período 1980-2018.
Material y Método: Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados y defunciones por tuberculosis. Para el análisis según edad, sexo, jurisdicción y sub jurisdicción de residencia, se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes y se ajustaron por método directo utilizando población 2010 como referencia. La tendencia se expresó como Variación Anual Promedio (VAP), el valor central y su intervalo de confianza del 95%. Se midió desigualdad mediante el índice de Gini. Los datos de notificación se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia de Tuberculosis y los de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Resultados: En el año 2018 se notificaron 11.664 casos de TB (tasa 26.2 por 100.000), siendo 10.443 casos nuevos y recaídas (tasa 23,5 por 100.000). Los casos nuevos y recaídas pulmonares fueron 8.787 (tasa 19.7 por 100.000), de los cuales se confirmaron bacteriológicamente 6.383 (72.6%). La tasa de notificación en varones fue 27.4 por 100.000 y en mujeres 19.6 por 100.000, con una razón de tasas hombre: mujer de 1,3. Las provincias con tasas por encima de la tasa nacional fueron Salta, Jujuy, CABA, Chaco, Formosa y Buenos Aires. Un total de 20 sub jurisdicciones presentaron tasas sobre el p95 con una tasa promedio de 92.2 por 100.000, 41.8 veces superior a la correspondiente a los depar-

tamentos por debajo del p5, 2,2 por 100.000. La tasa de notificación de casos de TB descendió desde 1980 un 61.7%, con una VAP de -2.7% (-2,.9; -2.5). En los últimos 10 años la VAP fue -0.6% (-2.0; 0.9), aunque en los últimos 5 años la tendencia cambió; VAP fue 1,8% (0,4; 3,2). El total de defunciones en 2017 fue de 706 (1,56 por 100.000), 10.17% más baja que en 2016 (1,74 por 100.000). La tasa de mortalidad por tuberculosis en el bienio 2016-2017 fue 1.56 por 100.000, 9 jurisdicciones presentaron tasas mayores al promedio nacional. El número de muertes por TB se redujo un 63,2% entre 1980 y 2017, y la tasa un 76,4%. La tendencia de la mortalidad por TB tuvo una VAP de aproximadamente -3.90% (-4.1; -3,7) entre 1980 y 2017. En el bienio 2016-2017, 14 sub jurisdicciones presentaron tasas de mortalidad por encima del p95 (promedio 15.13), y 13 tasas por debajo del p5 (promedio 0,31). Para el bienio 2016-2017, el índice de Gini para la mortalidad por TB en las sub jurisdicciones fue 0.397 (0,211; 0.0583). De los casos notificados en 2017, 78.1% fueron éxitos, 14.4% abandonos, 7.4% muertes y 0.1% fracasos. En el 29.3% no tuvieron información respecto a resultado de tratamiento.
Conclusiones: El aumento de los casos notificados en 2018 y la existencia de tasas superiores al promedio nacional en jurisdicciones con una alta densidad de población, siguen configurando un escenario de trasmisión sostenida de la TB en la comunidad.

O16 DESCRIPCIÓN DE LA COHORTE RAMSES: PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

BARTH M[1]; SÍVORI M[1]; MONTOYA F[1]; KERZBERG E[1]

[1]Hospital Ramos Mejía-CABA

La Esclerosis Sistémica Progresiva (SS) es una rara enfermedad del tejido conectivo asociada con alta morbilidad y mortalidad, siendo la Fibrosis Pulmonar una de las principales causas de muerte. Pocos datos hay publicados sobre las caracterísiticas de esta población en nuestro país.
Objetivos: 1- Describir una cohorte de pacientes con Esclerosis Sistémica Progresiva de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires en seguimiento por Neumonología y Reumatología.
2- Determinar el porcentaje de pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI), patrones y extensión tomográfica y la evolución de la sobrevida.
3- Tipos de tratamiento usados según EPI.
Material y Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con Esclerosis Sistémica Progresiva, seguidos desde el 1 de Enero de 2011 hasta Junio de 2019. Se definió como diagnóstico de Esclerosis Sistémica de acuerdo a los criterios de ACR/EULAR 2013, se realizaron pruebas funcionales respiratorias (Espirometría y DLCO), características en la HRCT (extensión del compromiso pulmonar y patrón, progresión) y tratamiento inmunosupresor el cual fue indicado en EPI extensa y FVC < 70% del predicho. Los pacientes fueron seguidos cada tres meses. Se usaron técnicas estadísticas convencionales y sobrevida actuarial por Kaplan-Meier.
Resultados: Ingresaron al seguimiento de la cohorte 243 pacientes: 93.82% género femenino; edad 52 ± 13 años; FVC 82 ± 19%; DLCO 67± 21%. Tienen Hipertensión Pulmonar 13%. El 40% tuvieron patología intersticial. Los patrones en HRCT fueron: normal 35,8%; NSIP 33.7%; UIP 7%; y enfisema 3.3%, entre otras. La extensión tomográfica de los que tenían EPI fue limitada en 51,2% y extensa en el resto. El seguimiento para toda la cohorte fue de 42 meses (mediana, IC25-75, 24-96 meses) desde el diagnóstico de SS. El seguimiento desde el diagnóstico de EPI fue de 30 meses(mediana, IC25-75, 24-52.5). La mortalidad global fue de 5,43%. La mortalidad asociada a EPI fue de 77% de la global.
Los pacientes que recibieron tratamiento inmunosupresor fueron 50 (20.5% de la cohorte RAMSES), de los cuales 23 (46%) fueron tratados con ciclofosfamida; 19(38%)ciclofosfamida seguido de micofenolato; 2(4%) ciclofosfamida seguido de azatioprina; 2(4%) azatioprina; y 4 (8%) micofenolato.
Conclusiones: Este estudio de la cohorte RAMSES de 243 pacientes con SS, ha demostrado un alto porcentaje con compromiso pulmonar que resulta en alto impacto en la mortalidad. Demuestra la importancia del screening de EPI en SS. Este estudio además describe las características generales de nuestra población de pacientes y las conclusiones encontradas tienen alto valor debido a que esta cohorte representa un número alto de pacientes seguidos a casi 9 años, muy destacable en una enfermedad considerada rara-huerfana.

O17 ESTUDIO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES A TRAVÉS DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DESDE EL LABORATORIO

RODRIGUEZ MARTIN I[1]; MARTIN SANTIAGO R[2]; GRANADO RODRIGUEZ R[2]

[1]Hospital Virgen Macarena, [2]Hospital Costa de la luz

Introducción: El diagnóstico de enfermedades granulomatosas intersticiales supone a menudo para el clínico todo un reto. Entre estas patologías encontramos la sarcoidosis y la alveolitis alérgica extrínseca(AAE).
Ambas patologías comparten la presencia de granulomas no caseificantes, el carácter multisistémico y una clínica respiratoria común. Por todos estos motivos, ambas son difícilmente diferenciables por clínica o pruebas radiológicas.
Objetivos: El objetivo será realizar un estudio observacional retrospectivo, que persigue demostrar que el estudio de las subpoblaciones celulares de BAL, junto a datos clínicos y radiológicos compatibles, permite discriminar entre sarcoidosis y AAE.

Materiales y Métodos: Se incluyen 51 pacientes (N = 51) , diagnosticados de sarcoidosis (N = 36) o de alveolitis alérgica extrínseca (N = 15) entre enero de 2014 y junio de 2018, a los que se les realizó un BAL como parte de su diagnóstico. Dicho BAL fue realizado a través de fibrobroncoscopio (Olimpus), tras sedación con midazolam. Conjuntamente se tomó una muestra de sangre periférica, con el objetivo de realizar el estudio comparativo entre ambas muestras . Ambas muestras fueron adquiridas en el citómetro de flujo de nuestro laboratorio (citómetro BD FACSCanto II), con el fin de realizar el estudio inmunológico. Este estudio incluyó el recuento de polimorfonucleares y linfocitos (linfocitos T, linfocitos B y células NK; así como las subpoblaciones CD4+ y CD8+). Los resultados fueron relacionados con el diagnóstico de cada paciente.
Resultados: Los resultados obtenidos en BAL para pacientes diagnosticados con sarcoidosis (N = 36) fueron: 60.94% (± 20.20) linfocitos, 8.94% (± 19.00) monocitos y 30.12% (± 16.19) polimorfonucleares. En relación al cociente de subpoblaciones linfocitarias CD4+/CD8+, podemos afirmar que existió un claro aumento de dicho cociente en BAL con respecto a los valores en sangre. La media del cociente CD4+/CD8+ en sangre fue 1.09 (± 0.59), mientras que en BAL fue de 5.35 (± 3.75). La mayoría de los pacientes(68.8% de los pacientes) mostraron un cociente CD4+/CD8+ superior a 3.5.
Los resultados obtenidos en BAL para pacientes diagnosticados con AAE (N = 15) fueron: 63.33% (± 10.40) linfocitos, 5.00 (± 0.00) monocitos, 31.67 (± 10.40) polimorfonucleares. Además el cociente en estos pacientes estaba notablemente disminuido en BAL con respecto a los valores encontrados en sangre periférica: la media del cociente CD4+/CD8+ en sangre fue de 2.07 (± 1.47), mientras que dicho cociente toma valores de 0.2 (± 0.119) en BAL.
En ambas patologías puede observarse un claro predominio de la población linfocitaria, pero presentan como diferencia más significativa el aumento de CD4+ (sarcoidosis) o de CD8+ (AAE).
Con respecto al resto de subpoblaciones no se encontraron diferencias significativamente estadísticas.
Conclusiones: El estudio inmunológico de BAL en estos pacientes es especialmente útil para distinguir entre sarcoidosis y AAE.

O18 EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL TRATADOS CON CICLOFOSFAMIDA, MÁS ALLÁ DE LOS DOS AÑOS. COHORTE RAMSES

BARTH M[1]; SÍVORI M[1]; MONTOYA F[1]; KERZBERG E[1]

[1]Hospital Ramos Mejía-CABA

Los estudios Scleroderma Lung Study I y II fundamentan la indicación de ciclofosfamida en Esclerosis Sistémica Progresiva (SS) y Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) con seguimiento hasta dos años. No hay experiencia de resultados a más largo plazo.
Objetivos: 1- Determinar la sobrevida más alla de los dos años, de pacientes con SS y EPI que fueron tratados con ciclofosfamida.
2- Determinar la mortalidad global de la cohorte y la mortalidad por Enfermedad Pulmonar Intersticial.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con Esclerosis Sistémica Progresiva con EPI tratados con ciclofosfamida, seguidos desde el 1 de Enero de 2011 a Junio de 2019. Se definió como diagnóstico de Esclerosis Sistémica con EPI, de acuerdo a los criterios de ACR/EULAR 2013, pruebas funcionales respiratorias (Espirometría y DLCO), características en la HRCT (extensión del compromiso pulmonar y patrón); y tratamiento con ciclofosfamida. Los pacientes fueron seguidos cada tres meses. Se consideró paciente tratado a aquel que recibió ciclofosfamida endovenosa por 6 a 12 meses debido a EPI asociada a SS. Se usaron técnicas estadísticas convencionales y sobrevida actuarial por Kaplan-Meier.
Resultados: De la cohorte total de 243 pacientes, 44 pacientes (18%), fueron incluidos en este estudio: 86% género femenino; edad 52 años mediana (IC25-75, 45.7-61), FVC 65% mediana (53-74%); DLCO 51% mediana (41-57). El compromiso pulmonar fue SSDifusa 70,45% y SSLimitada: 29.45%. los patrones de EPI en la HRCT fueron NSIP 72.7% y UIP 27.2%. Todos tenían compromiso extenso en la HRCT. El seguimiento desde el diagnóstico de EPI fue de 30 meses mediana (24-42) hasta 102 meses.
La mortalidad global fue de 17.94%(n = 7), de las cuales la mortalidad asociada a EPI fue de 85.7% de ellas. Las causas de muerte fueron : 6 asociadas a EPI (4 con patrón de UIP y 2 con patrón NSIP), y 1 asociada a cáncer de piso de boca.
Conclusiones: En esta descripción de la cohorte RAMSES de pacientes con SS y EPI extensa tratados con ciclofosfamida, corresponden a pacientes con predominio de SSDifusa, sexo femenino y patrón de NSIP en la HRCT y presentan una mortalidad a largo plazo de 17.94% claramente asociada a EPI (85.7%), con predominio de patrón de UIP. El seguimiento y la sobrevida de los pacientes tratados con ciclofosfamida más allá de los dos años es un dato original que aporta el seguimiento de la cohorte RAMSES.

O19 MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN MAYORES DE 40 AÑOS. ARGENTINA, PERÍODO 1990-2017

NILVA G[1]; ARIAS S[1]; BOSSIO J[1]; CALABRESE C[2]

[1]INER Emilio Coni, [2]Programa Nacional de Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas

Objetivo: Describir la evolución y características de la mortalidad por EPOC en población mayor de 40 años, en Argentina para el período 1990-2017.

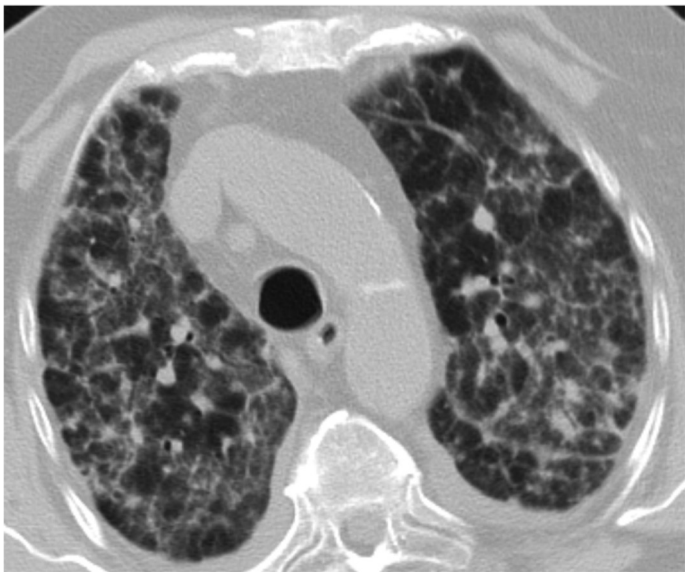
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las defunciones notificadas por EPOC (Códigos 490-492, 494-496 de la CIE-9; y J40-J44 y J47 de la CIE-10) en población argentina de 40 años y más, a partir de las bases de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud para el período 1990-2017. Se calcularon tasas de mortalidad por 100.000 habitantes ajustadas por edad y sexo, utilizando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos. La evolución de la tasa de mortalidad con la edad y en el tiempo se analizó aplicando un modelo lineal simple, y su porcentaje de variación mediante el cálculo de la Variación Anual Promedio (VAP). La desigualdad en la distribución de la mortalidad entre jurisdicciones se midió con el Índice de Gini (IG) para 2017, y la diferencia de mortalidad entre ellas mediante razón de tasas. Se utilizó un nivel de confianza del 95% en todos los casos.
Resultados: En 2017, se registraron 6.789 muertes por EPOC en la población mayor de 40 años en Argentina, con una tasa ajustada de mortalidad de 45,5 por 100.000 habitantes, 2 puntos por debajo de la tasa registrada en 2016. La tasa de mortalidad aumentó 14.9% (12.4-17.5) por cada año de edad, ocurriendo un cuarto de las muertes en edad productiva. En varones, la tasa fue 2,2 veces mayor que la tasa en mujeres, con 62.8 vs 28.3 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente.
Para el año 2017, la tasa de mortalidad varió entre 18,4 en Catamarca y 73,4 en Neuquén, cifra 4 veces superior. Un total de 9 jurisdicciones superaron la tasa del nivel nacional. Las cinco jurisdicciones con peor situación de mortalidad concentraron el 20% de la población y el 31% de las muertes, mientras que las seis con mejor situación concentraron el 20% de la población y el 12% de las muertes (IG: .178; IC: 0.228-0.128).
La tendencia general de la mortalidad por EPOC en mayores de 40 años se mantuvo estable entre 1990 y 2017 ($p > 0,05$) con una VAP de 0.61% (-0.06-1.29), si bien fue diferente por sexo: en varones se mantuvo estable durante todo el período (VAP: 0.02%; -0.6-0.7), mientras que en mujeres la tendencia fue en constante aumento durante el mismo período (VAP: 2.65%; 1.84-3.46).
Conclusiones: En 2017, en la población argentina de 40 años y más, la mortalidad por EPOC fue superior en adultos mayores y en varones, observándose además desigualdad de la distribución de la mortalidad entre jurisdicciones. Si bien la mortalidad fue menor en 2017 que en 2016, la tendencia general se mantuvo estable entre 1990 y 2017 para esta población. El estudio de las características de la mortalidad por EPOC resulta esencial para pensar y fortalecer estrategias para el acceso al diagnóstico precoz, al tratamiento adecuado, además de acciones de promoción, destinadas a reducir los factores de riesgo de esta enfermedad en la población.

O20 NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD (NXH) EN UNA COHORTE PROSPECTIVA EN 3 CIUDADES DEL LITORAL: EXPERIENCIAS LOCALES PARA REDUCIR EL SUBDIAGNÓSTICO

AUTERI S[1]; BALLA N[2]; GONZALO P[3]; PIGLIACAMPO F[1]; BRANDAN N[1]

[1]Sanatorio de la Mujer, Rosario, [2]Hospital de la Baxada, Paraná, [3]Sanatorio Santa Fe, Santa Fe

Objetivo: Descripción de frecuencias relativas y características de pacientes con NxH en una cohorte prospectiva en 3 ciudades de Argentina.
Material y Método: Cohorte prospectiva de pacientes con enfermedades intersticiales en seguimiento por el Grupo de Fibrosis Pulmonar del Litoral en la ciudad de Rosario, Paraná y Santa Fe. Se utilizó una historia clínica e interrogatorio unificado para detectar el antígeno. Se utilizó un protocolo de análisis del lavado broncoalveolar de manera unificada en las 3 ciudades. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de NxH seguro, probable y posible según algoritmo de Vasakova 2017. El diagnóstico final se logró en comité multidisciplinario (MD).
Resultados: Registro conformado por 215 pacientes con Enfermedades Intersticiales de Rosario, Paraná y Santa Fe. Se detectaron 47 pacientes con NxH (22%), edad 62.78 ± 12.85 años, 24 (51%) mujeres, 23 (48.94%) ex fumadores y 2 (4.26%) fumadores actuales. Se encontró espirometría restrictiva en 42 (89%) de los casos, con media de CVF teórico de 69 ± 19%, y media de DLCO teórico de 64 ± 27%. En 8 pacientes (19%) se encontró una espirometría con compromiso severo al momento de la primera consulta. Los antígenos más frecuentes fueron hongos en domicilio (25 pacientes, 53%), Palomas (12 pacientes, 26%), Loro (6 pacientes, 13%), Cata Australiana (5 pacientes, 11%), Canario (5 pacientes, 11%), y plumas (5 pacientes, 11%). En el interrogatorio 18 pacientes (38%) tuvieron un solo antígeno, 16 pacientes (34%) dos antígenos, y 13 pacientes (28%) 3 o más antígenos. En 32 casos (68%) el antígeno estaba en el hogar del paciente. Los pacientes con exposición a hongos en domicilio tuvieron similar CVF basal (67.86% ± 23.99 vs 69.42% ± 12.46, $p = 0.38$) y DLCO basal (65.30% ± 27.06 vs 63.57% ± 27.72, $p = 0.41$). Los diagnósticos finales luego del MD fueron: NxH. segura 15 casos (31%), NxH. probable 11 casos (24%) y NxH. posible 21 casos (45%). Como tratamiento 12 pacientes (26%) recibieron solo corticoides, 24 pacientes (51%) micofenolato más corticoides, y 5 (11%) azatioprina más corticoides. 5 pacientes (11%) recibieron tratamiento antifibrótico off label.
Conclusiones: Debido a la utilización de Historia Clínica e interrogatorio unificado, protocolo de análisis de Lavado Broncoalveolar unificado, y discusión multidisciplinaria, en esta cohorte se pudieron detectar un 22% de casos de NxH. Se encontró una alta frecuencia de hongo domiciliario como antígeno probable en el Litoral. Además se observó que mas del 60% de los casos tienen más de 1 antígeno al interrogatorio. La estandarización de protocolos de trabajo ayuda a optimizar el algoritmo de diagnóstico de la NxH.



O21 PROYECTO ECHO: EXTENDIENDO LAS MEJORES PRÁCTICAS MÉDICAS PARA EL MANEJO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN ARGENTINA

OTAOLA M[1]; ENGHELMAYER J[2]; GASER A[3]; MARCIANO S[4]; QUADRELLI S[5]

[1]IREP, [2]Hospital de Clinicas de Buenos Aires, [3]Diagnóstico Medico, [4]Hospital Italiano de Buenos Aires, [5]Hospital Británico de Buenos Aires

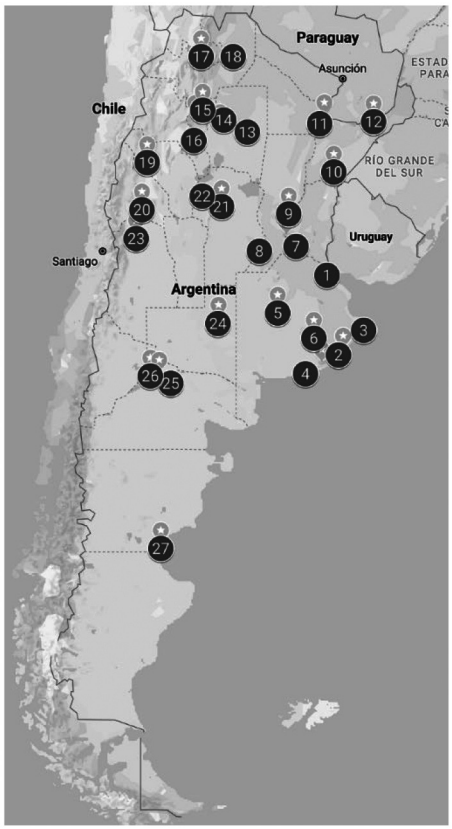
Las guías actuales recomiendan un enfoque multidisciplinario para el manejo de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Sin embargo, muchos centros respiratorios en el interior del país no cuentan con especialistas suficientemente entrenados para brindar las mejores prácticas médicas a estos pacientes. El modelo Extensión for Community Healthcare Outcomes (ECHO®) se desarrolló como una plataforma para brindar atención médica especializada a las poblaciones desatendidas. Este modelo educativo aprovecha la tecnología de la telemedicina para facilitar el aprendizaje y la tutoría de los médicos de atención primaria por parte de expertos en centros académicos.

Objetivo: Describir la implementación del modelo ECHO para FPI en Argentina y evaluar los resultados en los participantes.

Material y métodos: El modelo ECHO se implementó en Buenos Aires en Agosto 2016. Para evaluar el impacto de ECHO en la competencia y habilidad de los participantes, se completó una encuesta antes y seis meses después de que se implementó el proyecto. La encuesta consistió en 10 preguntas, que los participantes calificaron del 1 al 7 (1 representa la habilidad o competencia más baja y 7 representa la habilidad o competencia más alta). Para comparar la diferencia en los resultados de la encuesta antes y después de la participación en el proyecto, se utilizó la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Un total de 26 médicos de 16 provincias participaban en la clínica teleECHO de FPI al momento de la evaluación, de los cuales 23 (88,4%) completaron la encuesta inicial y de seguimiento (Figura 1). Su mediana de edad era 42 (37-50) años y 13 (56.5%) eran hombres. En todos los casos, su especialidad principal era la neumonología. De los 23 médicos que completaron 13 (56.5%) practicaban en grandes centros urbanos y 10 (43.7%) en áreas desatendidas. Con respecto a la experiencia de los participantes en enfermedad pulmonar intersticial (EPI), la cantidad de pacientes con EPI vistos por mes en promedio fue de 0-5, 5-10, 10-20 y más de 20 por 9 (39.2%), 8 (34.7%), 2 (8.7%) y 4 (17.4%), respectivamente. Después de participar en la clínica durante seis meses, los médicos mostraron una mejoría significativo en todos los ítems evaluados. Las tres preguntas relacionadas con la evaluación de la competencia de los participantes para hacer un diagnóstico de FPI mostraron una competencia moderada (medianas: 5,5,4) antes de la clínica ECHO y una alta competencia (medianas 6,6,6) a los 6 meses (p 0.0001). Las cuatro preguntas relacionadas con la evaluación del tratamiento mostraron que los participantes mejoraron significativamente su conocimiento sobre las drogas y especialmente sus instrucciones para los paciente (medianas 5,4,5, 5 pre ECHO y 7,6,6,6, post ECHO, p 0.0001). Además, se observó una mejora significativa en los ítems relacionados con las habilidades de comunicación.

Conclusión: Implementamos con éxito la primera clínica ECHO de FPI en el mundo. Los participantes mejoraron su capacidad de proporcionar la mejor práctica de atención para pacientes con esta enfermedad.



O23 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP EN EL TRATAMIENTO DEL SAHOS EN UN SISTEMA DE PROVISIÓN UNIVERSAL DENTRO UN HOSPITAL PÚBLICO LATINOAMERICANO

ROJAS MENDIOLA R[1]; SMURRA M[1]; FACCIOLI G[1]

[1]*Hospital Tornú*

Introducción: El sindrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) adquiere un alto nivel de prevalencia en la población general creando la necesidad de mantener cobertura universal del tratamiento, sobre todo en población económicamente vulnerable. Nuestro objetivo es evaluar la adherencia al tratamiento y controles cuando se elimina la barrera de la autofinanciación en pacientes que reciben gratuitamente un CPAP bajo 2 sistemas estatales.
Material y Métodos: Se incluyeron a 149 pacientes con SAHOS que recibieron un equipo de CPAP de forma gratuita a través del sistema de jubilación PAMI o a través del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Gobierno de la Nación (GCBAyGN) entre 2013 y 2018. Se analizaron las diferencias entre ambos grupos en factores demográficos, antropométricos, tiempos entre consultas, diagnóstico y provisión de CPAP, además de la adherencia a los controles y al tratamiento. Se contactó por vía telefónica a los pacientes que no acudieron a control por un año o más a fin de evaluar su situación respecto al uso de CPAP.
Resultados: Encontramos predominio de sexo masculino en ambos grupos, con una edad media menor en el grupo GCBAyGN a comparación del grupo PAMI. El IMC fue significativamente mayor en el grupo GCBAyGN, mientras que la somnolencia medida por escala de Epworth fue menor en el grupo PAMI. El tiempo medio de la consulta al diagnóstico fue de 58.3 ± 79.5 días sin diferencias en ambos grupos. El tiempo entre el pedido del equipo a la provisión fue mayor en el grupo GCBAyGN (168.7 ± 149.8 días) comparado con el grupo PAMI (80.4 ± 77.2 días). El tiempo al primer control fue de 99.9 ± 149.9 días sin diferencias entre los grupos. El 39.2% de los pacientes acudió al control del primer año de uso con tendencia no significativa a una mejor adherencia en el grupo PAMI. El 22.6% de los pacientes del GCBAyGN no se controló nunca desde que recibió el equipo en contraste con el 7.7% de los pacientes PAMI. 65 pacientes contaban con equipos con memoria de cumplimiento y 10 pacientes fueron seguidos con telemedicina. En este subgrupo de pacientes solo el 18.6% tuvieron adherencia objetiva adecuada en el primer control, mejorando al 34.6% en el último control. Se contactó por vía telefónica a 59 pacientes del grupo GCBAyGN y a 32 pacientes de PAMI que no consultaron en el último año o más. El 47.5% de los pacientes del GCBAyGN continuaban usando el equipo y un 44.1% de pacientes no se pudieron contactar, mientras que el 59.4% de los pacientes de PAMI referían seguir usando el CPAP y solo el 28% no pudieron ser

contactados. En el análisis de los factores de adherencia se obtuvo que la mayor edad, el Epworth y el uso de AutoCPAP tendían a favorecer la misma de forma no significativa.
Conclusiones. El mantenimiento de la provisión de equipos de CPAP por el estado es un objetivo fundamental en el sistema público de salud de un país con dificultades al acceso a tratamientos crónicos. Se deben optimizar los modos de seguimiento para estimular la adherencia al tratamiento y evitar fuga de recursos.

O24 ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN CON DIAGNOSTICO DE EPOC QUE CONCURRE AL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

GARCIA L[1]; CAPUA J[1]; MARQUEZ S[1]; ROMERO S[1]; ECHAZARRETA A[1]

[1]HIEAyC San Juan de Dios

Objetivo: Caracterizar una cohorte de pacientes con diagnóstico de EPOC que concurrieron al consultorio externo de Neumonología durante el período 01/06/2014 al 30/06/2019.
Material y Métodos: Se diseñó un estudio observacional de corte transversal de pacientes con diagnóstico de EPOC (GOLD 2017) que concurrieron al consultorio externo de Neumonología. Se registró edad, sexo, datos antropométricos, espirometría, tabaquismo, dosaje de alfa-1 antitripsina (AAT) y evaluación sintomática mediante escalas mMRC y CAT.
Resultados: Se evaluaron 841 pacientes con EPOC, la edad media fue de 64 ± 13 años, 61% eran masculinos. El 50% (402) de los pacientes eran ex tabaquistas, 32% (259) tabaquistas actuales y un 18% (154) no tabaquistas. En aquellos tabaquistas pasados y actuales el índice paquetes año fue de 58 ± 43. El 53% (n: 350) presentaron un mMRC ≥ 2, y un 64% (n:345) un CAT ≥ 10, lo cual indica predominio de pacientes sintomáticos. En cuanto a la limitación del flujo aéreo el 12% (91) era GOLD 1, el 45% (335) GOLD 2, el 32% (237) GOLD 3, y el 10% (76) GOLD 4. El total de pacientes que presentaron prueba broncodilatadora positiva (PBD+) fue del 16.8% (115), de los cuales el 14.8% (82) eran tabaquistas y 25,2% (33) nunca habían fumado (p = 0,007, chi cuadrado), mostrando ambos grupos una prueba broncodilatadora muy positiva (VEF1 y/o CVF ≥ 400 ml y 15% de cambio) en el 65% de los casos. Se comparó CAT versus mMRC encontrándose que solo en el 44% de los casos en donde se realizó ambas pruebas (n:328) hubo coincidencia en catalogar al paciente como sintomático (CAT ≥ 10/mMRC ≥ 2) (ρ = 0.400, Pearson). El 18% (125) presentó déficit de alfa-1 antitripsina, siendo el 5.6% (7) déficit severo.
Conclusiones: Los datos demográficos, score de síntomas (mas sintomáticos) y predominancia de grados GOLD 2/3 obtenidos en nuestro análisis concuerdan con los publicados en la literatura para pacientes que concurren a un centro hospitalario. Se observó un número significativamente mayor de pacientes con PBD+ entre los no tabaquistas lo cual permitiría especular sobre etiologías alternativas de EPOC en estos pacientes (trastorno del desarrollo pulmonar en la infancia, exposición a biomasa o superposición Asma-EPOC). Se confirman, la baja concordancia entre CAT y mMRC y la utilidad del screening de DAAT en éste tipo de pacientes.

n	**841**
Edad (años)	64±13
Masculino	61%
Femenino	39%
Tabaquistas (259)	32%
Ex tabaquistas (402)	50%
No tabaquistas (154)	18%
Paquetes/año (P/A)	58±43
Indice de masa corporal (IMC)	27±6
Gravedad de la EPOC	
VEF1/CVF (pre broncodilatador)	33±12,4
VEF1	54,9±19,9
Categorías GOLD	
GOLD 1	12% (91)
GOLD 2	45% (335)
GOLD 3	32% (237)
GOLD 4	10% (76)
Síntomas	
CAT ≥10	53%
mMRC≥2	64%

Espirometría.	Pre broncodilatador.	Post broncodilatador.
CVF (L)	2,9±5,3	2,8±0,9
CVF (%)	67,7±31,3	81,5±20,7
VEF1 (L)	1,5±0,7	1,6±0,7
VEF1(%)	43,6±24,3	54,9±19,9
VEF1/CVF	33±12,4	52,9±14,4
PBD POSITIVA		16,8%

Tabla 1: datos antropométricos, scores de síntomas y función pulmonar (media±DS).

O25 COMPARACIÓN DE LA PRESIÓN DE TITULACIÓN, ADHERENCIA DEL PACIENTE Y PREFERENCIA DEL MISMO ENTRE MÁSCARA NASAL VERSUS MÁSCARA ORONASA

MAGGIO P[1]; CASTRO P[1]; GARCIA M[1]; CERVANTES V[1]; GROSS P[1]; VETRISANO E[1]; SANDOVAL C[1]; TOLEDO A[1]

[1]Hospital María Ferrer

La aplicación de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) durante el sueño es el tratamiento de elección para el síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS). El mayor problema es la adherencia, que varía entre un 30 y 74% y está ligada a la primera experiencia del paciente (pac), la máscara elegida, etc. Nuestro objetivo fue comparar la titulación con equipos de cpap automáticos (APAP) validados, usando máscaras oronasales (mONS) y nasales (mNS) en el mismo pac, con diagnóstico de SAOS evaluando la presión efectiva de titulación (Pef), medida por el percentilo 90 o 95 de nivel de presión, sin fugas mayores a 0.4l/s durante más del 30% del registro, usando el software de los equipos Philips Respironics Encore basic y ResScan Resmed respectivamente. También quisimos evaluar la adherencia a la terapia, medida en hs de uso e índice de apnea-hipopnea residual (IAHR) y la preferencia de la máscara elegida por el paciente.
Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo. Se usó programa graph pad prism versión 5.0. Incluimos pac mayores a 18 años, con SAOS leve a severo, que requirieran tratamiento con cpap. Se excluyeron pac con intolerancia a las presiones o a las máscaras y con enfermedades cardiovasculares o respiratorias descompensadas. La titulación se realizó con APAP Resmed S9 o Philips serie M y Remstar, mNS y mONS de diferentes modelos, en su domicilio, asignándoles durante 3 noches una mNS u mONS y las otras tres, viceversa. Al finalizar se le solicitó al paciente elegir la máscara preferida.
Resultados: Obtuvimos una muestra de 31 pacientes, de los cuales fueron excluidos 4; 2 de ellos por uso de menos de 4 hs promedio por noche y 2 por intolerancia a la máscara. De los 27 restantes, 20 fueron hombres, 7 mujeres, con edad de 58.25 ± 12 años, índice de masa corporal (IMC) 41,62 ± 8,1 kg/m^2; IAH 39,5 ev/h ± 2,6. Todos tuvieron somnolencia moderada o severa medida por la escala de Epworth. Como se utilizaron 2 equipos diferentes se realizó la comparación de las presiones de los dos equipos: No habiendo diferencias significativas por lo que las lecturas pueden combinarse aunque sea a distintos niveles de presión (P90 y P95). Evaluando las lecturas de la Pef hubo una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.01$ a favor de la mNS. No hubieron diferencias significativas en los valores de fuga media, ni en el IAH residual entre ambas máscaras, pero sí en el uso medio que fue mayor con la mONS para $p < 0.05$. De los 27 pacientes 14 prefirieron mONS (51.8%), 8 mNS (29.6%) y 5 cualquiera (18.5%). De los 27 pacientes, 5 reportaron efectos adversos, 1 obstrucción nasal, 1 fugas, 1 boca seca y 2 lesiones en piel.
Conclusión: En concordancia con la literatura encontramos que la Pef fue significativamente menor para las mNS, pero en nuestra población, a diferencia de lo reportado en otros trabajos no hubieron diferencias significativas en las fugas medias y en el IAH residual, encontrando un mayor uso medio en hs para las mONS, lo que concuerda con la mayor preferencia de éstas por los pacientes.

O26 CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS Y PRESTACIONES DE LOS PROVEEDORES A PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

GIOVINI V[1]; JARITOS V[1]; ANGELLOTTI M[1]; BORSINI E[2]; GLENDA E[2]; PUTRUELE A[1]; NOGUEIRA J[1]

[1]Hospital de Clinicas, [2]Hospital Británico

El tratamiento de elección de la Apnea Obstructivas del Sueño (AOS) moderada severa es el uso de CPAP. La experiencia inicial resulta determinante de la aceptación y adherencia a largo plazo. El equipamiento provisto debe ajustarse a las necesidades del paciente y a las características determinadas en la titulación. En nuestro medio esta tarea es llevada a cabo por empresas proveedoras de equipos. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la prestación de servicios de diferentes proveedores de CPAP.
Métodos: Estudio multicéntrico, observacional. Pacientes adultos con AOS moderada severa, a los que se les prescribió CPAP. Se les indicó que una vez que dispongan del dispositivo lo comiencen a utilizar siguiendo las instrucciones del proveedor y concurran a control 7 a 15 días después de la entrega. Se controló el estado y calibración del equipo, la máscara, las instrucciones del proveedor, la demora en la provisión y grado de cobertura.
Resultados: Se evaluaron 381 pacientes. Edad 62 ± 14.1 años; 63.3% hombres; IMC 33.1 ± 8.6; IAH 44.2 ± 24.8/h. El 67.7% recibió el equipo sin cargo, el 1.6% pagó el 30%, 25.5% la mitad y un 5.2% abonó la totalidad del costo. La demora en la gestión y entrega de los equipos fue de 48.8 ± 71.1 días. El 49.6% de los pacientes refirió haber recibido instrucciones claras sobre la colocación de la máscara. Al 52% se les probó la interfase al momento de la entrega y solo el 33.1% pudo probar más de un modelo. Se les explicó claramente como se utiliza el equipo al 47.5% y fue probado al momento de la entrega en el 52% de los pacientes. Solo el 28.9% recibió indicaciones referidas a la limpieza y mantenimiento de materiales. 93.2% de los equipos se encontraban en buenas condiciones. Disponían de memoria interna el 94.8% de los dispositivos, 64.6% mediante tarjeta extraíble, aunque el 30% de estos equipos fueron entregados sin la tarjeta. La máscara fue provista conforme la indicación médica en el 86.6% de los pacientes y el equipo estaba correctamente programado en el 62.2% de los casos. Errores en las presiones seteadas constituyeron el hallazgo más relevante. Más de la mitad de los pacientes se colocaba mal la máscara provista al momento de la evaluación.
Conclusiones: El equipamiento y las instrucciones brindadas al momento de la provisión resultaron inadecuados en un número significativo de pacientes, lo cual podría repercutir negativamente en su tratamiento. Consideramos necesario que los médicos supervisemos precozmente dicho proceso y que las empresas ajusten sus protocolos con el fin de incrementar la calidad del servicio y lograr mayor eficiencia en el control de esta enfermedad.

O27 DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: UTILIDAD DE SU SCREENING EN UNA COHORTE DE 1557 PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA

SANCHEZ A[1]; GRANDI VEGA R[1]; CORREA Y[1]; SAINZ M[1]; CURRO M[1]; ECHAZARRETA A[1]

[1]HIEAyC San juan de dios, la plata

Objetivo: Estimar la prevalencia del DAAT en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, neumotórax y en familiares directos de pacientes con DAAT severo (DAATS), mediante el dosaje de la proteína en forma rutinaria y posterior genotipificación de aquellos pacientes con concentraciones por debajo de un umbral establecido.
Material y Método: Estudio de corte transversal en pacientes adultos referidos por diagnóstico de EPOC, Asma moderado y severo, bronquiectasias, neumotórax por bullas o enfermedad crónica pulmonar no diagnosticada que fueron derivados para evaluación espirométrica entre el 01/06/2014 y el 30/06/2019. A esto se sumó el screening familiar de pacientes con diagnostico de DAATS. La participación del estudio consistió en la realización de una espirometría, firma de un consentimiento informado escrito y posterior obtención de muestra de sangre periférica para determinación de las concentraciones plasmáticas de alfa-1 antitripsina (AAT) por el método de la gota seca, Dry Blood spot (DBS) donde 1.5 mg/dl corresponden a 80 mg/dl en suero. En los pacientes con AAT ≤ 1,5 mg/dl se determinó adicionalmente el genotipo. Se constataron criterios espirométricos de EPOC (GOLD 2017).
Resultados: De los 1557 pacientes evaluados, 1049 (67.4%) fueron sometidos a dosaje de AAT. Sus características generales, diagnósticos y variables espirométricas pueden apreciarse en la tabla 1. 821 sujetos arrojaron un dosaje normal, mientras que 228 (21.7%) mostraron un DAAT. A este último subgrupo se les realizó genotipificación posterior observándose: 8 pacientes con genotipo severo ZZ (0,76%, IC95% 0.49-1.03). En los 220 pacientes restantes se observaron los siguientes genotipos: 3 SZ (1.7%, IC95% 0.7-2.7), 4 SS (2.3%, IC95% 1.2-3.4), 17 MZ (9.7%, IC95% 7.5-11.9), 24 MS (13.6%, IC95% 11-16.2), 128 pacientes fueron catalogados como no S no Z (72.2%, IC95% 69.3-76,1) y en 44 pacientes se encuentra pendiente el resultado. Dos de los pacientes hallados con genotipo ZZ fallecieron mientras que los 6 restantes se encuentran en tratamiento sustitutivo. No hubo ningún paciente con DAAT con un dosaje por DBS mayor de 1.5 mg/dl. De los 13 familiares de pacientes con DAATS valorados 2 resultaron padecer déficit severo de AAT.
Conclusión: El screening de AAT en pacientes con patologías respiratorias crónicas (EPOC, Asma moderado-severo, bronquiectasias, neumotórax por bullas o enfermedad crónica pulmonar no diagnosticada) y genotipificación posterior en aquellos con DAAT utilizando un punto de corte ≤ 1,5 mg/dl permitió detectar DAATS. No hallamos DAATS en pacientes por encima de dicho punto de corte. El screening de familiarers directos de pacientes con DAATS demostró utilidad clínica. Los resultados obtenidos soportan la utilidad del screening de DAAT en especial en pacientes con EPOC y familiares de pacientes con DAATS avalando las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales al respecto.

n	1049
Edad (años)	62 ± 16
Masculino (%)	58
Índice de masa corporal (kg/m²)	26,8 ± 6
Tabaquismo actual y pasado % (n: 626)	75.7
Sujetos con ATT ≤ 1.5 mg/dl	228 (21,7%)
Patologías	
EPOC	740 (70,5%)
Asma	66 (6,3%)
Bronquiectasias	10 (1%)
Neumotórax espontaneo por bullas	3 (0,3%)
Enfermedad pulmonar crónica sin diagnostico de certeza	211 (20,1%)
Enfisema pulmonar	6 (0,6%)
Screening familiar de pacientes con DAAT severo	13 (1,2%)
Espirometria	
CVF post (%pred)	82.3±21.1
VEF1 post (L)	2.8±1.0
VEF1 post (%pred)	57.7±21.3
VEF1/CVF % (post PBD)	56.1 ±12.4

O28 DESVÍO ESTÁNDAR DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO COMO MODALIDAD DIAGNÓSTICA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DEL ADULTO

CASTAÑO G[1]; PRIETO I[1]; EDUARDO B[2]; BLEDEL I[1]; BRENDA V[1]; MENENDEZ M[1]

[1]Hospital Alemán, [2]Hospital Británico

Antecedentes: El indicador más comúnmente usado para evaluar la variabilidad de la señal de saturación de oxígeno (SO_2) es el índice de desaturaciones de O_2 (IDO). El IDO ha sido validado contra polisomnografía para el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (AOS).
El desvió estándar (DE) es una medida de dispersión de una variable continua. Hay poca información publicada sobre el valor diagnóstico del desvío estándar de la SO_2 (DE SO_2) en pacientes con sospecha de AOS.
Hipótesis: El DE SO_2 podría ser un parámetro útil para diagnosticar AOS.
Objetivos: 1) Evaluar el DE SO_2 como herramienta diagnóstica en pacientes con sospecha de AOS 2) Comparar el desempeño diagnóstico del índice de desaturaciones ≥ 2/3/4% (IDO2/3/4), el DE SO_2 y un indicador que combine cualquiera de los anteriores (IDO o DE SO_2).
Material y Método: Estudio piloto, observacional y retrospectivo. Se incluyeron 66 adultos seleccionados al azar de una base de datos de 104 pacientes mayores de 18 años a los cuales se les realizó una polisomnografía (PSG) y oximetría de pulso (Nonin-WristOx 3100) simultáneamente en el laboratorio de sueño por sospecha de AOS. Se excluyeron las PSG u oximetrías con más del 10% de artificios en el trazado. AOS se definió como un índice apnea/hipopnea (IAH) ≥ 5.
Los datos de SO_2 almacenados en la memoria del oxímetro (frecuencia muestreo 0.5 Hz) fueron exportados a un formato Excel. Se calculó en cada paciente el DE SO_2 en ventanas móviles de 15 minutos y el percentil 95% del valor promediado del DE SO_2 (DE SO_2 P95). Se hizo análisis ROC y se estimó la sensibilidad (S), y especificidad (E) de los diferentes parámetros oximétricos (DE SO_2 P95, IDO2/3/4 y DE SO_2 P95 o IDO combinados).
Resultados: Se evaluaron 66 sujetos (23 mujeres), edad, índice de masa corporal e IPR medianos (rango intercuartilo) de 56 años (42-58), 27 kg/m^2 (24-30) y 16.5 (5-29) respectivamente. La prevalencia de AOS fue del 76% (24% con IPR < 5 y 24%, 28% y 24% con AOS leve, moderado y severo respectivamente).
El IDO2 (>19.5), IDO3 (> 7) e IDO4 (> 3.7) mostraron una S/E de 76/94%, 88/94% y 82/100%, respectivamente. La S/E del DE SO_2 P95 (> 1.68) fue de 82/100%, en tanto que la presencia de un DE SO_2 P95% >1.68 o un IDO_2 >19.5, IDO_3 > 7 o un IDO4 > 3.7 tuvieron una S/E de 90/94%.
Conclusiones: El DE SO_2 P95% mostró un desempeño similar al IDO para diagnosticar AOS. La combinación de DE SO_2 P95 e IDO mostró la mejor exactitud diagnóstica para clasificar correctamente a sujetos sospechados de AOS, siendo su exactitud mayor al 90%.

O29 ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO BASAL Y AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

DELEO S[1]; DE IRAOLA A[1]; FALIVA G[1]; RIOS D[1]; ALAIMO F[1]; LANDEA R[1]; CORNEJO F[1]

[1]HIGA San Martín La PLata

Objetivos: Describir el riesgo basal y al seguimiento utilizando la evaluación multidimensional propuesta por las guías de HP ERS/ESC 2015, en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial pulmonar (HAP). Determinar el porcentaje de pacientes que alcanza el perfil de bajo riesgo dentro del primer año del diagnóstico. Describir el esquema terapéutico al seguimiento.
Material y Métodos: Para la estratificación de riesgo se realizó una evaluación integral teniendo en cuenta 8 variables propuestas por las guías ERS/ESC 2015. Se asignó a cada una de estas variables 1, 2 o 3 puntos siguiendo los puntos de corte propuestos en las guías previamente mencionadas. De tal manera que se sumaba 1 punto si la variable analizada correspondía a un valor de riesgo bajo, 2 puntos para aquellas que se encontraban en riesgo intermedio y 3 puntos a las de riesgo alto. Posteriormente se dividió la suma del puntaje obtenido sobre el número de variables disponibles para cada paciente. Se calcularon las variables asignando al grupo de bajo riesgo a los pacientes con puntaje menor o igual a 1,49; riesgo intermedio a los pacientes con valores igual o mayor a 1,50 hasta 2,49 y riesgo alto a aquellos pacientes con puntaje mayor o igual a 2,50.
La estratificación de riesgo se realizó al momento del diagnostico en el total de la población analizada. Al seguimiento se realizó una nueva estratificación en un rango de 4 a 12 meses desde que se estableció el diagnóstico. En el seguimiento todos los pacientes se encontraban recibiendo al menos una droga específica para la HAP.
Resultados: De los 32 pacientes analizados los subgrupos fueron: HAP idiopática 9; HAP inducida por drogas 2; HAP hereditaria 2; HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo 11; HAP asociada a cardiopatías congénitas 7; HAP asociada con infección por el HIV 1.
En la estratificación de riesgo basal se analizaron 32 pacientes, la media de variables disponibles fue de 7. En bajo riesgo se encontraban 7 (22%) pacientes, 22 (69%) en riesgo intermedio y 3 (9%) en alto riesgo.
La estratificación de riesgo al seguimiento se realizó en 29 pacientes, la media de tiempo de seguimiento longitudinal fue de 8 meses, la media de variables utilizadas al seguimiento fue de 4.8 y los resultados fueron: 14 (48%) pacientes se encontraban en bajo riesgo, 11 (38%) en riesgo intermedio y 4 (14%) en alto riesgo.
Al seguimiento 6 pacientes se encontraban en monoterapia con inhibidores de la fosfodiesterasa (IPD5), 18 en terapia combinada con IPD5 y antagonistas de los receptores de endotelina (ERA) y 5 con triple terapia que incluye IPD5, ERA y prostanoides.

De los 14 pacientes en bajo riesgo al seguimiento, 11 se encontraban bajo el esquema de terapia combinada IPD5 y ERA, 2 con triple terapia y 1 en monoterapia.
Conclusión: el porcentaje de pacientes en bajo riesgo al seguimiento aumentó significativamente, sin embargo el 52% de los pacientes continuaban en un riesgo intermedio/alto. De los 6 pacientes en monoterapia con IPD5 solo 1 alcanzó el bajo riesgo.

O31 FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN EN PACIENTES INTERNADOS POR EPOC EXACERBADO

MEJIA B[1]; SOLIS M[1]; TOTTEREAU J[2]; RODRIGUEZ C[1]; COCO B[1]; LOMBARDI D[1]

[1]hospital rehabilitacion respiratoria Maria Ferrer, [2]hospital rehabilitation respiratoria Maria Ferrer

Introducción: La exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E-EPOC) se asocia con progresión de la enfermedad, disminución de la calidad de vida, riesgo aumentado de muerte y consumo significativo de recursos sanitarios. Es fundamental reconocer los factores de riesgo de mala evolución.
Objetivo primario: Determinar factores de riesgo de mal pronóstico en pacientes que cursan internación por EPOC exacerbado.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo entre junio 2017 a junio 2019. criterios de inclusión fueron pacientes > de 40 años, con diagnóstico previo de EPOC y se excluyeron pacientes con antecedentes de otra patología respiratoria.Las variables que se evaluaron fueron: edad, sexo, espirometría al ingreso, tratamiento previo, sector de internación, tabaquismo, gasometría arterial, VNI, ARM durante la internación, Ph al ingreso, Grado de GOLD, comorbilidades, presencia de neumonía intrahospitalaria y rescates bacteriológicos. La mala evolución se definió como: defunción durante la internación, > 10 días de internación, ingreso a unidad cerrada y requerimientos de apoyo ventilatorio invasivo. Las variables se expresaron como media y desvió estándar (DE) con análisis bivariado y multivariado.
Resultados: Se incluyeron 213 pacientes internados por E-EPOC, 132 (61.9%) varones, edad media de 66.7 años (± 9.24). 71.8% de los casos eran extabaquistas de 60 p-y (± 0). El 70.8% presentaba algún tipo de comorbilidad: 49.2% HTA, 3.6% insuficiencia cardiaca y 7% diabetes. La mediana del VEF1fue de 28% (± 23-35). De 103 rescates bacteriológicos el 26.2% fueron *Pseudomonas Aeruginosay* 16,5% *HI*. El 52,1% de los pacientes presentaba hipoxemia al momento del ingreso y el 83.8% tenían EPOC grado D. 93 (43.6%) pacientes requirió algún tipo de ventilación mecánica; VNI 80 (86%), ARM 13 (14%). Del total, 16 pacientes (7.6%) fallecieron durante la internación. El 30.5% de los pacientes estuvieron internados >10 días y el 25.3% de los pacientes requirieron internación en unidad cerrada. En el análisis bivariado las variables que demostraron ser factor de riesgo para mortalidad fueron el pH.
Conclusiones: En nuestro estudio observamos que el factor de riesgo para mortalidad más importante es el requerimiento de ARM. Para internación prolongada fueron la presencia de consolidación, requerimientos de unidad cerrada y un pH < 7.35 al ingreso. El factor de riesgo para ingreso a unidad cerrada fue la insuficiencia respiratoria tipo 2.
Creemos que evaluar estos valores al ingreso pueden generar una conducta precoz en el tratamiento para mejorar la evolución y eventualmente la mortalidad en estos pacientes.

O34 IMPACTO DE LA BIOPSIA DE PULMÓN POR CRIOSONDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

LAS HERAS M[1]; CARBONI BISSO I[1]; CABRERA G[1]; DIANTI J[1]; VIDELA C[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda es la consecuencia final de más de 60 patologías diferentes, siendo el diagnóstico de la enfermedad primaria complejo y difícil de establecer, por lo consiguiente el tratamiento es rara vez el adecuado.
En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en los que el lavado broncoalveolar fue negativo, la biopsia quirúrgica a cielo abierto permite el diagnóstico etiológico en más del 75% de los casos, con una consecuente modificación de la conducta terapéutica y una probable mejoría en la morbimortalidad.
Objetivo: Investigar el impacto de la biopsia pulmonar por criosonda en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda a los que previamente se les realizó lavado broncoalveolar con resultado negativo. Paralelamente establecer la tasa de seguridad y complicaciones de esta técnica.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda a los que se le realizó biopsia pulmonar por criosonda, en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre el mes de mayo del 2016 y el mes de julio del 2019.
Resultados: Se realizaron biopsias pulmonares por criosonda en 15 pacientes. El 53.3% fueron hombres, con una edad promedio de 54 ± 21, con un APACHE II promedio 17. Todas las biopsias se realizaron con criosonda de 1.9 mm por medio de broncoscopios flexibles. El 100% (15) de los pacientes tuvieron diagnóstico etiológico, siendo lo más frecuente el daño alveolar difuso en el 46.6% (7), seguido de infección en el 26.6% (4), toxicidad por drogas en el 13.3% (2), rechazo en el 6.6% (1) y cáncer en el 6.6% (1).
Se realizaron en promedio 4 biopsias por paciente y la duración del procedimiento fue de 40 minutos. Todas las biopsias se realizaron en la unidad de cuidados intensivos, evitando el traslado de los pacientes y sus potenciales complicaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron el sangrado en el 86.6%. El 69% de los mismos fue consignado como sangrado tipo I (que no requirieron intervención) y el 30.7% de los restantes como sangrado tipo II (que requirió maniobras endoscópicas). El 40% de los pacientes presentaron hipoxemia transitoria durante el procedimiento. Solo un paciente

con antecedente de lesiones cavitadas presentó neumotórax que requirió drenaje. En el 80% de los pacientes la biopsia pulmonar por criosonda modifico el tratamiento establecido.
Conclusiones: La biopsia quirúrgica pulmonar mejora el diagnóstico y tratamiento en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, sin embargo, ha quedado relegada debido a sus complicaciones y complejidad. El advenimiento de nuevas técnicas como la biopsia pulmonar por criosonda aplicada a un grupo definido de pacientes abre un alentador panorama diagnóstico y terapéutico, con menor tasa de neumotórax y sangrado, y mejorando los Resultados: Sin embargo se necesitan de más estudios para conocer la seguridad de esta técnica y sus consecuencia en esta poblacional definida.

O35 LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS: RÉDITO, UTILIDAD Y SEGURIDAD

WAINSTEIN E[1]; FERNANDEZ CEBALLOS I[1]; CASTRO H[1]; MARITANO FURCADA J[1]; ORAZI M[1]; RIVERA A[1]; MASSIMINO B[1]; TORRES CABREROS C[1]; FULLANA M[1]; CANALE H[1]; SVETLIZA G[1]; LAS HERAS M[1]; CASTRO AZCURRA R[1]

[1]Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El lavado broncoalveolar (BAL) es una herramienta utilizada en la evaluación de infiltrados pulmonares en pacientes inmunocomprometidos. El rédito diagnóstico y la utilidad clínica varía en diversas series publicadas.
Objetivo: Determinar el rédito diagnóstico, la utilidad clínica y la seguridad de la toma de BAL en pacientes inmunocomprometidos en un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires.
Métodos: estudio retrospectivo de corte transversal. Evaluamos las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes con inmunocompromiso a quienes se les realizó la toma de BAL entre el 31 de mayo de 2018 y el 1 de junio de 2019. Determinamos el rédito diagnóstico de acuerdo al aislamiento microbiológico y la citología del BAL. Definimos utilidad clínica como cambio o suspensión de tratamiento antibiótico o el inicio de otros tratamientos. Evaluamos la seguridad definiendo empeoramiento clínico como traslado a unidad cerrada, intubación orotraqueal o muerte dentro de las 12 horas de realizado el estudio.
Resultados: Evaluamos 121 endoscopías. Excluimos 20 endoscopías realizadas a pacientes trasplantados pulmonares. Incluimos 101 endoscopias realizadas a 83 pacientes. El 70% (n = 70) fueron hombres. La edad media fue de 57 años. Las causas de inmunocompromiso fueron neoplasia oncohematológica (17%), trasplante de órgano sólido (23% , trasplante de médula ósea (14%), neutropenia post quimioterapia (14%), HIV con recuento de CD4 menor a 200 células por mm3 (14%), uso de corticoides u otros inmunosupresores no indicados por trasplante (17%). Obtuvimos rescate microbiológico en el 37% (n = 37) de los casos. Los aislamientos fueron: bacterias (n = 19), hongos (n = 11), micobacterias (n = 3) y virus (n = 3). La celularidad del BAL fue diagnóstica en el 15% de los casos. En el 47% de los casos el BAL fue considerado útil por cambio de tratamiento. Un paciente falleció dentro de las 12 horas de tomado el BAL por shock cardiogénico por amiloidosis cardíaca secundaria a mieloma múltiple. Ningún paciente requirió traslado a unidad cerrada.
Conclusiones: La toma de BAL fue un método seguro que se asoció a rescate microbiológico y a cambios en el tratamiento en casi la mitad de los casos.

O37 MORTALIDAD POR ASMA EN MAYORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA. 1990-2017

MONCAGATTA T[1]; HUSSEIN L[1]; ARMANDO G[1]; ARIAS S[1]; BOSSIO J[1]; CALABRESE C[2]

[1]INER Emilio Coni, [2]Programa Nacional de Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas

Introducción: El asma es una enfermedad crónica de la vía aérea inferior que afecta a mayores de 6 años. Puede provocar exacerbaciones que ocasionalmente requieren asistencia médica urgente y pueden ser mortales. Según la Organización Mundial de la Salud, el 80% de las muertes sucede en países de ingresos bajos y medios-bajos. En Argentina las muertes por Asma siguen siendo un problema que todos los años registra nuevos eventos, que podrían ser reducidos o evitados.
Objetivo: Describir la evolución y características de la mortalidad por Asma en mayores de 5 años, en Argentina en el período 1990-2017.
Material y método: Se realizó un análisis descriptivo de las defunciones por asma (CIE10, J45-46) registradas por la Dirección de Estadística e Información en salud, en 2017 para mayores de 5 años. Se calcularon porcentajes y tasas específicas por 100.000 habitantes por grupo de edad, sexo y jurisdicción de residencia para 2017 y tasas ajustadas (ajuste directo) por grupo de edad para la comparación entre jurisdicciones y con años anteriores. La información poblacional se obtuvo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Se evaluó tendencia con un modelo lineal de las tasas de defunciones, expresado como Variación Anual Promedio porcentual (VAP), con su intervalo de confianza de 95% (IC95). Se utilizaron programas Microsoft Excel 2016 y Joint Point 4.6.0.0
Resultados: En 2017, fallecieron 7.241 personas por enfermedades respiratorias crónicas y 403 muertes se debieron a asma, cifra 6.33% superior a 2016 (n = 379). La distribución porcentual por grupo de edad fue: 3.23% menores de 20 años; 9.18% entre 20 y 39; 28.54% entre 40 y 65; y 59.06% en mayores de 65. Esta distribución por edad implica 50 muertes menores de 40 años por asma en 2017. Las mujeres representaron 63.52% de las muertes y los hombres 36.48%. La tasa ajustada por grupo de edad según sexo, mostró también el predominio de las mujeres (1,1) en comparación con los varones (0.87) y esta diferencia reflejó un índice de masculinidad 0.79:1. La tasa para ambos sexos disminuyó respecto a 2016. La mortalidad por asma se distribuyó desigual cuando se analiza por jurisdicciones. Formosa (2.43), Santa Cruz (2.11) y Santa Fe (1,98) registraron las tasas más altas; Chaco la tasa más baja (0.13) y Misiones, Rio Negro y Tierra del Fuego no registraron defunciones por asma. La tendencia desde 1990, fue al descenso. Este comportamiento fue similar

en los grupos poblacionales para ambos sexos, pero se acentuó en el grupo de varones con una VAP de 5,7 (IC:5,03; 6,39) en comparación con la VAP de 4,1 en mujeres (IC: 3.39; -4.87).
Conclusiones: La mortalidad por asma se encuentra en descenso desde 1990. La mayor carga de enfermedad se concentra en el grupo de mujeres y las personas mayores de 65 años, pero la existencia de muertes jovenes por asma es un problema a atender. Dado que el asma puede tratarse de manera efectiva y su tratamiento previene exacerbaciones y complicaciones, es importante incrementar el diagnóstico y tratamientos adecuados de esta patología.

O39 MORTALIDAD POR NEUMONIA EN LA POBLACION ADULTA DE ARGENTINA.

BOSSIO J[1]; ARIAS S[1]; ARMANDO G[1]; MONCAGATTA T[1]; RIBERO M[1]
[1]*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

Introducción: La neumonía es una enfermedad de distribución universal, considerada un grave problema de salud por su elevada incidencia, sus características epidemiológicas y los crecientes costos derivados de su hospitalización.
Objetivos: Analizar la magnitud y tendencia de la mortalidad por neumonía en mayores de 20 años en Argentina en el período 1997-2017.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las defunciones reportadas a por la Dirección de Estadística de Información en salud (DEIS) en 2017. Se calcularon porcentajes y tasas tasas ajustadas por 100.000 habitantes, por jurisdicción de residencia, edad y sexo. Se evaluó la tendencia utilizando un modelo lineal, expresando su cambio como variación anual promedio porcentual (VAP), con su intervalo de confianza de 95% (IC95). La información poblacional se obtuvo de las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC). Se utilizaron los programas R 3.4.4 y Joint Point 4.6.0.0.
Resultados: En adultos mayores de 20 años ocurrieron 32.850 muertes debida a neumonía (J12-J18), lo que representó un 51,63% del capítulo de las enfermedades del sistema respiratorio. La tasa de mortalidad por neumonía aumentó a medida que aumenta a la edad y este comportamiento se observó para ambos sexos.
Cuando se realizó el análisis por grupo de edad se observó que los mayores a 80 años aportaron el 61.7% (20.238) de las defunciones por neumonía; el grupo de 65 a 79 años aporto el 27.1% (8.891) y el grupo en edad productiva de 20 a 64 años aportó 11,2%(3.660). Para todos los grupos de edad la mortalidad fue mayor en varones que en mujeres, encontrándose la mayor brecha en el grupo de 65 a 79 años, en donde la razón de tasa entre varones y mujeres fue de 4.85.
Se observó un aumento en la tasa de mortalidad por neumonía en el tiempo y en los 3 grupos de edades analizados, para el grupo de edad de 20 a 64 años la VAP fue de 5.2 (4.3;6.1), para 65-79 años la VAP fue de 4.2 (3.6; 4.8) y para el grupo de mayores de 80 años la tendencia presentó 2 períodos, desde 1997 a 2012 con una VAP de 2.4 (1.5; 3.3) y el período 2012 a 2017 con una VAP de 8.6 (3.6; 13.8)% anual.
La distribución de la mortalidad fue desigual cuando se analizó por jurisdicciones, las cinco jurisdicciones con mayor tasa de mortalidad (San Juan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chaco, La Pampa y Buenos Aires) que concentraron aproximadamente el 20% de la población, aportaron el 26% de las muertes, mientras que las cinco jurisdicciones con menor tasa de mortalidad (Tucumán, Santiago del Estero, Neuquén, Río Negro y Entre Ríos) que concentraron el mismo porcentaje de población, aportaron el 11% de las muertes.
Conclusiones: La mortalidad por neumonía se distribuyó de manera diferente por jurisdicción y presentó un aumento constante en los últimos veinte años, tanto en edad productiva como en adultos y adultos mayores, por lo que sería recomendable planificar nuevas acciones u optimizar las medidas vigentes para la atención de la neumonía en Argentina.

O40 PREVALENCIA DE ASMA EN ESCOLARES DE LAS CIUDADES DE SANTA FE Y ESPERANZA, 2017-2019

ARIAS S[1]; GÓMEZ L[1]; BALANZAT A[2]; NEFFEN H[3]; CALABRESE C[4]; NILVA G[1]; MEIDARDI P[1]; HUSSEIN L[1]; WOUTERS G[1]; BOSSIO J[1]

[1]*INER Emilio Coni,* [2]*Hospital de Clínicas UBA,* [3]*Centro de Alergia e Inmunología,* [4]*Prog. Nacional de Control de Enf. Resp. Crónicas*

Objetivo: Determinar la prevalencia de asma en escolares de las ciudades de Santa Fe y Esperanza, en años 2017 a 2019 e identificar factores asociados.
Material y Método: Se realizó un estudio de corte transversal en niños de 1° y 7° grado de 16 escuelas primarias de Santa Fe y Esperanza entre 2017 y 2019, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados monoetápico estratificado. Se utilizó el cuestionario propuesto para Fase III del estudio ISAAC (versión de España validada para Argentina) para evaluar la prevalencia de asma. El cuestionario se aplicó autoadministrado a tutores de los niños e incluye 8 preguntas sobre asma y otras 13 sobre características y factores de riesgo. Se utilizó la definición de sospecha de asma del estudio ISAAC (sibilancias en los últimos 12 meses). Se incluyó la prevalencia de asma, valor puntual e intervalo de confianza del 95%. Se evaluó la asociación entre asma y factores seleccionados, mediante OR y significancia por test de chi cuadrado con $p < 0.05$. Se utilizaron los softwares SPSS, Excel 2010, Epidat 4.1.
Resultados: Se encuestaron 990 tutores (97,0% padres) de 483 niños de 1° (48.8%) edad promedio de 6,3 años y 507 niños de 7° (51.2%), 12,4 años promedio. 846 (85.5%) de Santa Fe y 144 (14.5%) de Esperanza. El 45.7% (452) fueron mujeres y 54.2% varones (537). El 55.9% asistieron a escuelas públicas y 44,0% a privadas.
La prevalencia de asma fue de 161 niños, 16.3% (13.9; 18.6), siendo 96 niños, 19.9% (16.2; 23.5) de 6 años (1° grado) y 65 casos, 12.8% (9.8; 15.8) de 12 años (7°). La prevalencia por sexo no tuvo diferencias: 88 casos, 16.6% (13.4-19.9) en varones y 73 casos, 16.5% (13.0-20.1) en mujeres, pero a los 6 años hay un leve predominio de mujeres sobre hombres que se invierte a los 12 (21.3% de prevalencia a los 6 años y 11.7% a los 12 años).

El 91.3% (86.6-96,0) de los niños con sibilancias presentaron solo un episodio en 1 año, 55.3% (47.3; 63.3) despertaron por la noche por sibilancias y el 22.4% (15,61; 29,11) tuvo episodios que le impidieron decir más de dos palabras sin respirar. 72, el 7.3% (5.6-8.9), tenían diagnóstico previo de asma: 9,7% (7.0-12.3) en 6 años y 4,8% (2.8-6.8) en 12.
Se encontró asociación entre asma y exposición a tabaco en el hogar (OR: 1.50; 1.04-2.18; p = 0,03), y entre asma y padres con antecedentes de alergia (OR: 3.40; 2.24-5.17; p 0.05).
Conclusiones: La prevalencia de asma es más frecuente en niños de 6 años. La prevalencia es similar a la encontrada en el estudio ISAAC. La importancia del asma en la población infantil, mayor que en la población adulta, indican la necesidad de definir indicadores para diagnóstico, gravedad y control de asma que permitan identificar a los niños con la enfermedad, confirmar diagnóstico y brindar atención médica y tratamiento adecuado.

O41 RELACION ENTRE EL INDICE DE ACLARAMIENTO PULMONAR, Espirometría Y OXIDO NITRICO EN NIÑOS ASMATICOS

CHANG D[1]; KOHLER T[1]; ESCOBAR N[1]; TEPER A[1]

[1]*Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, CABA, Argentina*

Introducción: La espirometría es el estudio complementario más utilizado para objetivar el compromiso de la función pulmonar en el asma. Sin embargo, no es frecuente hallar valores espirométricos alterados aun en aquellos niños con asma severo. Por otro lado, la inflamación eosinofílica en el asma puede evaluarse de forma no invasiva mediante la medición del óxido nítrico exhalado (eNO). No obstante, existe falta de correlación entre los síntomas, espirometría y eNO. Recientes estudios han reportado que el índice de aclaramiento pulmonar (*lung clearence index*, LCI), un marcador de disfunción de la pequeña vía aérea, se encuentra alterado en asmáticos aun con valores espirométricos normales. Sin embargo, el conocimiento sobre la relación entre el LCI, la espirometría, y el eNO en niños asmáticos son limitados.
Objetivo: Describir la relación entre el LCI, la espirometría, y eNO en niños con asma.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, corte transversal. Se incluyeron niños (6-18 años) con diagnóstico médico de asma. Se efectuaron las siguientes determinaciones: 1. Examen físico y cuestionario asthma control test (ACT), 2. eNO (on-line, 50ml/seg.), 3. LCI (Lavado de nitrógeno mediante técnica de respiración múltiple) y 4. Espirometría pre y post broncodilatadora (BD). Las variables continuas fueron expresadas en media y desvío standard (DS). Las variables categóricas fueron expresadas en porcentajes. Se utilizo *Pearson correlation* test para evaluar correlación, y *umpaired T*-test o *Mann Whitney* test para la comparación entre grupos. Por último, se valoró la asociación entre dos variables categóricas mediante *Pearson Chi-square* test. Los análisis fueron efectuados mediante SPSS statistic versión 20 (IBM).
Resultados: Se reclutaron 53 niños (31 varones), edad media 12.7 años. La media del LCI Z-Score fue de 4.2 (DS: 3.6), del VEF1% fue de 96.7% (DS: 10.3), del FMF% fue del 88.5 (DS: 23.1), y eNO fue de 47.9 ppb (DS: 35.8). Nueve (17%) sujetos presentaron ACT alterado (puntaje ≤19), 37 (69.8%) sujetos presentaban LCI aumentado (LCI Z-Score > 1.96), 9 (17.6%) tenían espirometría alterada (FEV1<80% y/o respuesta BD FEV1 ≥ 12%), y 40 (75.5%) sujetos poseían eNO elevado (eNO > 20ppb). Hallamos correlación entre VEF1% y LCI (r = -0,33; p = 0,022) y entre FMF% y LCI (r = -0.37; p = 0.008). Aquellos pacientes con espirometría alterada presentaban LCI Z-Score significativamente más elevados (diferencia 4; p = 0.002) que aquellos con espirometría normal. A su vez, encontramos una asociación significativa entre presentar espirometría alterada y LCI alterado (p = 0.046). No hemos hallado correlación alguna entre espirometría y eNO, o LCI y eNO.
Conclusión: El LCI se encontró frecuentemente alterado aun con valores de espirometría normales. Interesantemente, hallamos correlación entre espirometría y LCI en niños asmáticos. Asimismo, encontramos asociación entre presentar espirometría alterada y LCI alterado. En su conjunto, el LCI podría ser de utilidad en la valoración precoz de la función pulmonar en niños con asma.

O42 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN ARGENTINA, PERÍODO 2016-2018

GOMEZ L[1]; NILVA G[1]; MEINARDI P[1]; ARIAS S[1]; FERNANDEZ H[1]; BOSSIO J[1]

[1]*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni"*

Objetivo: Describir la situación de la Tuberculosis (TB) Multirresistente (MDR) en Argentina, sus características principales y distribución en el trienio 2016-2018.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de los casos de TB-MDR notificados en el trienio 2016-2018, obtenidos de las bases de datos del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud, el Laboratorio de Tuberculosis del INER 'Dr. Emilio Coni' y el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. Se calcularon tasas de notificación por 100000 habitantes, utilizando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Se identificaron los tipos de resistencia, y el grupo MDR se caracterizó en función de las variables sexo, edad, antecedente de tratamiento y co-infección con VIH. Se calculó el Odds Ratio (OR) para analizar la asociación entre las variables de estudio y la TB-MDR, con un intervalo de confianza del 95% y su significancia estadística.
Resultados: Durante 2016-2018 se notificaron en Argentina 697 casos de TB con resistencia (2.0% del total). 380 casos fueron MDR (54.5% de los resistentes, 1.1% del total), con una tasa de 0.30 por 100000. El 1.4%(10) de los resistentes fue extremadamente resistente. La proporción de MDR fue mayor en varones (55.3%). Entre 20 a 59 años se concentró el 72.9% de los MDR, 17.9% fue menor de 20. El 46.6% de los MDR tenían antecedentes de tratamiento y el 40.9% de los que disponían información (40.5%, 154 casos) fueron HIV positivo. En 6 jurisdicciones no se registró MDR (Catamarca, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquén y San Juan), y 4 jurisdicciones (Buenos Aires, Santa Fe, CABA y Tucumán)

concentraron el 86.3% de los casos (328). 20 departamentos de alta concentración urbana de Buenos Aires, CABA y Santa Fe (94 a 100% de viviendas en zona urbana frente a 90% del total del país) concentraron 67.9% de los MDR. Es marcada la diferencia de casos entre 2016 (111) y 2017 (112), respecto de 2018 (157). También se observó un incremento de la búsqueda de casos, siendo el porcentaje de casos con prueba de sensibilidad a drogas en 2018 de 19.5% frente a 4.3% en 2017 y 2.4% en 2016. El análisis de asociación para el trieno, devolvió una OR estadísticamente significativo para MDR respecto a casos sensibles con antecedentes de tratamiento anterior frente casos nuevos (OR: 3.58, $p < 0,05$) pero no frente recaídas (OR: 1.38, p: 0,1), VIH positivo (OR: 1.73, $p < 0.05$), no para edad de 25 años y más (OR: 0.961, p: 0,73).
Conclusión: La multirresistencia constituye un obstáculo para el control de la TB, especialmente en algunas provincias y grandes áreas urbanas. El aumento de MDR en 2018, indica la importancia de analizar la influencia de la mayor búsqueda en ese año sobre los anteriores y de aumentar la oferta y realización de la prueba de sensibilidad para los casos de TB. El antecedente de tratamiento previo sigue siendo el principal factor asociado a MDR, por lo que se deben continuar desarrollando actividades para fortalecer la detección oportuna, el tratamiento completo, y el seguimiento y apoyo de todos los casos de TB.

O43 UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS CON INFILTRADOS PULMONARES

DIANTI M[1]; VALLEJOS A[1]; IANNELLA H[1]; BERENGUER R[1]; VUJASICH P[1]

[1]Hospital de Clínicas

Objetivo: Determinar con qué frecuencia los hallazgos de una broncoscopía con un lavado broncoalveolar (BAL) y/o una biopsia transbronquial (BTB) conducen a un cambio terapéutico en el estudio de pacientes inmunocomprometidos con infiltrados pulmonares.
Materiales y Métodos: Es un estudio de cohorte prospectivo. Se incluyen pacientes adultos inmunocomprometidos con infiltrados pulmonares sometidos a una broncoscopía y cursando internación en el Hospital de Clínicas José de San Martín, desde diciembre de 2017 hasta la fecha. Se considera inmunocompromiso la presencia de alguna de las siguientes: enfermedad oncohematológica, neutropenia o trasplante de médula ósea, neoplasia activa órgano sólido, inmunosupresión farmacológica, e infección por el VIH. La variable primaria a analizar es la modificación en el manejo terapéutico de los pacientes debido a los hallazgos y/o los resultados de la broncoscopía, BAL o BTB; considerado por el o los médicos tratantes durante un seguimiento de siete días. También se analiza rédito diagnóstico global y por subgrupos de inmunosupresión, características de los infiltrados pulmonares, existencia de tratamiento antibiótico empírico, tiempo entre el diagnóstico y la broncoscopía y tasa de complicaciones.
Resultados: Se presentan resultados descriptivos preliminares ya que el estudio continúa en desarrollo hasta alcanzar el número propuesto de pacientes. Con un total de 118 participantes, los subgrupos de inmunosupresión se distribuyen de la siguiente manera: enfermedad oncohematológica 52 (44.1%), neoplasia de órgano sólido 4 (3.4%), inmunosupresión farmacológica 22 (18.6%) e infección por VIH 40 (33.9%). En el 74.6% de los casos se realizó la broncoscopía luego de iniciado un tratamiento antibiótico empírico, y en el 63.3% transcurrieron más de 12 hs desde el diagnóstico. Se realizó BAL en prácticamente todos los pacientes y en un muy bajo porcentaje se realizó también BTB. Sólo 20 pacientes estaban bajo ARM al momento del procedimiento. En el 54.2% no hubo hallazgos endoscópicos de relevancia, 28% presentaban secreciones, 8.5% lesión endobronquial y 5.9% sangre fresca. El rédito diagnóstico global a los 7 días fue del 50%; y por subgrupos de inmunosupresión: 65% en infección por VIH, 40.3% en enfermedad oncohematológica y 45.4% en inmunosupresión farmacológica. En el 51.7% de los casos se modificó el tratamiento de acuerdo con los hallazgos o resultados de la broncoscopía. En su mayoría dicha modificación consistió en aumento o suspensión de la cobertura antibiótica.
Conclusiones: Nuestros resultados preliminares coinciden con lo descripto en literatura mundial. El subgrupo con mayor rédito diagnóstico es el de infección por VIH. No encontramos diferencias significativas respecto del rédito diagnóstico y el tipo de imagen, tiempo de demora en la realización de la broncoscopía y existencia de tratamiento antimicrobiano empírico, probablemente por el pequeño tamaño muestral. No se registraron complicaciones clínicamente relevantes en ningún procedimiento.

O44 ¿CUÁNTO AGREGA A LA OXIMETRÍA DE PULSO EL ANÁLISIS DE LAS SEÑALES DE FLUJO AÉREO Y ESFUERZO RESPIRATORIO AL DIAGNÓSTICO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

BORSINI E[1]; BLANCO M[1]; ERNST G[1]; PASCUA J[1]; ROBAINA G[1]; SCHONFELD S[1]; DI TULLIO F[1]; SALVADO A[1]; BLEDEL I[2]; VARELA B[2]; NIGRO C[2]

[1]Hospital Británico de Buenos Aires, [2]Hospital Alemán

Introducción: La poligrafía respiratoria (PR) es un método aceptado para el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño del adulto (AOS). Hay poca información sobre si el índice apnea-hipopnea (IAH) agrega información adicional al índice de desaturaciones (IDO) para diagnosticar AOS.
El objetivo primario fue evaluar el desempeño de la oximetría de pulso domiciliaria comparada con el análisis manual de todas las señales de un diseño específico de polígrafo respiratorio (Apnea Link Plus-Air).
Materiales y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo sobre una base de datos de un hospital de comunidad. Adultos con sospecha de AOS realizaron una PR. El análisis de la señal de flujo aéreo fue manual secuencial. Se usaron criterios internacionales para clasificar los eventos respiratorios. AOS se definió como IAH ≥ 5 eventos/hora (ev/h). Las desaturaciones de oxígeno ≥ 3% y el índice de desaturaciones de O_2 (IDO) fueron calculadas de manera automática.
Resultados: Incluimos 3854 pacientes con las siguientes características; 61.5% masculinos, edad (mediana y rango intercuartilo): 55 (44-65), IMC en kg/m^2: 30.9 (27-36), ESS: 7 (4-11), puntuación STOP-BANG: 4 (3-6). El 29% presento ESS > 10 puntos, el 52% HTA y 57% obesidad.

Los indicadores de la PR fueron: IAH (ev/h): 14 (6-26), IDO: 14.7 (7-27) y Tiempo de saturación debajo de 90% (T < 90%): 7 (1-24).
La distribución por severidad arrojó; 18%
La sensibilidad (S), especificidad (Sp), y valor predictivo (VP) del IDO para diagnosticar AOS (IAH > 5 ev/h) fue; S: 93%, Sp: 92% con VP+12 y negativo de 0.08, exactitud diagnóstica de 93% (IC95%: 90-96%).
Para un IAH > 15/h el desempeño del IDO fue; S: 94%, Sp: 94% con VP+15 y negativo de 0.06, exactitud diagnóstica de 94% (IC95%: 91-97%).
La diferencia media entre el IDO y el IAH fue de 0.8 (IC95% 0.65-0.95). La correlación entre IDO e IAH (r2 Spearman) fue; 0.92 y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre ambos indicadores para cada categoría de severidad fue; leves: 0.96 (IC95%: 0.95-0.96), moderados: 0.83 (IC95%: 0.75-0.89) y severos: 0.93 (0.92-0.93).
Los pacientes falsos negativos (n = 219) del IDO tuvieron diferencias en cuanto a; menor IMC (28 vs. 31.8, p
Conclusiones: En una población de alto riesgo de apnea obstructiva del sueño, la oximetría de pulso domiciliaria mostró una exactitud diagnóstica > 90%. Los eventos de flujo respiratorio y las señales de movimientos torácicos permitieron diagnosticar un 10% adicional de sujetos con AOS, fundamentalmente formas leves que no fueron clasificados correctamente por oximetría de pulso.

O45 ¿INTERPRETAMOS CORRECTAMENTE EL VALOR-P LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS CRÍTICOS?

ANDREU M[1]; DIAZ BALLVÉ L[1]; VERDECCHIA D[1]; CARVALHO T[1]; MONZÓN A[1]

[1]UNLAM

Introducción: Los profesionales que trabajan en el área de cuidados críticos deben disponer de información clínica actualizada para aplicar la medicina basada en la evidencia. Para ello, se requiere leer críticamente cada estudio y finalmente interpretar los Resultados: Sin embargo, las interpretaciones incorrectas del valor p afectan las decisiones de los profesionales y ponen en peligro la calidad de las intervenciones y la acumulación de conocimiento científico válido.
Objetivo: Determinar la prevalencia del desconocimiento del valor p e identificar factores relacionados al mismo en médicos y kinesiólogos que se desempeñan en áreas de cuidados críticos de la Argentina.
Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico transversal de tipo encuesta online entre agosto y noviembre de 2018 incluyendo a médicos y kinesiólogos que desarrollan su tarea en el área de cuidados cardio-respiratorios críticos de la Argentina. La encuesta estuvo conformada por 25 preguntas orientadas a conocer las características de los participantes, la autopercepción y conocimiento del valor p desde el punto de vista práctico y teórico. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para identificar aquellos factores asociados al desconocimiento del valor p. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.
Resultados: Se analizaron un total de 376 encuestas, de las cuales 210 (55.9%) fueron respondidas por médicos y 166 (44,1%) por kinesiólogos. Doscientos treinta y siete profesionales (63%) desconocen que es el valor p. En el análisis de regresión logística múltiple, tener más de 12 años de graduado (ORaj 1,7 [IC95% 1.0-2.6], p = 0.03), no haber recibido capacitación en lectura crítica (ORaj 2.3 [IC95% 1.3-4.2], p = 0.006) y leer menos de 6 artículos científicos al año (ORaj 3.1 [IC 95% 1.6-6.1], p = 0.006), se asociaron independientemente a desconocer el concepto del valor p. Ser autor de un artículo científico (ORaj 0.6 [IC95% 0.35-0.9], p = 0.02) estuvo relacionado independientemente a conocer el valor p.
Conclusión: Este es el primer trabajo que reporta el nivel de conocimiento del valor p que tienen los médicos y kinesiólogos que trabajan en el área de cuidados críticos de la Argentina. La alta prevalencia de desconocimiento del valor p indican la necesidad de capacitar y fomentar a los profesionales en la lectura y metodología de la investigación con el fin de producir un conocimiento científico válido y mejorar la práctica profesional.

O47 EFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

LARDIÉS J[1]; TAGLIORETTI C[1]; PAYASLIAN M[1]; LITEWKA D[1]; ANDREU M[2]; ATAMAÑUK N[1]

[1]Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina., [2]Universidad Nacional de La Matanza

La hipertensión pulmonar (HP) abarca un grupo heterogéneo de entidades clínicas que genera gran discapacidad. La rehabilitación respiratoria (RR) a través del entrenamiento mejora la capacidad de ejercicio, la función muscular, la calidad de vida y posiblemente la función ventricular derecha así como el comportamiento hemodinámico pulmonar. Sin embargo, es una intervención infrautilizada y poca evidencia muestra los efectos de estos programas en esta patologia.
Objetivo: Evaluar los efectos de un programa de RR en pacientes con diagnóstico de HP.
Material y Método: Mediante un diseño cuasi experimental antes después se incluyeron entre el 1ro de marzo y 30 de junio de 2019 sujetos >18 años con diagnóstico de HP, clínicamente estables y recibiendo tratamiento farmacológico específico. Se administró un programa supervisado de 8 semanas de RR de modalidad mixta (institucional y domiciliaria). Se compararon las siguientes variables pre y post intervención: test de marcha de 6 minutos (TM6M), Saint George´s Repiratory Questionnaire (SGRQ), clase funcional (CF), intensidad de la carga evaluada en cicloergómetro - cinta deslizante, disnea según escalas Medical Research Council modificada (mMRC) y visual análoga (EVA), NT-proBNP e indicadores de inflamación [leucocitos, neutrófilos, eritrosedimentación (ESD) y proteína C reactiva (PCR)]. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0.05$.
Resultados: Se analizaron un total de 19 pacientes [18 mujeres (94.7%); media de edad, 45.5 (DE 14.3) años; grupos (Niza 2018) 1 [13 (68.4%)] y 4 [(6) (31.6%)]; presión media de la arteria pulmonar 47.4 (DE12); CF I 9(DE47.4), CF II

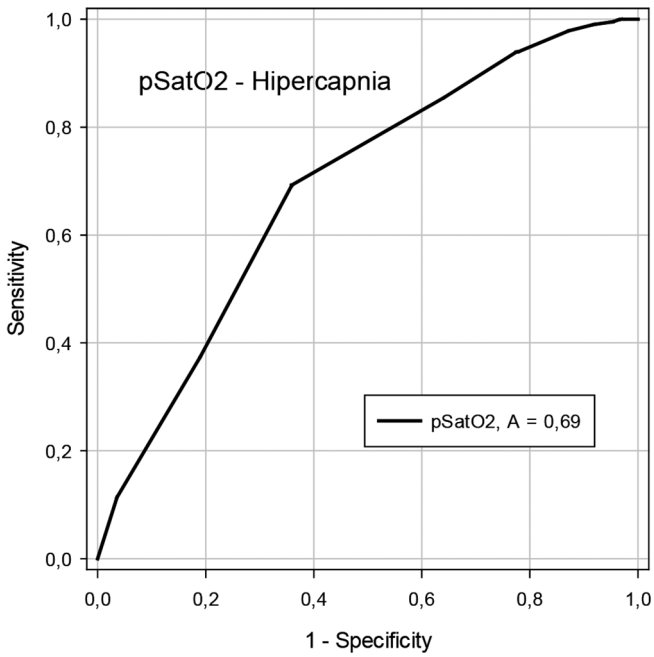
8(DE42.1) y CF III 2(DE10.5). Se observaron cambios estadísticamente significativos en TM6M [Diferencia 31.0 (DE 27.3) metros; p<0.001], SGRQ [Diferencia 8.2 (DE 10.2) puntos; p<0.01], intensidad de carga evaluada en el cicloergómetro [Diferencia 150 (RIQ 150-300) kgm; p<0.001] y cinta deslizante [Diferencia 0.7 (DE 0.67) km/h; p < 0.001]; EVA [Diferencia 2 (RIQ 0-3) puntos; p<0.01]. La variable ESD también resultó estadísticamente significativa (p = 0.02). Los cambios en NT-proBNP, leucocitos, neutrófilos y PCR no resultaron estadísticamente significativos (p = 0.86, 0.86, 0.41 y 0.34, respectivamente); así tampoco para los cambios en la CF (p = 0.32). Ningún evento adverso grave se observó durante el programa.
Conclusiones: Los hallazgos de este estudio sugieren que un programa de RR en pacientes con HP podría mejorar la capacidad de ejercicio, la calidad de vida, la percepción de la disnea y la inflamación en esta población.

O53 ¿POSIBLE ESTIMAR LA PRESENCIA DE HIPERCAPNIA A PARTIR DE LA SATURACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO EN PACIENTES ESTABLES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES PROGRESIVAS?

DE VITO E[1]; MONTEIRO S[1]; ARCE S[1]; VACA RUIZ G[1]

[1]*Instituto Lanari, UBA*

Introducción: Uno de los objetivos de la evaluación ambulatoria de pacientes con enfermedades neuromusculares (ENM) progresivas es detectar la presencia de tos débil y de hipoventilación. Si bien la única forma de diagnosticar hipercapnia diurna es mediante los gases en sangre arterial, la determinación es invasiva y la extracción no suele ser sencilla debido a la rigidez articular y posiciones en flexión (en el caso de punción de arteria radial). Una medida alternativa es la determinación de la PCO_2 mediante capnografía en aire espirado ($PetCO_2$) junto con la SaO_2 por pulso saturometría ($pSatO_2$). Se acepta que una $pSatO_2 \leq 95\%$ se asocia a hipercapnia, así como una $PetCO_2 \geq 43$ mmHg.
Objetivos: 1) comparar los valores de $SatO_2$ y $pSatO_2$ 2) comparar los valores de $PaCO_2$ y $PetCO_2$ y 3) determinar la sensibilidad y especificidad de diferentes valores de $pSatO_2$ para la presencia de hipercapnia.
Material y Método: Se analizaron retrospectivamente un total de 1610 determinaciones de (gases Invasivos y no invasivos, FiO_2 0,21) en 320 pacientes con ENM progresivas ambulatorios y sin intercurrencias en los últimos 30 días. Criterios de eliminación de análisis final: $PaO_2 + PaCO_2 \geq 140$ mmHg o (A-a) PO_2 de signo negativo o a/A $PO_2 \geq 1.0$.
Análisis estadístico: Luego de una estricta aplicación de criterios de calidad de las determinaciones (coherencia interna) en los datos de metodología invasiva ($SatO_2$ y $PaCO_2$) y no invasiva ($pSatO_2$ y $PetCO_2$), se utilizó en método de Bland & Altman para comparación de métodos, curvas ROC para definir el mejor valor de $pSatO_2$ para hipercapnia (sensibilidad, S y especificidad, E).
Resultados: Se seleccionaron un total de 203 determinaciones de gases arteriales, 1380 $pSatO_2$, 195 $PetCO_2$.
1) Relación entre $SatO_2$ (rango 86.5 99%) y $pSatO_2$ (rango 88 99%). Ambas medidas resultaron concordantes. Bias ($pSatO_2 - SatO_2 = 0{,}06 \pm 1{,}34$).
2) Relación entre $PaCO_2$ (rango 25.2 73 mmHg) y $PetCO_2$ (rango 25-69 mmHg). Ambas medidas resultaron concordantes. Bias ($PetCO_2 - PaCO_2 = 1.63 \pm 4{,}25$).
3) Curva ROC para $pSatO_2$ e hipercapnia. Area bajo la curva: 0.69 ± 0.02 (IC 95% 0.6461 To 0.7300), p 0.0001
Conclusiones: Este estudio confirma que valores de $pSatO_2$ por debajo de 95% se asocian a hipercapnia. El conocimiento de la S y E de los diferentes valores de $pSatO_2$ aportado por este estudio, permiten decidir qué es preferible jerarquizar en cada paciente de acuerdo al contexto clínico.

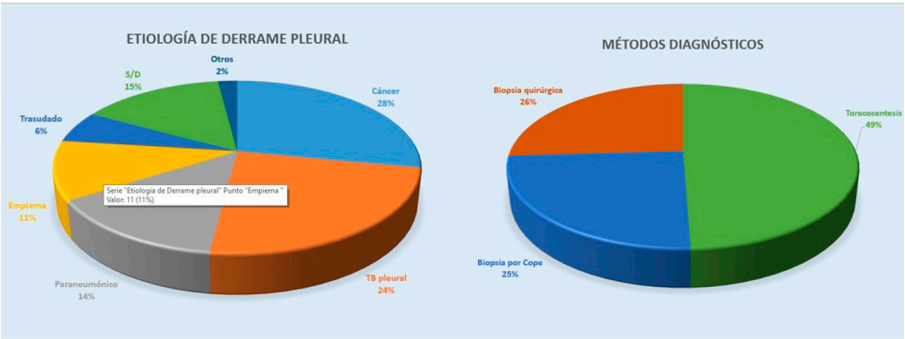


O61 ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DE DERRAME PLEURAL EN UNA SALA DE INTERNACIÓN DE NEUMONOLOGÍA EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

GATTI A[1]; GRANDI VEGA R[1]; SÁNCHEZ A[1]; STANISCIA B[1]; GARCIA L[1]; VALDEZ M[1]; MANSILLA M[1]; PELLEGRINO G[1]; CLIVIO L[1]

[1]HIEAyC San Juan de Dios La Plata

Objetivo: Determinar las características y etiología del derrame pleural con criterios de toracocentesis en pacientes internados en una Sala de Neumonología de un hospital de referencia.
Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo,retrospectivo. Recolectamos los datos de las epicrisis de pacientes con diagnóstico de derrame pleural internados en una Sala de Neumonología del Hospital San Juan de Dios de La Plata en el período comprendido entre 01/06/17 y 30/06/19.Se registraron edad, sexo, características físico-químicas del derrame, localización, método diagnóstico (toracocentesis, biopsia a ciegas con aguja de Cope o biopsia quirúrgica) y diagnóstico definitivo. Se clasificaron los derrames como trasudados, exudados no complicados, complicados y empiema, de acuerdo a las características fisicoquímicas del líquido. Se excluyeron recidivas de derrame pleural.
El derrame por Mycobacterium Tuberculosis (MT) se definió por tinción de Ziehl Neelsen o cultivo de Lowenstein Jensen positivos en el líquido o biopsia pleural o por anatomía patológica en la biopsia. La etiología neoplásica se confirmó mediante citología positiva en derrame o anatomía patológica en biopsia pleural. Se consideró como derrame paraneumónico si se diagnosticó simultáneamente neumonía bacteriana o absceso pulmonar. Se definió como empiema si el líquido fue purulento o el cultivo positivo.
Resultados: Se evaluaron 100 pacientes con derrame pleural con criterios de toracocentesis. La edad promedio en años fue 56 ± 21; el 69% eran hombres. Predominó la localización derecha en el 60% de los casos. El 90% tenían características fisicoquímicas de exudado. De ellos 28 pacientes tuvieron diagnóstico de cáncer (78% metastásicos), 24 tuberculosis (TB), 14 paraneumónicos y 11 empiema. Los derrames neoplásicos se mostraron más frecuentemente en mayores con promedio de 73 años mientras que el derrame por MT en jóvenes (media de 42 años). El método diagnóstico con mayor rédito fue la toracocentesis en 42 pacientes. La biopsia con aguja de Cope proporcionó diagnóstico en 21 pacientes, mientras que la biopsia quirúrgica lo definió en 22. El 15% de los derrames quedaron sin diagnóstico etiológico.
Conclusiones: En nuestro estudio alcanzamos diagnóstico de certeza en el 85% de los pacientes con derrame pleural, esto comparado con la bibliografía es más elevado con una diferencia estadísticamente significativa. Las causas más frecuentes de derrame pleural en nuestro medio fueron cáncer, infecciones, tuberculosis pleural. El derrame neoplásico predominó en la población de mayor edad, mientras que en los adultos jóvenes fue la TB. En el 16% de los pacientes a pesar de seguir los algoritmos, no se obtuvo diagnóstico definitivo, lo cual demuestra que la patología pleural sigue condicionando un desafío para el médico tratante obligándonos a mantener vigente el desarrollo de técnicas eficaces para realizar diagnóstico y tratamiento oportuno.



O62 EXPERIENCIA DE 445 VIDEOTORACOSCOPIAS EN 5 AÑOS POR CIRUJANOS TORÁCICOS EN UN HOSPITAL RESPIRATORIO

TORESAN L[1]; SEGURA G[1]; RODRIGUEZ M[1]; WUSCOVI S[1]; D´AGOSTINO J[1]

[1]Hospital A. Cetrángolo

Objetivo: El Hospital Antonio A. Cetrángolo, recibe un gran volumen de pacientes diariamente por derrame pleural. El objetivo fue, no sólo de cuantificar el número de procedimientos sino también identificar las causas generadoras de los mismos, determinar prevalencias y analizar su diversidad, suministrando la terapéutica correspondiente.
Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo retrospectivo, que analizó el total de pacientes intervenidos por videotoracoscopia con diagnóstico de derrame pleural, en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Respiratorio A. Cetrángolo, en los últimos 5 años, desde Enero de 2014 a Diciembre de 2018. Según el estado general del paciente y los estudios prequirúrgicos se decide la realización de la videotoracoscopia. De lo contrario, sólo se efectúa un avenamiento pleural con toma de biopsia. Se consideró el género, resultado de anatomía patológica, citología del líquido y correlación entre la positividad de la pleural y líquido pleural.

Resultados: Se intervinieron en el hospital por videotoracoscopia un total de 445 pacientes, 273 fueron de género masculino y 172 de género femenino. Los resultados de anatomía patológica fueron: 141 casos con pleuritis crónica, 58 con tuberculosis, 59 Neoplasias Malignas Epiteloides, 61 Adenocarcinoma primario de pulmón, 1 Condrosarcoma, 6 Carcinomas Neuroendócrinos, 39 Mesoteliomas, 8 Metástasis de Páncreas, 1 Metástasis de Vía Biliar, 2 Metástasis de Estómago, 2 Metástasis de Colon, 17 Metástasis por Mama, 1 Metástasis de Ovario, 5 Metástasis Renal, 17 Mesotelio Hiperplásicos Reactivos. También se analizó los resultados de los líquidos pleurales enviados para citología. Se procesaron en total 286 líquidos pleurales, de los cuales 98 fueron positivos para células neoplásicas. Hubo una correlación de 70 casos en el que la pleura parietal y el líquido pleural fueron ambos positivos.
Conclusión: De este trabajo retrospectivo, se obtuvo información, no sólo respecto al volumen de pacientes intervenidos y del aumento creciente con los años, sino sobre los diferentes tipos de patologías generadoras de derrame pleural, teniendo alta incidencia de patología neoplásica con tumores primarios de pulmón así como casos poco habituales como secundarismos por Condrosarcomas o por Sarcomas sinoviales, Enfermedades reumatológicas, etc. Se observa una marcada prevalencia de la patología en el sexo masculino. La misma se mantuvo constante con los años. Corroboramos una alta Sensibilidad en la citología positiva para liquido pleural superando el 50% (siendo lo habitual próximo al 50% de rédito en relación a las guías oficiales). Se comprobó que la videotoracoscopia realizado por cirujanos especialistas en Cirugía Torácica ofrece un rápido diagnóstico y terapéutica para la patología con la cual consulta el paciente, así como permitir un giro cama hospitalario relativamente rápido, disminuir las complicaciones postoperatorias, rápida recuperación y menor dolor en el postoperatorio, lo cual permite una rápida reinserción del paciente a sus tareas habituales.

O64 FALTA DE EVIDENCIA PARA EL USO DE ANTIALDOSTERÓNICOS EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: PACIENTES EN BUENA CLASE FUNCIONAL PRESENTAN NORMALIDAD DEL EJE RENINA-ALDOSTERONA

ZAMBRANO ZAMBRANO J[1]; ATAMAÑUK A[1]; PAYASLIAN M[1]; ZAUGG NADUR R[1]; LARDIES J[1]; LITEWKA D[1]

[1]Hospital J. A. Fernández (GCBA)

Objetivos: Evaluar niveles de renina (Re) y aldosterona (Ald) sérica en pac. con hipertensión pulmonar precapilar (HP) en clase funcional I-II.
Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se midieron niveles de Re y Ald sérica en pac. consecutivos con diagnóstico de HP (Grupo 1 y 4, mediante criterios internacionales y cateterismo cardiaco derecho), los cuales asistieron a nuestro hospital entre noviembre de 2018 y abril de 2019. Se excluyeron; CF III y IV, creatinina > 1,5 mg/ml y pac. en tratamiento con drogas que afecten el eje R-Ang-Ald. Se establecieron como valores normales: Re < 3,3 ng/ml/h y Ald 53-388 pg/ml. Se registraron diferentes parámetros de laboratorio, distancia en TC6M y NT-proBNP. Las variables continuas se calcularon como media y desviación estándar (DS) o mediana con rango intercuartil (IQR), dependiendo de la distribución de la variable. Las variables categóricas se presentan como número y porcentaje. Se realizaron comparaciones entre los pacientes con hipoaldosterismo y niveles de aldosterona normal. El test T y Wilcoxon Rank sum se usaron para comparar variables continuas. Las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher se utilizaron para comparar variables categóricas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.
Resultados: Se analizaron 25 pac., 96% mujeres, edad media 44.3 años (DS 14.7). PAPm 49.1 ± 12.4 mmHg, PAD 12.2 ± 5,2 mmHg, RVP 710 ± 282 din.cm-5, IC 3 ± 0,87 Lts/min/m² (24% Idiopáticos, 32% enf. del tej. conectivo, 20% congénitos, 12% HIV y 12% Tromboembólicas crónicas); CF I 48% y CF II 52%. 32% con TAPSE
Eje Re-Ald: Re 1.26 ± 1.15 ng/ml/h, Ald 98,4 ± 63,9 pg/ml. La Re fue normal en el 88% (22 pac). 68% tuvo Ald normal y 32% mostraron HipoAld (129.8 ± 53.4 vs 31,7 ± 3.2 pg/ml; p
Ald normal vs HipoAld: TC6M: 406.8 ± 107,3 vs 471.8 ± 73,2 mts (p 0,13). Los niveles de NT-proBNP no mostraron diferencias significativas entre los grupos (930.8; IC95% 266.8-1594.9 vs 344.7; IC95% 72.3-617.1; p 0.22). Ningún paciente con HipoAld presentó expresión clínica del mismo.
Conclusiones: En esta muestra en buena CF los niveles de Ald sérica se hallaron por debajo del límite superior normal en todos los casos. La mayoría presento Re normal y el HipoAld serológico fue altamente prevalente. Se hallaron diferencias en variables pronósticas entre los pac. con HipoAld y Ald normal, pero estas no fueron significativas (tal vez por el bajo número analizado) . A la fecha no hay publicaciones que mencionen la prevalencia del HipoAld en pac con HP, tampoco existen estudios que evalúen el rol del eje Re-Ald, el cual adquiere importancia al momento de usar antialdosterónicos en esta población. Es necesario contar con más estudios que nos permitan establecer el valor de estos hallazgos.

O65 GÉNERO, TABAQUISMO Y PROFESIONALES DE SALUD MENTAL: PORQUE FUMAN MÁS LAS MUJERES QUE LOS HOMBRES PSM

MÜLLER F[1]; SEREBRISKY D[2]

[1]Proyecto Medef - Centro de Investigaciones Clínicas CIC WM, [2]Centro de Investigaciones Clínicas CIC WM

Introducción: Los **Profesionales de Salud Mental (**PSM) tienen un rol fundamental en la lucha contra el tabaquismo, la mayoría de sus pacientes son fumadores complejos con alta dependencia a nicotina, mayor intensidad y severidad de consumo y abstinencia más severa que los fumadores sin enfermedad mental.
Objetivos: Examinar los resultados de los Estudios Fumar en Apsa 2005, 2009 y IV CIPD 2015, presentado sus datos más relevantes, evaluando causas y consecuencias y analizando diferencias de género**.**
Material y Métodos: En los Congresos APSA 2005 y 2009 y en CIPD 2015 de Madrid, el Proyecto MEDEF y un equipo de encuestadores entrenados, utilizó un cuestionario diseñado ad hoc, con 16 preguntas incluyendo el cuestionario Core (OMS). Las muestras fueron 15%, 20% y 25% del total de asistentes a cada Congresos.

Resultados: Los 3 estudios revelan resultados comparables:
- Alta prevalencia de Tabaquismo entre PSM
- La mayoría de los PSM fumadores, reporta no estar preparada para dejar de fumar
- Mayor% de tabaquismo femenino que masculino
- Mayor% de "fumador diario" femenino
- Mayor dependencia a nicotina en mujeres PSM que en hombres PSM
- Tolerancia al consumo de tabaco en consulta
- Autosuficiencia para la cesación tabáquica (CT)
- Escaso nivel de formación e intervención en CT

Discusión: APSA 2005 y 2009 y CIPD 2015 resultaron homogéneas y comparables, lo que nos permitió sacar conclusiones globales de la relación PSM con el TBQ y no sólo restringida a los PSM argentinos. Los 3 estudios muestran mayor prevalencia de fumar entre mujeres PSM que hombres. Las mujeres PSM son más "fumadoras diarias" que los hombres PSM. De los PSM que fuman antes de media hora después de levantarse 70% son mujeres.
Conclusiones: La relación de los PSM con el tabaquismo dificulta la asistencia de sus pacientes fumadores y la intervención para la CT. Entre las mujeres PSM la suma de mayor prevalencia, mayor dependencia y mayor frecuencia de fumar a diario aumentan el riesgo de desarrollar Enfermedad Tabaco Dependiente. Recomendamos cambios profundos en la relación PSM y tabaquismo por la salud de sus pacientes y la de ellos mismos

O69 PATRONES TOMOGRÁFICOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR H1N1

MASSO A[1]; CARBONI BISSO I[1]; LAS HERAS M[1]; CANTOS J[1]; CABRERA G[1]; VIDELA C[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los hallazgos radiológicos de las neumonías virales son habitualmente descritos como nódulos mal definidos, áreas irregulares de opacidad peribronquial tipo vidrio esmerilado y consolidación del espacio aéreo. La radiografía de tórax suele ser el primer estudio de imagen obtenido para la evaluación de los pacientes con síntomas respiratorios agudos, sin embargo, la tomografía de tórax (TC) por su mejor resolución brinda mayor información respecto al compromiso del parénquima pulmonar.
Objetivos: Describir las características tomográficas de la neumonía grave por H1N1 de los pacientes que requirieron una internación en unidad de cuidados intensivos (UCI).
Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, en un único centro. Se incluyeron los resultados de las TC realizadas a pacientes con neumonía grave por H1N1 cursando internación en una unidad de cuidados intensivos, entre junio de 2017 y julio de 2019.
Resultados: Se incluyeron los resultados de tomografías de 17 pacientes internados en UCI. El 58.8% de sexo masculino, con una media de edad entre 71 ± 17 años y un APACHE II promedio de 14. El 59% requirió soporte ventilatorio con asistencia respiratoria mecánica, el 23% con cánula de alto flujo y el 18% con ventilación no invasiva. El promedio de estadía en UCI fue de 15 días, con 19 días de internación total. Encontramos una mortalidad intrahospitalaria del 31% en esta serie.
El patrón tomográfico más frecuentemente observado fue la neumonía con infiltrados tipo vidrio esmerilado y consolidación concomitante (58.8%), seguido de opacidades reticulares (42.2%) y opacidades nodulares (35.3%). La mayoría de los infiltrados tuvieron afectación bilateral (88.2%).
El compromiso global del parénquima pulmonar, con impacto tanto en lóbulos superiores, medios e inferiores (58.8%) fue lo más frecuentemente observado. En cuanto a la localización, los infiltrados pulmonares centrales y periféricos (94.1%) y el daño peribroncovascular (67%) fueron las regiones con mayor afectación. Asimismo, el 47% presentó derrame pleural asociado.
Conclusión: La afectación pulmonar bilateral con consolidación e infiltrados tipo vidrio esmerilado y derrame pleural asociado impresiona ser el patrón tomográfico más frecuentemente observado en la neumonía grave por H1N1. El reconocimiento precoz de estos patrones puede ser útil para predecir e identificar grupos de alto riesgo.

O70 REGISTRO DE ASMA GRAVE EN DOS HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS DE CABA

FERNANDEZ R[1]; LITEWKA D[2]; GONZÁLEZ C[1]; GONZÁLEZ C[2]; CAPELLI L[1]; ZEOLLA M[1]; IRIARTE J[1]; VELÁSQUEZ E[1]; BUFFARINI L[1]; CORDOVA G[2]; ZAMBRANO J[2]; PASCANSKY D[1]; KAPLAN P[1]; SÍVORI M[1]

[1]Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía , [2]Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández

Objetivo: Describir las características de una cohorte de pacientes adultos con asma grave del registro conjunto de asma de los servicios de Neumonología de dos Hospitales Generales de Agudos de CABA, desde el punto de vista clínico, funcional, comorbilidades, control, adherencia y tratamiento.
Material y Métodos: Se enrolaron pacientes mayores de 18 años con asma estadios 4 y 5 (criterios GINA), desde el 1 de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019, registrándose: historia clínica, espirometría pre y post-broncodilatador, cuestionario ACT, eosinófilos en sangre e IgE, adherencia y tratamiento. Se usó la definición de asma grave de ATS/ERS. Se usaron técnicas estadísticas convencionales.
Resultados: De un total de 509 pacientes con asma registrados, 283 (55,5%) cumplieron criterios de asma grave. El 71.7% de género femenino; edad media 47.9 ± 17.3 años; GINA estadio 4: 97% y estadio 5: 3%. Antecedentes de asma de

inicio temprano: 51.5%; VEF1: 61.1 ± 21%; tabaquismo actual: 3%, ex: 10% (20.8 ± 25.4) y pasivo: 2%. El 4.5% tenía antecedente de ARM y el 97% exacerbaciones en el año previo. Las comorbilidades más frecuentes: rinitis alérgica 56.3%; sinusitis alérgica 12.7%; ERGE 35.3%; obesidad 10.6% y trastornos psiquiátricos 3.9%. Sólo un 3.5% presentaba asma controlada, mientras que parcialmente controlada un 79,5% y no controlada un 17%. Dosaje de IgE, con una mediana de 325 mUI/L (85.25-464.5) y una media de recuento de eosinófilos de 4.9% (355.5 cél/ml). Con respecto al tratamiento: 100% utilizaba dosis medias a altas de CI/LABA; 63.2% SABA prn, 7.4% montelukast, 2.4% tiotropio y 1,7% omalizumab. Sólo el 40.6% presentaba buena adherencia al tratamiento.
Conclusión: En este registro de asma de los servicios de Neumonología de dos Hospitales Generales de Agudos de CABA, el asma grave es muy prevalente. Las características más destacadas de esta muestra es que la mayoría son mujeres de edad media, con estadio GINA 4, antecedentes de exacerbaciones en el año previo, con baja adherencia y asma parcialmente controlada. El fenotipo alérgico es el más frecuente en asociación con rinitis alérgica predominantemente. Es baja la prevalencia de triple terapia (con montelukast y tiotropio), así como baja la frecuencia de biológicos.

O71 REGISTRO DE DATOS PRELIMINARES RELACIONADO A BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CABA

JIMÉNEZ J

Las bronquiectasias (BQ) no relacionadas a Fibrosis Quística (FQ) son una enfermedad caracterizada por la presencia de tos con broncorrea crónica debido a la dilatación permanente y engrosamiento de la pared bronquial. Múltiples afecciones están asociadas con el desarrollo de las mismas, determinar la etiología nos permitirá enfocar de mejor manera el tratamiento y establecer el pronóstico final del paciente.
Objetivo: Determinar las diferentes etiologías de las Bronquiectasias (BQ) no relacionadas a FQ. Además de establecer la morfología y localización de las mismas, así como también el aislamiento bacteriano de los cultivos de esputos solicitados.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con Bronquiectasias no relacionadas a FQ (según criterios de Naidich et al), a los que se le realizaron evaluaciones funcionales y se los valoraron las siguientes variables edad; tabaquismo; exposición a biomasa; infertilidad; antecedentes de infecciones pulmonares o coexistencia de otras patologías; sintomatología más frecuente; cultivos de esputo (con estudio para bacterias, hongos y micobacterias). Se usaron estadísticas convencionales.
Resultados: Se analizaron 42 pacientes con Bronquiectasias no FQ: edad 62.3 ± 14.5, 60% mujeres; espirometría con obstrución leve 3 (25%), moderado a severo 4 (33%), severo 1 (8%), muy severo 4 (33%); sugestiva de restricción leve 3 (28%), moderado 1 (9%), moderado a severo 3 (28%), severo 1 (9%), muy severo 3 (28%). Fumadores actuales 8% (15 paquetes/año), Ex-fumadores 5% (35 paquetes/año). Exposición a biomasa 5 (12%), Infertilidad 1 (2%). Las etiología más frecuente fue la Postinfecciosa por TBC 16 (38%). El síntoma más frecuente fue la presencia de broncorrea crónica 31 (74%). La morfología de las Bronquiectasias según la clasificación de Naidich fue: cilíndricas 29 (69%), quísticas 8 (19%), varicosas 5 (12%). Localización en lóbulos superiores 23 (55%), lóbulo medio 11 (26%), lóbulos inferiores 7 (17%) y língula 1 (2%). Se determinó infección bronquial crónica 4 (10%): P. aeuruginosa 2 (50%), K. pneumoniae 1 (25%) y E. coli 1 (25%).
Conclusiones: El presente trabajo representa la primera comunicación de una cohorte prospectiva de Bronquiectasias no relacionadas a FQ en un Hospital de la CABA. Se determinó la etiología en la mayor parte de los pacientes (74%), siendo la causa más frecuente la postinfecciosa relacionada a TBC (38%). El síntoma principal de consulta fue la presencia de broncorrea crónica (74%). La mayor parte de los pacientes presentaban tomográficamente bronquiectasias de morfología cilíndrica (69%) con localización predominante el lóbulos superiores (55%). Se observó infección bronquial crónica en 4 pacientes (10%) con aislamiento en los cultivos microbiológicos de P. aeuruginosa, K. pneumoniae y E. coli. Son necesarios estudios observacionales con mayor número de pacientes. Además de investigar al mismo grupo de pacientes durante un período más extendido en el tiempo.

O72 REGISTRO PROSPECTIVO DE 420 PACIENTES INTERNADOS EVALUADOS POR EL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

OYHAMBURU P[1]; GONZALEZ Y[1]; PASCUA J[1]; ROBAINA G[1]; DI TULLIO F[1]; VILLAGOMEZ R[1]; GARCIA A[1]; DECIMA T[1]; BORSINI E[1]; SALVADO A[1]; BOSIO M[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Objetivo: Describir las características de una población de pacientes internados en un hospital de comunidad en seguimiento por el servicio de Neumonología.
Materiales y Métodos: Registro prospectivo de consultas realizadas al servicio de medicina respiratoria entre enero y diciembre de 2018 en sala general y unidad de cuidados críticos (UCC). Los pacientes se agruparon en seis categorías: patología infecciosa, restrictiva, obstructiva, oncológica, vascular y otras. Se registraron: días de internación, edad, sexo, procedimientos diagnósticos, rescates microbiológicos. Las variables se registraron como media y desvío estándar o como porcentaje.
Resultados: Se incluyeron 420 pacientes, el 52.6% fueron hombres. La edad media fue de 64.6 ± 16.5 (16-97) años. El 52.4% de los casos tenían seguimiento previo por nuestro servicio. El 36.9% de la consulta se originó del área de UCC. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: 23.1% Neumonía, 17.8% Exacerbación aguda de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); 9.65% Cáncer de pulmón; 5.9% Crisis Asmática; 5.2% Enfermedad Neuromuscular; 5.2% Síndrome de Apneas del Sueño (SAHOS) y finalmente 4.5% con Hipertensión Pulmonar (HTP). La estadía media de la

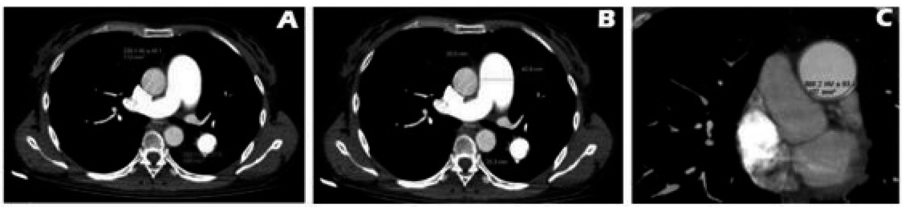
población fue de 12.6 ± 13.2 con un intervalo de 1-107 días, siendo de 10.1 ± 11.5 en sala general y 8.5 ± 9.4 en UCC. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10.6% (n: 44). En el grupo de enfermedades infecciosas la consulta más frecuente fue por neumonía (n: 97). Se realizaron 56 lavados broncoalveolares (LBA), 40 a pacientes inmunocomprometidos con un 35% de rescates microbiológicos positivos; y 16 en pacientes inmunocompetentes con un 18% de rescates positivos. En el grupo de patología obstructiva el%21 eran tabaquistas activos. Requirieron ventilación no invasiva 36 pacientes (6 por crisis asmática y 30 por EPOC). Por asma la media de días de internación fue de 5 ± 3.9 en sala general y 4.1 ± 4.1 en UCC. En EPOC fue de 6.4 ± 4.2 días con 7.2 ± 9 en UCC. Presentaron patología restrictiva 80 pacientes, de los cuales el 49% fueron enfermedades intersticiales difusas (EID), siendo en su mayoría enfermedades asociadas al tejido conectivo y fibrosis pulmonar idiopática. El resto presento enfermedad neuromuscular (21%), pleural (18%), extra parenquimatosa (12%).
Por cáncer de pulmón consultaron el 9.5% de los pacientes; la mayoría para diagnóstico del mismo. Este grupo presentó la mayor mortalidad observada (42.5%). Finalmente; 22 consultas fueron por SAHOS; 19 por Hipertensión pulmonar, 16 para evaluación de vía aérea; 8 por tromboembolismo de pulmón, 6 por neumotórax; 1 por hemorragia alveolar, 1 por malformaciones arterio venosas pulmonares y 1 por cesación tabáquica.
Conclusiones: El motivo de consulta más frecuente fue por patología infecciosa seguido de patología obstructiva. Se realizó LBA en el 51% de las neumonías, siendo el rescate microbiológico en inmunocomprometidos similar a las series publicadas. Conocer las características en nuestro centro contribuye a mejorar y modificar las estrategias de manejo y evaluación clínica.

O74 RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SCREENING DE HAP EN PACIENTES HIV ATENDIDOS EN HOSPITALES DE ARGENTINA

CALEGARI E[1]; LITEWKA D[1]; ATAMAÑUK A[1]; CUATZ D[1]; GOMEZ TEJADA R[2]; GIOVINI V[2]; FRIDMAN V[2]; HOFFMAN D[1]; RATTAGAN P[1]; ZAMBRANO ZAMBRANO J[1]; PAYASLIAN M[1]

[1]Hospital Fernández, [2]Hospital de Clinicas

Introducción: La prevalencia de HAP en la población general se estima entre 15-52 por millón habitantes. En pacientes HIV llega a 1 / 200. La mayoría de estos no se diagnostican o lo hacen tardíamente. El VI Simposio Mundial de Hipertensión Pulmonar recomienda la búsqueda de HAP en pacientes con HIV sintomáticos o asintomáticos con factores de riesgo.
Objetivo: Describir las características clínicas, hemodinámicas y angio-Tomográficas de pacientes con la asociación HAP / HIV detectados mediante su búsqueda activa en 2 hospitales de Buenos Aires, Argentina, al momento del diagnóstico.
Método: Estudio descriptivo transversal de 13 pacientes HIV (+) diagnosticados con HAP por cateterismo cardiaco derecho en 2 Hospitales de Buenos Aires (12 Htal. Fernández; 1 Htal. Clínicas). Pacientes HIV (+) con disnea u otro síntoma orientador y sin patología respiratoria, infectológica u otra que lo justifique fueron derivados al consultorio de Hipertensión Pulmonar donde se estudiaron mediante ecocardiografía, angio-tomografía y CCD. Todos presentaron condiciones clínicas indicadoras de SIDA (Categoría clínica C, Clasificación CDC Atlanta 1993). Tabla 1
Los pacientes con bajo CD4, mayor Pro-Bnp y clase funcional III presentaron valores más altos de diámetro y sección transversal de la arteria pulmonar; Ratios DOAA / AP; DODA / AP; RV / LV. Tabla 2
El cuartil 75% se encontró en riesgo intermedio de mortalidad por HAP (según VI Simposio Niza 2018) con IC preservado.
Conclusiones: Al momento del diagnóstico de HAP el cuartil 75 de pacientes se encontraban en estadio avanzado de enfermedad por HIV con aceptable número de CD4. Todos ellos se ubicaron en grupo de moderado riesgo de mortalidad por HAP. Tomográficamente presentaron mayor tamaño en AD, grosor de la pared libre del VD y proporciones DOAA/TAP, DODA/TAP Y VD/VI. A pesar de tener altos valores de RVP y dilatación del VD en todos los casos el IC se encontró preservado, pudiendo inferir una intervención en tiempo oportuno



O77 SOBREVIDA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON EPOC: RELACIÓN CON LA CAPACIDAD AERÓBICA Y OTRAS VARIABLES

IRIARTE VASQUEZ J[1]; SIVORI M[1]

[1]Hosp. Ramos Mejía

Hay muy pocos estudios que relacionan la sobrevida y capacidad aeróbica con diferentes variables en la EPOC (Oga et al. AJRCCM 2003) de escaso seguimiento.
Objetivos: Evaluar el comportamiento de la sobrevida de una cohorte de pacientes con EPOC hasta 14 años según el consumo de oxigeno pico ajustado por peso y ajustándolo a diferentes variables.

Material y Métodos: Se evaluó sobrevida a Diciembre de 2017 de pacientes con EPOC(definición GOLD) seguidos por esta Unidad. Se dividió la cohorte en cuartiles de VO2p ajustado por el peso obtenido de una prueba cocloergométrica máxima con medición de gases espirados al inicio del seguimiento. Además se obtuvo espirometría, gases en sangre, BODE y calidad de vida (SGRQ). Se usaron técnicas estadísticas convencionales y para el cálculo de sobrevida la prueba de Kaplan-Meyer.
Resultados: 70 pacientes (38% femenino) seguidos a 60.8 ± 40.3 meses, falleciendo el 74%; edad 68.52 ± 7.71 años (63% masculino); PaO_2: 70.66 ± 7.2 mmHg; $PaCO_2$: 39.95 ± 2.09 mmHg;%FEV1 postBD: 39.3 ± 13.1; BODE: 5.73 ± 1.68; prueba de caminata de 6 minutos(T6M): 287 ± 126.7m; SGRQ: 53.37 ± 11.52; VO2p: 9,25 ± 3.17 ml/kg/min.
La sobrevida considerando los cuartilos del VO_2 p ajustado al peso corporal es para el primer cuartilo (N = 18 pac.: < 6.85 ml/kg/min): 11% a 38.5 meses; para el segundo cuartilo (N = 21 pac.:6.86-8.9 ml/kg/min): 33.3% a 66 meses; para el tercer cuartilo (N = 13 pac.: 8.91-10.63 ml/kg/min): 46.15% a 68 meses; para el cuarto cuartilo(N = 18 pac.: >10.64 ml/kg/min): 16.66% a 66 meses.
No hubo diferencias con la edad, BMI y %FEV1.
Comparando el primer y cuartilo del VO2p con diferentes variables sólo son significativas las diferencias entre ellos en: BODE (6.78 ± 1.32 vs 5.68 ± 1.53, p = 0.03); SQRQ (60 ± 7.09 vs. 50.53 ± 9.56,p = : 0.008) y T6M (224.2 ± 75.92 m vs. 319.3 ± 151.9 m, p = 0.045).
Conclusión: Se obtuvo la sobrevida actuarial hasta 14 años de una población de pacientes (hombres y mujeres) con EPOC severa, relacionándola al VO2p ajustado al peso corporal, dividiendo el análisis en cuartilos y obteniendo diferencias significativas en un índice multidimensional (BODE), prueba de ejercicio y calidad de vida entre las variables estudiadas.

O80 USO CORRECTO O INCORRECTO DE ANGIOTAC PARA TEP. AUDITANDO LA PRÁCTICA

DEVIA H[1]; MARTINEZ B[1]; VILLARREAL V[1]; BARIMBOIM E[1]; ABDALA J[1]; VILLEGAS P[1]; WEBER G[1]; ALVAREZ S[1]; RIVEROS Y[1]

[1]Hospital Central

Objetivo: Conocer la adherencia médica en la Institución, a las guías de práctica clínica para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) y la utilización de los recursos disponibles.
Material y Método: Análisis retrospectivo de pacientes que realizaron Angio-TC y Centellogram V/Q por sospecha de TEP, desde Enero hasta Agosto de 2018 en el Hospital Central de Mendoza. Se analizaron las estrategias empleadas, en cuanto a algoritmo diagnóstico. Una estrategia diagnóstica adecuada y un criterio diagnóstico correcto fueron aquellos que siguieron las guías de práctica clínica (GPC) internacionalmente aceptadas.
Resultados: Se revisaron 75 historias clínicas, excluyéndose 10 por distintos motivos. TEP se confirmó en 27 (41.5%); 23(85.15%) tenían Score de Wells moderado a alto y 4 (14.8%) de bajo riesgo. Se descartó TEP en 38 (58.4%). De ellos, se solicitó Dimero D en 10 (26.3%). Del total, sólo 31 (47.6%) siguieron una estrategia diagnóstica adecuada. En los restantes no se utilizó Score de Wells. Realizaron Ecodoppler de piernas 14 (21.5%), 12 (85.71%) fueron positivos y 2 (14.28%) restantes presentaron solo TVP. En 14 (21.5%) se realizó ecodoppler cardíaco, 11 (78.5%) tenían hipertensión pulmonar (HTP) .
Conclusiones: El diagnóstico de TEP en nuestra Institución, difiere de las recomendaciones que marcan las Guías en uso, se utilizan poco las escalas clínicas de probabilidad, y hay subestimación del uso de Dímero D en casos indicados, falla en la solicitud de ecocardiogramas y sobre utilización de Angio-TC. La auditoría es un recurso idóneo para corregir errores y optimizar los recursos disponibles

O81 APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO - AOS - EN EL HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

BERMUDEZ R[1]; GAMARRA A[2]; PAMELA F[2]; CERVANTES MICHELL C[1]; CUESTAS E[1]; PONCE J[1]; MOYANO V[1]; URIBE ECHEVARRIA M[1]

[1]Hospital Italiano de Córdoba, [2]Hospital Italiano de Córdoba

Introducción: El servicio de Neumonología es un centro de derivación para realización de estudio simplificado del sueño, poligrafía respiratoria (PR). Obesidad, sexo y edad constituyen factores que predisponen a padecer SAHOS.
Objetivos: 1) Caracterizar la población estudiada por PR según variables de edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y severidad de Apnea Obstructiva del Sueño (AOS).
2) Evaluar la correlación entre IMC , edad y sexo con los resultados de PR: Índice de Apnea/Hipopnea (IAH), Tiempo con menos del 90% de desaturación T = <90, e Índice de Desaturación (IDO)
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de observación de cohorte transversal. Se recolectaron datos de todas las PR ambulatorias realizadas desde el 10/2017 al 06/2019 en pacientes adultos. Se registraron variables como edad, sexo, IAH, IDO, T<90, IMC.
Análisis estadístico: SPSS para Windows v. 22. Variables cuantitativas: Test T de Student , análisis ANOVA, correlación de Pearson y para la variables cualitativas; Chi cuadrado de Pearson
Resultados: Total 841 pacientes (masculino 51.6% - femenino 48.3%), edad media: 63.03 IMC: Normal(7.61%), sobrepeso (24.7%), obesidad 1° (29.4%), obesidad 2° (20.1%), obesidad 3° (18.07%). IAH: normal (20.46%), leve (29.6%), moderado (21.76%), severo (28.1%).
A mayor edad e IMC mayor grado de IAH; existe una correlación directa y las diferencias entre grupos son significativas ($p < 0.05$). Pero si correlacionamos IMC y edad, la edad no presenta una correlación estadísticamente significativa con el promedio de IAH (p>0,05).

Tiempo de registro de flujo: 5: 56 hs. (media); IAH; promedio fue más en los hombres (27.18) $p < 0.01$; las mujeres (17.15). Pero discriminando por grado de severidad de IAH; las mujeres presentaban más IAH leve (32.92%) y moderado(22.85%); en cambio los hombres presentaban más IAH severo 37.7%($p < 0.05$).
A medida que aumenta el IMC, aumenta el grado de IAH, y la relación entre las variables es estadísticamente significativa ($p < 0.01$).
A medida que aumenta el IMC, aumenta el promedio de IAH, y las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas ($p < 0.01$).
IMC. Normal: IDO 11.46 T < 90: 27.4, Sobrepeso: IDO 16.7 T < 90:28.7 Obesidad 1017017°: IDO: 21.7 T<90: 40.1; Sobrepeso 2°: IDO: 25.2 T < 90: 43.3 Sobrepeso 3°, IDO: 30.3 T < 90: 51.5
IAH. Normal: IDO 5.18 T<90:29.7, leve: IDO 11.2 T< 90:34.6 Moderado: IDO:21.1 T < 90 : 40.7; Severo: IDO: 45.9 T < 90: 49.3 .
El IMC y el IAH presenta correlaciones positivas y estadísticamente significativas con T < 90 e IDO ($p < 0,01$). Los promedios de T90 y de IDO aumentan con el IMC y IAH ($p < 0,01$).
Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes estudiados son obesos. Hay correlación entre el grado de obesidad y IAH , IDO, T<90. Los hombres tienen IAH más severo. Casi el 80% de las poligrafías han tenido un registro anormal. De éstas, un IHA 28.18% tenían indicación de CPAP. La poligrafía en la población estudiada ofrece importante información.

O82 CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ETIOLÓGICAS EN RESECCIONES PULMONARES NO ONCOLÓGICAS. UNA SERIE DE CASOS.

FERNÁNDEZ CEBALLOS I[1]; RIVERA A[1]; MASSIMINO B[1]; TORRES CABRERO C[1]; FULLANA M[1]; HERNÁN C[1]; CASTRO M[1]; SVETLIZA G[1]; SMITH D[1]; BEVERAGGI E[1]; DIETRICH A[1]; OLIVERA S[1]; MONTAGNE J[1]; MARITANO FURCADA J[1]

[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: Las resecciones quirúrgicas de nódulos pulmonares se realizan en situaciones clínicas con sospecha de malignidad. Sin embargo, existen situaciones en la que la dichas lesiones no son de origen neoplásico. Existe poca información sobre este tipo de patologías en nuestro medio
Objetivo: Describir las características imagenológicas, clínicas y etiologías en resecciones pulmonares no oncológicas.
Materiales y método: Serie de casos retrospectivo de resultados de resecciones pulmonares. Se realizó una revisión de la historia clínica electrónica de una base de datos secundarios hospitalaria, para obtener datos demográficos, clínicos y radiológicos. Se calculó la probabilidad prequirúrgica de malignidad según el modelo de la clínica de Mayo.
Resultados: Se incluyeron 69 pacientes. La edad media fue de 57,4 años (SD 14,8) siendo un 57% (n = 39) de los pacientes de sexo femenino. Solo 17,4% (n = 12) de los pacientes presentaban fiebre, pérdida de peso o hemoptisis al diagnóstico. 24,6% (n = 17) de los pacientes presentaban tumores extrapulmonares. La mediana de diámetro de las lesiones fue de 16 mm (rango intercuartil –RIC- 11-26 mm). Un 63% de las patologías infecciosas presentaron cavitación. La calcificación no se presentó nunca en las patologías infecciosas o granulomatosas. De los 41 pacientes que tenían PET realizado, 90.24% tuvieron captación. Los diagnósticos fueron: tumor benigno 23.2% (16), lesiones inflamatorias 20.29% (14), fibrosis no granulomatosa 18.8% (13), infecciones 18.8% (13), lesiones granulomatosas 11.6% (8) y otras 7.25% (5). La mediana de probabilidad de malignidad de la población fue del 31% (RIC 11-64). Al evaluar los diagnósticos asociados a una muy alta probabilidad de malignidad (mayor al 75%, n = 8), se observaron como causas principales la patología inflamatoria (37.5%) e infecciosa (25%).
Conclusiones: Las principales patologías no malignas resecadas son tumores benignos, lesiones inflamatorias y patología fibrótica. Hubo una probabilidad alta de malignidad en la población a pesar del origen no neoplásico determinado finalmente

O83 CORRELACIÓN ENTRE EL TEST DE CAPACIDAD DE DIFUSIÓN AL MONÓXIDO DE CARBONO Y LOS DETERMINANTES DE OXIGENACIÓN AL ESFUERZO DEL TEST DE CAMINATA DE 6 MINUTOS

LESCANO R[1]; PERRONE V[1]; FERREYRA M[1]; ARRILLAGA N[1]; GUENDULAIN S[1]; CUESTAS E[1]; PEREYRA B[1]; MOYANO V[1]; CASAS J[1]

[1]*Sanatorio Allende Cerro*

La principal función del aparato respiratorio es aportar oxígeno a la sangre y por su intermedio a los tejidos. El test de capacidad de difusión pulmonar al monóxido de carbono (DLCO) evalúa la integridad de la membrana alveolo capilar en situación de reposo, utilizando un gas con mayor difusión que el oxígeno. El test de caminata de 6 minutos (TC6M) evalúa a través de la respuesta al esfuerzo de la saturación de oxígeno el comportamiento de este en su paso por la membrana alveolo capilar .Ambos son indicadores pronósticos, útiles en la práctica clínica
Objetivo: Establecer el grado de correlación entre la DLCO y los siguientes parámetros obtenidos durante el TC6M: tiempo de saturación por debajo de 90% (T90), diferencia entre saturación basal y saturación al final de la caminata (DSAT), y saturación media (SM).
M**aterial y Método:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, en mayores de 18 años que concurrieron entre enero de 2015 y marzo de 2018 al servicio de Neumonología del Sanatorio Allende Cerro para realizar el mismo día estudios de DLCO y TC6M, y que presentaron una DLCO < 80% del valor predicho. La DLCO fue expresada como porcentaje del teórico predicho. Se realizó análisis de las variables y de su correlación. Se aplicó un análisis de regresión lineal simple para evaluar la pendiente de correlación. Para el análisis de correlación entre DLCO y T90 se eliminaron los pacientes

que presentaban valor de T90 igual a 0 para reducir la dispersión. Se consideró significativo una $p < 0,05$. Se utilizó el software de la plataforma R-medic y se realizó test de correlación de Spearman.
Resultados: Se evaluaron 185 pacientes, edad media 63,7 años (rango . Para la correlación entre DLCO y T90 se excluyeron los pacientes con T90 igual a 0, resultando una muestra de 106 pacientes, esta correlación fue inversa significativa (r -0,49; $p < 0,01$). La correlación entre DLCO y DSAT fue inversa significativa (r -0,46; $p < 0.01$), y la correlación con la SM fue directa significativa (r 0,60; $p < 0.01$). Mediante el análisis de la pendiente de regresión lineal simple obtuvimos que por cada un por ciento de caída de DLCO, hubo un aumento del T90 de 0,91; de la DSAT de 0,13 y una disminución de la SM de 0,15.
Conclusión: Se demostró que existe correlación significativa entre la DLCO con las variables de oxigenación al esfuerzo del TC6M. El TC6M podría ser una herramienta alternativa a la DLCO para determinar la integridad de la membrana alveolo capilar al intercambio de gases.

O84 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INMEDIATAS A LA EXTUBACIÓN TRAQUEAL EN ADULTOS CRÍTICOS

ANDREU M[1]; BEZZI M[2]; DOTTA M[2]

[1]UNLAM, [2]Hospital Santojanni

Objetivo: Establecer la incidencia de complicaciones inmediatas a la extubación orotraqueal en adultos críticos y determinar si existe asociación entre estas complicaciones y la falla de extubación y reintubación.
Métodos: Este estudio es un análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 240 adultos críticos en ventilación mecánica, entre enero 2017 y enero 2018, que cumplieron las condiciones para ser extubados. Se definió como complicación general a la presencia de al menos 1 de las siguientes complicaciones mayores (obstrucción de vía aérea superior, desaturación, vómitos) y/o complicaciones menores (broncoespasmo, tos severa, hipertensión, taquicardia, taquipnea, mala mecánica ventilatoria). Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.
Resultados: La incidencia de complicaciones generales, mayores y menores resultó de 71,2%, 30,9% y 62,7%, respectivamente. Cuarenta pacientes (16,9%) presentaron falla de extubación y 30 (12,7%) requirieron reintubación. Sólo la variable complicaciones mayores se asoció significativamente a la falla de extubación ($p < 0,001$) y reintubación ($p < 0,001$).
Conclusión: Este es el primer trabajo que reporta prospectivamente la incidencia de complicaciones inmediatas asociadas al procedimiento de extubación en pacientes críticos. El 71,2%, el 30,9% y el 62,7% de los sujetos extubados presentaron complicaciones generales, mayores y menores, respectivamente. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones mayores y la falla de extubación y reintubación.

O87 ASMA DE DIFÍCIL CONTROL: COMORBILIDADES Y FENOTIPOS

DI TULLIO F[1]; PASCUA J[1]; ERNST G[1]; CAMARGO B[1]; XAVIER C[1]; ROBAINA G[1]; OYHAMBURU P[1]; GONZALEZ Y[1]; DECIMA T[1]; BORSINI E[1]; BOSIO M[1]; SCHONFELD S[1]; SALVADO A[1]

[1]Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivo: Describir características, comorbilidades y fenotipos de pacientes con asma de difícil control (ADC) y asma grave (AG) y establecer características distintivas.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo trasversal de pacientes evaluados en el Consultorio de Asma de Difícil Control en el período comprendido entre julio de 2018 a julio de 2019. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y aquellos que cumplían criterios de asma de difícil control y asma grave según las guías GINA 2019. Se registró edad, género, datos antropométricos y medicación utilizada. Se evaluó control de síntomas con cuestionarios de Asthma Control Test (ACT) y Asthma Control Quiestionnarie (ACQ). Se definió exacerbación frecuente si tenían ≥ 2 al año y exacerbación grave si requirió internación. Se registraron comorbilidades. Se evaluó el perfil inflamatorio de los pacientes según biomarcadores medidos en sangre y muestra de esputo por técnica de esputo inducido. Se buscó también sensibilidad a alérgenos por medio de Prick test o medición de IgE específica.
Resultados: Se incluyeron 40 pacientes en el período de un año de los cuales 20 cumplían criterio de AG y 20 de ADC. La media de edad fue de 58 años, 14 eran hombres (35%). La media de índice de masa corporal fue 30 kg/m^2. La fecha de diagnóstico de asma fue a los 15 años ± 16.06 para ADC y 15,5 ± 21.88 para AG. La media en el resultado de ACT en AG fue 5 y de 9 en ADC (p: 0,5) y en ACQ fue de 0.9 y 0.6 respectivamente (p: 0,5). 65% de los AG tuvieron internaciones previas y 20% en ADC, diferencia estadísticamente significativa ($p< 0,05$). 50% de los AG tuvieron internaciones frecuentes y 25% en ADC (P: 0.02). En 100% de los pacientes con AG se registraron comorbilidades, 85% en ADC.
90% de los AG presentaban eosinofilia en sangre ≥ 150/mm^3, valor medio de 580.1 ± 450.5 eosinófilos/mm^3. El 72% de los AG tenían IgE elevada, valor medio de 376.5 ± 412.6. En 6 paciente se realizó recuento celular en esputo: 1 fue eosinofílico, 1 neutrofílico y el resto pauciinmune. En 3 pacientes se detectó IgE específica para Aspergillus, 2 con criterios para asma grave sensibilizada por hongos. 11 pacientes con Prick test, alérgeno más frecuente los ácaros.
La combinación de tratamiento más utilizada fue budesonide/formoterol (57%), seguido por fluticasona/salmeterol (30%). De los AG 9 recibieron tratamiento con biológicos, todos comenzaron omalizumab, en 3 se rotó a mepolizumab por falta de respuesta y en uno se suspendió por buena respuesta clínica.
Conclusiones: Las comorbilidades son frecuentes en ambos grupos, en nuestra casuística fueron más frecuentes en AG, muchas de estas difíciles de tratar e implican un desafío en la práctica diaria diferenciar ambos grupos

La mayoría de los pacientes tienen perfil inflamatorio tipo 2 y muchos presentan atopía por lo que el fenotipo más frecuente fue el asma eosinofilíco alérgico
Pacientes en tratamiento con omalizumab dejaron de tener respuesta al tratamiento y requirieron rotar a mepolizumab se plantea como interrogante si existe un cambio de fenotipo.

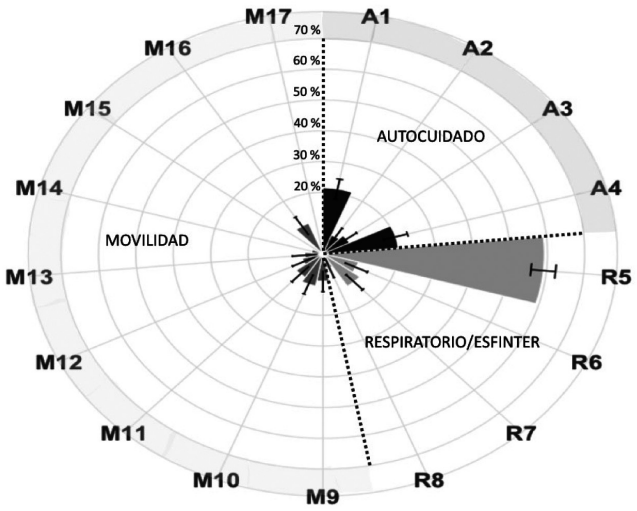
O91 EVOLUCIÓN MOTORA Y RESPIRATORIA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR ALTA. DIEZ Y SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

ESCOBAR M[1]; MOREL VULLIEZ G[1]; OBLIGADO R[1]; NAVARRO E[1]; DE VITO E[1]

[1]Centro del Parque, CABA, Argentina

Objetivos: Analizar las características demográficas y las causas de LM; caracterizar la evolución respiratoria y motora durante la internación en el centro de desvinculación de ventilación mecánica (CDVM); relacionar la evolución motora y respiratoria con el nivel de lesión y la escala ASIA.
Material y Método: Observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las Historias Clínicas (HC) desde enero 2002 a diciembre del 2018. Se incluyeron pacientes con cánula de traqueostomía (TQT) con LM alta y ventilación mecánica invasiva (VMi) total (>20 hs/día) o parcial (< 20 hs/día). Se excluyeron quienes fueron derivados antes de los 14 días o si se implementó adecuación del esfuerzo terapéutico. Se eliminaron aquellos con falta de datos. Se obtuvieron: FVC sentado y acostado, Pimax, Pemax, flujos espiratorios pico tosidos (FEPt), ASIA, nivel de lesión y Spinal Cord Independence Measure III (SCIM III). Los protocolos de rehabilitación física, desvinculación y decanulación fueron realizados según las normativas institucionales vigentes. Se utilizó el software R versión 3.3.3.
Resultados: Sobre 1603 pacientes ingresados, 50 (3.1%) tenían LM. Reunieron el criterio de inclusión 28. Edad: 40 ± 17, Sexo M/F: 22/6, VMi en UTI: 55 d. (RIQ 25-75: 33-144), estadía en el CDVM: 248 d. (RIQ 25-75: 97-466). Etiología: Traumática (n = 25): accidente vehicular 15, rugby 3, caída de altura 3, herida de arma de fuego 2, sambullida 2; No Traumática (n = 3). Ingreso FVC sentado 18% (RIQ 25-75: 13-23), FVC acostado: 23% (RIQ 25-75: 20-27), Pimax 45% (RIQ25-75: 36-59) y Pemax 14% (RIQ 25-75: 10-22) del predicho. La FVC acostado (n = 25) aumentó en relación a la sentada (pel mayor (57%) se observó en el componente 5 del dominio Respiratorio/Esfínter (R5), relacionado exclusivamente con la desvinculación del ventilador y la presencia de vía aérea artificial. La mayoría de los pacientes con ASIA-A tenían valores de SCIM III más cercanos a cero.
Conclusiones: Los LM representan un bajo% de admisión a CDVM, la mayoría fue de traumática. Los pacientes con ASIA-A son los que menores puntajes obtuvieron en el SCIM III. La evolución respiratoria tuvo mayores cambios y se observaron cambios marginales en la evolución motora.

Cambio pre-post (%) según cada subdominio del SCIM III.



O100 TERMOPLASTÍA ENDOBRONQUIAL PARA EL ASMA SEVERO. SELECCIÓN, TÉCNICA Y RESULTADOS A 6 MESES EN 4 PACIENTES EN ARGENTINA

CHIRINO NAVARTA A[1]; GANDO S[2]; ALONSO A[3]; PALADINI O[2]; MARTÍN A[1]

[1]Respira Salud, [2]Sanatorio de la Trinidad, [3]Sanatorio Las Lomas

Introducción: La Termoplastía Bronquial [TB] es un tratamiento aprobado para el asma de difícil control, que usa energía de radiofrecuencia con reducción del músculo bronquial y de la broncoconstricción. Como resultado se disminuyen

las exacerbaciones y mejoran los síntomas. A pesar de ello, su uso en nuestro país no es extendido. Nuestro objetivo fue comunicar la experiencia local de 4 pacientes tratados con seguimiento a 6 meses.
Casos clínicos: Reportamos 4 pacientes adultos consecutivos, seleccionados por presentar asma de difícil control, a pesar de tratamiento con al menos dosis altas de corticoides inhalados + broncodilatadores de acción prolongada + otra medicación controladora. Volumen espirado en 1er segundo (VEF1) > 45%. Se realizó evaluación funcional y de síntomas con Test de control del asma (ACT) pre TB, post TB (en los 4 casos) y a los 3 y 6 meses (3 casos). Caso 1) Mujer de 62 años, tratada con Budesonide/formoterol, Montelukast y Glicopirronio. 2 exacerbaciones con requerimiento de corticoides orales (CS) en 12 meses. Caso 2) Mujer de 32 años, tratada con Budesonide/formoterol y Tiotropio, intolerante al Montelukast. 4 exacerbaciones con requerimiento de CS en 12 meses. Caso 3) Mujer de 54 años, tratada con Fluticasona/Salmeterol, Montelukast. Tiotropio y omalizumab. 8 exacerbaciones con uso de CS y una internación en 12 meses previos. Caso 4) Varón de 71 años, tratado con Budesonide/Formoterol, Montelukast y Tiotropio, con Ig E normal. 4 exacerbaciones con uso de CS en 12 meses.
Se realizó TB secuencial en 3 sesiones separadas por 21 días en Lóbulo inferior derecho, izquierdo y lóbulos superiores, con 82 ± 11, 71 ± 19 y 135 ± 30 aplicaciones de radiofrecuencia, respectivamente. Se usó Meprednisona 40 mg. vo/día 3 días previos, Salbutamol nebulizado y antisialogogo antes TB, internación según necesidad. Alta con VEF1 > 79% del pre TB, entre 1 y 4 días.
Resultados funcionales promedio (DS): VEF1 (%) Pre TB 61 ± 10. Post TB 66 ± 6. 3 meses 74 ± 1. 6 meses 77 ± 5.
Volumen residual (VR) (%) promedio (DS) sobre 3 pacientes: Pre TB 169 ± 55. Post TB 115 ± 23. 3 meses 116 ± 12. 6 meses 113 ± 16. ACT (pts) promedio (DS): Pre TB 13 ± 5. Post TB 19 ± 5.3 meses 21 ± 3. 6 meses 23 ± 2.8.
Discusión: Los pacientes presentaban asma severo, mal controlado a pesar de tratamiento médico, con síntomas persistentes y frecuentes exacerbaciones, requiriendo frecuente uso de CS. La TB fue segura. Se observó una mejoría en la función pulmonar, tanto en el FEV1 como en el VR con reducción del atrapamiento aéreo. La mejoría sintomática fue significativa a los 6 meses, de acuerdo al ACT. Es importante seleccionar correctamente los pacientes y protocolizar el tratamiento. Estos resultados muestran que la TB es una herramienta que puede contribuir a mejorar a nuestros enfermos.
Conclusiones: La TB es una opción de tratamiento para pacientes con asma de difícil control que no mejora con tratamiento médico. Se comunica la experiencia de 4 pacientes, los cuales presentaron resultados favorables similares a lo publicado.

O106 MICROALBUMINURIA COMO POTENCIAL BIOMARCADOR DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES EPOC

FERNÁNDEZ J[1]; CASTRO M[1]; ACOSTA M[1]; PEYRANI C[1]; OVIEDO E[1]; GRANADOS R[1]; YAPUR BASSANI N[1]; UBAL L[1]; CAMPORRO F[1]; KEVORKOF G[1]

[1]*Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Córdoba, Argentina*

Objetivo principal: Determinar la microalbuminuria como potencial biomarcador de inflamación sistémica en pacientes con EPOC estable en comparación con tabaquistas no EPOC. *Objetivo secundario:* Valorar la Proteína C Reactiva (PCR) ultrasensible como otro probable indicador asociado a dicha patología. *Materiales y Métodos:* estudio descriptivo, analítico, transversal y prospectivo. Se utilizó como muestra a pacientes que concurrieron espontáneamente a consultorios externos de Neumonología en Hospital Tránsito Cáceres de Allende quienes firmaron el consentimiento informado, en el período comprendido entre octubre de 2017 a marzo de 2019. Se estableció un grupo de pacientes con EPOC estable y otro control con tabaquistas no EPOC, descartando obstrucción al flujo aéreo mediante espirometría, ambos grupos con personas de ambos sexos mayores a 40 años, sin hipertensión arterial , diabetes mellitus tipo 1 o 2 o EPOC exacerbada. A cada paciente se le extrajo una muestra de sangre venosa para determinar citológico completo, PCR ultrasensible, glucemia, urea, creatinina, mdrd (filtrado glomerular) y 3 muestras de orina para determinar microalbuminuria. Se consideró que un paciente tiene albuminuria significativa cuando en al menos dos de tres determinaciones tuviera valores entre 30 y 300 mg/g de creatinina urinaria. En cuanto a la PCR ultrasensible se consideró positiva con un valor igual o superior a 5 mg/L. Para el análisis estadístico se utilizó ANAVA y Chi cuadrado para variables cuantitativas y cualitativas respectivamente. Se estableció un nivel de significación de $p < 0.05$ para todos los casos. *Resultados:* se obtuvieron de la muestra constituida por 47 personas, estando conformada por pacientes EPOC estables ($n = 27$) y tabaquistas no EPOC pertenecientes al grupo control ($n = 20$). Se tuvieron en cuenta variables no determinantes y determinantes asociadas a EPOC las cuales se sometieron a análisis comparativo con el grupo control correspondiente. Dentro de las variables no determinantes se tuvieron en cuenta el sexo, peso (kg), talla (metros), índice masa corporal (kg/m^2), glóbulos blancos con recuento absoluto y relativo de neutrófilos y eosinófilos, glucemia (mg/dl), saturación de oxigeno (%) no existiendo diferencias significativas entre los grupos a diferencia de la presión arterial sistólica y diastólica con una $p = 0{,}01$ y $p = 0{,}02$ respectivamente. En cuanto a las variables determinantes se tuvieron en cuenta la edad, paquetes/año y vef1 mostrando diferencias significativas con $p = 0.0001$, $p = 0.0001$ y $p = 0.0001$ respectivamente. En cuanto a la albuminuria media (al contar con 3 muestras de orina por paciente se tomó una media de las mismas) y PCR ultrasensible se obtuvieron diferencias estadísticamente no significativas con $p = 0{,}058$ y $p = 0{,}330$ respectivamente. *Conclusión:* tanto la albuminuria como la PCR ultrasensible no mostraron diferencias significativas entre los grupos de estudio para poder considerarlas como biomarcadores de inflamación sistémica de utilidad en los pacientes con EPOC estable.

O107 VALORACIÓN DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS SEGÚN SCORE FACED

GAMARRA A[1]; MOYANO V[1]; URIBE ECHEVARRIA M[1]

[1]*Hospital Italiano de Cordoba*

En 2014, la European Respiratory Journal publicó la primera escala multidimensional para su uso en bronquiectasias (BQ) no debidas a fibrosis quística. Las cinco variables fueron dicotomizadas y se lo llamó **score FACED**.
Objetivos: 1) Categorizar según score FACED a los pacientes con BQ. 2)Relacionar el grado de severidad de acuerdo a FACED con las exacerbaciones con criterio de ingreso a la unidad hospitalaria.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal, descriptivo realizado desde junio de 2016 a enero de 2019. Criterios de inclusión: pacientes adultos(mayores de 18 años)con BQ no fibrosis quística. Registramos: Datos filiatorios. Tabaquismo (activo,extabaquista).Uso de oxigeno domiciliario y VNI. Exacerbaciones en el último año. FACED score: FEV1 (> 50% = 0 puntos, ≤ 50% = 2 puntos); Edad (≤ 70 años = 0 puntos, > 70 años = 2 puntos); Colonización crónica (no Pseudomonas = 0 puntos, presencia de Pseudomonas = 1 punto); Extensión (1 lóbulo = 1 punto, ≥ 2 = 2 puntos); Disnea (Ausencia de disnea = 0 puntos, ≥ 2 en Medical Research Council scale = 1 punto).Puntuación: 0-2 puntos = BQ leves; 3-4 Puntos = BQ Moderadas; 5-7 Puntos = BQ Graves. Exacerbaciones con ingreso hospitalario.
Resultados: Se reclutaron 102 pacientes, excluyéndose 12 (n = 90).La mayoría corresponde al sexo femenino. El 65% presenta VEF1 mayor al 50%;55% tiene menos de 70 años;13% está colonizado por P. aeruginosa; la mayoría presenta afección de 2 o más lóbulos; 53% corresponde a la categoría de disnea MRC de 0-II. Se categorizó a los pacientes en leves (35%), moderados (38%) y graves (27%). En el año previo 44 pacientes presentaron exacerbación, la mayoría pertenecía a la categoría grave ($p < 0.05$ según Chi cuadrado Pearson). De ese total el 29%(n = 13) requirió internación también con una relación significativa con la categoría grave($p < 0.05$ según Chi cuadrado Pearson). Hubo un total de 4 muertes (4.4%) relacionadas con BQ.Datos adicionales:21 pacientes requieren oxigenoterapia crónica (23%), 5 son tabaquista activos (3 de ellos tuvo exacerbación en el año previo) y 4 utilizan VNI (4.4%). La etiología la más frecuente fue postinfecciosa (30%), seguida por EPOC (20%), asma (16%), artritis reumatoidea (10%) y otras (24%). Se halló una relación estadísticamente significativa entre exacerbaciones y pacientes tabaquistas ($p = 0.02$ y $p = 0.001$ respectivamente según Chi cuadrado Pearson).
Conclusión: Del total de pacientes incluidos en este trabajo (n = 90) la mayoría pertenece al sexo femenino y son mayores de 70 años. Se puede definir que más de la mitad de los pacientes pertenecen a las categorías moderada y grave de FACED perteneciendo gran parte a la clase moderada. El score FACED es útil para predecir exacerbaciones e internaciones. También se pueden considerar predictores de exacerbación y hospitalización el tabaquismo activo.

POSTERS

P1 FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA, UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

RIZZO G[1]; CHURIN L[1]; GARCIA A[1]; CHIRINO G[1]; SOLIS ARAMAYO M[1]; QUADRELLI S[1]

[1]*Sanatorio Güemes*

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la más frecuente de las enfermedades difusas del parénquima pulmonar (EPID) idiopáticas. Afecta principalmente adultos mayores, es progresiva y se limita a pulmón. La hipertensión pulmonar (HP) se asocia con la FPI. La prevalencia se reporta en 10% en enfermedad parenquimatosa leve y alrededor de 30% en pacientes avanzados en lista de trasplante pulmonar. La presencia de HP es de peor pronostico.
Caso clínico: Varón de 78 años. Antecedente de adenocarcinoma de próstata en 2013 tratado con radioterapia y quimioterapia. Libre de enfermedad. Marcapasos endocavitario por sincope en 2014. FPI diagnosticada en marzo 2018, en tratamiento con pirfenidona 2400 mg/día desde junio 2018. Evoluciona con progresión de disnea habitual CF I a CF III. Se constata descenso DLCOc de 44% a 17% en 8 meses. Desaturación en la marcha hasta 81%. Tomografía de tórax de alta resolución (TACAR): patrón de posible neumonía intersticial usual sin progresión significativa respecto a estudios previos y tronco de arteria pulmonar 38 mm. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica y función preservada. Cavidades derechas dilatadas (AD 46 cm^2, DDVD basal 52,7 mm), TAPSE 16 mm, Insuficiencia tricuspídea leve, con PSAPe 56 mmHg. Con sospecha de HP se decide realizar cateterismo cardiaco derecho: PAPm 35 mmhg, POAP 12 mmhg, resistencia vascular pulmonar 6.84 UW, gasto cardíaco 3.36 L/min, índice cardíaco 1.6 $L/m/m^2$. Como parte de la evaluación se realiza centellograma V/Q con múltiples defectos de perfusión, compatibles con alta probabilidad de TEP. AngioTC y angiografía pulmonar: defectos de perfusión bilaterales segmentarios y subsegmentarios, tipo web y en anillo. En la estratificación de riesgo: BNP 1394 Troponina I 16 ng/l. Se concluye diagnóstico de HP tromboembólica crónica (HPTEC) en paciente con fibrosis pulmonar idiopática.
Discusión: La fisiopatología de la HP en FPI es multifactorial y no completamente comprendida. Se cree que hipoxemia crónica conduce a vasoconstricción pulmonar y a la remodelación de la vasculatura. Asimismo, la destrucción del lecho vascular secundaria a la fibrosis progresiva del parénquima parece jugar un rol en el desarrollo de HP. Aunque no se ha establecido definitivamente una asociación clara entre el desarrollo de tromboembolismo pulmonar y FPI, se sabe que probablemente se deba a que existe un mayor riesgo de desarrollar trombosis venosa en paciente con FPI en comparación con la población general. Siendo en este caso otro mecanismo a considerar en el desarrollo de HP en estos pacientes.

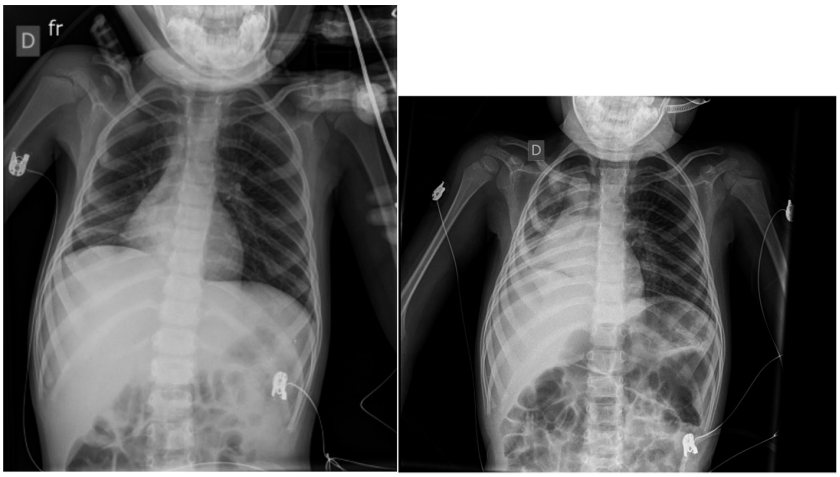
Conclusión: El presente caso jerarquiza una potencial causa no frecuentemente considerada de HP en pacientes con EPID y que ofrece alternativas terapéuticas diferentes que pueden condicionar el pronóstico y calidad de vida.

P2 APLICACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTE PEDIÁTRICO NEUROMUSCULAR CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y NEUMOTÓRAX

PEREZ DIAZ F[1]; DI SALVO E[1]; MELGAREJO F[1]; URIBURU A[1]; SILLS N[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción: La debilidad de los músculos respiratorios y bulbares es una característica de los pacientes neuromusculares, generando un bajo flujo de aire, tos poco efectiva e incapacidad de movilizar secreciones pulmonares. Durante una infección respiratoria aguda baja se puede observar una reducción de la fuerza muscular en esta población, siendo las técnicas de higiene bronquial, manuales o mecánicas, y la utilización de ventilación no invasiva (VNI) las principales estrategias terapéuticas. La presencia de un neumotórax es una contraindicación del uso de asistencias ventilatorias no invasivas que generen presión positiva. La cánula nasal de alto flujo (CNAF) podría ser una terapéutica de rescate en casos de neumotórax de pequeño grado y falla de la oxigenoterapia convencional ante una infección respiratoria aguda.
Caso clínico: Paciente masculino de dos años de vida, RNT, PAEG con antecedentes de internación en Neonatología por dificultad respiratoria e hipotonía con requerimiento de oxígeno suplementario, con diagnóstico de miopatía tubular congénita a los 8 meses de vida. Ingresa a sala pediátrica por cuadro de dificultad respiratoria, registros febriles y requerimiento de oxígeno suplementario. Se realiza radiografía de tórax que presenta consolidación en campo derecho con atelectasia basal y neumotórax. Por contraindicación a la presión positiva se decide CNAF. Durante la internación el paciente recibe atención kinésica respiratoria cuatro veces diarias. La radiografía a los cuatro días resolución del neumotórax, motivo por el cual se decide retirar la CNAF y colocar VNI. Luego de 23 días de internación, el paciente recibe alta con indicación de VNI nocturna y asistencia kinésica respiratoria en domicilio.
Discusión: La indicación de VNI a demostrado ser la terapéutica indicada en paciente neuromusculares con infecciones respiratorias, ya que disminuye el trabajo de los músculos respiratorios a través del soporte inspiratorio y evita zonas de colapso pulmonar por la presencia de presión positiva al final de la espiración. La debilidad muscular y tos inefectiva generan la necesidad de una terapéutica de higiene bronquial, donde la aplicación de terapias manuales, insuflación a través de una bolsa de resucitación y la insuflación/exuflación mecánica demostraron ser métodos efectivos, ya que logran mejores valores de pico flujo espirado y tosido. Encontramos falta de evidencia en cuanto a aplicación de CNAF en casos de neumotórax, pero ya que el grado del mismo en este paciente era bajo y la presión positiva que puede llegar a generar el alto flujo es inconstante y de bajo valor, consideramos como la mejor estrategia para poder asistir al paciente luego del fracaso de la oxigenoterapia convencional.
Conclusiones: La CNAF y la aplicación de asistencia kinésica respiratoria demostró ser positiva como terapia de rescate en pacientes neuromusculares con diagnóstico de una infección respiratoria aguda baja, sin generar complicaciones con relación al neumotórax.



P3 COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA TRATADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN DOMICILIO

FRANCESCHINI C[1]; RODRIGUEZ J[1]; WYSOCKI M[1]; FERRUFINO R[1]; NIEVAS S[1]; CAMPOAMOR A[1]; TORRES M[1]; BERTORELLO A[1]

[1]*Hospital Cosme Argerich GCBA*

Objetivo: La ventilación mecánica en domicilio VMD es un conjunto de medidas de soporte ventilatorio empleadas para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria IR crónica en el domicilio del paciente. Se incluyen en este grupo de

soporte ventilatorio, la ventilación invasiva y no invasiva de uso intermitente o continuo, administrado a través de una interfase nasal, facial, pieza bucal o de traqueostomía. El objetivo de esta cohorte es analizar de forma prospectiva los datos de los pacientes con VMD.
Material y Método: Estudio prospectivo y observacional en base a los datos recolectados de, la etiología de la insuficiencia respiratoria crónica, datos demográficos, comorbilidades, gases en sangre arterial antes y a 3 meses de inicio de la ventilación, tipos de ventiladores, modos ventilatorios, interfaces invasivas y no invasivas, lugar de inicio de la ventilación, titulación de presiones durante el sueño al inicio y a 3 meses del inicio de la VMD.
Resultados: Desde octubre de 2017 hasta marzo de 2019 se recolectaron datos de 32 pacientes (59.3% H 40.6% M, edad 47 ± 17, IMC 29 ± 10) las causas, neuromuscular 46.8%, parenquimatosa 18.7% y torácica 34.3%. Las más frecuentes, la esclerosis lateral amiatrófica ELA (31.2%), Síndrome hipoventilación obesidad SHO (18.7%), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC (12.5%). Las comorbilidades fueron: Hipertensión arterial HTA (40.6%), Diabetes DBT (21.8%), enfermedad coronaria EC (12.5%), insuficiencia cardíaca IC (31.2%), arritmia cardiaca (18.7%) y enfermedad cerebrovascular (6.2%). Los gases en sangre al iniciar la VM PO_2 77 ± 19 y PCO_2 55 ± 7 y después de 3 meses fueron de PO_2 87 ± 6 y PCO_2 40 ± 2. El modo ventilatorio espontaneo y por tiempo S/T (62.5%) los modos híbridos (21.8%) y asistido-controlado por volumen A/CV (15.6%). Se uso ventilador binivelado (84.3%), sin batería en el 31.2%, el 15.7% uso un respirador de soporte vital. Masacrilla buco-nasal (75.1%), mascarilla nasal (6.2%) y traqueostomía (18.7%). La VM se inició en UTI (31.2%), UTIM (12.7%), laboratorio de sueño (37.5%) y en el domicilio (18.7%). Las presiones de VM fueron tituladas de inicio y controladas a los 3 meses bajo polisomnografía PSG (46.8%) y bajo poligrafía respiratoria PR (12.5%), el resto de los pacientes bajo oximetría nocturna y gases en sangre durante la internación.
Conclusiones: En esta cohorte prospectiva observamos la adecuada respuesta de la VMD en la corrección de la hipoventilación alveolar, la posibilidad de iniciar la ventilación en diferentes contextos que dependerán de la forma clínica en que se presente la insuficiencia respiratoria, ya sea bajo un diagnostico ambulatorio y estable, que permita estudiar y titular presiones de ventilación mecánica o en situación de reagudización que requiere su inicio en forma urgente y posteriormente se adaptara la ventilación definitiva una vez superada la urgencia. Consideramos de gran importancia analizar los datos de estos pacientes para organizar el cuidado de los pacientes respiratorios en domicilio, evitando las re-internaciones y sus complicaciones.

P4 CUANDO LO ÚLTIMO EN LO QUE SE PIENSA ES EN CÁNCER, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MUÑIZ

CEVALLOS L[1]; PALMERO D[1]; MUSELLA R[1]; FRÍAS A[1]; LOMBARDO L[1]; VISCA M[1]; FAILDE R[1]; CEDEÑO J[1]

[1]Hospital Muñiz

Objetivo: Describir el tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de cáncer de pulmón, así como el avanzado estadio de presentación en un hospital de enfermedades infecciosas.
Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz, basándose en los datos obtenidos de todos los pacientes hospitalizados en Neumonología Clínica durante los años 2017 y 2018 para identificar todos aquellos en los que se realizó diagnóstico de alguna forma de cáncer de pulmón durante la admisión. También se extrajo de la base de datos: la edad, el tiempo desde el inicio de síntomas, el diagnóstico presuntivo previo, el estadio al momento del diagnóstico, el antecedente de tabaquismo y el tipo de neoplasia diagnosticada. Se procesaron los datos para obtener medidas de tendencia central, y se realizaron modelos de estadística descriptiva.
Resultados: Durante el período de tiempo 2017-2018 fueron admitidos en sala de Neumonología general 438 pacientes de los cuales 59 (12%) fueron diagnosticados de alguna forma de cáncer de pulmón. La edad media fue de 61 años (MIN. 32, MAX. 86) y el tiempo promedio desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 115 días (MIN. 30, MAX. 545). Los diagnósticos presuntivos por los que fueron derivados a la institución fueron: síndrome de impregnación (31%), síntomas respiratorios inespecíficos (25%), masa en estudio (17%), neumonía (15%), hemoptisis (10%) y reagudización de EPOC (2%). El número de pacientes en estadios inoperables al momento de la presentación fue de 55 (93%). El porcentaje de ellos con hábito tabáquico fue del 66%, interpretándose que pudo haber sido mayor debido al subregistro de esta variable en algunas historias clínicas. La estirpe más frecuente de cáncer fue el Adenocarcinoma de pulmón y en general, el 85% de los casos fueron formas primarias, mientras que en el 15% se trató de secundarismo a pulmón desde otro origen.
Conclusiones: El presente trabajo, basado en el registro clínico de pacientes durante 2 años, pone en evidencia las consecuencias del diagnóstico tardío en cáncer de pulmón, describiendo además los principales motivos que condujeron a su derivación a un hospital de enfermedades infecciosas, demostrando además la heterogeneidad de los síntomas y la insidiosa evolución. Por otro lado, resulta frustrante el alarmante número de casos que acudieron en estadios inoperables solo para ser informados de su pronóstico y conducidos a los servicios de Oncología y Cuidados paliativos.
El tabaquismo sigue siendo el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón y el diagnóstico se produjo al inicio de la sexta década de la vida como media en el presente trabajo.
El cáncer de pulmón ocupa el 4to puesto en frecuencia en el territorio argentino y es potencialmente curable en estadios tempranos. Es de indiscutible importancia la identificación precoz y oportuna derivación de los pacientes a instituciones de mayor complejidad ya que es su mejor oportunidad de aumentar su esperanza de vida.

P5 ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA EN DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DE UN PACIENTE CON MIELITIS TRANSVERSA

BIANCHINI F[1]; SILLS N[2]; FERNI L[2]; ALVAREZ G[2]; MELGAREJO F[2]; PEREZ F[2]

[1]Hospital Británico, [2]Hospital Británico

Introducción: La mielitis transversa aguda pediátrica (MTA) es un trastorno del sistema nervioso central autoinmune. Se reportan localmente 1 caso cada 100.000 menores de 15 años. Se reportaron complicaciones respiratorias en 40% a 70% de los pacientes con lesiones medulares, llevando al paciente pediátrico a diversas complicaciones como requerimiento de ventilación mecánica (VM). Por lo tanto la evaluación de la función del diafragma es importante ya que su actividad es responsable del 30 al 90% del trabajo respiratorio y se puede analizar por Ecografía Diafragmática (ED), la cual permite una evaluación libre de radiación y segura. Este puede ser evaluado utilizando técnicas de modo B y M en la evaluación de la excursión y fracción de acortamiento diafragmático.
Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 3 años de edad, sin antecedentes patológicos. Que ingresa por cuadro de fiebre asociado a plejia de hemicuerpo izquierdo y paresia severa de hemicuerpo derecho. Resonancia Nuclear Magnética que informa lesión focal y longitudinal entre las vértebras C3 y C7 en el sector anterolateral izquierdo de la medula con realce bilateral de raíces nerviosas, con sospecha de ser secundaria a causa viral por Enterovirus D-68 por presentación del cuadro y evolución. Intercurrió con insuficiencia ventilatoria por lo que requirió Ventilación Mecanica Invasiva (VMI) y posterior Traqueotomía. Por poca tolerancia a la ventilación espontanea se decidió evaluar la función diafragmática con ecografía (ED) y presiones inspiratorias máximas (PIMAX), evidenciándose por excusión diafragmática plejia del diafragma derecho con leve excursión paradojal de 5 mm. Y excursión izquierda conservada de 18 mm y que se correlaciono con una Presión Inspiratoria Máxima (PIMAX) de -10 cmH_2O, llegando progresivamente con la rehabilitación al destete de 12 horas diurnas y posterior alta al domicilio con ventilación nocturna
Discusión: Un estudio monocéntrico descriptivo en argentina mostró que la mayoría de los pacientes con MTA cursaron con fiebre, presentaron lesiones longitudinales en la médula espinal y en todos los casos, se identificó enterovirus D68, correlacionándose con la sintomatología de nuestro caso clínico, salvo que los estudios inmunológicos no pudieron confirmar la causa por enterovirus D68, pero si se sospechó sobre dicha causa.
La Excursión Diafragmática en nuestro paciente fue un hallazgo y la permanencia de la VM fue permanente, solo logro destetarse durante el día correlacionándose con el estudio argentino donde 2 de 10 de los pacientes permanecieron con asistencia respiratoria mecánica.
Como limitación encontramos no haber evaluado la Fracción de Acortamiento Diafragmático ya que diversos estudios toman como parámetro complementario al estudio de la excursión diafragmática.
Conclusión: Podemos decir que la ecografía permitió identificar la alteración diafragmática de forma no invasiva aportando información extra para el posterior destete diurno de un paciente pediátrico con una alteración neuromuscular.

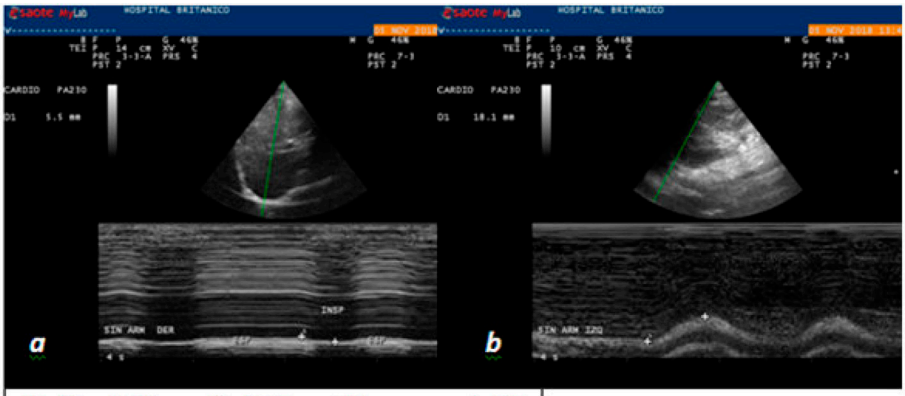


Grafico 2: Ecografía diafragmática en modo M.

P6 NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD EN ARCHIVISTA

PERRONE V[1]; CUESTAS E[1]; GUENDULAIN S[1]; MATEOS M[1]; LUGONES J[1]; MOYANO V[1]; PEREYRA B[1]; CASAS J[1]

[1]Sanatorio Allende Cerro

Introducción: La neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis alérgica extrínseca (NH), es un síndrome mediado por una respuesta inflamatoria exagerada, que es desencadenada por inhalación de una amplia variedad de alérgenos, en un individuo previamente sensibilizado. Se han identificado un gran número de agentes causales, en una amplia variedad de ocupaciones. Se puede clasificar en aguda/inflamatoria o crónica/fibrótica basadas en la correlación clínica, radiológica, y patológica. Evitar la exposición a los antígenos es un determinante crítico en el pronóstico de la enfermedad.

Caso: Femenina, 54 años, no tabaquista, archivista desde hace 42 años. Consulta por tos no productiva de 4 semanas de evolución, asociado a disnea mMRC I de dos semanas de evolución. Sat de Hb: 97%, FC: 82 lpm. Ex físico: s/p. En laboratorio VGS y PCR levemente incrementadas, serología viral negativa, ANA + 1/320, proteinograma e inmunoglobulinas normales. IgE específica Aspergillus negativa. IgM e IgE histoplasma negativo. TCAR: bronquiectasias bilaterales centrales, con engrosamiento peribronquial y áreas de vidrio esmerilado. Espirometría: FVC 3,01 (96%), FEV1 2,91 (117%) FEV1/FVC 97 y capacidad de difusión reducida 11,59 (50%). Se realiza broncofibroscopía. BAL: bacteriología, micología y BAAR negativos, recuento celular: Linfocitos 50% (T CD4+ 20% T CD8+ 63%). Biopsia transbronquial: leve infiltrado mononuclear intersticial. Por progresión de enfermedad, patrón tomográfico atípico y epidemiología tanto para NH como para micosis, se realiza biopsia pulmonar por videotoracoscopía. Anatomía Patológica: moderado a intenso infiltrado intersticial a predominio linfoplasmocitario, con algunos polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos. Se observan acúmulos linfoides e infiltrado inflamatorio de distribución peribronquiolar. Algunas células de apariencia multinucleadas y pequeñas estructuras granulomatoide. Se indica suspensión laboral. Presenta marcada mejoría clínica, funcional y radiológica.
Discusión: En el diagnóstico de NH, es importante la correlación entre la exposición, clínica y los estudios realizados (BAL, precipitinas, pruebas funcionales, radiología y anatomía patológica). En nuestro caso, la presencia de exposición laboral, BAL con predomino de linfocitosis con relación CD4/CD8 disminuida, fue sugerente de NH, pero el patrón tomagráfico fue atípico. Los hallazgos más frecuentes descritos en la literatura de NH aguda suelen ser: áreas de vidrio esmerilado, nódulos centrilobulillares y atenuación en mosaico, lo cual llevo a la realización de biopsia para identificar otros posibles diagnósticos. La suspensión laboral fue clave en la mejoría clínica, funcional y radiológica.
Conclusión: La forma aguda de neumonitis por hipersensibilidad, con detección temprana y suspensión inmediata del contacto con el agente causal, tiende a tener un excelente pronóstico.

P7 PAPILOMATOSIS LARINGO TRAQUEO PULMONAR RECURRENTE: REPORTE DE DOS CASOS

MARAN L[1]; SUSSINI M[1]; GALLICET P[1]; CUPER L[1]; AQUINO A[1]; CARDOZO R[1]; SUSSINI M[1]

[1]*Hospital Escuela José Francisco de San Martín Corrientes*

La papilomatosis laríngea recurrente es una entidad poco frecuente causada por la transmisión perinatal del virus del papiloma humano. La incidencia en menores de 14 años es de 4.3 casos/10000. Hasta 30% puede extenderse al tracto respiratorio inferior y digestivo, siendo posible la malignización en el 5%. La diseminación pulmonar es poco frecuente (1%)con curso agresivo,no existiendo hasta el momento tratamiento para la cura.
Casos clínicos: Caso 1: masculino,21 años, papilomatosis desde los 6 meses, 200 intervenciones endoscópicas para desobstrucción de vía área. Es derivado por disnea, tos, expectoración y sibilancias. Examen físico disponía. Regular entrada de aire. Laboratorio normal. HIV(-). Espirometría: obstrucción muy severa,variable fija extratorácica. TC tórax: imágenes quísticas, micronódulos y vidrio esmerilado bilateral. FBC: lesión papilomatosa traqueal compatible con HPV Genotipo 6. BAL: negativo. Se coloca vacuna para HPV. Evoluciona con requerimiento de tres intervenciones broncoscópicas anuales, hemoptisis con masa LID en TAC,con biopsia endoscópica displasia de alto grado.
Caso 2: Masculino, 23 años, antecedente de papilomatosis desde los 2 años, múltiples intervenciones para desobstrucción de vía aérea, e internaciones por bronquiectasias sobreinfectada. Es Derivado para manejo por compromiso pulmonar. Examen físico desnutrición calórica proteica severa. Sat 94%. Rales base izquierda. Espirometría: obstrucción severa con respuesta B2. Esputo: Pseudomona sp. TAC de tórax: imágenes quísticas, bronquiectasias bilaterales, atelectasia pulmón izquierdo. FBC: lesiones exofíticas en bronquio fuente izquierdo, realizándose desobstrucción. Anatomía patológica: epitelio pavimentoso con papilomatosis acantosis y coilocitos. Genotipificación: detección de 450 pares de bases correspondientes a virus HPV, insuficiente para genotipificación. Evoluciona con buena respuesta al tratamiento, reexpansión parcial del pulmón izquierdo. Alta con antibióticos inhalados.
Discusión: El principal factor de riesgo es la presencia de condilomas genitales maternos. Los serotipos implicados son 6, 11, 16, 18, 31 y 33. El 11 se asocia a cuadros de mayor severidad.
El diagnóstico se realiza con la observación mediante la fibroscopía y se confirma con la anatomía patológica. La TC de tórax sirve para valoración de la extensión. Evidenciando quistes y nódulos que afectan a los lóbulos inferiores,se cree que los nódulos son papilomas, y los quistes, neumatoceles. Dentro del tratamiento, si bien no hay algoritmos, encontramos resecciones endoscópicas, láser CO_2, microdebridador, y coadyuvante: antivirales tópico y sistémicos: interferón, bevacizumab y vacunación.
Conclusión: Presenta una evolución variable, que va desde resolución espontanea a recidivas,como los casos descriptos, algunos presentan clínica agresiva, comprometiendo la vía aérea inferior y evolución a malignización. No existe hasta el momento actual tratamiento efectivo. El pronóstico es incierto, y la calidad de vida se ve deteriorada. Lo que obliga a continuar estudiando sobre nuevas terapéuticas

P8 PROTEINOSIS ALVEOLAR HEREDITARIA

PERRONE V[1]; PEREYRA B[1]; BENAVIDEZ R[1]; NAVARRO R[1]; FERREYRA M[1]; GUENDULAIN S[1]; CUESTAS E[1]; MOYANO V[1]; CASAS J[1]

[1]*Sanatorio Allende Cerro*

Introducción: La Proteinosis Alveolar Pulmonar (PAP) es una enfermedad huérfana, caracterizada por la acumulación de material lipoproteinaceo en el interior del espacio alveolar. Se han descripto tres formas: genética, secundaria y autoinmune. En ellas el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) juega un papel crítico en

la función de los macrófagos alveolares y en la homeostasis del surfactante pulmonar. La interrupción de la señalización del GM-CSF por mutaciones del receptor o por autoanticuerpos resulta en PAP. En la PAP genética se identifican varias mutaciones de *CSF2RA*.

Caso 1: Femenina de 22 años, tratada por bronquiolitis y asma desde la infancia. Hermana con PAP. Derivada a nuestra institución en 2017 por insuficiencia respiratoria hipoxémica e hipercápnica. EF: crepitantes bibasales. Sat O_2: 86% aa, FC:160, Peso: 33 kg, BMI: 16.85. TCAR de tórax mostró engrosamiento del intersticio pulmonar y septos interlobulillares, con patrón de empedrado irregular, difuso, bilateral (*Crazy paving*). Se realiza broncofibroscopía y BAL que confirma diagnóstico de PAP. Alta con oxigenoterapia y alimentación entera por desnutrición severa. Espirometría: FEV1 0,89 (28%), FVC 0,89 (25%), FEV1/FVC 100%, TLC 1,75 (37%). Test de marcha: 360 mts (47% del teórico) con desaturación significativa. Luego de 12 min con O_2 100% pO_2 ascendió a 414 mmHg. Ecocardiograma Doppler normal. Evolución clínica desfavorable, por lo que se decide realizar lavado pulmonar derecho, escasa respuesta, se deriva a valoración para trasplante pulmonar.

Caso 2: Femenina, 18 años, con diagnóstico de PAP por biopsia pulmonar a los 5 años. Presentó lavado pulmonar a los 6 años con mejoría clínica. En la actualidad es referida para control evolutivo. Presenta disnea grado II (mMRC) sin cambios en los últimos años. EF: escasos crepitantes basales izq. Sat O_2: 95%aa, FC: 93, Peso: 35 kg, BMI: 15.01. TCAR de tórax mostró engrosamiento del intersticio pulmonar y septos interlobulillares, con patrón de empedrado irregular, difuso, bilateral, sin cambios en relación a 2014. Espirometría: FEV1 0,85 (26%), FVC 0.86 (23%), FEV1/FVC 99%. Test de la marcha: 570 mts (70%del teórico), con desaturación significativa. Ecocardiograma Doppler normal. Se indica oxigenoterapia y lavado pulmonar.

Discusión: El lavado pulmonar bilateral es el tratamiento de elección y ha demostrado mejoría clínica, funcional y radiológica, con impacto en la sobrevida. Nuestras pacientes tienen deterioro funcional severo asociado al retraso en el diagnóstico y tratamiento. En el Caso 1 el lavado pulmonar fue unilateral, presentando severas complicaciones posteriores al procedimiento. Se podría evaluar la posibilidad de un nuevo lavado bajo ECMO como puente al trasplante pulmonar. En el Caso 2 que presentó un lavado precoz a lo largo de su vida, con buena evolución, se indicó la realización de un nuevo procedimiento.

Conclusión: Se presentan dos hermanas con PAP en estado avanzado. Un diagnóstico y tratamiento temprano podría haber modificado el curso evolutivo de la enfermedad.

P9 SILICOPROTEINOSIS ALVEOLAR PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

DELGADO FERRÍN J[1]; CIONE F[1]; ESPINOZA J[1]; FACHILE G[1]; MORANDI V[1]; GRODNIZKY L[1]; MEDRANO R[1]

[1]*Hospital Centrángolo*

Introducción: La Proteinosis Alveolar Pulmonar (PAP)es una enfermedad caracterizada por la acumulación de surfactante en el interior del espacio alveolar, resultando en una alteración del intercambio gaseoso. Se ha descrito tres formas de PAP: genética, secundaria y primaria o idiopática. La silicoproteinosis pulmonar puede desarrollarse con un período de latencia entre pocos meses y 5 años de la primera exposición a sílice, cursa con un rápido deterioro de la función pulmonar.

Caso clínico: Masculino de 30 años con antecedentes de ex tabaquista, exposición laboral a arena y cuarzo, trombosis venosa profunda anticoagulado, consulta por cuadro crónico caracterizado por disnea progresiva, tos seca y registros febriles. Presenta laboratorio: ESD > 120 mm, LHD 979, EAB en insuficiencia respiratoria tipo I. Tomografía de tórax 11/03/19: adenomegalias en ambos huecos supraclaviculares y mediastino, algunos de ellos con calcificaciones. En ambos campos pulmonares engrosamiento de los septos centrolobulillares e imágenes nodulares peribroncovasculares, asociadas a extensas áreas en vidrio esmerilado más consolidaciones peribronquiales. Se realizó fibrobroncoscopía con BAL (lavado broncoalveolar) y BTB (biopsia transbronquial). Se envía muestra a Anatomía Patológica (citología y biopsia) y microbiología. Se interpreta como enfermedad pulmonar intersticial difusa exacerbada, se inicia pulsos con solumedrol y tratamiento antibiótico con imipenem y vancomicina. Bal, citología y biopsia 12/3/19 informa: cuadro morfológico vinculable a Proteinosis alveolar con signos de hemorragia y presencia de cuerpos de asbesto, el cuadro es vinculable a silicoproteinosis. Se reinterpreta cuadro como Silicoproteinosis Alveolar, continúa tratamiento con corticoides sistémicos. Se realizó lavado pulmonar derecho, observándose líquido proteináceo, sin complicaciones. Espirometría 23-4-19: defecto ventilatorio no obstructivo. Difusión de monóxido de carbono (DLCO)moderadamente disminuida. Capacidad pulmonar total disminuida, con volumen residual normal. Paciente evoluciona con registros febriles persistentes, progresión imagenológica, requiriendo IOT/ARM y múltiples esquemas antibióticos, siendo único rescate microbiológico positivo para desarrollo de Klebsiella Pneumoniae.

Discusión: La PAP es una enfermedad de origen desconocido. En estudios recientes se ha sugerido una relación etiológica con la exposición a polvo de sílice. La silicosis es una de las enfermedades ocupaciones más conocidas, que continúa ocasionando importante morbilidad en el mundo. Las fuentes de la exposición laboral a la inhalación de sílice son muy numerosas.

Conclusión: La silicoproteinosis puede ocurrir después de una exposición relativamente corta a niveles muy altos de sílice y causa un deterioro rápido que conduce a una insuficiencia respiratoria aguda. El pronóstico es muy pobre. No existe un tratamiento específico. Los lavados de pulmón proporcionan alivio a muchos pacientes en relación a la disnea e hipoxemia progresiva.

P10 TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN

SOUSA MATIAS D[1]; CARREÑO SAAVEDRA R[1]; RIOS GIMENEZ C[1]; GONZALEZ A[1]; HERES M[1]; YUSTI G[1]

[1]*Hospital Nac. A. Posadas*

Introducción: La tuberculosis intestinal es una forma poco frecuente de tuberculosis extrapulmonar. El bacilo de Koch llega al intestino por diseminación hematógena o vía linfática, mayormente adopta la forma localizada en el tejido linfoide, frecuentemente en íleon terminal, yeyunoileal o ileocecal. Su cuadro clínico puede simular otras entidades y por lo tanto generar dificultades diagnósticas.
Caso clínico: Paciente femenina de 39 años, inmunocompetente, presentó cuadro clínico de 5 meses de evolución caracterizado por pérdida de peso y registros febriles vespertinos. Se realizó tomografía de tórax y abdomen que evidenciaba conglomerados ganglionares mediastinales y supraclaviculares sin compromiso del parénquima pulmonar, necrobiosis a nivel del ciego y colon ascendente sugerente de lesión primaria con conglomerados ganglionares retroperitoneales. Se efectuó videocolonoscopía: lesión estenosante a nivel del colon ascendente con mucosa proliferativa y ulcerada, se toman biopsias para histopatología y bacteriología. Por sospecha de lesión primaria de colón y antecedentes de familiar en primer grado con neoplasia colónica se decide realizar hemicolectomía derecha. Posteriormente, se recibe el informe del aislamiento de M. Tuberculosis. Inició tratamiento específico con 4 drogas. Para descartar enfermedad linfoproliferativa se realizó biopsia quirúrgica de adenopatía supraclavicular izquierda cuyo resultado fue adenitis granulomatosa y cultivo de Koch positivo.
Discusión: La localización más frecuente de tuberculosis intestinal es la región íleocecal; debido a una baja actividad digestiva, estasis fisiológica, contacto más estrecho de los bacilos con la mucosa y presencia de mayor cantidad de tejido linfoide.
La tuberculosis aislada del colon sin compromiso ileocecal es infrecuente. El cuadro clínico de la tuberculosis intestinal es variable e inespecífico. La tuberculosis intestinal sin compromiso pulmonar es subdiagnosticado.
La videocolonoscopía permite visualizar los diferentes subtipos morfológicos de tuberculosis intestinal. El más común es el ulcerativo, caracterizadas por úlceras lineales transversales cubiertas de exudados blanquecinos. Al cicatrizar, las úlceras se fibrosan provocando estenosis del lumen y engrosamiento de la pared intestinal. Los subtipos hipertróficos y ulcerohipertrófico suelen confundirse con cáncer colorectal.
Conclusión: El diagnóstico de tuberculosis intestinal es difícil de establecer al no sospecharlo clínicamente y confundirlo con otras entidades. La mejor forma de tratamiento es el manejo médico conservador por la buena respuesta al tratamiento antituberculoso. En caso de ser necesaria una cirugía se limitará a la resolución de complicaciones y deberá ser lo menos agresiva posible.

P11 DAÑO PULMONAR AGUDO LUEGO DE CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA

RODRIGUEZ M[1]; ROMERO L[1]; SOTO J[1]; KIERSZENBAUM M[1]

[1]*Hospital Maciel*

Introducción: En los últimos quince años el consumo de pasta base de cocaína (PBC) ha aumentado drásticamente en Uruguay, determinando múltiples complicaciones respiratorias en quienes la consumen, que son motivo de consulta en los servicios de Emergencia. Las complicaciones pulmonares agudas dependen de los siguientes factores: forma de administración (inhalación nasal vs fumado), dosis, frecuencia de exposición y presencia de sustancias tóxicas asociadas.
Caso clínico: Sexo masculino, 30 años en situación de calle, consumidor frecuente de PBC. Consulta en Servicio de Emergencia por cuadro respiratorio agudo dado por tos productiva y fiebre, sin disnea. Radiografía de tórax normal. Se retira del servicio sin alta médica. Reconsulta a las 48 horas, agregando taquipnea e insuficiencia respiratoria aguda, que instala luego de consumo intenso de PBC. Al examen físico se destaca Sat02 88% ventilando al aire, con estertores crepitantes bibasales a la auscultación. De la analítica sanguínea: hemograma normal, sin eosinofilia. Proteína C reactiva 150. Test de VIH negativo. Estudio microbiológico del esputo negativo (bacteriológico, baciloscopías y panel de virus respiratorios). Radiografía de tórax con nuevas opacidades inhomogénas micronodulares, bilaterales y difusas. (Figura 1,B) Tomografía de tórax Alta resolución: patrón micronodular difuso asocidado a extensas áreas en vidrio deslustrado, con predominio en lóbulos superiores.
Se decide ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico empírico y corticoides sistémicos. Presentando rápida mejoría clínica y resolución radiológica en las primeras 72 horas. (Figura 1,C)
Discusión: Se ha demostrado que la exposición intensa y aguda a PBC desencadena una respuesta inflamatoria aguda mediada por la activación de neutrófilos y la producción de interleukina 8; pudiendo causar complicaciones pulmonares agudas como: hemorragia alveolar, eosfinofilia pulmonar, bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, talcosis, silicosis, neumonitis tóxica, y edema pulmonar.
En el presente caso, el planteo diagnóstico es de alveolitis aguda secundaria a la inhalación de PBC. Dado la asociación temporal entre el consumo agudo e intenso de PBC, y el inicio de la insuficiencia respiratoria con nuevas opacidades radiológicas (que aparecen poco después del abuso de la sustancia y desaparecen al finalizar la exposición de la misma, y el uso de corticoterapia).

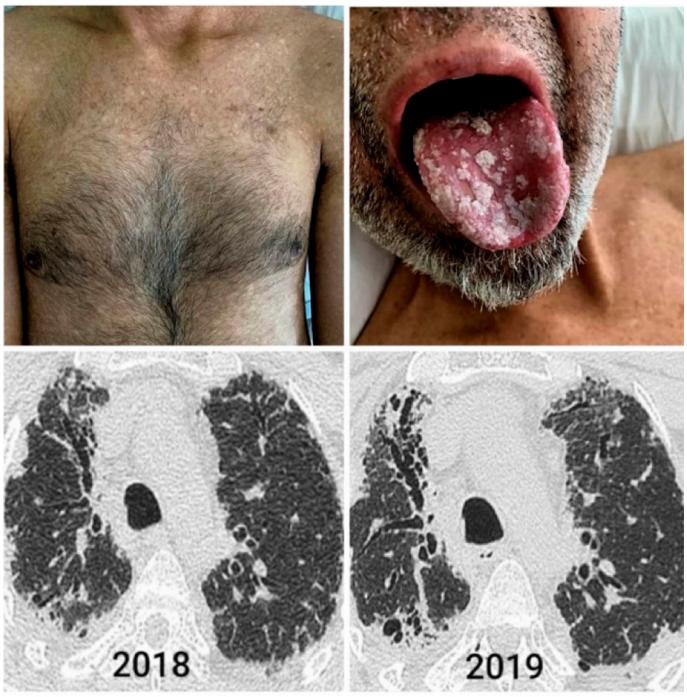
Conclusiones: La patología pulmonar inducida por la cocaína y sus derivados, resultan desafiantes en la práctica diaria de clínicos y radiólogos, especialmente en el Servicio de Emergencia. Por lo tanto, debemos ser conscientes de esta entidad clínico-radiológica en el proceso diagnóstico de pacientes con consumo agudo de PBC, una vez descartada la patología infecciosa.

P12 DISQUERATOSIS CONGÉNITA: PRESENTACIÓN DE LA TRÍADA CUTÁNEA CLÁSICA Y COMPROMISO PULMONAR

CRUZ URCIA H[1]; CAMPOVERDE ENCALADA M[2]; FORLENZA PARRAO R[1]; CARO F[1]

[1]Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. Buenos Aires, C.A.B.A. , [2]Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer . Buenos Aires, C.A.B.A.

Introducción: La disqueratosis congénita (DKC) es una enfermedad genética heterogénea con defectos en el mantenimiento de los telómeros con una incidencia anual de 1 persona por millón de habitantes. Las manifestaciones cutáneas son características. El compromiso pulmonar es poco frecuente. Se presenta un caso de DKC con la tríada clásica asociado a afectación pulmonar intersticial.
Caso clínico: Masculino de 41 años con antecedentes familiares de madre con enfermedad pulmonar intersticial fallecida a los 49 años y 2 hijas fallecidas por aplasia medular a los 3 y 5 años respectivamente. Al momento del diagnóstico presentaba disnea de esfuerzo de 7 años de evolución. Al examen físico presentaba hiperpigmentación reticular a nivel de cuello, tórax y tercio superior de miembros superiores, leucoplasia oral, distrofia ungueal, epífora y crepitantes velcro bibasales. En laboratorio se evidenciaba hematocrito 36% y hemoglobina 11 g/dl (volumen corpuscular medio 96.6), patrón restrictivo severo en espirometría (capacidad vital forzada 1600 ml, 33% teórico) y patrón de neumonía intersticial usual en la tomografía de tórax. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona 500 mg (3 dosis) continuando con meprednisona 0.5 mg/kg/día y por falta de mejoría clínica, se decide iniciar pirfenidona 2400 mg/día (off label).
Discusión: La disqueratosis congénita es un desorden genético asociado a disfunción del complejo de la telomerasa. Esta enzima mantiene la longitud normal de los telómeros durante la replicación celular y evita la apoptosis celular temprana en tejidos altamente proliferativos. Los telómeros cortos se asocian a envejecimiento prematuro y fenómeno de anticipación genética, presentándose dicha entidad a edades más tempranas en cada descendencia. Se ha asociado con mayor probabilidad de desarrollar fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y otras enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) fibrosantes y con peor pronóstico de las mismas. Se estima que los trastornos de los telómeros representan del 1-3% de los casos esporádicos de FPI y del 8-15% de los casos de fibrosis pulmonar familiar. Los pacientes con DKC suelen presentar la tríada clásica caracterizada por hiperpigmentación cutánea, leucoplasia oral y distrofia ungueal, así como otras manifestaciones menos frecuentes. Las EPID se presentan en el 20% de estos pacientes, con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de vida. La presentación temprana de la enfermedad se asocia a progresión rápida y peor pronóstico. El tratamiento es controvertido, siendo en la actualidad básicamente paliativo.
Conclusión: Se reporta un caso poco frecuente de DKC con afectación pulmonar. De acuerdo a la revisión bibliografía se resalta la importancia de profundizar en la evaluación de los pacientes con EPID, dado que en los síndromes de telómeros cortos, la existencia de diferentes fenotipos secundarios a penetrancia incompleta, pueden manifestarse como hallazgos sutiles y pasar desapercibidos o generar diagnósticos tardíos u erróneos, afectando el pronóstico.



P13 MICOSIS PROFUNDA COMO ENFERMEDAD LABORAL

STECHINA J[1]; ELÍAS M[1]; CESARATTO F[1]; ABRATE V[1]; OLMOS M[1]; BLUA A[1]; LÓPEZ A[1]

[1]*Hospital Privado Universitario de Córdoba*

Introducción: La Histoplasmosis es una micosis endémica común, generalmente asintomática, con puerta de entrada inhalatoria y que solo ocasionalmente produce una enfermedad grave. La mayoría de los individuos sanos permanecen asintomáticos luego de una exposición por vía inhalatoria. Sin embargo, la inhalación de un inóculo grande puede desarrollar una infección pulmonar difusa grave y potencialmente mortal. Dependiendo del grado y tiempo de exposición, el espectro es amplio y puede llegar hasta el de una histoplasmosis pulmonar difusa con insuficiencia respiratoria.
Caso clínico: Sexo masculino, 41 años, trabaja en cerealera hace 10 años tomando muestras de soja, trigo y maíz con calador manual, sin usar ninguna medida de protección. Disnea con el ejercicio en los 10 meses previos a la consulta con, progresión a clase funcional IV. Radiografía de tórax anormal en una evaluación preoperatoria de herniorrafia inguinal. Tabaquista 20 paquetes año. **Examen:** Crepitantes bibasales, Saturación de Hb 92%aa. **Laboratorio:** Citológico normal, VSG 33, PCR: 3.17 Hepatograma normal, FR 20 ANA+ 1/80 Dilución 1:40/nucleolar, ENA y ANCA negativo. Hemostasia normal. Esputo: Negativo para hongos y gérmenes comunes. Hemocultivos Anaerobios negativo. Ag de aspergillus Negativo. Mantoux negativa. **TAC** Múltiples lesiones pseudonodulares bilaterales condensativas con cavitaciones centrales afectando todos los lóbulos, más confluentes en bases. Adenopatías retrocavas y subcarinales. La mayoría de los pseudonódulos tienen márgenes estrellados, hay engrosamientos de septos interlobulillares. Espirometría restricción moderada CVF 2.48. **BAL** Leucocitos PMN mayor a 10%, epiteliales 1%. Cultivo flora polimicrobiana, negativo para hongos, BAAR negativo. PCR para TBC y mycobacterium negativos. PCR para Histoplasma capsulatum negativo. Se decidió **biopsia pulmonar** de lóbulo inferior: En cultivo desarrolla desarrolla Histoplasma Capsulatum y BAAR negativos, bacteriológico negativo. Anatomía patológica: Neumonitis granulomatosa con esférulas PAS positivas vinculables a elementos micóticos con morfología que se correlaciona con histoplasmosis.
Evolución: Cumple 3 meses de Itraconazol. Mejoría clínica general, aumento de peso, menor disnea, aumento de Saturación de Hb. TAC nueva lesiones fibro-retráctiles con bronquiectasias quísticas bilaterales y bullas de enfisema paraseptal, sin cavitación.
Conclusiones:
- Destacar el severo compromiso pulmonar con insuficiencia respiratoria asociado a Histoplasmosis Pulmonar difusa en paciente sano y exposición laboral.
- La importancia de medidas de bioseguridad para evitar enfermedad pulmonar profesional.
Un diagnóstico tardío conlleva a una caída significativa de la función pulmonar con fibrosis irreversible y hasta un 30% de mortalidad.
- No dejar de considerar que podría haber una posible asociación entre Neumonitis por hipersensibilidad y enfermedad micótica pulmonar .

P14 TUBERCULOSIS LATENTE EN INMUNOSUPRIMIDOS NO-HIV: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

VALLEJOS E[1]; BARONI C[1]; MASTROIANNI M[1]; MEMBRIANI E[1]; POMBO M[1]; LIMONGI L[1]; PUTRUELE A[1]

[1]*Hospital de Clínicas José de San Martín*

Objetivos: La Infección tuberculosis latente (ITBL) se define como un estado de respuesta inmunitaria persistente que no se acompaña de manifestaciones clínicas de Tuberculosis activa. Aproximadamente el 25% de la población mundial presenta ITBL, y su tratamiento efectivo constituye uno de los objetivos de la Estrategia "Fin de la TB de la OMS". Sin embargo, existen dos problemas a nivel mundial en cuanto a TB latente: las bajas tasas de adherencia al tratamiento y la toxicidad de las drogas. La escasez de datos en la bibliografía actual, motivó nuestro trabajo centrando el objetivo en la evaluación de estos dos parámetros (toxicidad/adherencia) en una población susceptible como inmunosuprimidos no-hiv.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de pacientes atendidos en el servicio de neumología de un hospital universitario desde 2013 a marzo 2019. Fueron analizadas las historias clínicas de los pacientes >18 años, con inmunosupresión no-hiv (con inmunosupresión farmacológica como principal causa). Los parámetros analizados fueron: datos demográficos, tipo de inmunosupresión, radiografía de tórax inicial, valores de PPD, tratamiento realizado, adherencia (considerando el cumplimiento de mínimo 6 meses de tratamiento) y efectos adversos.
Resultados: Fueron incluidos un total de 132 pacientes, la mayoría mujeres n = 83 (62.9%), edad media: 49,8 años, con nacionalidad argentina n = 108 (81.8%). Con respecto a sus antecedentes clínicos: pacientes con patología respiratoria previa n = 35 (26.5%), siendo lo más frecuente el TBQ activo. 31 pacientes (23.5%) tenían contacto de riesgo con pacientes con TB activa y 12 pacientes (9.1%) tenían antecedente propio de TB activa, todos refirieron tratamiento farmacológico completo. Los tratamientos inmunosupresores más frecuentes fueron metotrextate n = 45 (34.1%) y corticoides prolongados n = 43 (32.1%). El valor promedio de PPD inicial era de 10,1 mm. El 22.7% (n = 30) de los pacientes presentaban radiografía inicial patológica (consideradas como lesiones no activas. A todos los pacientes se les indico tratamiento con isoniazida diaria a dosis de 5 mg/k/día; los pacientes que completaron un mínimo de 6 meses fueron 71 (53.8%) y sólo hubo 6 casos de hepatotoxicidad (4.5%) y 1 caso de reacción adversa cutánea (0.7%). Durante el seguimiento no fueron registrados casos de TB activa.
Conclusiones: Los principales hallazgos de nuestro estudio son que manejamos tasas bajas de adherencia entre nuestros pacientes de ITBL, menor aún que lo reportado en la bibliografía (60-65%). En cuanto a la hepatotoxicidad, los valores de nuestro trabajo se asemejan a lo reportado en la bibliografía (3-5%). Este trabajo demuestra la necesidad de reforzar las medidas sanitarias sobre detección y tratamiento de ITBL para mejorar la adherencia al tratamiento.

P15 ALTERACIONES RESPIRATORIAS DEL SUEÑO EN EL SINDROME DE PRADER WILLI

FREIRE J[1]; MAGGIO P[1]; GARCÍA A[1]; HERES M[1]; CHIRINO G[1]; QUADRELLI S[1]

[1]*Sanatorio Güemes*

Introducción: El Síndrome de Prader-Willi (SPW), es un trastorno genético multisistémico complejo, en el que la obesidad y las alteraciones del sueño son frecuentes. Presentamos el caso de una paciente con SPW y alteraciones del sueño, con difícil adherencia al manejo ventilatorio instaurado.
Caso clínico: Paciente de 25 años con antecedentes de SPW (retraso madurativo, hipogonadismo, obesidad mórbida (IMC 60), diabetes mellitus tipo 2 insulino requirente, semipostrada, dependiente para las actividades diarias. Se interna por proceso infeccioso respiratorio con mala mecánica, uso de músculos accesorios, con hipoventilación generalizada, gasometría arterial con insuficiencia respiratoria tipo 2 (PCO_2 65,8). Se instaura tratamiento antibiótico y uso de ventilación no invasiva (VNI), con buena respuesta a los mismos. Fue dada de alta con uso de CPAP (presión 8 cmH_2O), con interface nasal más oxígeno domiciliario; con regular adaptación a los mismos y persistencia de hipercapnia.
Al interrogatorio presentaba apneas y ronquidos nocturnos, somnolencia diurna severa. Espirometría sugestiva de restricción muy severa, caída del 25% de la FVC en decúbito, PiMax y PeMax disminuidos (-52 y 49 cmH_2O respectivamente). Poligrafía: índice de apnea hipopnea (IAH): 75 ev/h, a predominio de apneas obstructivas 83%, saturación basal 90%, mínima 60%, promedio 68%, índice de desaturación (IDO) 81 ev/h, tiempo de saturación menor de 90% (T90) 99%, frecuencia cardiaca media 94 lpm, mínima 49, máxima 192, ronquidos durante todo el estudio.
Se interpretó como SAHOS severo, Síndrome de Obesidad Hipoventilación (SHO) y roncopatía severa. Se realizó titulación con APAP (Presión efectiva 12 cmH_2O) y se indicó uso de VNI (modo iVAPS, EPAP 12 cmH_2O, FR: 30, ciclado alto, Ti mín/máx 0.8/1.3s, PS mín/máx 5/20 cmH_2O, VA 6L/min, volumen tidal (Vt) 300 ml) con interface oronasal y oxígeno domiciliario. Durante el seguimiento presentó poca adherencia y tolerancia al equipo, dado por fugas excesivas y falta de confort a la interface. Tras múltiples cambios de la misma y control de fugas, se logró la adaptación al tratamiento con interface oronasal, parámetros de ventilación (modo iVAPS, EPAP 12 cmH_2O, FR: 30, ciclado medio, Ti mín/máx 0.8/1,2 s, PS mín/máx 4/6 cmH_2O, VA 5.2 L/min, Vt 400 ml), logrando mantener un IAH < 5 ev/h, , uso diario > 5 h y 7 días por semana, además de normalización de valores gasométricos y mejoría de la calidad de vida.
Discusión: En el SPW la obesidad y la debilidad muscular son los principales factores de riesgo para presentar trastornos respiratorios del sueño. El objetivo de la VNI es aumentar la capacidad residual funcional y disminuir el trabajo respiratorio. Todo esto conlleva a una disminución de la morbilidad secundaria a exacerbaciones respiratorias (principalmente por neumonías y atelectasias) y mejoría de los trastornos del sueño.
Conclusión: La adherencia al tratamiento impacta directamente en la evolución clínica, por ende, es importante corregir todos los factores asociados a la no adherencia para lograr un control efectivo.

P16 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS Y RESULTADOS DE BIOPSIAS PERCUTÁNEA TRANSTORÁCICA GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA, EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA ÁNGEL H. ROFFO

MANSILLA D[1]; GABAY C[1]; VARGAS BENITEZ M[1]; HOLMQUIST MÜLLER A[1]; THOMPSON L[1]; BOYERAS I[1]; CASTRO M[1]

[1]*Instituto de Oncología Ángel H. Roffo*

Objetivo: Analizar las variables radiológicas asociadas a diagnóstico de malignidad, determinar la rentabilidad diagnóstica y frecuencia de complicaciones de las biopsias transtorácicas percutáneas guiadas por tomografía computada (BTPG-TC) realizadas para la evaluación de pacientes con lesiones pulmonares derivadas de nuestro centro. Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 206 pacientes consecutivos a veces BTPG-CT de lesiones pulmonares realizadas entre 2016 y 2019 en un solo centro de referencia oncológico. Se describen datos clínicos-patológicos, que incluyen: edad, tabaquismo y cáncer previo. Características de la lesión radiológica por TC: múltiple o solitario, ubicación, diámetro medio (mm), tipo (masa 30 mm, nódulo < 30 mm, otro), distancia media a la pleura, presencia de consolidación, borde del nódulo, calcificaciones, presencia de enfisema radiológico, componente de vidrio esmerilado y PET-CT SUVmax, se utilizará para comparar con los resultados de la biopsia pulmonar. También se informó la tasa y los factores asociados con las complicaciones. Resultados: De 105 pacientes que se sometieron a BTPG-TC y cumplieron con los criterios de inclusión; 85 (81%) tuvieron diagnóstico de cáncer confirmado patológicamente, 3 (3%) encontraron hallazgos benignos y 17 (16%) detectaron muestras inadecuadas para un diagnóstico preciso. La mayoría de los pacientes fueron: hombres (57%) y la edad media fue de 63 años (32-88). El cáncer de pulmón fue el diagnóstico principal (49/85; 58%) logrado a través de CT-PTNB; El 71.2% de estos casos tenía histología de adenocarcinoma y el 29% (14/49) tenía diagnóstico previo de cáncer (35%: cáncer de mama), siendo la mayoría de ellos fumadores (86%). Las lesiones metastásicas (36/85; 42%) fueron: 44% melanoma-sarcoma, 38%: cáncer de mama, colorrectal, renal y de cuello uterino y 18%: linfoma, cabeza y cuello, cáncer de pulmón y urotelial. El cáncer de pulmón primario en comparación con las metástasis pulmonares seleccionadas en las imágenes de TC: presentación masiva (63% vs 33%; p = 0.002), localización del lóbulo superior derecho (47% vs 33%; p = 0,016), lesión solitaria (77% vs 53%; p = 0,016), consolidación (22% vs 5%; p = 0,033), calcificación central (12% vs 0%; p = 0,024), enfisema (55% vs 28%; p = 0,009), diámetro mayor medio (mm) (61 ± 33 frente a 36 ± 24; p = 0,000), distancia media a la pleura (mm) (32 ± 78 frente a 86 ± 12.7; p = 0,014) y SUVmáx media de PET-TC (8.8 ± 10.63 frente a 4.7 ± 6,8; p = 0,045). La tasa de complicaciones de BTPG-TC fue del 18.5% (la mitad de ellas se practicó a través del lóbulo superior derecho del pulmón, siendo el neumotórax el más común. La distancia media entre la pleura al

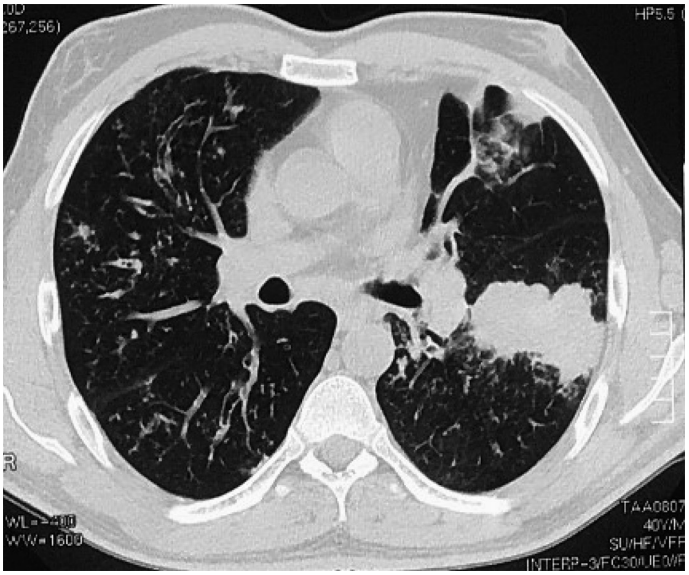
sitio BTPG-TC fue de 10,54 frente a 3.81 mm en casos complicados y no complicados, respectivamente. Conclusión: Las lesiones pulmonares primarias y metastásicas fueron evaluadas patológicamente de forma segura por BTPG-TC. Las características radiológicas de las lesiones pueden ayudar en la evaluación inicial del paciente para predecir su naturaleza.

P17 ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA Y ALGO MÁS….

OSKEN L[1]; RIZZO O[1]; BENITEZ A[1]

[1]*Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer*

Introducción: La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es un proceso caracterizado por una reacción de hipersensibilidad a hongos del género *Aspergillus*. Inicialmente descripta en pacientes con Asma crónico y posteriormente en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). Su frecuencia no se conoce con exactitud, pero se estima que tiene una prevalencia del 6-20% entre pacientes con asma y del 8,5% entre los pacientes con FQ. Su diagnóstico se realiza en atención a los criterios clínicos, inmunológicos y radiológicos establecidos por Rosenberg en 1977.
Caso clínico: paciente de 40 años de edad de sexo masculino que consulta por primera vez a los 23 años, sin antecedentes perinatológicos ni de primera infancia, no tabaquista, que refiere episodios de broncoespasmos desde los 10 años de edad y a los 15 años cuadro de neumonía recurrentes (3 episodios), estudiado con tomografía de tórax en donde se evidencia imágenes de Bronquiectasias quísticas en LID, apical del LII y segmento posterior del LSD por lo que se le solicitan estudios para diagnóstico, volviendo a la consulta 17 años después refiriendo pocos síntomas en el transcurso de este tiempo, con algunos episodios de infecciones respiratorias recurrentes, trae una TAC de tórax en donde se evidencia imagen consolidativa a predominio apical del LII y en Língula por lo que se le realiza una Fibrobroncoscopia (FBC) con BAL y BTB con resultados negativos. Dosaje de IgE total y específica para *Aspergillus* con valores altos y en ascenso, se sospecha ABPA. En el interrogatorio surge la posibilidad de infertilidad, se realiza espermograma (Azoospermia), ecografía testicular e interconsulta con urología (ausencia de ambos conductos deferentes). Espirometría FEV1: 2.65 (65%), inicia tratamiento con LABA + CI, con mejoría del VEF1. Test del sudor: 2 muestras Cl: 39/41, estudio de secuenciación del gen CFTR: F508 del/3454G > C. Inicia nuevo cuadro infeccioso respiratorio, esputo aislamiento de SAMS, nueva TAC con mejoría las imágenes del pulmón izquierdo e imágenes nuevas consolidativa y vidrio esmerilado en LID. Se realiza tratamiento ATB, en plan de iniciar terapia con corticoides sistémicos e Itraconazol.
Discusión: La FQ es una enfermedad genética predominantemente pediátrica pero se debe considerar el aumento en la expectativa de vida y el diagnóstico en la adultez. Aproximadamente un 9.9% de los casos se dignostica recién en la edad adulta, en nuestro caso fue a los 40 años en forma indirecta a través del compromiso respiratorio y urológico. En estos pacientes el compromiso pulmonar inicial es más leve y generalmente tienen un páncreas exocrino suficiente. En pacientes con FQ la prevalencia de ABPA oscila entre el 1 y el 15%, *A. fumigatus* coloniza aproximadamente al 57% de los pacientes con FQ aunque solamente un pequeño porcentaje de estos desarrolla ABPA.
Conclusión: Ante el diagnóstico de ABPA debería descartarse la posibilidad de FQ, en el diagnóstico en la adultez se debe considerar el hallazgo de variantes genéticas no clásicas encontradas en el estudio de secuenciación del CFTR.



P18 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR CRISIS ASMÁTICA EN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CAMPOVERDE ENCALADA M[1]; MEJIA B[1]; FORLENZA PARRAO R[1]; ALBERTI M[1]

[1]*Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. Buenos Aires, C.A.B.A.*

El asma es una enfermedad crónica potencialmente grave que se caracteriza por inflamación de las vías respiratorias y limitación variable del flujo aéreo espiratorio. La exacerbación de asma es el empeoramiento agudo o subagudo de los síntomas y la función pulmonar con respecto al estado habitual del paciente.
Debido al incremento en los últimos años de pacientes asmáticos que requieren hospitalización, que se asocia a aumento de la morbimortalidad, y a la falta de estudios a nivel local sobre prevalencia y características clínicas de los mismos, surge la motivación de realizar este estudio.
Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas y funcionales de pacientes hospitalizados por crisis asmática.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron los pacientes internados por crisis de asma en el período comprendido entre Julio 2018 a Junio 2019. Se consignaron variables demográficas, clínicas y funcionales. Las variables categóricas se describieron según frecuencia, y las continuas con media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC) dependiendo de la presencia o no de distribución normal respectivamente.
Resultados: Se registraron 197 episodios de crisis asmática en 164 pacientes hospitalizados, 92 (56%) de sexo femenino con una mediana de edad de 36 años (RIC 27 a 48) siendo 38 (17.6%) tabaquistas.
La mediana del VEF1 al ingreso fue de 26% (RIC 21 a 31). El 96% de las exacerbaciones fueron severas (VEF1
Los tratamientos de mantenimiento previo al ingreso fueron: corticoides inhalados (GCI)/agonista adrenérgico de acción prolongada (LABA) 37.8%, beta 2 adrenérgicos de acción corta (SABA) 21.3%, GCI 7.3%, GCI/LABA/anticolinérgicos de acción prolongada 6.7% y uso de biológicos 1.2%. El 25.6% no efectuaba tratamiento. Además, 71 pacientes (43%) presentaban al menos 1 hospitalización en el último año por crisis asmática y 85 (52%) había consultado más de 2 veces a guardia en último mes.
Finalmente, se registraron 54 (27.4%) reingresos por crisis asmática dentro de los 12 meses de estudio.
Conclusiones: En nuestro estudio observamos mayor riesgo de exacerbaciones severas en pacientes femeninas, jóvenes, sin tratamiento o con mala adherencia y antecedentes de internaciones o más de 2 consultas a guardia en el último año. El tratamiento más utilizado fue la asociación de GCI/LABA, con un porcentaje no despreciable de pacientes sin tratamiento de mantenimiento. En base a lo observado creemos que es de suma importancia poder garantizar el acceso al tratamiento de mantenimiento así como también control ambulatorio de los pacientes y la educación de los mismos sobre su enfermedad.

P19 COLAPSO DINÁMICO EXCESIVO DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: DIFICULTAD PARA LA DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REPORTE DE UN CASO

DELLI CARPINI J[1]; AGUIRRE P[1]; BEZZI M[1]; BORELLO S[1]; DE BENEDETTO M[1]; MONTERO G[1]

[1]*Hospital Santojanni*

Introducción: El colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDEVA) se define como el colapso patológico y estrechamiento de la luz de la vía aérea (VA) mayor al 50% durante la espiración. Puede ser uno de los motivos de falla de desvinculación de la ventilación mecánica (VM), cuya fisiopatología es compleja y multifactorial. Nuestro objetivo es describir el caso de una paciente con múltiples intentos fallidos de desconexión de la VM, a fin de mostrar la importancia de una patología poco frecuente y subdiagnosticada en el proceso de desvinculación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente que ingresó el 29 de Diciembre de 2018 a la sala de emergencias, con antecedente de EPOC, presentando aumento progresivo de su disnea habitual, hipoxemia e hipercapnia. Se interpretó el cuadro como reagudización de su enfermedad de base. Se inició VM no invasiva y al no observar mejoría clínica, se decidió instaurar VM invasiva. Luego de 14 días de VM, se realizó traqueostomía percutánea. En la evaluación muscular respiratoria se registró una presión inspiratoria máxima de -74 cmH_2O y una presión espiratoria máxima mayor a 120 cmH_2O. Ante la persistente dificultad en la desvinculación asociada a gráficas de flujo espiratorio bifásicas, se sospechó la presencia de CDEVA, confirmada mediante fibrobroncoscopía. El 22 de Marzo de 2019 el servicio de neumonología intervencionista realizó la colocación de un stent en bronquio fuente izquierdo (BFI). A los 10 días se logró la desvinculación de la VM. La paciente recibió el alta domiciliaria ventilando espontáneamente, con cánula de traqueostomía sin balón con válvula fonatoria, requerimiento de oxigenoterapia y seguimiento por parte del servicio de neumonología.
Discusión: En pacientes bajo VM, la presencia de CDEVA asociado a EPOC reagudizado puede dificultar el proceso de desvinculación. La VA artificial y la presión positiva actúan como un stent mecánico y neumático respectivamente, manteniendo permeable la luz traqueal. Al retirar la presión positiva de la VA, estos pacientes pueden desarrollar una insuficiencia respiratoria recurrente que requiera reinstauración de la misma. Se consideró apropiada la colocación de un stent en BFI, coincidiendo con el tratamiento propuesto por otros autores para pacientes con CDEVA severo. La paciente no mostró complicaciones inmediatas relacionadas con el procedimiento. En este caso, la percepción clínica, el diagnóstico y tratamiento endoscópicos, en conjunto con un abordaje integral en el manejo de la liberación de la VM y la rehabilitación, permitieron la descomplejización de la paciente y el alta a su domicilio.

Conclusiones: En el caso descripto, la colocación de un stent traqueal ha sido una opción viable debido a la complejidad del cuadro, y permitió que la paciente lograra desvincularse de la VM. El CDEVA debería considerarse como una probable causa de falla de desvinculación de la VM en pacientes dentro de escenarios similares al presentado.

P20 COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL Y DE VÍA AÉREA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

FARRELL P[1]; MOYANO V[2]; CUESTAS E[2]; BERMÚDEZ A[1]; LUGONES J[3]; CASTRILLÓN M[1]; FERREYRA DILLON R[2]; ALBIERO A[3]; SAVIO V[1]; ALBA P[1]; URIBE ECHEVARRÍA M[4]; CASAS J[3]; BABINI A[1]

[1]Hospital Italiano, [2]Hospital Italiano -Sanatorio Allende, [3]Sanatorio Allende, [4]Hospital Italiano-Instituto Modelo de Cardiología

Las Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC), constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias sistémicas de etiología autoinmune, en las que se ve comprometido el aparato respiratorio, siendo afectado más frecuentemente el parénquima pulmonar, así como también la vía aérea.
Objetivos: Determinar el compromiso parenquimatoso y de vía aérea en pacientes con ETC y su relación con patrones tomográficos compatibles con enfermedad intersticial: Neumonía intersticial no especifica (NINE), Neumonía intersticial usual (NIU), Neumonía organizada (NO), Neumonía intersticial linfoide (NIL), fibroenfisema o de vía aérea (bronquiolitis y bronquiectasias) en pacientes asistidos en unidad de neumonología y reumatología del Sanatorio Allende Cerro y Hospital Italiano de Córdoba entre Mayo 2017 y Mayo 2019.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo-analítico retrospectivo. Se incluyeron pacientes, mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad de tejido conectivo definida y con compromiso respiratorio (parenquimatoso o de vía aérea). Fueron excluidos pacientes con sospecha de enfermedad intersticial por fármacos, neumonitis por hipersensibilidad y enfermedad de origen ocupacional. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS para Windows v. 22 con un nivel de significancia de $p < 0.05$.
Resultados: 94 pacientes, 84% mujeres. Tabaquismo 30%, activos 18%. Los síntomas reportados con mayor frecuencia fueron disnea (74%), tos (60%) y dolor torácico (12%). En cuanto a las ETC, la más frecuente fue la artritis reumatoidea (AR) 49%, seguida de esclerodermia 22%, Sjogren 12%, enfermedad mixta del tejido conectivo 5%, polidermatomiositis 4%, neumonía intersticial con características de autoinmunidad (IPA)F 4%, síndrome antisintetasa 3% y lupus 1%. Los patrones tomográficos fueron compatibles con NIU 33%, NINE 28%, NO 5%, NIL 3%, fibroenfisema 2%, bronquiectasias 19% y bronquiolitis 14%. Los pacientes con patrón tomográfico compatible con NINE presentaron menor promedio de edad ($p < 0,05$). Los pacientes con NIU y bronquiectasias presentaron mayor promedio de edad ($p < 0.05$ respectivamente). En relación a ETC y patrones tomográficos: los pacientes con esclerodermia presentaron mayor proporción de NINE ($p < 0,05$). Pacientes con AR mayor proporción bronquiectasias ($p < 0,05$) y bronquiolitis ($p < 0.05$). Pacientes con IPAF mayor proporción de NIL ($p < 0,05$). En tabaquistas se encontró mayor proporción de fibroenfisema ($p < 0.05$).
Conclusiones: El rango de edad de la población estudiada fue amplio con un promedio de 65 años, se destaca el predominio femenino en las diferentes patologías. Las enfermedades más frecuentes fueron artritis reumatoidea y esclerodermia. Los patrones en tomografía que predominaron fueron NIU y NINE. En relación a la afectación de la vía aérea, fue más frecuente en AR y síndrome Sjogren.

P21 CONTROL DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL EN PACIENTE CRÍTICO HIPOXÉMICO CON STENT SILICONADO. UNA TÉCNICA ALTERNATIVA

VIOLI D[1]; DURE R[1]; MARTÍN I[1]; VAZQUEZ B[1]; LA PRIETTA C[1]

[1]Hospital Muñiz

Introducción: El paciente con compromiso bronquial severo, requiere una adecuada ventilación del pulmón no enfermo. Se presenta una técnica alternativa para el manejo de la ventilación y prevención de aspiración de sangre y secreciones, utilizando broncoscopio rígido en paralelo con tubo endotraqueal.
Caso clínico: Paciente de 19 años, trauma de tórax severo con hemoneumotórax bilateral y shock. Toracotomía de urgencia, hallazgo lesión del bronquio fuente derecho se realizó segmentectomía y rafia por persistencia de la fuga. Evoluciona favorablemente con descomplejización del paciente; seguimiento por broncoscopia se observa cicatrización con malacia bronquial del bronquio fuente derecho con retracción de la sutura. A los 38 días presenta neumotórax hipertensivo post acceso de tos con nuevo episodio de shock, hipoxemia (PaFi menor a 100) y aerorragia mayor al 50% en asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se decide procedimiento de urgencia con Intubación selectiva del pulmón sano por el ostoma con tubo endotraqueal N° 6 guiado por fibra óptica. Posteriormente se intubo con broncoscopio Dumon N° 11 dirigido al bronquio enfermo se observa zona de sutura y fuga, colocando sobre bronquio intermedio prótesis siliconada 11×40, con disminución de la fuga menor al 25% con solución del shock e inicio de la desvinculación a la AVM a las 72 hs.
Discusión: Un escenario complejo en área critica es la lesión bronquial con fístula aérea, durante la ventilación mecánica a presión positiva (AVM) con hipoxemia. Más allá de las medidas de sostén en la estrategia ventilatoria y de soporte, son necesarias conductas que disminuyan la fuga. A veces la intervención quirúrgica inmediata no es posible por la inestabilidad del paciente, y son necesarios los procedimientos broncoscopios como paso previo. El gran factor condicionante es la dificultad en la ventilación. La posibilidad de trabajar con ventilación selectiva parece una estrategia lógica y segura.
Conclusión: En nuestro caso, la utilización de ventilación selectiva del pulmón sano en un paciente con hipoxemia severa permitió realizar un procedimiento complejo. El uso de tubo endotraqueal y broncoscopio rígido podría ser una alternativa en paciente críticos con ventilación mecánica.

P22 CRIPTOCOCOSIS PULMONAR Y SISTÉMICA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MARTÍNEZ J[1]; ROLAN N[1]; PUTRUELE A[1]

[1]*Hospital de Clínicas*

Introducción: *Criptococo neoformans* es la única especie del hongo con potencial patológico para los seres humanos, afectando especialmente a personas inmunocomprometidas. Tiene 2 serotipos: *neoformans neoformas* y *neoformas gatti*. La segunda es de presentación infrecuente. La serie de casos de pacientes immunocompetentes más extensa consta de 12 pacientes.
Sin embargo, dentro de las enfermedades micóticas pulmonares, la criptococosis es reconocida en la actualidad como una entidad emergente en pacientes immunocompetentes. Esto ha despertado el interés de muchos investigadores respecto a datos como su distribución geográfica, sus nichos ecológicos, sus características moleculares, mecanismos de resistencia y factores de virulencia, y especialmente, el enfoque clínico basado en los síntomas y hallazgos radiológicos.
Caso clínico: Paciente de género masculino de 38 años de edad, ex tabaquista de 15 p/y, sin antecedentes patológicos ni exposicionales. Consultó por cuadro de hemoptisis intermitente de 2 meses de evolución, sin descompensación hemodinámica. No se acompañó de fiebre ni otros síntomas respiratorios y el examen físico no mostraba hallazgos relevantes.
En su estudio se solicitó TC de tórax que evidenció una masa redondeada de densidad sólida de 46 mm de diámetro, ubicada en segmento lateral del lóbulo medio y segmento anterior del LSD, en contacto con la pleura. El laboratorio inicial y el estudio funcional respiratorio resultaron normales.
Se realizó punción guiada por radioscopía de la que resultó un examen histopatológico compatible con *Criptococo* y se sugirió realizar una nueva punción para enviar material a cultivo, en el que se desarrolló *C. gatti*. Se internó para profundizar su estudio y se halló antigenemia para *Criptococo* positiva y punción lumbar con hallazgos de levaduras encapsuladas en el LCR, compatibles con criptococosis, por lo que se interpretó como infección sistémica. Se descartaron las causas más frecuentes de inmunodepresión y se inició anfotericina liposomal por 14 días, seguido por fluconazol oral por 12 meses, tras lo cual evolucionó con disminución marcada del tamaño de la lesión y asintomático.
Discusión: La criptococosis es una infección causada por una levadura encapsulada, adquirida por inhalación de sus esporas. Su prevalencia ha aumentado progresivamente en los últimos años en asociación con los casos de VIH, los trasplantes y los tratamientos inmunosupresores. No obstante, tiene el potencial de infectar a individuos immunocompetentes. En este grupo de pacientes la clínica es inespecífica y los hallazgos tomográficos suelen ser nódulos o masas cavitados y periféricos que pueden confundirse con patología maligna y conducir a errores en el proceso diagnóstico, como en nuestro caso, repetir la punción-biopsia.
Conclusiones: Ante un paciente con una masa pulmonar que no responde a terapia antimicrobiana o antifímica se deben sospechar infecciones fúngicas y solicitar cultivo de las biopsias, independientemente de su estado inmunológico y de la sospecha de neoplasia.

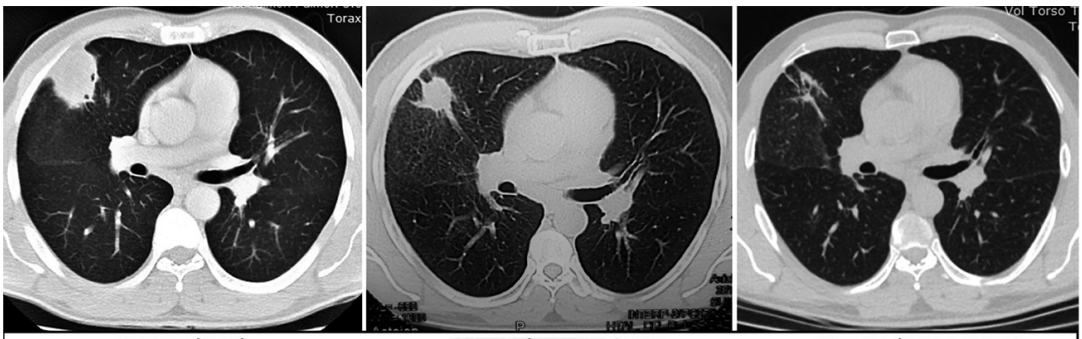


Imagen basal | Mes 7 de tratamiento | Mes 12 de tratamiento

P23 CUANDO UNA NEUMONÍA OCULTA OTRO DIAGNÓSTICO

JARAMILLO B[1]; CASTILLO S[1]; ALANIZ M[1]; REDOLFI G[1]; VILAS G[1]; SCAFATI M[1]; FACCIOLI G[1]

[1]*Hospital Tornú*

Introducción: La neumonía puede ser la primera manifestación de la aspiración de un cuerpo extraño (CE). Evento infrecuente en adultos. Una anamnesis exhaustiva es la herramienta fundamental para llegar a un diagnóstico.
Caso clínico: Hombre de 63 años que consulta por tos, disnea y fiebre de 48 horas de evolución. Antecedentes: Fumador 106 paquetes/año, abuso de benzodiacepinas. A su ingreso: taquipneico, febril 38.2 °C y SO_2 88% al aire ambiente. Al examen físico: disminución generalizada de murmullo vesicular y crepitantes en la base derecha. Radiografía de tórax: hiperlucencia generalizada, radiopacidades reticulonodulillares en campo inferior derecho. Laboratorio: PCO_2 40.4, PO_2 49.5 y GB 14.000. Se realizan cultivos. Se interpreta: neumonía adquirida en la comunidad. Ingresa a sala de neumono-

logía e inicia tratamiento antibiótico, oxigenoterapia, esteroides sistémicos y broncodilatadores. Al re-interrogatorio el paciente recuerda que comenzó con tos intensa mientras cenaba legumbres. Tomografía de tórax (TC): signos de enfisema panlobulillar e imágenes consolidativas en el lóbulo inferior derecho (LID). A nivel del bronquio lobar inferior derecho se evidencia una imagen redondeada de baja densidad de 1 cm de diámetro. Fibrobroncoscopía (FBC): oclusión completa del bronquio del LID por un objeto de aspecto orgánico, de color amarillento, friable. Luego de 72 horas, se decide intentar la extracción del CE con una nueva FBC mediante una crio sonda. Se logra extraer un garbanzo. La evolución del paciente fue favorable.
Discusión: La aspiración de CE es un fenómeno infrecuente en adultos, siendo los alimentos o restos dentarios los más frecuentes de encontrar. Condiciones predisponentes: edad avanzada, enfermedades neuropsiquiátricas y consumo de alcohol. El abuso de benzodiacepinas duplica el riesgo de neumonía, y es posible que la aspiración se favorezca por el efecto de estas sobre los mecanismos de la deglución. Los objetos aspirados orgánicos generan una mayor reacción inflamatoria y su tamaño puede expandirse por edema. Es importante el diagnóstico precoz. La TC tiene mayor sensibilidad y especificidad que la radiografía y es útil para guiar la estrategia terapéutica. La FBC es el procedimiento de elección para la confirmación diagnóstica. Se dispone de múltiples accesorios para extracción de objetos de la vía aérea. La crioterapia se basa en la administración de frío intenso a -89 °C. Se ha utilizado crio sonda para la extracción de CE tanto para objetos orgánicos como inorgánicos utilizando la técnica de la crio extracción.
Conclusión: La aspiración de un CE es un fenómeno infrecuente en adultos. La FBC permite confirmar la sospecha y realizar un tratamiento con un elevado índice de éxito. La extracción de CE a través del uso de crio sondas ha sido postulado como un método que evitaría la necesidad de procedimientos de mayor complejidad, pero se requiere de mayor evidencia para su uso de rutina.

P24 DRIVING PRESSURE Y VOLUMEN DE PEEP CALCULADO EN PACIENTES SIN PATOLOGÍA PULMONAR

GALLARDO A[1]; PATRINOS A[1]; BALLESTEROS A[1]

[1]*Sanatorio Clínica Modelo de Morón*

Introducción: El estudio de la mecánica respiratoria en los pacientes con asistencia respiratoria mecánica (ARM) ha demostrado ser de importancia para el intercambio gaseoso y la protección pulmonar. La diferencia de presiones estáticas o *driving pressure* (ΔP) es utilizado como un parámetro de protección pulmonar y nos permite conocer el comportamiento elástico del parénquima y la caja torácica ante el ingreso de un volumen, que se agrega a un volumen pulmonar previo (representado por el volumen residual y el volumen de PEEP). Conocer ambos parámetros y la relación entre ellos podría ayudar a incrementar la protección pulmonar y mejorar la sobrevida.
Objetivo: Conocer la relación del PEEPVolcalc y la ΔP.
Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo y correlacional que incluyó pacientes mayores de 18 años, con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar, desde 1/6/17 a 1/6/18. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, talla, peso predicho (PBW), volumen tidal (VT), PEEP, presión meseta (Pplat), volumen de PEEP o PEEPVolcalc entendido como [(PEEP - ZPEEP). Cest] y ΔP. Las variables se computaron luego de titulación de PEEP según curva de PEEP/compliance. Inicialmente se obtuvo valor de Pplat y compliance para obtener PEEPVolcalc y luego se obtuvo el valor de ΔP mediante [Pplat - PEEP].
PEEPVolcalc se obtuvo con valores de compliance [VT / ΔP]. Los resultados se expresan como %, media, mediana, DS y valor *r* de Pearson.
Resultados: durante el tiempo de estudio se incluyeron 27 pacientes con ARM ≤ 48hs y sin patología pulmonar. La edad promedio fue de 58.6 ± 15.81 (mediana, 65). Hombres 62.96%, mujeres 37.03%. Talla: 168.1 ± 6.72 cm (mediana, 168 cm), PBW: 62.48 ± 7.89 kg (64.19 kg), VT: 452.5 ± 63.80 ml (480 ml), PEEP: 7.71 ± 2.27 cmH_2O (8 cmH_2O), Pplat: 20.82 ± 2.17 ml/cmH_2O (20 ml/cmH_2O), PEEPVolcalc: 283.73 ± 135.48 ml (254.41 ml). ΔP: 13.10 ± 2.43 cmH_2O (13 cmH_2O). El valor *r* de Pearson para PEEPVolcalc/ΔP fue de -0.73.
Conclusiones: la relación entre el PEEPVolcalc y la ΔP es de sentido inverso y de valores significativos, sugiriendo que a menor ΔP, mayor será la cantidad de PEEPVolcalc , lo que podría entenderse como la presencia de un parénquima poco elástico o muy distensible. La cohorte de pacientes fue reducida, haciendo difícil extrapolar los hallazgos a poblaciones más grandes. La ausencia de patología pulmonar podría justificar los valores de ΔP y PEEPVolcalc

P25 ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH TIPO 1A CON PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA Y ALTERACIÓN EN EL CONTROL VENTILATORIO: REPORTE DE UN CASO

OSES C[1]; ESCOBAR M[1]; MOREL VULLIEZ G[1]; GONZALEZ R[1]; NAVARRO E[1]; DE VITO E[1]

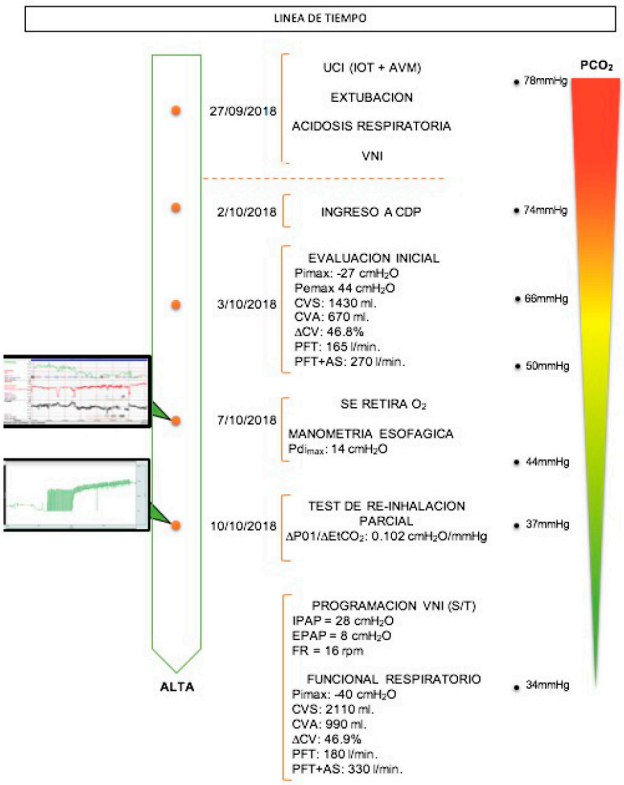
[1]*Centro del Parque*

Introducción: La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es la neuropatía hereditaria más común, con una prevalencia de 1: 1214 individuos. Se han descrito un patrón espirométrico restrictivo, disnea, ortopnea y disfunción respiratoria con reducción de la FVC, Pimax, Pemax y picos flujos espiratorios. Se describen eventos respiratorios vinculados al sueño, como SAHOS y apneas centrales. El presente caso clínico tiene como objetivo describir la evaluación, evolución y tratamiento de un paciente con CMT tipo 1A con hipercapnia asociada a la alteración del control de la ventilación.
Caso clínico: Paciente masculino, 42 años con CMT tipo 1A, antecedentes familiares de la misma patología y SAHOS con indicación de CPAP. En el postoperatorio de fractura de muñeca presentó deterioro del sensorio, intubación, ex-

tubación e hipercapnia (78 mmHg) y VNI en UTI. Al ingreso en el centro de rehabilitación se evidenció respiración paradojal con uso de músculos accesorios en decúbito dorsal. El EAB fue: pH 7.36; PCO_2 74 mmHg; PO_2 43 mmHg; HCO_3 40 mEq/l; SpO_2 75% (FiO_2 21%) con a/A 0.74 y (A-a) 26 mmHg. La FVC sentado (FVCs) 1.43 Lts y acostado (FVCa) 0.67 Lts (caída de 47%). Se constató parálisis diafragmática con una Pdimax de 2.7 cmH_2O y una Pimax de 27 cmH_2O (a volumen residual). Se indicó VNI (S/T, IPAP 20 cmH_2O, EPAP 6 cmH_2O, FR 20 con 2 Lts/min de O_2). El día 7 se realizó EAB a las 12 hs de ventilación espontánea (FIO_2 21%), con a/A = 0.96, A-a = 3 mmHg y $PaCO_2$ de 50 mmHg. La FVCs y FVCa mejoraron, 2.1 Lts y 0.9 Lts respectivamente, manteniendo una diferencia de 47%, con Pimax de 40 cmH_2O. Debido a los hallazgos clínicos y funcionales, se decidió realizar un test de re-inhalación de CO_2 con el objetivo de evaluar el control de la ventilación. Se obtuvo una pendiente de 0.102 cmH_2O/mmHg, que se encuentra por debajo del límite inferior normal para su edad. Durante la estadía en el centro se modificaron las presiones de VNI con el objetivo de estabilizar la $PaCO_2$ y maximizar el confort del paciente. La figura muestra la evolución de la $PaCO_2$. El paciente fue dado de alta a su hogar luego de 16 días de internación con indicación de VNI nocturna, con gasometría normal.

Discusión: La alteración del control ventilatorio como causa de hipercapnia nocturna/diurna raramente es sospechada. Si bien en la CMT se describen trastornos del sueño, no está descrita la alteración del control de la ventilación en términos de pendiente $\Delta P0.1/\Delta PCO_2$. La pendiente de respuesta a la hipercapnia se encontró por debajo de los valores reportados por Bittencourt y Suárez. La variabilidad de los protocolos de medición pueden influir en la interpretación de los Resultados:

Conclusión: A nuestro conocimiento es el primer caso descrito en un paciente con CMT y alteración del control ventilatorio. En pacientes con CMT, la presencia de elevación de PCO_2 asociada a un examen funcional respiratorio que no justifique la hipercapnia, puede ser motivo suficiente para realizar un test de re-inhalación de CO_2.



P26 ESPONDILITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

TERRADILLOS F[1]; MASDEU M[1]; TORRES R[1]; MEZA A[1]; AGUILAR A[1]; MORON K[1]; VESPA F[1]; CODINARDO C[1]

[1]*Hospital General de Agudos Dr I Pirovano*

Introducción: La tuberculosis ósea abarca el 10 al 35% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, atribuyéndose a la enfermedad de Pott el 50% de los mismos. Es de importancia el diagnóstico y tratamiento temprano a fin de evitar la inestabilidad vertebral, compromiso neurológico o deformidades de la columna. Se presenta el caso de una paciente inmunocompetente con diagnóstico de espondilitis tuberculosa con buena respuesta al tratamiento quirúrgico y farmacológico.

Caso clínico: Paciente femenina de 32 años sin antecedentes patológicos referidos. Consulta por dolor lumbar progresivo con irradiación a miembros inferiores de 4 meses de evolución. Niega fiebre o pérdida de peso así como síntomas respiratorios. Al interrogatorio dirigido refiere hermano conviviente tratado por tuberculosis pulmonar hace 1 año. Al examen

físico se encontraba febril, con disminución de la fuerza de miembros inferiores e hiporreflexia patelar bilateral. En el laboratorio destacan eritrosedimentación de 62 mm/h, HIV: no reactivo, PPD: 12 mm. RMN de columna lumbar: colección heterogénea epidural por detrás de L3-L4 que genera estrechamiento del canal raquídeo en contacto con las raíces de la cola de caballo, extendiéndose por el neuroforamen derecho tomando contacto con el músculo psoas homolateral. TAC de tórax: sin evidencia de patología. Se decide abordaje quirúrgico con laminectomia y se toman muestras para cultivo donde desarrolla Mycobacterium Tuberculosis sensible a fármacos de primera línea. Se inicia tratamiento con HRZE y corset para estabilización de la columna con mejoría sintomática progresiva y buena adherencia al tratamiento.
Discusión: La tuberculosis vertebral afecta preferentemente a las vértebras dorsales bajas y lumbares altas con compromiso de la pared anterior de las mismas generando derrumbe en flexión y cifosis angular, sin embargo en el caso presentado se encuentra comprometida la pared vertebral posterior. Las imágenes son de gran utilidad para el diagnóstico, debiendo realizarse la confirmación bacteriológica con la obtención de muestras por punción guiada o a través del cultivo de material quirúrgico a fin de descartar otras etiologías infecciosas.
Conclusiones: La espondilitis tuberculosa es una entidad que requiere un alto nivel de sospecha diagnóstica debido a sus síntomas inespecíficos y subagudos. Solo un 40% de los pacientes se presentan con fiebre o pérdida de peso. La pandemia del HIV ha hecho aumentar la prevalencia de dicha enfermedad, disminuyendo la misma al generalizarse el tratamiento antirretroviral. Si bien el compromiso vertebral por tuberculosis es infrecuente en inmunocompetentes, en nuestro medio ha de considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales. Un tratamiento oportuno es crucial para evitar las graves secuelas locales y disminuir la mortalidad.

P27 ESTIMULACIÓN DIAFRAGMÁTICA INTRAMUSCULAR EN LESIÓN MEDULAR ALTA Y DEPENDENCIA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

ULDANI P[1]; GAMARRA I[1]

[1]*Remeo Center*

Introducción: El 20% de las lesiones medulares (LM) ocurren entre C1 y C4, e incluyen un elevado riesgo de complicaciones respiratorias, siendo las LM por encima de C5 predictoras de requerimiento de ventilación mecánica (VM). El marcapasos diafragmático (MD) está indicado en esta patología para suplir la ausencia de actividad diafragmática espontanea. En pacientes seleccionados, el MD es una alternativa a la VM. No encontramos evidencia en nuestro país de pacientes reportados con lesión medular alta y MD.
Objetivo: Reportar lo que entendemos es el primer paciente con implantación de MD intramuscular en Argentina, nuestra experiencia y los resultados que obtuvimos.
Paciente y Método: Paciente masculino de 24 años, que sufre trauma raquimedular C2-C3, luxación C5, sección medular, accidente vascular isquémico occipital cerebeloso e isquemia bulbar hasta C6. Ingresa post terapia intensiva a nuestro centro, donde no evidenciamos parámetros respiratorios registrables. Recibió el implante de un marcapasos diafragmático intraperitoneal NeuRX (Synapse Biomedical, Oberlin, OH, USA).

Recibió entrenamiento con estímulos de 30 minutos en dos turnos, en modo asistido controlado por volumen con ventilador Astral 150® (ResMed, Australia) y con una programación del MD a 14 contracciones por minuto, progresando hasta lograr el uso de presión de soporte, con 10 cmH_2O de presión inspiratoria y 5 cmH_2O de peep
Se realizaron 13 pruebas de ventilación en tubo en T supervisadas con monitor de flujo Fluxmed GrH® (MBMED, Buenos Aires, Argentina), con una duración promedio de 6 minutos y un volumen espontaneo máximo de 100 ml, sin poder registrar valores de Pímax y Pémax.
Posteriormente se combinó el uso de marcapasos diafragmático con pieza bucal hasta lograr un máximo de uso continuo de 4 horas de válvula fonatoria y pipeta bucal.
Se otorga el alta domiciliaria voluntaria el día 17/11/2017, con seguimiento del equipo de kinesiología en forma diaria manteniendo el trabajo de marcapasos diafragmático y pieza bucal.
Conclusión: En nuestra experiencia, no hemos obtenido buen resultado con el uso del marcapasos diafragmático con relación a la desvinculación del paciente, ya que los volúmenes corrientes alcanzados no permiten mantener una ventilación alveolar efectiva. Consideramos que la selección del paciente para el uso del dispositivo debe ser adecuada a protocolos internacionales en cuanto al tiempo de implantación, complejidad de la lesión y evidencia intraquirúrgica de contracción efectiva del diafragma.

P28 EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL USO DE LA NUEVA DROGA BEDAQUILINA EN TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

MORACHO L[1]; GARCÍA A[1]; BARTOLETTI B[1]; GAMBERALE A[1]; AIDAR O[1]; MATTEO M[2]; COSTA N[1]; GONZALEZ MONTANER P[1]; PALMERO D[3]

[1]Htal F J Muñiz, [2]Instituto Vaccarezza (UBA), [3]Htal F J Muñiz, Inst Vaccarezza (UBA)

Introducción: La aparición de resistencia a los fármacos es una amenaza importante para la atención y el control de la tuberculosis (TB) a nivel mundial. Los tratamientos actuales para la TB multirresistente (MDR) y extremadamente resistente (XDR) distan de ser satisfactorios ya que son largos, costosos y con mayores efectos adversos. Un fármaco nuevo, la bedaquilina (Bdq), droga bactericida propuesta inicialmente para TB XDR y pre XDR está actualmente recomendada como droga de primera línea en el tratamiento de TB MDR. En nuestro país existe una experiencia limitada en su uso. El objetivo de esta comunicación es describir las características de los pacientes y los resultados preliminares obtenidos con el uso de Bdq.
Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con TB XDR y pre XDR, por fluoroquinolonas (FQ) o por inyectables de 2ª línea (ISL), que recibieron en su esquema de tratamiento Bdq en los años 2013, 2018 y 2019
Resultados: Diez pacientes recibieron tratamiento con Bdq (8 mujeres y 2 varones) la edad promedio fue de 36.1 años, 7 argentinos y 3 extranjeros (peruanos). Ocho tuvieron múltiples tratamientos previos y 2 fueron contactos de pacientes con TB pre XDR y TB XDR. Comorbilidades: 2 pacientes VIH positivos, 3 diabéticos, 2 con artritis reumatoidea, una paciente con anorexia nerviosa, 2 EPOC; 2 pacientes sin comorbilidades. Todos fueron monitoreados semanalmente con ECG al inicio del tratamiento, luego cada 15 días y a partir del 3er mes, mensualmente. De 10 pacientes, 9 eran pre XDR, 5 por resistencia a ISL y 4 a FQ; y una paciente era TB XDR. Una de las pacientes era pre XDR (FQ) pero fue asumida como TB XDR por tener contraindicado el aminoglucósido. Tres pacientes presentaron efectos adversos, 2 intolerancia digestiva y un paciente elevación de transaminasas por 10 veces su valor normal, que obligó a la suspensión definitiva de Bdq, luego de descartadas otras causas. De los 10 pacientes 2 fallecieron, una paciente por neumonía intrahospitalaria al 4to mes de tratamiento y la segunda paciente de muerte súbita al mes de completado el tratamiento con Bdq. Los regímenes de tratamiento se adecuaron de acuerdo al antibiograma, recibieron entre 6 a 8 drogas. Cuatro pacientes negativizaron cultivos al 4° mes, 2 al 2° mes, una paciente persiste con directo y cultivo positivo al 3° mes de tratamiento, en tres casos estamos a la espera de recibir los cultivos correspondientes, actualmente se encuentran en tratamiento.
Conclusión: el uso de Bdq no resultó en complicaciones mayores, se presentaron muy pocos efectos adversos atribuibles a esta droga; su uso resulta prometedor como parte del esquema para pacientes con TB pre XDR y XDR ya que parecería tener buena tasa de conversión bacteriológica. Actualmente la OMS recomienda el uso de bedaquilina denrto del core teraputico de la TB MDR, junto con linezolid y fluoroquinolonas.

P29 GRANULOMATOSIS SARCOIDEA NECROTIZANTE, UNA PRESENTACIÓN PULMONAR ASINTOMÁTICA

GIL B[1]; FAJRE L[2]; OLMEDO G[3]; USANDIVARAS M[4]; NAVAL N[5]

[1]Centro Privado de Neumonología. Concepción, Tucumán, [2]Centro Radiológico Méndez Collado. Tucumán, [3]Consultor en Patología. Buenos Aires, [4]Sanatorio 9 de Julio. Tucumán, [5]Hospital Angel C. Padilla. Tucumán

Presentamos el caso de una paciente mujer de 53 años de edad que en evaluación clínico-oncológica por Herpes Zoster de rostro, presentó como hallazgo en la TACAR de tórax nódulos bilaterales múltiples. Sin antecedentes patológicos relevantes ni exposiciones evidentes y no fumadora, presentaba examen clínico normal; examen funcional respiratorio normal; laboratorio normal incluido el perfil inmunológico, el dosaje de Enzima conversora de angiotensina y los marcadores tumorales todos negativos; los estudios de *screening* para cáncer fueron negativos; pruebas serológicas para virus y hongos negativas. Se realizó biopsia de un nódulo por videotoracoscopía (VATS). El informe anatomopatológico con coloración HE, ZN, PAS y técnica para fibras elásticas informó características histopatológicas vinculables a las de Granulomatosis Sarcoidea Necrotizante. Si bien la paciente estuvo asintomática en toda la evolución de su enfermedad, se indicó esquema de esteroides durante 60 días. El control radiológico a los dos meses de tratamiento evidenció significativa mejoría. La TACAR a los seis meses de finalizados los corticoides mostró resolución de la enfermedad.

La Granulomatosis Sarcoidea Necrotizante (GSN) es una rara enfermedad generalmente circunscripta al pulmón, de etiología e incidencia desconocidas. Es más frecuente en mujeres en la edad media de la vida y fue descripta por primera vez por Liebow en 1973 como una enfermedad granulomatosa, caracterizada por granulomas tipo sarcoideo, vasculitis y grados variables de necrosis. Posteriormente varios comunicados de casos han documentado la existencia de GSN, informando principalmente su presentación pulmonar. Se caracteriza por tener una presentación oligosintomática o asintomática. La sospecha diagnóstica se realiza con imágenes nodulares en la TACAR, generalmente múltiples y bilaterales, aunque se describieron nódulos únicos. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico luego de descartar todas las causas más frecuentes de enfermedad pulmonar nodular granulomatosa. Su curso generalmente es benigno con o sin tratamiento.

P30 HEMOPTISIS COMO CAUSA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DE TROMBOSIS DE VENAS PULMONARES POSTERIOR A UN PROCEDIMIENTO ELECTROFISIOLÓGICO

SERRANO VALERIANO M[1]; VELÁSQUEZ E[1]; PASCANSKI D[1]; SIVORI M[1]

[1]*Hospital Ramos Mejía*

Introducción: Se define como hemoptisis a la expectoración de sangre procedente del árbol traqueobronquial. Aunque suele ser un evento autolimitado puede llegar a ser fatal si no se trata adecuadamente; la importancia radica en definir la etiología e identificar el lugar del sangrado. Es fundamental evaluar el grado de severidad a fin de detectar o no el riesgo de vida y de esa manera poder instaurar el tratamiento adecuado.
Caso clínico: Paciente masculino de 55 años de edad con antecedentes de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular (FAARV), sin respuesta a la terapéutica farmacológica, requerimiento en 2 oportunidades de cardioversión eléctrica. Por dicho motivo se programa ablación por radiofrecuencia, el cual se desarrolla sin complicaciones inmediatas en su postoperatorio.
A la semana de dicho procedimiento comienza con tos y hemoptisis, por la cual recurre a la guardia en la que le solicitan estudios complementarios: laboratorio, Tc de tórax.
El laboratorio era normal; pero en los cortes coronales de la TC de tórax se evidencia una imagen en vidrio esmerilado subpleural de forma redondeada a nivel de língula, por estos hallazgos se programa para fibrobroncoscopía (FBC). En la FBC se evidencia a nivel del bronquio de lóbulo superior izquierdo mucosa congestiva con visualización de toda la microvasculatura dilatada y sangrado en napa, por lo que posteriormente se solicita angiotomografía (AngioTC).
En la AngioTC se evidencia nivel de la vena pulmonar sup. izq imagen de mayor atenuación que ocluye un 90% de la luz (permeabilidad de 2.5 mm) compatible con trombosis de la misma.
Se inicia anticoagulación y posteriormente se programa para dilatación y colocación de stent a nivel de estenosis. Evoluciona sin complicaciones y es dado de alta hospitalaria.
Conclusión: Las complicaciones posteriores a la ablación por radiofrecuencia pueden ser cardiacas, extracardiacas, o afectar a las propias venas pulmonares.
La trombosis de venas pulmonares es un evento poco frecuente y suele presentarse incluso hasta después de 3 meses de realizado el procedimiento, se manifiesta con disnea, dolor torácico y hemoptisis. En el parénquima pulmonar se suelen observar consolidaciones subpleurales en forma de cuña. El inicio de la profilaxis con heparina disminuye el riesgo de trombosis. Lo interesante del caso son los hallazgos endoscópicos que no se han descrito previamente y existe poca bibliografía al respecto.

P31 INFECCIÓN PROTÉSICA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE

VALENTE L[1]; CASTILLO S[1]; BREGHELLI N[1]; ROJAS R[1]; BESADA C[1]; SCAFATI M[1]; FACCIOLI G[1]

[1]*Hospital Tornú*

Introducción: Las infecciones por tuberculosis (Tb) osteoarticulares son poco frecuentes. La presentación clínica es variable y puede manifestarse meses posteriores a la colocación de una prótesis.
Caso clínico: Paciente de 49 años oriundo de Perú con antecedentes de artrosis post traumática de rodilla derecha y Tb pulmonar a los 16 años con tratamiento completo, consulta por impotencia funcional de rodilla derecha. Se realizan estudios TC, RMN, Centellograma y punción biopsia con cultivos para BAAR negativos, y se diagnostica anquilosis. Se practica artroplastia de rodilla derecha, sin complicaciones. Diez meses después presenta edema y secreción purulenta en sitio quirúrgico. Es evaluado en forma conjunta con infectología, se interpreta como infección peri protésica versus osteomielitis, e inicia ciprofloxacina. A los 3 meses, por falta de respuesta clínica favorable, se retira material protésico y se coloca espaciador con cemento y antibiótico. Los cultivos de hueso, cemento y partes blandas desarrollan *Mycobacterium tuberculosis*. Sin evidencia de Tb pulmonar se inicia tratamiento con antifímicos de primera línea. Posteriormente se recibe informe de resistencia a HR por métodos fenotípico y genotípico y se rota a drogas de segunda linea. El paciente evoluciona con buena respuesta al tratamiento.
Discusión: La frecuencia de Tb extra pulmonar es, según los últimos, reportes del 14%, y el compromiso osteoarticular se describe en 4%. Después del raquis, las articulaciones más frecuentemente afectadas son cadera y rodilla. El riesgo de reactivación de Tb en pacientes con reemplazo articular es hasta un 31%. Llamativamente un tercio de los pacientes no presentan antecedente de Tb previa. Se han propuesto dos mecanismos que pueden favorecer la infección por Tb en una artroplastia: reactivación de una infección local debido al trauma mecánico asociado a la cirugía, que produce una ruptura de un granuloma o diseminación hematógena de un foco distante.

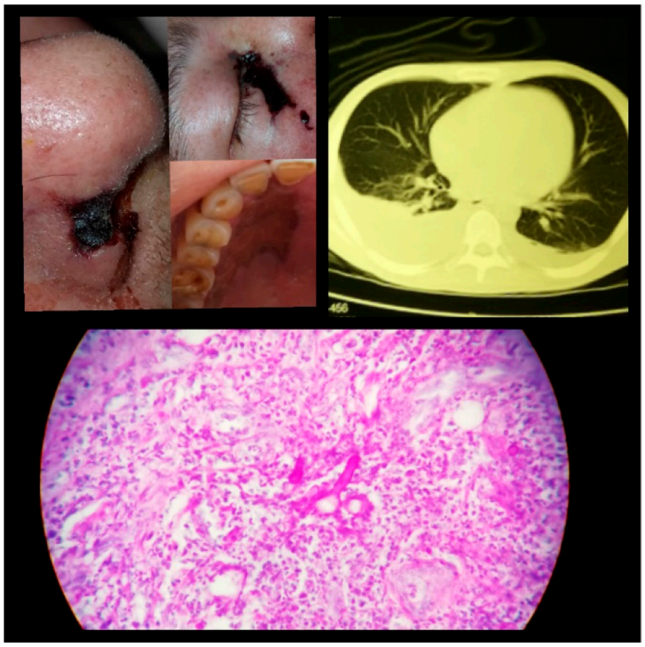
Conclusión: Ante infecciones protésicas articulares persistentes siempre se debe descartar el diagnóstico de Tb mediante la utilización de métodos histológicos, cultivos y técnicas de biología molecular. En pacientes provenientes de regiones con alta incidencia de Tb resistente a drogas debe sospecharse tempranamente esta posibilidad.

P32 MUCORMICOSIS PULMONAR INVASIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO

MARAN L[1]; PINCHETTI P[1]; SUSSINI M[1]; CARDOZO R[1]; SUSSINI M[1]

[1]Hospital Escuela José Francisco de San Martín Corrientes

Introducción: La mucormicosis es una infección causada por hongos filamentosos, con presentación rinocerebral, pulmonar, renal, cutánea y gastrointestinal; siendo la especie Rhizopus Oryzase la mas frecuentemente aislada. Los factores de riesgo para padecerla incluyen: enfermedades hematológicas, diabetes mellitus con mal control metabólico, trasplante, neutropenia, traumatismos y quemaduras severas.
Caso clínico: Paciente masculino,28 años, con Diabetes Miellitus I y mal control metabolico.Consulta por dolor lumbar derecho. Refiriendo fiebre,tos productiva y disnea mMRC I.
Al examen físico febril, taquicardico, taquipneico. Edema bipalpebral de ojo derecho,exoftalmos y lesión necrotica en parpado inferior y narina derecha.Ulceración en paladar blando. Hipoventilacion en ambas bases,rales en base derecha. Leucocitosis con neutrofilia,insuficiencia renal,PO_2 60 PCO_2 35.Se toman muestras de liquido pleural,biopsia de lesiones necróticas y ulcera de paladar,para cultivo y anatomía patologica, hemocultivos y urocultivo. TC de torax, abdomen y pelvis:derrame pleural bilateral predominio derecho y absceso renal derecho. Inicia Vancomicina/Piperazilina tazobactam. Evoluciona con insuficiencia respiratoria tipo I, empeoramiento de edema facial. Se conecta a ARM y se realiza BAL y TC de cerebro sin lesiones.
Se recibe informe de anatomía patológica de ulcera mucosa oral muestra PAS positiva vinculable a infección micótica sugestiva de mucormicosis y examen directo BAL con Hifas. Se amplia esquema con Anfotericina B liposomal interpretando el cuadro como mucormicosis invasiva con manifestación dérmica, pulmonar y renal.
Cirugía maxilofacial realiza enucleación derecha. El paciente presenta mala evolución y se produce el óbito a los 6 días del ingreso. Recibiéndose posteriormente cultivo de biopsias de lesiones faciales y BAL con desarrollo de Rhizopus sp.
Discusión: El diagnóstico de mucormicosis pulmonar es complejo, los síntomas frecuentes son fiebre, dolor pleurítico y expectoración purulenta. Las pruebas de imagen son inespecíficas: cavitación 41%, consolidación lobar 10%, consolidación multifocal 15%, derrame pleural 5% nódulo pulmonar 3%, fístula broncopleural, imágenes sugerentes de infarto pulmonar y seudoaneurisma.
La identificación del microorganismo en el tejido es necesario para el diagnóstico de certeza de infección invasiva. Puede utilizarse el lavado bronquioalveolar (BAL) en pacientes inmunodeprimidos, considerándose altamente sugestivo la visualización de hifas en la microscopia óptica. El cultivo confirma la especie.
El tratamiento de elección es la Anfotericina B liposomal intravenosa 5 mg/kg/día e intervención quirúrgica con remoción del tejido necrótico.
Conclusión: La mucormicosis infección oportunista que afecta a pacientes con algún compromiso inmunitario. El diagnóstico y tratamiento oportunos, de forma multidisciplinaria, junto con el control de los factores predisponentes y la resección quirúrgica del tejido infectado son de vital importancia para la sobrevida.



P33 NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD SUBAGUDA /CRÓNICA EN PACIENTE CON EXPOSICIÓN PROLONGADA A ASERRÍN

VALLEJOS E[1]; AQUINO V[1]; ARMOA R[1]; GARAY J[1]; MONZÓN SOLE H[1]; REHWALD M[1]; REYES ARMÚA M[1]; TEMPORETTI H[1]

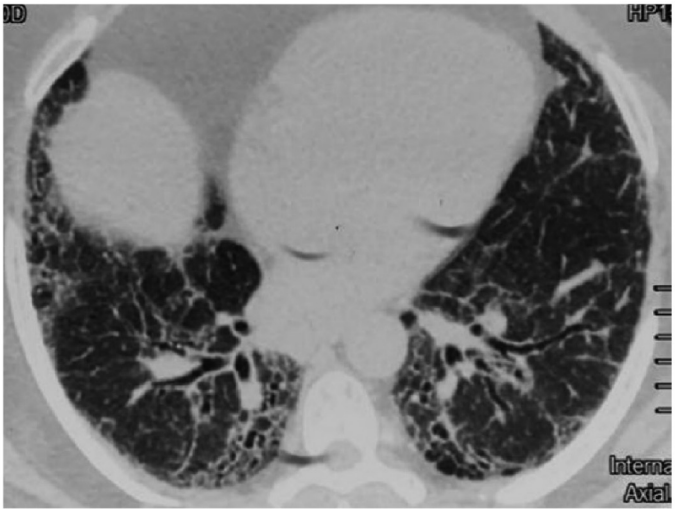
[1]*Hospital J.R. Vidal*

Introducción: La neumonitis por hipersensibilidad crónica (NHC) es una enfermedad inflamatoria por inhalación de antígenos durante al menos 6 meses, en un individuo sensibilizado, caracterizándose por hallazgos fibróticos en parénquima pulmonar. En exposiciones prolongadas a maderas, se vincula a hongos que colonizan la misma, y también a antígenos de la propia madera. En el presente caso clínico se expone el algoritmo de estudio en un paciente con antecedente de exposición prolongada a aserrín.

Caso clínico: Paciente masculino de 57 años, ex tabaquista de 44 p/y, con exposición laboral a aserrín durante 22 años, con antecedente de múltiples consultas por disnea, con espirometrías en las cuales se evidenciaba defecto ventilatorio no obstructivo severo, con descenso progresivo de la CVF. En tomografía de tórax previa se observaban engrosamientos peribroncovasculares, opacidades en vidrio esmerilado y áreas de panalización, sin gradiente aparente. El paciente consulta por disnea 3-4 mMRC y tos seca. Al examen respiratorio presentaba rales velcro en ambas regiones interescapulovertebrales y subescapulares, con SaO_2 97%, que descendía a la movilización. En gasometría arterial se observaba hipoxemia, y en radiografía de tórax, infiltrados de tipo reticular bilateral. La DLCO evidenció descenso de grado moderado, y el test de la caminata, desaturación de 13 puntos. En TACAR de tórax se observaba progresión de imágenes de panalización
Se solicitan múltiples serologías, colagenograma y dosaje de ECA, de resultados negativos. Se realiza broncoscopía, obteniéndose BAL, lavado bronquial y BTB, con hallazgos bacteriológicos y micológicos negativos, no pudiendo determinarse un diagnóstico anatomopatológico. En tipificación celular de lavado bronquial por citometría de flujo se evidenció 13.5% de linfocitos totales, relación CD4/CD8 conservada. Se derivó al paciente para biopsiar parénquima pulmonar por VATS, cuyo diagnóstico histopatológico evidenció fibrosis intersticial, metaplasia bronquiolar y células gigantes multinucleadas con hendiduras de colesterol, compatible con NHC.

Discusión: En el caso expuesto, la exposición a aserrín fue un determinante a la hora de considerar como diagnóstico más probable la NHC. El tiempo de exposición, los hallazgos en laboratorio y función pulmonar eran sugestivas del diagnóstico de NHC, a pesar de que el patrón tomográfico no era el habitual. La citometría de flujo del lavado bronquial no fue característica de la patología, pero en formas crónicas es habitual encontrar valores normales. Al asumirse como diagnóstico posible de NHC, se tomaron biopsias por broncoscopía, y posteriormente por cirugía torácica. Se ha descripto en múltiples series de casos que las biopsias quirúrgicas de pulmón aumentan el rédito diagnóstico.

Conclusiones: Ante un paciente con deterioro progresivo de la función pulmonar y fibrosis pulmonar, coexisten diversos factores genéticos y adquiridos que resultan un reto a la hora de determinar cuál juega el rol diagnóstico más importante en el caso ante el que estamos.



P34 QUE APRENDIMOS EN TRES AÑOS DEL PROGRAMA DE TROMBOENDARTERECTOMIA

FERNANDEZ A[1]; AIMONE D[1]; NAHIN M[1]; MACHAIN A[1]; VENSENTINI N[1]; LANFRANCO N[1]; SOLERNO R[1]; WOLCAN J[1]; POMARES G[1]

[1]*Hospital Alta Complejidad El Cruce*

Objetivo: La Hipertensión pulmonar tromboembólica cronica se caracteriza por obstruccion persistente de vasos pulmonares, remodelado vascular y enfermedad de pequeño vaso. La tromboendarterectomía (TEA) ha demostrado ser la opción terapéutica para estos pacientes, describir los datos mas importantes adquiridos en la experiencia desde el inicio del programa de TEA es el objetivo del presente trabajo.

Método y Materiales: Se analizaron en forma retrospectiva las Historias clínicas de los pacientes operados de TEA entre Mayo 2106 y Mayo 2019 Se realizo un análisis multivariado teniendo en cuenta sexo, edad, tiempo promedio desde comienzo de síntomas a la TEA, utilización de protocolo de ingesta hipercalórica preoperatoria tiempo de ARM, Nivel de hipoxemia previo y post operatorio, correlación entre severidad de las oclusiones de la Angio Tc con los especímenes extraídos y presión pulmonar (PP) post op.
Resultados: N 12 pacientes, 8 hombres y 4 mujeres, la media de edad fue 43,3 años, el período medio del comienzo de los síntomas a la TEA fue de 26,3 meses, 6 pacientes utilizaron protocolo de aporte hipercalórico previo, 7 pacientes se extubaron en las primeras 24 hs, respecto al nivel de hipoxemia previo el promedio de la PO_2 era 71.4 el post operatorio fue mayor 80.3 pero persistiendo hasta 5 a 6 día siendo bien tolerado en cuanto a la correlación fue alta encontrándose sobre todo en la presencia de trombo agudo sobre trombo organizado (9 de 12).
Conclusión: en nuestra muestra el sexo masculino fue predominante y el promedio de edad es mas bajo que el descripto en la bibliografía, el tiempo desde el comienzo de síntomas a la llegada a la cirugía es alto generando mayor deterioro , remodelado y disfunción derecha. La hipoxemia fue bien tolerada permitiendo la evolución sin requerir medidas invasivas y estuvo en relación de la enfermedad previa (carga Trombótica) y severidad de pequeño vaso reacomodándose en plazo de una semana en promedio con la nueva hemodinamia pulmonar en promedio la PP post operatoria inmediata cayó en un 50%.
La TEA es una cirugía compleja que requiere curva de aprendizaje de todo el equipo involucrado en la asistencia ya desde la selección de pacientes.

P35 REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA: SU SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN LIQUIDO PLEURAL

GRANDI VEGA R[1]; ANGANUZZI M[1]; CLIVIO L[1]; GATTELLI A[1]; INSAUGARAT V[1]; SANCHEZ A[1]; ECHAZARRETA A[1]; STANISCIA B[1]; QUISPE ROMERO R[1]; SOLIZ N[1]

[1]HIEAyC San Juan de Dios de La Plata

Objetivo: Evaluar sensibilidad y especificidad de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en tiempo real, para la detección de Mycobacterium Tuberculosis (MT) en líquido pleural de una cohorte de pacientes con sospecha de Tuberculosis (TB) pleural en un centro de referencia.
Material y métodos: Se realizó estudio retrospectivo de 341 muestras de líquido pleural de 323 pacientes con sospecha de TB pleural, derivadas a un hospital de referencia entre el 01/07/2016 y el 30/06/19. Evaluamos: edad, sexo, procedencia de la muestra, PCR, cultivo y baciloscopía en líquido pleural para MT. La PCR se realizó con los kits MTB Q-PCR Alert-ELItechGroup NANOGEN y MTB ELITe MGB®; ambos utilizan la secuencia de inserción 6110 (IS6110) para la identificación del microorganismo. El cultivo se realizó en medios sólidos (Löwenstein-Jensen y Stonebrick) y líquido (MGIT 320 a partir de septiembre del año 2018). La baciloscopía se realizó mediante tinción de Ziehl-Neelsen. Se calculó la sensibilidad y especificidad de la técnica de PCR considerando como estándar de calidad el cultivo para MT por tabla de contingencia.
Resultados: se determinó PCR en líquido pleural en muestras de pacientes cuyas características generales y procedencia pueden apreciarse en Tabla 1. De 341 muestras, 240 presentaban datos para las tres determinaciones. 33 (14%) fueron positivas para MT por PCR, 21 (9%) por cultivo microbiológico y ninguna por baciloscopía (0%). A partir de los datos que se muestran en Tabla 2 se calculó la sensibilidad de la técnica de PCR comparada con cultivo que resultó del 71%, mientras la especificidad fue del 92%. El Valor Predictivo Positivo (VPP) calculado fue del 45% y el Valor Predictivo Negativo (VPN) del 97%.
Conclusiones: La PCR demostró un alto grado de especificidad y VPN para descartar la TB pleural. A pesar de demostrar una aceptable sensibilidad, la técnica no excluye el cultivo microbiológico para establecer el diagnóstico definitivo. Los datos obtenidos en nuestro análisis concuerdan con los publicados en la literatura. Señalamos que la mayor utilidad de la PCR, en el contexto clínico apropiado, es obtener resultados de manera rápida para definir una conducta terapéutica.

n	**341**
Edad (años)	48±21
Masculino (%)	71
Procedencia ciudad La Plata (%)	95
Pacientes con PCR y cultivo (n)	**240**
PCR positiva en líquido pleural	33
Cultivo positivo en líquido pleural	21
Baciloscopía positiva en líquido pleural	0

Tabla 1. Características generales, procedencia y resultados.

		CULTIVO	
		Negativo	Positivo
PCR	Negativa	201	6
	Positiva	18	15

Tabla 2. Tabla de contingencia para la comparación de PCR y cultivo.

P36 TRAQUEOBRONQUITIS NECROTIZANTE POR ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO

CARBONI BISSO I[1]; LAS HERAS M[1]; CABRERA G[1]; VIDELA C[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La "aspergilosis invasiva" es enfermedad fúngica que suele afectar las vías aéreas o los pulmones, y puede presentar diseminación extrapulmonar. Sin embargo, la invasión tisular es rara y se presenta con mayor frecuencia en el contexto de inmunosupresión. Las personas inmunocompetentes, pese a estar expuestas de forma habitual al microorganismo en su vida diaria, desarrollan enfermedad invasiva de manera excepcional ya que poseen gran resistencia gracias al aclaramiento ciliar y a los macrófagos alveolares.
La traqueobronquitis aspergilar es una forma poco frecuente de aspergilosis invasiva que afecta de forma casi exclusiva a los receptores de trasplante pulmonar. Se localiza únicamente a nivel bronquial, sin afectación parenquimatosa concomitante. Presentamos el caso de una paciente inmunocompetente que desarrolló traqueobronquitis necrotizante por aspergilosis invasiva
Caso clínico: Paciente mujer de 28 años de edad, consultó por presentar fiebre, dolor abdominal e ictericia de 48 horas de evolución. En el laboratorio se constató leucocitosis con neutrofilia, alteración del hepatograma con patrón de hepatitis, coagulopatía e insuficiencia renal anúrica. Con la sospecha de hepatitis aguda grave con riesgo de progresión a falla hepática, se solicitó derivación a nuestro centro para evaluación pre trasplante. Al ingreso presentaba acidosis metabólica severa con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, soporte hemodinámico con altas dosis de vasopresores y terapia de reemplazo renal de urgencia.
Evolucionó con mejoría progresiva del estado hemodinámico, ventilación prolongada y persistentemente febril pese al tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro sin rescates en cultivos.
El 9 no día de internación se realizó una primer fibrobroncoscopia como guía endoscópica para la confección de traqueostomía percutánea. Durante el procedimiento se visualizaron lesiones en el tercio inferior de la tráquea, carina y bronquios fuentes con características de pseudomembranas, compuestas de restos necróticos que disminuyen la luz del árbol traqueobronquial, por lo que decidió realizar biopsia de mucosa bronquial por criosonda con cultivo positivo para aspergillus fumigatus y anatomía patológica con acúmulo de hifas. Inició tratamiento sistémico con anfotericina B liposomal e instilación tópica semanal de voriconazol en dosis de 400 mg cada 7 días por guía endoscópica, con notable mejoría de las lesiones traqueobronquiales.
Conclusión: La traqueobronquitis necrotizante por aspergilosis invasiva es una enfermedad rara y potencialmente letal, excepcionalmente reportada en el paciente inmunocompetente. El tratamiento sistémico es el de elección, sin embargo hay reportes de instilación tópica exitosa con voriconazol en lesiones pulmonares (aspergiloma).

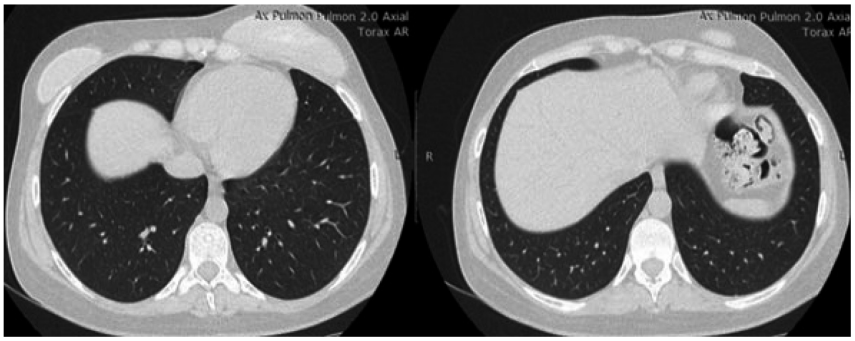
P37 TUBERCULOSIS PULMONAR POR MYCOBACTERIUM PEREGRINUM: REPORTE DE UN CASO

RODRIGUEZ GIAMBAGLI N[1]; ROLAN N[1]; LIMONGI L[1]; PUTRUELE A[1]

[1]*Hospital de Clínicas José de San Martín*

Introducción: Las Micobacterias no tuberculosas (MNT) se clasifican en crecimiento lento y rápido (MCR). Dentro de esta última se encuentra el grupo fortuitum, y dentro de este, *M. peregrinum*, que corresponde al 1 a 2%. En esta oportunidad se describe el caso de un paciente con tuberculosis pulmonar por *M. peregrium*.
Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 40 años que consultó a la división de neumonología por presentar tos con escasa expectoración mucosa, de 2 meses de evolución. Recibió tratamiento empírico con amoxicilina, sin mejoría clínica.
Como antecedentes presentaba uveítis en tratamiento con micofenolato 2 g /día, y se desempeñaba como técnica extraccionista de laboratorio en nuestro hospital.
Al examen físico no se evidenció hallazgos de importancia.
En los estudios complementarios se menciona como relevante: Laboratorio: Hematocrito 32%; Glóbulos blancos 10.670 mm^3 (Neutrófilos 64%; Eosinófilos 2%); Eritrosedimentación 54 mm/h; PPD 2 mm. La espirometría refleja valores normales. La tomografía de tórax evidenció bronquiectasias en lóbulo inferior izquierdo y aislado árbol en brote bilateral. Se solicitó además baciloscopía de esputo que resultó positiva, con desarrollo en el cultivo de *M. peregrinum* sensible a Claritromicina, Ciprofloxacina, Amikacina y Linezolid, en 2 oportunidades.
Se inició tratamiento con Ciprofloxacina 500 mg/12 hs y Claritromicina 500 mg/12 hs.
Al mes de iniciar antibióticos cedió la tos y normalizó los valores de laboratorio. Luego de 6 meses se repitió la tomografía de tórax, que resultó normal, y se otorgó el alta.
Discusión: Las Micobacterias no tuberculosas (MNT) también son llamadas atípicas o ambientales, ya que se encuentran distribuidas en agua y suelo. La transmisión de persona a persona es rara. De todas las infecciones reportadas por MNT, menos del 18% se debe a MCR. De estas, el 90% se deben a abscesus, fortuitum y chelonae y sólo 1 a 2% están dadas por *M. peregrinum*.
El *M. peregrinum* se considera un patógeno raro para los humanos y hasta la actualidad no se han publicado revisiones sobre el significado clínico de éste. Sólo un caso de infección respiratoria en paciente sin comorbilidades se ha reportado, con evolución favorable luego del tratamiento antifímico. El tratamiento de las MCR diseminadas y pulmonares habitualmente requiere antibióticos combinados. La sensibilidad in vitro de *M. peregrinum* ha sido estudiada y se evidenció

que las nuevas fluoroquinolonas poseen gran actividad contra la bacteria, y se aconseja utilizar esquemas similares a los indicados para M. fortuitum, combinando una fluoroquinolona con otra droga.
Conclusión: Las MCR son poco frecuentes. Su transmisión se debe principalmente por la colonización de agua y suelo. Cuando estas generan manifestaciones clínicas habitualmente requiere tratamiento combinado. Sumar casuística es de gran valor para conocer más sobre una infección con incidencia en aumento en relación al desarrollo de tratamientos dirigidos al sistema inmune y que puede resultar fatal.



P38 UNA COMPLICACIÓN MÁS DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS: DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

ZARRA J[1]; CRAGNOLINI DE CASADO G[1]; DE ESTÉFANO G[1]; ABAD S[1]; BOCCIA C[1]; VESCOVO M[1]; LEVI A[1]; ARRIGONE J[2]; CASCO N[1]; FAHILDE R[1]; CEDEÑO J[1]; PALMERO D[1]

[1]Hospital Muñiz, [2]Instituto Vaccarezza

El uso prolongado de antibióticos (atb) es una condición predisponente para la diarrea por *Clostridium difficile* (Cd) provocada por las toxinas CdA y CdB. La colonización es más frecuente en niños que en adultos y la transmisión de las esporas (que sobreviven años en el ambiente) es fecal-oral. El tratamiento de la TB (original, por reacciones adversas o por TB-MDR) implica varios atb: rifampicina (R), estreptomicina (S), fluoroquinolonas (FQ), linezolid, que desequilibran la microbiota intestinal facilitando las diarreas por toxinas del Cd. El objetivo de esta comunicación es describir la endemicidad con periódicos brotes de este cuadro en dos salas de internación de TB de un Hospital de Infecciosas y sus posibles causas.
Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes que presentaron diarrea con toxina para Cd + en dos salas de 18 camas c/u de TB, varones y mujeres.
Resultados: En el período 4/2018-4/2019 se internaron 185 mujeres y 267 varones. Presentaron diarrea por Cd 5 mujeres (2,7%) y 25 varones (9,36%) [X2 = 7,8; P = 0,005]. Residentes en CABA: 13, en provincia de Buenos Aires: 17. La distribución mensual mostró 4 picos, interpretados como brotes de entre 4 y 5 casos en abril, junio, julio/18 y enero/19. Se identificó en cada oportunidad un caso índice ingresado de otro servicio u hospital. Pudieron ser ubicados en habitaciones individuales disponibles 9 pacientes, al resto se le indicó aislamiento de contacto. Estaban recibiendo, previo a la diarrea: R, 23 pacientes; S, 10; FQ, 5; Amk, 2; Lzd, 2. Evolucionaron favorablemente y sin recidivas 25 pacientes (83%), tratados con vancomicina oral, 125 mg c/6 h por 14 días; 4 (13%) presentaron entre 2 y 4 episodios (se indicó vancomicina en dosis decrecientes y pulsada) y uno falleció por insuficiencia respiratoria. Se implementó un programa de entrenamiento intensivo del personal de salud y se habilitaron lavatorios e inodoros específicos para pacientes diarreicos.
Conclusiones: La diarrea por Cd es un evento asociado al uso prolongado de diversos antibióticos en pacientes con TB, especialmente la rifampicina. La incidencia fue significativamente mayor en varones, explicada en parte por una mayor ocupación de camas. No se observó asociación estacional con los brotes; si con la internación de pacientes con antecedentes de diarrea por Cd. El Cd toxigénico permanece en las heces más de 6 semanas luego del tratamiento, por lo que el riesgo de transmisión es alto. Los pacientes respondieron al tratamiento, aunque se observaron recidivas en algunos de ellos. Las salas de internación general con baños compartidos son un resabio de épocas históricas de la medicina y plantean diversos problemas, entre ellos la transmisión de infecciones nosocomiales. El nivel de comprensión de las medidas de aislamiento de contacto es previsiblemente mayor en el personal de salud, pero en los pacientes es variable, por lo que la internación en habitaciones individuales con su respectivo baño y un adecuado programa de control de infecciones es fundamental para prevenir la transmisión nosocomial del Cd.

P39 DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE LA DEGLUCIÓN A TRAVÉS DE LA ENDOSCOPIA FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN (FEES) EN PACIENTES CON EPOC EN UNA CIUDAD INTERMEDIA DE COLOMBIA

PAEZ H[1]; BARBA L[1]; LOBO M[2]; SERRANO G[2]; FAJARDO E[1]; FIGUEROA C[1]; CASTILLO O[2]; ALARCON X[2]

[1]Universidad Industrial de Santander, [2]Universidad Autónoma de Bucaramanga

Resumen: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es considerada una enfermedad de alto impacto por sus repercusiones a nivel clínico y sus costos a nivel económico. En el esfuerzo para tratar de evaluar posibles factores que

puedan modificar su evolución se han planteado una serie de asociaciones que pudieran sugerir ser blanco de intervenciones. Desde la clínica se ha intentado evaluar dichas asociaciones, por lo que se realizo la descripsion de los hallazgos encontrados en la Fibroendoscopia Flexible de la Deglución (FEES) de los pacientes con EPOC.
Métodos: Se realizo un estudio observacional, de corte transversal, de carácter analítico, con un muestreo no probabilístico. La población objeto fueron. Los reportes de pacientes mayores de 40 años con un diagnóstico espirométrico de EPOC a quienes se les realizó la FEES en un centro de referencia. Inclusión de los reportes de los pacientes en los cuales se pudo verificar los datos de la espirometría que los clasificara como EPOC, evaluando frecuencias y distribuciones ajustadas para evaluar normalidad en la distribucion estadística. Se realizaron análisis comparativos entre los sujetos con alteraciones de la FEES y sin alteraciones de la FEES con la prueba de chi 2 en variables categóricas y t student en variables continúas.
Resultados: Ingresaron 53 para una potencia del 97%. Distribuidos en 27 mujeres (50.9%) y 26 hombres (49%). La distribución de la edad con respecto al género tuvo un comportamiento similar entre ambos géneros con un promedio de edad de 73 años.
Distribución por estadio según estrategia GOLD fue: GOLD 1 el 13,21% (7), GOLD 2 el 43% (23) siendo esta la muestra más representativa. La evaluación del EAT -10 se estableció un valor para el punto de corte como predictor de disfagia superior a 3. Describiendo hallazgos positivos en el 58.4% del total de la muestra sin tener en cuenta estadios del EPOC ni valor del puntaje considerándose positivo mayor de 3. Si se discrimina los hallazgos positivos por géneros las mujeres tienen un 33.9% (18) vs 24.,5% de los hombres (13) en EPOC y EAT mayor de 3.
El hallazgo de disfagia según la clasificación de GOLD se presentó en el 79% de los pacientes, con una distribución para el GOLD 1 del 11%; GOLD 2 de 35%, GOLD 3: del 26% y del GOLD 4 de un 5%. La presencia de disfagia se presentó en el 41% de la muestra total con una distribución uniforme entre hombres y mujeres del 20.7%.
Discusión: Al realizar la adición al test clínico (EAT 10) y el paraclínico (FEES) encontramos que a diferencia de lo descrito por González y Cols (1) donde referenciaban cerca de un 78% de pacientes con disfagia por la escala clínica, nuestra muestra evidenció un 41%.
En este estudio se describe hasta un 79% de posibilidad de diagnosticarse estas alteraciones.
Conclusión: Se evidencia en el tamizaje de pacientes con EPOC una tendencia a síntomas de disfagias en las diferentes pruebas usadas lo que consideraría evaluar el modelo en estudios prospectivos controlados

P40 EDUCACIÓN EN ASMA: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA

NEFFEN H[1]; ARIAS S[2]; BLUA A[3]; STOK A[4]; ZUNINO S[5]; ZUCCARINO N[6]; ROVIRA F[6]

[1]Centro de Alergia e Inmunología de Santa Fe, [2]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, [3]Hospital Privado de Córdoba, [4]Instituto de Patologías Respiratorias de Tucumán, [5]Hospital Italiano de Buenos Aires, [6]Astrazeneca

Objetivos: La educación en Asma es un pilar fundamental, con impacto positivo en la adherencia, prevención de exacerbación y calidad de vida. Sin embargo, pocos centros en nuestro país implementan acciones concretas, siendo en su mayoría, el resultado de esfuerzos individuales no sistematizados. El objetivo de este trabajo fue evaluar el nivel de implementación de actividades y programas educativos a nivel nacional.
Materiales y Métodos: Desarrollamos una encuesta en instituciones públicas y privadas en la que se contactó al profesional responsable de la atención de pacientes asmáticos. La información fue procesada para reflejar las respuestas mediante la frecuencia absoluta y relativa de cada pregunta. Se evaluó también las expectativas de los encuestados respecto de un programa educativo en asma, incluyendo la evaluación de las diferentes expectativas según exista o no centro educativo y especialidad del encuestado. La evaluación de la asociación se realizó por medio de diferencia de proporciones con test de chi cuadrado.

Resultados: Se cumplió con la encuesta en 99 instituciones de atención. Se cubrieron 11 provincias, siendo el 79% de Buenos Aires, CABA, Mendoza y Córdoba. 73.8% de las encuestas fueron respondidas por neumonólogo o alergista y 66,7% por el Jefe de Servicio de la institución. 23 de las instituciones encuestadas (23.2%) cuentan con actividades educativas programadas. 74 de las 76 que contestaron que no, confirmaron su interés poder implementarlas. De las que disponen de actividades educativas sistemáticas, 10 (43.5%) no cuenta con material de apoyo y 7 (28.6%) no realiza reuniones periódicas. Durante las reuniones presenciales con pacientes, el 80% se encuentran a cargo del médico especialista, y en el 13% los casos, a cargo de un equipo multidisciplinario. Estas reuniones en su mayoría son de frecuencia semestral (53%), seguida por reuniones mensuales (33%) El 93% de las actividades incluye el entrenamiento de uso de dispositivos y el promedio de pacientes por actividad es de 15, con una mediana de 12. Consultados sobre qué espera de un programa educativo, la mayoría mencionó la mejora de la adherencia de los pacientes (57%), el 16% esperaba que comprendan la enfermedad, el 8% que puedan hacer preguntas sobre asma, 6% que conozcan las opciones terapéuticas, 6% que identifiquen las pautas de alarma y 5% que aprendan a usar los dispositivos. No se encontraron diferencias en las expectativas de un programa entre neumonólogos y otras especialidades o entre tener o no tener un programa educativo ($p > 0.05$).
Conclusiones: A pesar de la importancia de proveer a los pacientes de herramientas educativas, solo el 23% de las instituciones encuestadas cuentan con actividades programadas. Se ha creado un comité multidisciplinario para el desarrollo de un material de entrenamiento para pacientes, que cuenta con el soporte de AAMR, AAAeIC y SAM. Es de libre acceso a través del sitio web ASMA ZERO (www.asmazero.com.ar), que contiene además otras herramientas y servicios para la comunidad científica y público en general.

P41 EL VOLUMEN DE PEEP CALCULADO SUBESTIMA EL RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN COMPARACIÓN CON EL VOLUMEN DE PEEP MEDIDO

GALLARDO A[1]; PATRINOS A[1]; BALLESTEROS A[1]

[1]Sanatorio Clínica Modelo de Morón

Introducción: La asistencia respiratoria mecánica (ARM) es frecuente en la terapia intensiva. Las causas que llevan a ella son variadas, pero todos los pacientes presentan pérdida de la capacidad residual funcional requiriendo el empleo de PEEP. Para alcanzar los valores de PEEP deseados es necesario adicionar un volumen de gas que será variable según las características mecánicas del sistema. Dicho de volumen de gas puede medirse de distintas maneras y siempre conlleva relación con otros parámetros como el índice de stress, strain o presión meseta que son de importancia para conocer el comportamiento del sistema y para evitar el colapso o la sobredistensión alveolar.
Objetivo: Evaluar las diferencias entre el PEEPVol medido y el PEEPVol calculado
Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo y comparativo que incluyó pacientes mayores de 18 años, con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar, desde 1/6/17 a 1/6/18. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, talla, peso predicho (PBW), volumen tidal (VT), PEEP, Pplat, volumen de PEEP calculado o PEEPVolcalc [(PEEP - ZPEEP) . Cest], volumen de PEEP medido o PEEPVolmed (VT espirado - VT seteado), diferencia entre las mediciones de PEEPVol (ΔPEEPVol), entendido como [PEEPVolmed - PEEPVolcalc] y capacidad residual funcional teórica (CRFt) según fórmulas validadas por la ERS. Las variables se computaron luego de titulación de PEEP según curva de PEEP/compliance. Inicialmente se obtuvo valor de Pplat y compliance para obtener PEEPVolcalc y luego se buscó PEEPVolmed. PEEPVolcalc se obtuvo con valores de compliance (VT / Pplat - PEEP). PEEPVolmed se alcanzó colocando PEEP cero, reduciendo la frecuencia respiratoria a 5 ciclos/minuto y computando el VT espirado en el siguiente ciclo. Los resultados se expresan como%, media, mediana y DS
Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con ARM ≤ 48hs y sin patología pulmonar. La edad promedio fue de 58.6 ± 15.81 (mediana, 65). Hombres 62.96%, mujeres 37.03%. Talla: 168.1 ± 6.72 cm (mediana, 168 cm), PBW: 62.48 ± 7.89 kg (64.19 kg), VT: 452.5 ± 63.80 ml (480 ml), PEEP: 7.71 ± 2.27 cmH_2O (8 cmH_2O), Pplat: 20.82 ± 2.17ml/cmH_2O (20 ml cmH_2O), PEEPVolmed: 499.96 ± 211.48 ml (443.5 ml), PEEPVolcalc: 283.73 ± 135.48 ml (254.41 ml) y CRFt 2155.45 ± 303.65 ml (2197.93 ml). Los valores de ΔPEEP Vol fueron: 219.01 ± 180.05 ml (221.5 ml).
Conclusiones: La medición del PEEPVol a través del cálculo [(PEEP - ZPEEP). Cest] subestima la cantidad de volumen dentro del sistema para lograr la PEEP deseada. La cohorte de pacientes fue reducida, haciendo difícil extrapolar los hallazgos a poblaciones más grandes. La ausencia de patología pulmonar podría justificar la necesidad del incremento de volumen para alcanzar los valores de PEEP utilizados.

P42 EMBOLIA PULMONAR POR METACRILATO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS.

GUENDULAIN S[1]; LUGONES J[1]; CUESTAS E[1]; PERRONE V[1]; PEREYRA B[1]; MOYANO V[1]; CASAS J[1]

[1]Sanatorio allende cerro

Introducción: La vertebroplastia percutánea con cementación (metacrilato) es un procedimiento que se utiliza para las fracturas vertebrales de diferentes etiologías especialmente osteoporóticas. Las complicaciones más frecuentes de este tipo de procedimientos son las infecciones y el pasaje del material de cementación al canal espinal o al sistema venoso paravertebral. La embolia pulmonar de metacrilato (EPM), es una complicación conocida, frecuente y suele ser asintomática.
Casos clínicos: Presentamos tres pacientes femeninas de 63, 68 y 79 años**,** con antecedentes de osteoporosis y fractura por aplastamiento de cuerpo vertebral entre D10 y D12, en dos espontaneas y en una traumática. Se les realizó vertebroplastia, complicando con EPM, en dos de los casos fue un hallazgo posterior incidental, asintomático y con ecocardiograma normal.

La tercera paciente, con fractura traumática, presentó disnea súbita posterior al procedimiento, se realizó tomografía de tórax (figura 1) que evidenció tromboembolia pulmonar bilateral y central asociada a EPM. Ecocardiograma mostró dilatación leve de ventrículo derecho con función sistólica deprimida; elevación de proBNP y troponina t. Se realiza aspiración del trombo e intento hemodinámico frustro de extracción del metacrilato. Al alta la paciente siguió anticoagulada con controles ecocardiograficos normales.

Discusión: La EPM es un evento en general asintomático, el ensayo clínico VERTOS II sobre vertebroplastias reportó una incidencia del 26%. Se recomienda la realización rutinaria luego del procedimiento de radiología de tórax o tomografía computarizada para su detección temprana. El tratamiento reportado de esta complicación varía según la presencia de síntomas. En la EPM central con compromiso hemodinámico se recomienda embolectomía quirúrgica o extracción percutánea, mientras que para aquellos casos de EPM periféricos sintomáticos se indica anticoagulación. En individuos asintomáticos se sugiere solo seguimiento clínico.

Conclusión: La embolia pulmonar por metacrilato es una complicación frecuente tras la realización de vertebroplastia que debe ser tenida en cuenta luego de cada procedimiento y ante lecturas radiológicas posteriores.

P43 ESTUDIO DE ADHESIÓN Y CUMPLIMIENTO A INHALADORES

GAMARRA A[1]; BERMUDEZ A[1]; CUESTAS E[1]; CERVANTES C[1]; FARRELL P[1]; MOYANO V[1]; PONCE J[1]; URIBE ECHEVARRIA M[1]

[1]*Hospital Italiano*

La adherencia y cumplimiento terapéutico se relacionan con el control de la enfermedad, morbimortalidad y costos. El test de adhesión a los inhaladores(TAI) permite identificar al paciente con baja adhesión y patrón de incumplimiento. Se estudió a pacientes ambulatorios aplicando TAI.

Objetivos: 1) Caracterizar pacientes que utilizan inhaladores. 2) Establecer el nivel de adhesión y cumplimiento.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, descriptivo realizado desde enero a julio de 2019 en Neumonología del Hospital Italiano, Córdoba. El TAI está constituido por 2 cuestionarios, el de 10 ítems, (realizado por el paciente) identifica el nivel de adhesión(50 puntos: buena; entre 46 y 49, intermedia y menos de 45, mala) y el de 12 ítems (cumplimentado por el paciente y el profesional), estudia el cumplimiento(Preguntas 11 y 12 suman 4 puntos; menos de 4 identifica incumplimiento). El análisis estadístico utilizó para variables cuantitativas T de student y para las cualitativas U de Mann-Whitney.

Resultados: Se reclutaron 214 pacientes. El 74%(n 158) de sexo femenino. El 83.64% más de 50 años(a) de edad(media 63.7a), 14.49% entre 20 y 50a y 1.87% menos de 20a. Asma es la patología más frecuente(n 151; 71%) seguida por EPOC(n 58; 27%). El 81% usa 1 solo dispositivo (n 174;), 25% 2 dispositivos(n 54) y 3 dispositivos 1.4%(n 3).La mayoría usa aerosol/MDI y le siguen en orden de frecuencia diskus, ellipta, handihaler, breezhaler, turbuhaler y respimat.

La media de adhesión es 44,52 puntos(p) y de cumplimiento 3.93 p. La media de adhesión según grupos etarios es de 36.5 p para menores de 20a; 44.39p de 20-50a y 44.73p para mayores de 50a. El promedio de adhesión aumenta con la edad, las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas (p 0,05). El promedio de puntaje total de TAI aumenta con la edad, y las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

EPOC tiene una media de adhesión de 45,67 p y cumplimiento de 3.98 p. Asma la media de adhesión es 44.28 p y cumplimiento 3.92 p. El promedio de Adhesión es mayor para EPOC pero la diferencia entre los grupos no es estadísticamente significativa ($p > 0.05$).El promedio de Cumplimiento es mayor para EPOC y la diferencia entre los grupos es estadísticamente significativa (p 0.05). El cumplimiento es 4p para handihaler, breezhaler y respimat.

Conclusiones: La mayoría son mujeres y con diagnóstico de asma. El puntaje de adhesión y cumplimiento es alto. Pacientes con EPOC tienen mayor adhesión y cumplimiento.

P44 PREVALENCIA TABAQUISMO EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO Y PUERPERAS EN HOSPITAL DE AGUDOS DE MENDOZA

BARRIONUEVO L[1]; GIL E[1]; MATAR L[1]; ALCHAPAR E[1]; KARINA M[1]; HAUILLE E[1]

[1]*Hospital Lagomaggiore*

Introducción: El tabaquismo es una causa prevenible de morbi-mortalidad. La exposición activa o pasiva de humo de cigarrillo en embarazadas demostró ser una causa de morbilidad materno-infantil.
Objetivos: Valorar prevalencia de hábito tabáquico en embarazas de alto riesgo y puérperas, población susceptible a los efectos nocivos del humo del cigarrillo, tomando en cuenta variables como edad, nivel de instrucción, exposición pasiva.
Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo con técnica de encuestas. Se confecciono una encuesta que consta de 25 preguntas, junto a Test de Richmond y Fagestron. Se realizaron encuestas desde enero de 2019 hasta mayo de 2019. Dentro del cuestionario se incluyen preguntas diseñadas en consonancia con estudios ya realizados en diversas poblaciones, sean de mujeres embarazadas como de población general. Se utilizó el programa IBM SPSS Statics para el análisis estadístico.
Criterios de inclusión. En el estudio se incluyeron mujeres embarazadas de alto riesgo y puérperas internadas en el servicio de maternidad del hospital Lagomaggiore. Se excluyen de este estudio embarazadas no internadas y no embarazadas.
Resultados: Se encuestaron 67 pacientes, se pudo observar que el 80,6% posee una historia de tabaquismo, ya sea actual (19.4%) o no actual (61.2%). El 46.3% de las pacientes con historia de tabaquismo tienen un IPA < 10. Con respecto al momento de cese tabáquico en relación al embarazo actual, se observó que el 14.9% dejó 6 meses previos al embarazo, 34.4% dejo al momento de enterarse del embarazo, 11,9% dejó después de enterarse del embarazo, 19.5% nunca dejó de fumar. Con respecto al nivel de instrucción no se observó una tendencia estadísticamente significativa con respecto a dichas variables. La relación de pacientes sin historia de tabaquismo (n = 13) y la exposición pasiva a humo de tabaco, se observó que el 3% estaba expuesta a tabaquismo pasivo. El porcentaje se incrementa en pacientes con historia de tabaquismo (n = 54, 80.6%) que además están expuestas a tabaquismo pasivo (n = 38, 56.7%) (p = < 0,001). Pudimos observar que las pacientes que presentan historia de tabaquismo, el 20.9% (n = 14) presentó complicaciones en embarazos previos (p = 0.091) y el 1.9% (n = 12) presentó complicaciones en su embarazo actual (p = 0.526), no pudiéndose demostrar relación causal con el tabaquismo. Del total de pacientes encuestadas un 95.5% de ellas refirió no haber recibido desde el personal médico o de enfermería consejería acerca de su hábito tabáquico y la relación con la salud de la paciente o sus hijos.
Conclusión: Existe una proporción elevada de pacientes en nuestro medio con historia de tabaquismo. Por más que no se ha encontrado una relación causal entre dicha historia de y complicaciones en embarazos previos o actuales, es menester del equipo de salud tener una actitud proactiva con respecto a información que se ofrece a mujeres embarazadas sobre los riegos del tabaco. Es imperativo así también educar al entorno de la embarazada para disminuir los riesgos del tabaquismo pasivo.

P45 SAHOS SEVERO A PROPÓSITO DE UN CASO

TORRES B[1]; MAGGIO P[1]; SOLIS M[1]; MARCOS H[1]; QUADRELLI S[1]

[1]*Sanatorio Güemes*

Introducción: El SAHOS es un problema mundial de salud pública, no solo por su elevada prevalencia sino por los diversos daños a la salud que ocasiona y su difícil disponibilidad para el diagnóstico y tratamiento oportuno, generando elevados costos al sistema de salud. Presentamos el caso de un hombre joven con trastornos neurológicos a quien se le realiza durante la internación diagnóstico de SAHOS severo lográndose tratar con cpap después de muchos intentos fallidos de ventilación no invasiva.
Caso clínico: Hombre de 38 años sin antecedentes relevantes, que sufrió TEC (traumatismo encefalocraneano) grave secundario a herida por arma de fuego. Se realizó neurocirugía y en el posoperatorio traqueotomía en contexto de asistencia respiratoria prolongada. Posterior a la decanulación presentó hipercapnia y patrón respiratorio irregular, evidenciándose por gases arteriales insuficiencia ventilatoria, pCO_2 de 57 mmHg. Se descartaron causas secundarias y estenosis de la vía aérea por fibrobroncoscopía y fue ventilado con ventilación no invasiva modo ST EPAP (presión positiva en la vía aérea durante la espiración) 6 cmH_2O, IPAP (presión positiva en la vía aérea durante la inspiración) 12 cmH_2O, frecuencia respiratoria entre 15 y 20 /min, con lo que manejaba un volumen tidal entre 450 y 600 ml. Persistiendo con hipercapnia pCO_2 48 mmHg pero observándose en el control de la tarjeta de memoria. Índice de apnea hipopnea (IAH) entre 11 y 21 ev/h. Por tal motivo se realizó una poligrafía respiratoria, evidenciándose IAH 47 ev/h a predominio de apneas obstructivas (66%) con alto porcentaje, 33% de apneas centrales, 7% de apneas mixtas y patrón de desaturación fluctuante. Se tituló con Auto CPAP utilizando máscara oronasal, por paresia facial, siendo dificultosa la misma por fugas excesivas, hasta conseguir una titulación con una presión efectiva de 14 cm de H_2O, sin fugas mayores a 24l/min y un IAH residual de 2,9 ev/h. El paciente quedó con CPAP nocturno, normalizó la pCO_2, el patrón respiratorio y la saturación nocturna.
Discusión: Está reportado en la literatura que un 50% de los pacientes que tuvieron TEC presentan trastornos del sueño y entre éstos la prevalencia de SAHOS es un 25%. Estos pueden deberse al traumatismo en si, a trastornos neuropsiquiátricos, neuromusculares o a la medicación utilizada relacionada con el mismo. El subdiagnóstico ocasiona déficit de la calidad de vida y en presencia de comorbilidades aumenta el riesgo de mortalidad.
Conclusión: Los médicos deben conocer la alta prevalencia de SAHOS y otros trastornos del sueño en pacientes con TEC, sospecharlos y estudiarlos con el objetivo de confirmar o descartar el diagnóstico, realizar el tratamiento oportuno y así colaborar con la rehabilitación y pronta recuperación.

P46 COCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

CEVALLOS L[1]; PALMERO D[1]; DE STEFANO G[1]; BOCCIA C[1]; ABAD S[1]; FAILDE R[1]

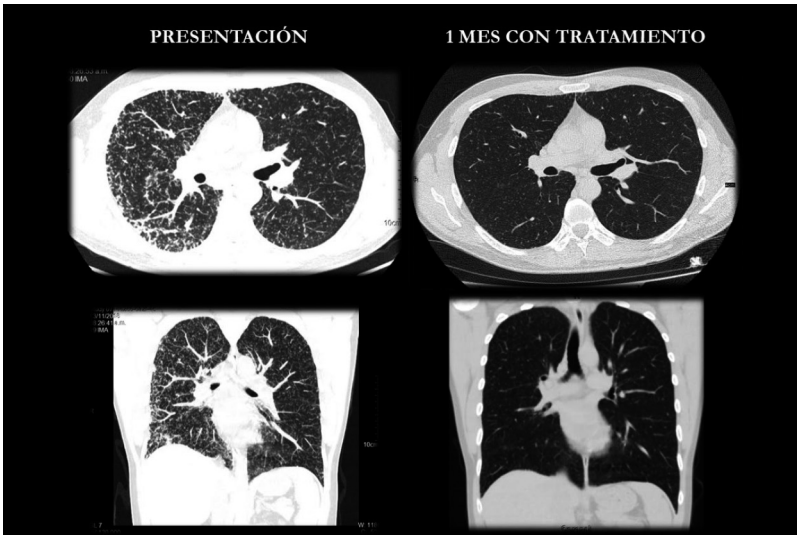
[1]*Hospital Muñiz*

Introducción: La coccidioidomicosis pulmonar (CP) es una micosis endémica en algunos países de América. La forma diseminada es típicamente atribuida a estados de inmunosupresión. Poco se sabe acerca de las causas de esta enfermedad en inmunocompetentes. Presentamos el caso de un paciente que pone en evidencia esta rara observación y los desafíos de cara al diagnóstico.

Caso clínico: Paciente masculino, 30 años, paraguayo, dedicado a limpieza de silos de arroz y excavación de suelos. Presentó cuadro clínico de 1 año de evolución con tos seca y pérdida de peso, que empeoraron 1 mes previo a la consulta. Consultó en Paraguay en donde le diagnostican "Tuberculosis miliar" y le prescriben los antifímicos correspondientes. Ante la falta de mejoría, se traslada a Argentina y acude al Hospital Muñiz. A su ingreso se lo encuentra estable, con laboratorio normal y baciloscopía de esputo negativa. Sin embargo, las imágenes de tórax mostraron lesiones micronodulillares difusas y fue ingresado para estudio. Durante su evolución se constataron resultados de VIH y nuevas baciloscopías negativas. Se consideró el diagnóstico alternativo de micosis pulmonar diseminada, por lo cual se realizó Fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar (LBA) y se tomaron serologías para hongos. La baciloscopía del LBA fue negativa y las serologías fueron positivas para *Coccidioides posadasii* consolidando el diagnóstico de CP diseminada. Se inició tratamiento con Itraconazol y se suspendieron los antifímicos. Un control al mes de tratamiento mostró buena evolución clínica y radiológica.

Discusión: La CP es una enfermedad causada por hongos del género *Coccidioides*, un microorganismo endémico del Sudoeste de EE.UU., norte de México y países de Sudámerica como Paraguay y norte de Argentina. Puede causar desde una infección leve de la vía aérea hasta graves formas diseminadas. Esta última se presenta en menos del 1% de los casos y suele asociarse a estados de inmunosupresión. Existe poca información acerca de las causas de enfermedad diseminada en inmunocompetentes. No obstante, estudios observacionales han planteado factores de riesgo como: gran inóculo inicial, sexo masculino, ascendencia africana o filipina y enfermedades del tejido conectivo (ETC). La expresión radiológica de esta forma de presentación es el patrón miliar, lo que obliga a diferenciarla de la tuberculosis, sarcoidosis, neumonitis por hipersensibilidad y neumoconiosis. El tratamiento con antifúngicos puede ser curativo, mientras que su progresión puede derivar en distrés respiratorio y muerte.

Conclusiones: Las enfermedades respiratorias que cursan con el desarrollo de lesiones micronodulillares de distribución aleatoria pueden representar un desafío diagnóstico y son frecuentemente observadas en pacientes inmunosuprimidos. Aún así, en pacientes inmunocompentes, la historia clínica minuciosa, la epidemiología y la sistemática exclusión de otras enfermedades, trazan el camino inequívoco de diagnosticar aquello que aun siendo poco probable, todavía es posible.



P47 COMPARACIÓN ENTRE LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH AUTOADMINISTRADA POR EL PACIENTE Y LA REALIZADA POR EL MÉDICO Y SU CORRELACIÓN CON EL ÍNDICE DE APNEAS HIPOPNEAS MEDIDO POR POLIGRAFÍA

MAGGIO P[1]; SUAREZ V[1]; RIZZO G[1]; CHIRINO G[1]; SOLIS M[1]; QUADRELLI S[1]

[1]*Sanatorio Güemes*

Introducción: La somnolencia diurna es un síntoma inespecífico pero de alta prevalencia en las patologías del sueño. La Escala de Somnolencia de Epworth (ESS), es una escala auto administrada por el paciente que mide el nivel de somnolencia de forma subjetiva. De igual manera, el cuestionario puede ser realizado el médico en la consulta.

Objetivo: Comparar el resultado de la ESS auto administrada (AA) por el paciente con la realizada por el médico y evaluar su correlación con el Índice de Apnea Hipopnea (IAH) medido por poligrafía (PG).
Material y Método: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que supieran leer y escribir, se excluyeron aquellos con trastornos del sueño diferentes de Apneas Obstructivas del sueño (AOS), antecedentes de cirugía por roncopatía, alteraciones craneofaciales, retrognatias y traqueotomías. Previo a la entrega del polígrafo, se les proporcionó la ESS para completar. Posteriormente el mismo fue realizado por el médico especialista en sueño quien desconocía las respuestas anteriores y se realizó una poligrafía (PG) nocturna ambulatoria nivel III, con un polígrafo Apnealink Air® ResMed. Las PG fueron informadas manualmente acorde las normativas de la Academia Americana de Sueño 2012. El resultado de ESS se consideró sugerente de hipersomnia diurna para un valor ≥ 12 puntos.
Resultados: En total se reclutaron 182 pacientes, edad media de 51.8 años (± 13.6), 90 varones (49.5%). La distribución de los pacientes según el grado de obesidad fue: sin sobrepeso 15 pacientes (8.2%), sobrepeso 30 (16,5%), obesidad grado 1: 32 (17.6%), grado 2: 35 (19.2%) y grado 3: 70 (38.5%). Dentro de las comorbilidades: Diabetes 20%, HTA 44%, 22% pacientes en plan de cirugía bariátrica.
Dentro de los resultados respecto a la ESS, 60 pacientes (32,9%) del grupo que se la auto-administró, presentó un valor ≥ 12 puntos y 59 (32,4%) en el grupo administrado por el médico, El acuerdo entre los valores continuos se midió por diagrama de Baln d y Altman, donde se obtuvo el rango posible de diferencia es entre 1,855-1805 con una diferencia minina, haciéndola “casi perfecta” no significativa.
Respecto al grado de AOS obtuvimos que 13 pacientes (7,1%) fueron normales, 47 (25.3%) AOS leve, 63 (34.6%) moderado y 59 (10.7%) severo. Para el análisis bivariado se relacionó entre los diferentes grados de AOS y la ESS auto-administrada por el paciente ≥ 12 puntos. No se logró demostrar que sea un valor predictivo para cualquier grado de AOS (p: 0.15), para AOS moderado y severo (p: 0.23) o AOS severo (OR: 1.62; IC: 0.83-3.17; p: 0,07)
Conclusión: No encontramos diferencias significativas entre la ESS autoadministrada versus la realizada por el médico, reforzando que en nuestra población la misma podría ser realizada de ambas maneras. Tampoco encontramos que la ESS sea un predictor de gravedad de AOS en nuestra población, esta falta de concordancia se puede deber a la falta de compresión del cuestionario o al bajo nivel de precepción de hipersomnia diurna.

P49 DECANULACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA ALTERACIÓN CRÓNICA DE LA CONCIENCIA

BELLÓN P[1]; BOSSO M[1]; CARNERO ECHEGARAY J[1]; CUCENELLI J[1]; GAGLIARDI J[1]; PRIMOSICH W[1]; LAROCCA F[1]; DI YORIO R[1]; PAVÓN H[1]; CANCINO J[1]

[1]*Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica*

Objetivo. Evaluar si la mejoría de la alteración crónica del estado de conciencia, valorada a través de la Escala de Recuperación del Coma Revisada (CRS-R), es un predictor de la retirada de la cánula de traqueostomía (TQT). Secundariamente, comparar la mortalidad y la posibilidad de egreso.
Material y Método. Estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles. Se incluyeron pacientes traqueostomizados con alteración crónica de la conciencia que ingresaron a un centro de neurorrehabilitación y cuidados críticos crónicos (CNRCCC) entre el 1ro de agosto de 2015 y el 31 de diciembre de 2017.
Se aparearon los grupos según la CRS-R de ingreso. Los pacientes decanulados conformaron el grupo de casos, mientras que los que permanecieron traqueotomizados al egreso o cierre del estudio formaron los controles. Las diferencias se evaluaron con el test t de student, U de Mann-Whitney y exacto de Fisher, según correspondiera. Se calculó el Odds Ratio (OR) de ser decanulado según la evolución de CRS-R. Se consideró significativo un valor de $p<0.05$.
Resultados. Se incluyeron 22 pacientes en cada grupo. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto edad, sexo, etiología de la lesión neurológica, motivo de ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), ni ingreso con asistencia ventilatoria mecánica (AVM) al CNRCC. Los controles presentaban al ingreso mayor tiempo de evolución de la lesión (65.5 vs 51 días, $p = 0.047$) y días de TQT (53 vs 33.5, $p = 0.023$). En cuanto a los antecedentes, los controles solo presentaron mayor prevalencia de antecedentes neurológicos (12 vs 4, $p = 0.027$).
Los pacientes que mejoraron su alteración crónica de la conciencia tuvieron más de 11 veces la posibilidad de ser decanulados que aquellos que no lo hicieron (OR 11.28, IC 95% 1.96-123.08, $p = 0.003$). No se pudo lograr la retirada de la TQT en la mayoría de los pacientes que no mejoraron su Estado de Vigilia Sin Respuesta (EVSR) (OR 0.13, IC 95% 0.02-0.60, $p = 0.005$). Sin embargo, 8 pacientes pudieron ser decanulados en este subgrupo, con solo una falla de decanulación y sin óbitos. La mortalidad fue mayor en los controles (0 vs 6, $p = 0.02$), en especial entre los EVSR (0 vs 5, $p = 0.049$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al alta institucional ni derivación a centros de mayor complejidad entre los grupos.
Los motivos de no decanulación de los controles fueron: Falla en la prueba de Blue Dye Test (59.1%), ventilación mecánica prolongada (22.7%), lesión obstructiva subglótica (9.1%), mal manejo de secreciones (4.5%) y cirugía programada próxima (4.5%).
Conclusión: Los pacientes que mejoran su alteración crónica de la conciencia tienen mayor posibilidad de ser decanulados. Se logró decanular pacientes en EVSR de manera segura, con menor mortalidad que aquellos que permanecieron traqueostomizados.

P50 ESTUDIO ANALÍTICO SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA HIPOXIA NOCTURNA Y LA DESATURACIÓN EN EL TEST DE MARCHA EN PACIENTES CON EPOC SEVERO

MONTOYA R[1]; MIRABAL Y[1]; TABOADA M[1]; RUBADO P[1]; GULLO R[1]; MARTÍNEZ FRAGA A[1]; PATTIN A[1]

[1]*Hospital Churruca*

Introducción: Durante el sueño se producen cambios a nivel ventilatorio que impactan en el intercambio gaseoso de manera diferente a otras situaciones (por ej. reposo y ejercicio). El abordaje de variables nocturnas implica tecnología, consumo de tiempo y costos. Si se demuestra asociación entre el test de la marcha (T6M) y desaturación nocturna, se podría identificar con un test diurno a aquellos pacientes que necesiten un estudio nocturno.
Objetivo: Analizar si existe asociación entre la desaturación nocturna significativa (DNS) y la desaturación en el T6M (DTM) y comparar características demográficas, clínicas y funcionales entre ambos grupos.
Materiales y Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva a pacientes EPOC que acudieron al servicio de neumonología de manera programada. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos. Se realizó cuestionario STOP-BANG, una espirometría pre y post broncodilatadores y un test de caminata de 6 minutos. Se instruyó sobre el uso y se entregó un oxímetro de pulso para medición de saturación nocturna domiciliaria (WristOX 3100 NONIN). Criterios de inclusión: EPOC con VEF1
Criterios de exclusión: Pacientes que cumplían criterios de oxigenoterapia crónica domiciliaria, CPAP y/o ventilación no invasiva nocturna, exacerbación en último mes. Se registraron como valores de relevancia el IDO, la saturación mínima, el T90 y el T.
Resultados: Se evaluaron 24 pacientes. Sexo masculino 16 (66.7%), edad 67.41 ± 7 años. IMC 26.16 ± 3. 11 tenían HTA (45.8%), 3 arritmia (12.5%), 1 Insuficiencia cardíaca (4.1%). La media de FEV1 fue de 38.9 ± 9. T6M: metros caminados 376 ± 106 m, la Sat basal 95.7 ± 1.8%, la Sat 6min 90.8 ± 3.6%. En 3 pacientes (12,5%) la saturación fue menor a 86% y en 12 (50%) sat ≤90%. Oximetría nocturna: el tiempo de análisis fue de 394.7 ± 106min, IDO 4.78 ± 4.2, Sat min 83.5 ± 3.6%, T90% 28.3 ± 30.3%; T90min 105.11 ± 110.3 min. El 41.6% de los pacientes tenían T90 > 30% (n = 10). Se analizaron los grupos según DTM (n = 12 vs n = 12). El valor medio de T90% en el grupo con DTM fue de 37.5% ± 27.9 vs 19,19% ± 31 en grupo sin DTM. El T90 en min fue de 142.32 ± 106 min vs 67.9 ± 105 min en grupo con y sin DTM respectivamente. 7 pacientes (58,3%) del grupo con DTM tuvieron DNS vs 3 (25%) en el grupo sin DTM.
Conclusión: En nuestra población de pacientes el 50% presento DTM, de los cuales casi el 60% de los pacientes con DTM tenían un T90>30%. La sat basal y en el primer minuto del T6M fueron significativamente menores en el grupo con DTM. Es conveniente estudiar la hipoxemia nocturna en aquellos pacientes con sat ≤90% en el T6M.

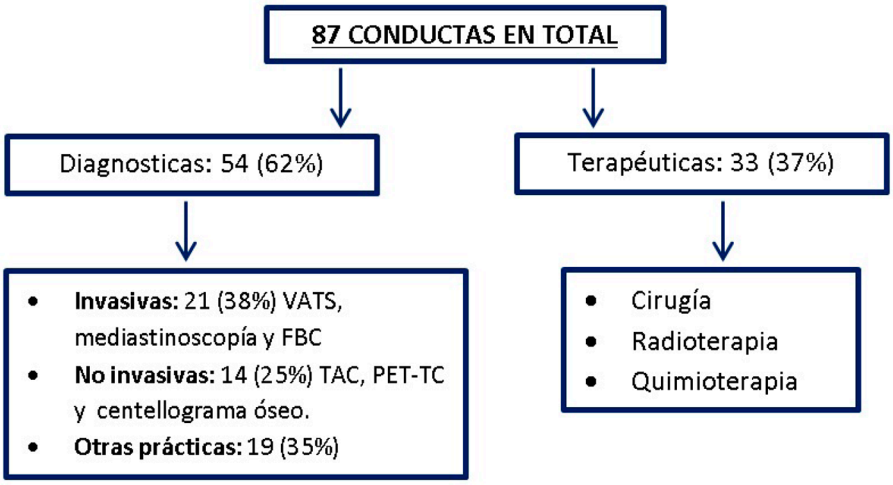
P51 EXPERIENCIA EN LOS ATENEOS MULTIDISCIPLINARIOS DE CÁNCER DE PULMÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO GENERAL. EVALUACIÓN DEL TIEMPO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDUCTAS DECIDIDAS

MIRABAL Y[1]; MONTOYA R[1]; TABOADA M[1]; RUBADO P[1]; GULLO R[1]; JORDAN P[1]; PATTIN A[1]

[1]*Hospital Churruca*

Para un correcto abordaje de estos pacientes desde hace años se recomienda que las decisiones diagnósticas y terapéuticas sean emitidas por un equipo multidisciplinario (EM), que debe estar integrado por al menos oncólogos, cirujanos torácicos y neumólogos. El intervalo óptimo de tiempo entre la toma de conducta por el EM y su efectivización varía según la bibliografía. Las normas de los EE.UU recomiendan que los pacientes no deben esperar más de 10 días para una atención médica especializada y que deberían iniciar el tratamiento dentro de los 42 días posteriores al diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico.
Para el abordaje de la patología oncológica en nuestro hospital se iniciaron los ateneos en un EM a partir del año 2015. Actualmente contamos con la presencia de los servicios de cirugía torácica, oncología, anatomía patológica, neumonología y ocasionalmente del servicio de imágenes y radioterapia. Previo al año 2015, los pacientes consultaban a cada especialista por separado lo que implicaba demoras en la comunicación interservicio y retraso en la toma de conductas.
Objetivo: El objetivo primario fue analizar el tiempo desde la toma de una conducta decidida en los ateneos hasta su efectivización, y si su cumplimiento fue en un plazo menor a 90 días. Los objetivos secundarios fueron describir las características demográficas de los pacientes, estadio según TNM al momento del ateneo, las conductas tomadas, y la asistencia de los servicios.
Material y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva todos los pacientes desde el año 2015 al 2018 inclusive que estuvieron asentados en el libro de ateneos del servicio de Neumología y se hayan presentado en los ateneos multidisciplinarios Oncológicos de Cáncer de Pulmón. Se extrajeron datos demográficos y estadificación al momento del ateneo. Cada paciente podía tener una o varias conductas a ser cumplidas. Se tuvo en cuenta el tiempo de la primera conducta realizada. Se consideró asistencia completa al ateneo cuando se presentaban por lo menos tres servicios.
Resultados: De 81 pacientes presentados, 51 (63%) eran hombres y 30 (37%) mujeres, con una edad media de 66 años. De los 36 pacientes con los que contábamos datos de estadificacion, 9 (25%) de ellos correspondían a Estadio I-II;Estadio III: 11 (31%) y estadio IV: 16 (44%). El tiempo promedio empleado para cumplir las conductas pautadas fue de 44 días. El 88% de los pacientes lo hicieron en menos de 90 días y el 52% en menos de 30 días. Los 28 pacientes restantes no lo realizaron por diferentes motivos, por ej. fallecimiento. La asistencia se consideró completa en el 75% de las reuniones.
Conclusión: Consideramos que la discusión en equipos multidisciplinarios es fundamental para el adecuado manejo de

pacientes con estas patologías complejas. Analizar el tiempo empleado nos permitirá planificar estrategias para futuras mejoras y así lograr que los pacientes reciban un diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible.



P52 FRECUENCIA DE HIPERTENSION PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA Y MIOPATIAS INFLAMATORIAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

GOMEZ TEJADA R[1]; GOMEZ R[1]; BRAILLARD POCCARD A[1]; BARRIOS V[1]; MARENGO ROMERO Z[1]; MONTEVERDE M[1]; MASTANDREA N[1]; GIOVINI V[1]; VAZQUEZ BLANCO M[1]; MAZZEI M[1]; PINO M[1]; LABORDE H[1]

[1]Hospital de Clínicas "José de San Martín"

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HTP) puede aparecer en enfermedades del tejido conectivo, incluyendo Esclerosis Sistémica (SSc) y Miopatías Inflamatorias Idiopáticas (MII) entre otras. Se propone este trabajo para describir la frecuencia de HTP en pacientes con SSc y MII seguidos de forma ambulatoria en nuestro centro.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se analizó la base de datos electrónica de SSc (2008-2018) y MII (2008-2018) de nuestro servicio. Se incluyeron pacientes ≥ 16 años con SSc (ACR/EULAR´13) y/o MIA (EULAR/ACR ´17) con ≥ 1 determinación de PSAP por ETT, considerando HTP posible a PSAP ≥ 40 mmHg. Se analizaron datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) (definida por TAC), de insuficiencia cardíaca (sistólica o diastólica del VI definida por ETT) y antecedente de TVP/TEP (certificado por imágenes), presencia de autoanticuerpos (FAN, Scl-70, ACA, anti U1RNP en SSc; FAN, Jo-1, PL-7, PL-12, Mi-2, SRP, Ku, PM-Scl en MII) y presencia de superposición (según criterios clasificatorios correspondientes).
Resultados: Se revisaron 267 pacientes (179 SSc, 88 MII). 217 fueron incluidos (129 SSc, 88 MII). Frecuencia global de HTP 10% (22/218): SSc 13.2% (17/129), MII 5.7% (5/88). 22.7% (5/22) pacientes tenían CCD (SSc 3, MII 2), confirmando todos los casos. Mediana tiempo de evolución 11 años (RIC 4.25-16): SSc 12 años (RIC 7-16), MII 2,5 años (RIC 1,75-10). SSc difusa 29% (5/17) y limitada 71% (12/17). EPI 72,7% (16/22): SSc 70.6% (12/17), MII 80% (4/5); ICC 18.2% (4/22): SSc 17,6% (3/17), MII 20% (1/5); y TVP/TEP 9% (2/22), ambos con SSc (11,7%, 2/17). Superposición 50% (11/22): SSc 41,2% (7/17), MII 80% (4/5). La principal superposición en SSc fue Sjögren y en MII fue SSc/LES. 2 pacientes presentaron SAF, ambos con SSc. Autoanticuerpos: FAN 95.5% (21/22) (SSc 16/17, MII 5/5); SSc Scl-70 29.4% (5/17), ACA 53% (9/17), U1RNP 11.7% (2/17); MII Jo-1 40% (2/5), Ku 20% (1/5) y U1RNP 60% (3/5).
Conclusiones: Se encontró menor frecuencia de HTP en SSc y similar en MII a lo reportado, pudiendo deberse a diferencias Métodológicas o a características poblacionales. La EPI en pacientes con HTP fue alta y podría representar una mayor frecuencia de HTP grupo III. La enfermedad de superposición fue frecuente y los pacientes con MII con HTP tuvieron en su mayoría superposición con SSc. Se halló frecuentemente anti U1-RNP en pacientes con MII y HTP, coincidiendo con las asociaciones clínicas descriptas a ese anticuerpo.

P53 IMPACTO DE LA APLICACION DE LAS RECOMENDACIONES Y PARAMETROS DEL VENTILADOR MECANICO DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE(FBF) EN PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (SDRA)

TAMAYO A[1]; BARRA MONTES DE OCA L[1]; WILCHES THERAN M[1]; FERNANDEZ B[1]; MORALES J[1]; GARNICA R[1]; HUANCA T[1]; RODRIGUEZ G[1]; VIDETTA W[1]; FLORES O[1]; GONZALEZ O[1]; CLAROS C[1]; RODRIGUEZ G[1]; SAKUGAWA J[2]; VELIZ W[1]

[1]Hospital Municipal Eva Perón de Merlo, [2]Hospital Provincial M. Y L. de La Vega. Moreno

Introducción: La utilidad diagnóstica y terapéutica de la BFF junto con su mínima morbimortalidad ha llevado a un aumento de su uso en pacientes críticamente enfermos inclusive en ARM. Objetivo. Evaluar la presentación de las compli-

caciones principales periprocedimiento endoscópico de los datos recolectados siguiendo las recomendaciones y parámetros de la ATS, ERS, BTS, SEMICYUC y SABE de los pacientes con SDRA en AVM

Material y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo y observacional de un período de 2 años (01/06/14 al 31/05/16) en nuestras UTIs, con criterios de inclusión: Enfermos con SDRA (La Definición de Berlín 2011) en ventilación mecánica. Técnica del Lavado Broncoalveolar (BAL) por FBF de acuerdo a las Guías, siendo comparados con una cohorte retrospectiva de 78 pacientes de características y de tiempo similares (01/06/2009 a 31/05/2011) siguiendo el LIS (Lung Injury Score) > 2.5. Se tomaron variables clínica-demográficas y registro de complicaciones presentes. Se realiza un análisis descriptivo de la cohorte de casos, donde los resultados se presentan en forma de frecuencia absoluta y porcentaje para las variables categóricas y como media + - desviación estándar para las continuas

Resultados: Registramos 108 pacientes con SDRA en VM, a 82 se les practicaron la FBF ,48 (58,5%) hombres, 34 (41,5%) mujeres, 54% < 65 años. Los pacientes presentaron APACHE II: 20, con hipoxemia en todos los casos, Pa02 < 60, sat < 88-90% La FBF fue realizada con una estrategia protectiva en Modos de VCV o PCV con un Vt 6 ml/kg y PEEP > 10 cm H_2O de acuerdo al protocolo Network tratando de mantener la Presión Plateau (Pp) < 30 cm H20, y con maniobras de reclutamiento de acuerdo al manejo del SDRA, algunos pacientes requirieron soporte farmacológico temporal para mantener la presión sanguínea. Existió como complicaciones menores 25 (30%): desaturación transitoria < 2 horas 10 (12%) y taquicardia sinusal 8 (10%) mientras que el grupo control previo hubieron un mayor número de complicaciones menores 40 (51%):15 (19%) desaturación y 12 (15%) taquicardia, un reporte de complicaciones mayores de 6 (7.5%) pero no de mortalidad alguna en ambos grupos.

Conclusiones: Las complicaciones mayores relacionadas al estudio no se presentaron y las menores disminuyeron de un 51 a un 30% en el grupo estudiado y no se presentó ningún caso de mortalidad en los dos grupos siguiendo las recomendaciones y parámetros del VM en forma general según las guías de la ATS, ERS, BTS, SEMICYUC y SABE y las especificas del NHLBI Network en pacientes con SDRA

P54 INFECCIÓN PULMONAR POR MYCOBACTERIA MONACENSE EN PACIENTE SINTOMÁTICA RESPIRATORIO. PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA.

VILLA D[1]; LISANTI R[1]; JALIFF S[1]; GONZALEZ L[1]; FLORES L[1]; ARAYA C[1]; DI SANTO V[2]

[1]Hospital el Carmen, [2]Hospital José Néstor Lencinas

Introducción: Paciente femenino sintomática respiratoria con diagnóstico de infección pulmonar por Mycobacteria Monacense (M. Monacense).

Caso clínico: Paciente femenina de 68 años, antecedentes de HTA, exposición a biomasa, no tabaquista. Autóctona de Mendoza Argentina, sin viajes recientes. Consulta por tos húmeda, productiva de 1 mes de evolución. No refiere fiebre, hemoptisis ni pérdida de peso.

Examen físico, sibilancias a la espiración forzada.

TC de tórax: bronquiectasias varicoides en ambas bases. Imágenes noduliformes bilaterales e imagen en árbol en brote.

Cultivo de esputo y baciloscopia por 3 negativo.

Regresa 3 meses después, refiere que la tos ha disminuido, agregándose disnea a moderados esfuerzos.

Examen físico sin desaturación, rales velcro en ambas bases.

TC de control: no adenopatías mediastínicas ni axilares. Tractos densos y confluentes ubicados en vértice izquierdo, que configuran imagen parcialmente calcificada. Discretas bronquiectasias por tracción. 4 imágenes nodulares de distribución subpleural, que no superan los 6 mm de diámetro. Mínimo engrosamiento pleural en ambas bases.

Analítica sin leucocitosis, (GB 4830 NS 2400, B 40, Eo 220, L 1740, M 410), eritrosedimentación 18 mm/hr.

FBC: Hemiarbol bronquial izquierdo a nivel de lób. inferior, segmento lateral, se observan signos hiperpigmentación de la mucosa (antracosis). Se realiza BAL en lób. superior izquierdo.

Resultado de BAL: Mycobacteria Monacense, pendiente antibiograma.

Se inicia tratamiento empírico, pendiente antibiograma.

Discusión: M. Monacense fue inicialmente descripta en 2006, basado en 4 aislamientos clínicos independientes. Esta especie ocupa una posición claramente divergente del resto de las mycobacterias de crecimiento rápido.

Colonias Amarillo suave, escotocromáticas, se desarrollan en una semana, a temperatura que va de los 25 a 45 °C.

Los ácidos micólicos caracterizados por cromatografía líquida de alto performance, semejan a groso modo al de complejos de M. Terrae.

La especie es susceptible in vitro a amikacina, claritromicina, doxiciclina y ciprofloxacina.

En 3 de los 4 casos descriptos, el aislamiento fue respiratorio, de pacientes no relacionados entre sí. Un paciente recibió tratamiento antituberculoso, sin presentar mejoría.

Seguimiento sólo se logró en un paciente, el cual fue tratado exitosamente con amikacina y ciprofloxacina durante 12 meses.

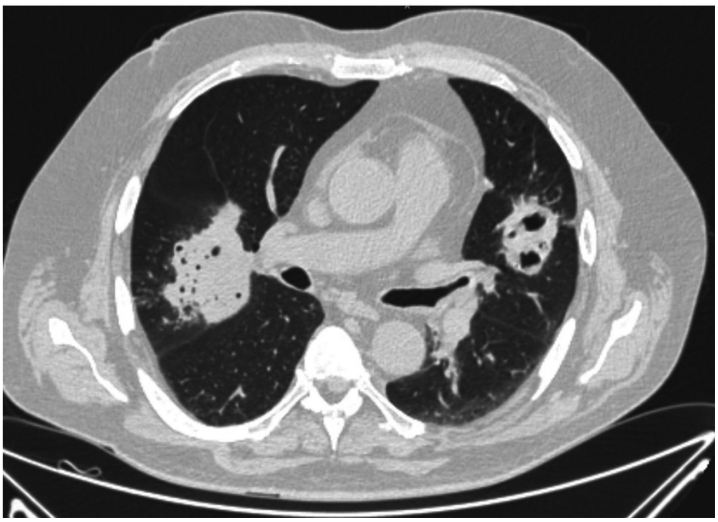
Conclusión: Se presenta un raro caso de infección pulmonar por M. Monacense en paciente sintomático respiratorio, con infiltrados pulmonares en tomografía, A nivel mundial sólo se han reportado 5 casos, 4 de ellos en Asia y 1 en Europa, de un paciente asiático. Seguimiento se logró en un paciente con buena respuesta luego de 12 meses de tratamiento.

P55 INFECCIÓN PULMONAR POR NOCARDIA CYRIACIGEORDICA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

CHUNG K[1]; VIDELA A[1]; ROSENBAUM T[1]; FRANCHI E[1]; GRASSI F[1]

[1]*H. U. Austral*

Introducción: La nocardiosis es una infección poco frecuente, que afecta a sujetos inmunocomprometidos. Su diagnóstico presenta un desafío. Se presentan dos casos con compromiso pulmonar.
Caso 1: Varón de 55 años. Consulta por hiperglucemia persistente. Presentaba tos seca y pérdida de peso.
A.E.A.: ACV isquémico sin déficit motor, DM II, glioma anaplásico de alto grado operado, en tto con Dexametasona 8 mg/dia y Temozolomide. Ex físico: Sin datos clínicos relevantes.
lab: GB:12.550 (N 76%), ERS: 88, Glucosa 376, Urea 77, HIV: (-). PPD (-) TAC de torax. Múltiples consolidaciones difusa y bilateral cavitadas, predominio en LSD, lingula inferior y superior. Opacidades en vidrio esmerilado, patrón en árbol en brote. Sin adenomegalias. BAL: Bacilos gram (+). Z-N: (-). Kynyoun (+) Cultivo: Nocardia Cyriacigeordica.
Se inició TMP-SMX, con buena evolución, pero al mes de tto, reingreso por absceso de partes blandas en muslo. Requirió drenaje quirúrgico y se escaló a imipenem, minociclina. Actualmente en su 4 mes de tratamiento con TMP-SMX + minociclina.
Caso 2: Varón de 70 años, ex tabaquista 25 paq/año, EPOC, neumonías a repetición, déficit de CD 4, HIV (-), tratamiento crónico de corticoides en dosis variables (30 a 8 mg/día) por Sarcoidosis estadio II desde julio 2012. Consulto en enero 2014 por fiebre, tos seca, de 15 días de evolución. Sin datos positivos al ex físico. GB: 15100. n: 75%. ERS: 75 mm. TAC de torax. Infiltrados parcheados pulmonares y nódulos múltiples. Se realiza broncoscopia. BAL: Bacilos gram (+). Kynyoun (+) Cultivo: Nocardia Cyriacigeordica. Se inicia TMP-SMX, completa 6 meses con buena evolución, con resolución de imágenes.
Discusión: La nocardia es una bacteria Gram (+), que habita en suelos. La puerta de entrada es inhalatoria y/o piel. Son susceptibles los inmunocomprometidos, diabéticos, HIV, alcohólicos, en tto oncológicos o con corticoides sistémicos. Diseminan vía hematógena, con preferencia a SNC. Pueden presentar recaídas, abscesos cerebrales, empiemas, colecciones en partes blandas, entre otros. A nivel pulmonar puede presentarse con consolidación multifocal, nódulos, derrame pleural, abscesos de pared torácica. Como diagnósticos diferenciales se plantean micosis, micobacterias TBC y No TBC; neumonías bacterianas (ej. Rhodococcus Equi, Pseudomona, Klebsiella), cáncer primario o mts pulmonares. Su diagnóstico es dificultoso. El BAL tiene redito diagnóstico en 85 a 90%. La droga de elección es TMP SMX. Requiere tratamiento de 6 a 12 meses.
Conclusión: La realización de broncoscopía en pacientes inmunocomprometidos permite el diagnóstico de etiologías de sospecha dificultosa como Nocardia.



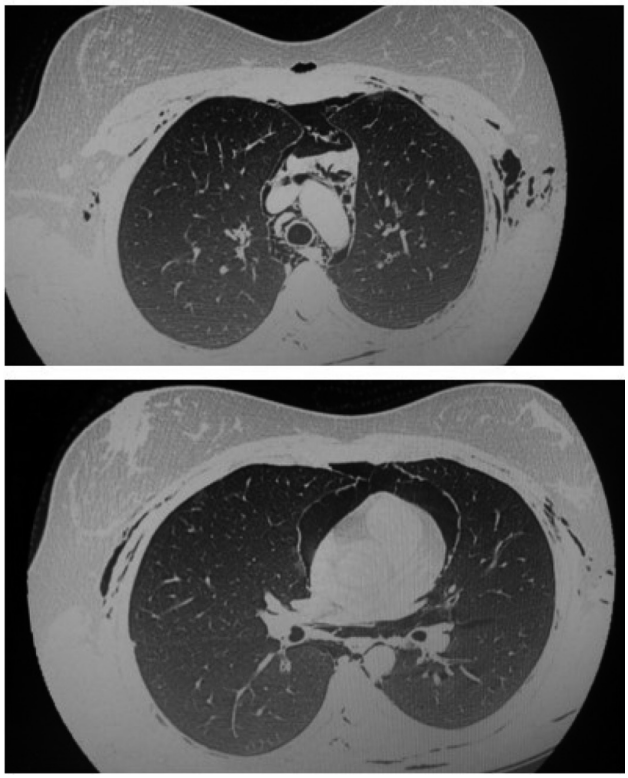
P56 NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO, ENFISEMA INTERSTICIAL PULMONAR Y NEUMORAQUIS COMO COMPLICACIÓN DE CRISIS ASMÁTICA. REPORTE DE CASO

DOMANICO M[1]; CIMINO C[1]; MEDINA MENDOZA A[1]; RAFFA P[1]; MARTINEZ E[1]; PEREYRA C[1]

[1]*Sanatorio Trinidad Ramos Mejia*

Introducción: Se define neumomediastino espontaneo a la presencia de aire en el mediastino que no es precedido por trauma, cirugía u otro procedimiento médico. Otras formas de aire extraalveolar descriptas enfisema intersticial pulmonar, neumopericardio, neumotórax, enfisema subcutáneo, neumoperitoneo y neumoraquis.Es una condición poco frecuente y curso benigno. Los factores desencadenantes contribuyen a un aumento de presión alveolo intersticial con ruptura de los alveolos marginales y desplazamiento del aire a lo largo de estructuras bronquiales, vasculares e intersticio (efecto

Macklin). La incidencia 1/30000 consultas a la guardia con predominio de varones jóvenes no fumadores. La presentación clínica: dolor torácico retroesternal intenso y repentino (40%), odinofagia (38%) y disnea (18%).
Caso clínico: Paciente 21 años, femenina, asmática desde los 6 años en tratamiento con broncodilatadores a demanda. Niega consumo de drogas. Consulta por tos, odinofagia y fiebre de 24 horas de evolución. Al ingreso paciente refiere dolor torácico en región anterior con disfonía sin disnea asociada. Se constata enfisema subcutáneo a predominio cara, cuello, tórax región anterior con extensión a flancos. TAC de tórax y cuello (Ver Imagen): Enfisema intersticial que rodea estructuras vasculares y bronquiales de lóbulos inferiores con extensión a mediastino en sentido cefálico hacia el cuello, enfisema extrapleural e intercisural rodeando parrilla costal en su sector posterior y anterior a predominio izquierdo y mínimo signo de enfisema en interior de canal medular. Lab Hto 38% Rto Blancos 12900/mm3 Plaquetas 273000 Gasometría ph 7,39 pCO_2 40mmHg pO_2 127 HCO3 23 EB-1 Sat 98% FiO_2 28%. Se interna en Terapia Intermedia con tratamiento: Oxigenoterapia. Hidrocortisona. ATB Amoxicilina-clavulánico. Broncodilatadores. Hasta el 4° día de internación presenta dolor torácico pero con disminución en intensidad y mejoría de la voz. Se externa al 7° día con corticoides y broncodilatadores. En control ambulatorio paciente asintomática con remisión completa de enfisema subcutáneo y recuperación de la voz.
Discusión: El diagnóstico debe excluir causas especificas ya mencionadas. Hasta el 50% del neumomediastino espontaneo se acompaña de enfisema subcutáneo. La radiografía es normal hasta en el 30% de los casos por lo cual la TAC de tórax puede mejorar el diagnóstico. La oxigenoterapia se recomienda para promover la absorción de aire libre del mediastino. Antibióticos profilaxis para mediastinitis es debatible pero si presentan fiebre y/o leucocitosis algunos autores lo recomiendan. Dentro de las complicaciones tener en cuenta restricción torácica y compromiso respiratorio provocado por enfisema subcutáneo, disfagia y compresión o cierre de la vía aérea. La mejoría sintomática suele ser dentro de la primera semana y la recurrencia a corto y mediano plazo es casi nula.
Conclusión: A pesar de lo infrecuente, se debe considerar esta entidad en pacientes con exacerbación de asma. El tratamiento conservador y monitoreo clínico en la mayoría de los casos es lo recomendado.



P57 PORCENTAJE DE CAMBIO SEGÚN EL DECÚBITO (SENTADO/ACOSTADO) EN LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR

GATICA D[1]; LISANTI R[1]; LISANTI G[1]; ALVAREZ BERTEA J[2]

[1]Universidad Nacional de Cuyo, [2]Hospital del Carmen

Objetivo: Las pruebas de función pulmonar (PFP) tienen un importante rol en el diagnóstico, pronóstico, evaluación de la respuesta al tratamiento y en la toma de decisiones terapéuticas. En muchos casos es subutilizada por desconocimiento de su potencial, por ejemplo en las enfermedades neuromusculares. El siguiente trabajo fue desarrollado con el objetivo de conocer los valores normales de las pruebas de función pulmonar en voluntarios sanos y su porcentaje de cambio con respecto al decúbito (sentado/supino).

Material y Método: Se ha reclutado un total 40 voluntarios sanos, los cuales completaron todas las pruebas funcionales 32 personas, durante 9 meses desde noviembre del 2017. Las PFP fueron realizadas en decúbito supino y posición sedente siguiendo los protocolos por la Sociedad Europea de Medicina Respiratoria y la Asociación Americana del Tórax con el equipo Medgraphics® Elite Series M Plethysmograph. Para las mediciones de presiones bucales máximas/mínimas se utilizó el equipo Carefusion MicroRPM® y para la medición del pico flujo tusígeno se utilizó Mini Wright®.
Resultados: Edad: Promedio: 36.6 años (59-25). Sexo: Masculino: 23, Femenino: 9. Peso: Promedio: 77 kilos (107-52). Altura: promedio 171 metros (189-159).
- Capacidad Vital Forzada (FVC):
Promedio sentado: 99.96% real: 4,73 litros (6,8-3,1 litros).
Promedio supino: 4.55 litros, promedio de porcentaje de cambio: -3,91% (1.69/-14.19%)
- FEV1:
Promedio sentado: 97.81%, real: 3,76 litros (5.11-2.38).
Promedio supino: 3.55 litros, promedio de porcentaje de cambio: -6.58% (-1/-14%)
- Pico flujo tusígeno (PFT)
Promedio sentado: 554,14 litros/min (806.8-328.4)
Promedio supino: 540 litros/min, promedio de porcentaje de cambio: -5.45%. (6/-21%)
- Presiones bucales máximas y mínimas:
PiMax: promedio sentado: 96.78 cmH_2O (143-35). PiMax: promedio supino: 88.84. Promedio de% de cambio: -1.9% (10.3/-31.7%)
PeMax: promedio sentado: 87.53 cmH_2O (128-30). PeMax: promedio supino: 84.03. Promedio de% de cambio: -6.67% (0/-21.5%)
- Ventilación Voluntaria Máxima (VVM):
VVM: promedio sentado: 152.34 L/min (236-84). Promedio supino: 139.7 L/min. Promedio de porcentaje de cambio: -10.8% (0/-31%)
Conclusiones: Las pruebas de función pulmonar son herramientas de gran utilidad clínica, que presentan diferencias regionales, étnicas y antropométricas. Es importante seguir fomentando la investigación de valores normales en nuestra población debido a su importancia diagnóstica, pronóstica y de seguimiento terapéutico. Observamos en este trabajo, con sus limitaciones, que el porcentaje de cambio con el decúbito es bajo. Por ejemplo: el porcentaje de cambio del FVC no supera el 4%, pero con un rango que va desde: 1.69 al -14.19%. Estos datos motivan a futuros trabajos de investigación y a una muestra más ampliada en la región para validarlo.

P58 QUISTE PERICARDIO-CELOMICO : REPORTE DE CASO

SOLIZ N[1]; QUISPE R[1]; VALDEZ M[1]; CAPUA J[1]; SANCHEZ A[1]; STANISCIA B[1]; GATTI A[1]; ECHAZARRETA A[1]

[1]HEIAyC San Juan de Dios, La Plata

Introducción: El quiste pericardio-célomico (QPC) es una lesión congénita muy infrecuente, con un curso clínico en la mayoría de los casos benigno, que se diagnostica en forma incidental en la radiografía de tórax, pudiendo confundirse con un proceso neoformativo pulmonar. La incidencia se ha estimado en 1/100.000 pacientes. Representa el 5-10% de los tumores mediastínicos. Son identificados en la cuarta o quinta década de la vida. Su localización más frecuente es el ángulo cardiofrénico derecho (70%), seguido del ángulo cardiofrénico izquierdo (10-40%).
Caso clínico: Mujer de 50 años, de Dolores, provincia de Buenos Aires, derivada a consultorio externo de Neumonología por presentar tos seca irritativa de cuatro semanas de evolución.
Antecedentes personales. No tabaquista, cirugía por cistoadenoma de ovario, dos cesáreas. Niega reflujo gastroesofágico, goteo postnasal o antecedente de asma bronquial
Examen físico. Paciente en buen estado general, lúcida, hemodinámicamente estable
Signos Vitales: FR: 17 rpm, TA: 110/75 mmHg, Fc: 98 lpm, T°:3 6.1° C, $SatO_2$:97% (0.21).
Aparato respiratorio. Buena mecánica ventilatoria, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados.
Rx de Tórax:
Espirometría: VEF1/CVF 0.74%; CVF pred. 3.89L (111%); VEF 2.89L (103%); prueba broncodilatadora negativa; CPT 105%; VR 82%; VR/CPT 79%.
Laboratorio: Hto 37%, Hb 11.8 gr%, GB 8000/mm^3, ERS 8 mm/h, Glu 95 mg/dl, Urea 25 mg/dl, Cr 0.67 mg/dl, TGO 19 UI/ml, TGP 18 UI/ml, FAL 249, Serologías: VHC, VHB, VDRL, VIH: No reactivas.
Tomografía de tórax. Imagen quística ubicada en topografía paracardiaca derecha que mide 11 cm de diámetro antero posterior y corresponde en primer término a un quiste pericardio-celómico. El mediastino se encuentra centrado y no se identifican adenomegalias.
Ecocardiograma. En cara lateral de la aurícula derecha se observa imagen hipoecogénica de aproximadamente 12 cm por 9 cm, de presunta ubicación pericárdica, que genera compresión de la misma sin compromiso hemodinámico, ni compresión de estructuras adyacentes.
Se realiza interconsulta con cirugía torácica para eventual resección quirúrgica.
Discusión: El QPC, presenta un pronóstico favorable, aunque su historia natural no es completamente conocida. En la bibliografía se han comunicado desde casos con desaparición espontánea hasta recurrencia tras la resección quirúrgica, y

complicaciones graves, incluso mortales, tales como taponamiento cardíaco, shock cardiogénico, erosión de la vena cava, torsión, compresión cardíaca o infección del quiste.
Conclusión: El curso insidioso del QPC dificulta su diagnóstico. Sin embargo frente una imagen radiopaca en la Rx tórax especialmente en el ángulo cardiofrènico derecho, debemos sospecharlo ya que esto nos permitirá un diagnóstico y tratamiento oportuno.

P59 REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS: UN ESCOLLO DIFÍCIL DE SUPERAR

SÁNCHEZ L[1]; BONILLA J[1]; CEDEÑO J[1]; BOCCIA C[1]; ABAD S[1]; DE ESTÉFANO G[1]; PALMERO D[1]

[1]Hospital Muñiz

Las Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosis de primera línea (RAFAs) graves (grado 3 o mayor) son una de las causas principales, junto con la drogorresistencia, de fracaso terapéutico y recaídas. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia de una sala de internación de TB varones en un hospital de referencia.
Material y Método: estudio observacional retrospectivo, revisión de las historias clínicas de 625 pacientes varones internados con TB pansensible tratados con esquema estándar entre junio 2016 y junio 2019.
Resultados: Las RAFAs graves fueron el motivo de internación o aparecieron durante el tratamiento en 82 pacientes (13,1%) con una edad X = 39 años (DS = 13,9). Según nacionalidad, fueron: argentinos, 55% y extranjeros, 45% (bolivianos: 30%, peruanos: 11%, otros: 4%). Presentaron comorbilidades (1 o más) 67 pacientes (82%): tabaquismo >40 p/y: 17 pacientes; enolismo grave: 18; HIV: 10; adicciones: 11; diabetes: 7; otras, 4. El tiempo promedio de aparición de la RAFA fue 14,3 días (DS 13,5); para las hepatitis, X = 13.9 días (DS = 10.2), para el síndrome DRESS, X = 26.8 días (DS = 10.6). Las RAFAs observadas según frecuencia fueron: hepatotoxicidad: 58.5% (2 ingresaron a lista de trasplante); gastrointestinales, 11%; síndrome DRESS, 11%; plaquetopenia, 11%; farmacodermia, 3.7%; hiperuricemia sintomática, 3,6%; insuficiencia renal, 1.2%. Tres pacientes (3.6%) requirieron internación en UTI. En las hepatitis tóxicas, el valor promedio de GOT fue 277.7 (DS = 202) y el promedio de T. de Quick en los pacientes con alteración del coagulograma (N = 41) fue 59% (DS = 10,5). Los fármacos más frecuentemente involucrados fueron (Nº de episodios): pirazinamida (Z), 65; rifampicina (R), 20; isoniacida (H), 14; etambutol (E), 9; estreptomicina (S), 1. El tratamiento al alta incluyó un mínimo de 3 drogas, que en orden de frecuencia fueron: E, 66 pacientes; H, 64; R, 60; levofloxacina, 56; S, 32; Z, 13; cicloserina, 5. Veinticinco pacientes egresaron con esquemas sin H y R, mientras que solo 2 pudieron egresar con el esquema estándar. Todos los pacientes con farmacodermia y DRESS recibieron corticoterapia prolongada. El tiempo X de internación fue de 41,1 días (DS = 24.2).
Conclusiones: Las RAFAs graves requieren prolongadas internaciones y pueden amenazar el éxito del tratamiento por a la imposibilidad de reintroducir suficientes drogas para lograr un esquema eficaz. Las comorbilidades más frecuentes fueron las diversas adicciones (tabaquismo, enolismo, drogas ilícitas). La RAFA más frecuente fue la hepatitis tóxica; su tiempo de aparición fue más corto que para el DRESS, relacionado con los distintos mecanismos patogénicos. La droga más frecuentemente incriminada fue la Z. Es fundamental la reintroducción secuencial de los fármacos, la mayoría de los pacientes egresó con un tratamiento que incluyó drogas de segunda línea y solo en 25 se logró incluir la dupla bactericida H y R, lo cual implica la posibilidad del uso de esquemas subóptimos que pueden generar recaídas o selección de cepas drogorresistentes.

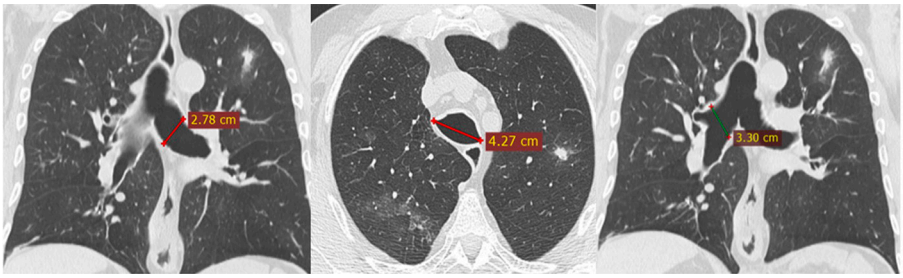
P60 SÍNDROME DE MOUNIER KUHN: A PROPÓSITO DE UN CASO

VALLEJOS E[1]; GÓMEZ TEJADA R[1]; SPINA J[2]; PUTRUELE A[1]

[1]Hospital de Clínicas José de San Martín, [2]Diagnóstico Médico

Introducción: El síndrome de Monier Kuhn, también conocido como traqueobroncomegalia, fue descripto por primera vez en 1932 por Pierre Mounier-Kuhn. Se caracteriza por una marcada dilatación de la tráquea y los bronquios principales que lleva a un deterioro del clearence mucociliar bronquial, con lo que la presentación clínica más frecuentemente reportada es la de infecciones respiratorias bajas a repetición en paciente adulto. La prevalencia del síndrome Mounier Kuhn es relativamente baja, afectando entre el 1 al 2.5% de la población y predomina en varones entre los 25 y los 50 años. Hasta la aparición de la aparición de la tomografía la broncoscopía era el gold standard. Los diámetros transversos considerados como criterio diagnóstico son de 3.0 cm para la tráquea, medida a 2 cm por encima del cayado aórtico y de 2.0-2.4 cm y 1.5-2.3 cm para bronquio fuente derecho e izquierdo respectivamente.

Caso clínico: Hombre de 64 años, ex tabaquista de 35 PY (abandono 5 años previos a la consulta), en tratamiento con corticoides inhalados + broncodilatadores de acción larga por espirometría con patrón obstructivo moderado asociados a síntomas de hiperrectividad bronquial. Es derivado al servicio de Neumonología por cuadros de infecciones respiratorias bajas a repetición desde la juventud, en todos ellos presentó estudios radiológicos compatibles con neumonía, de diferentes localizaciones y que realizó tratamientos antibióticos diversos, sin rescates microbiológicos, con adecuada respuesta clínica. Habiendo descartado causas adquiridas o congénitas de inmunodeficiencias se revisan las radiografías previas del paciente donde se apreciaba una dilatación difusa traqueal por lo que se solicita una tomografía de tórax donde se constata dicha dilatación y también la afectación bronquial. El paciente continúa en seguimiento por el servicio.
Discusión: Si bien se trata de una entidad congénita, recién comienza su manifestación clínica luego de la tercera década de la vida donde se alcanza un nivel de dilatación que afecta la normal depuración mucociliar, aunque este proceso puede verse acelerado por factores externos que afectan directamente la mucosa bronquial, como el tabaquismo. Si bien la entidad no tiene tratamiento específico, solo el de las complicaciones agudas, es importante evitar la exposición a inhalantes irritantes crónicos por lo cual las medidas de cesación tabáquica son de gran valor.
Conclusiones: Este paciente presenta un ejemplo característico del síndrome de Mounier Kuhn, tanto en su curso clínico como en sus estudios tomográficos. Presenta también la particularidad de tener el antecedentes tabáquico como factor contribuyente a la afectación estructural de la vía aérea con su consecuente defecto obstructivo

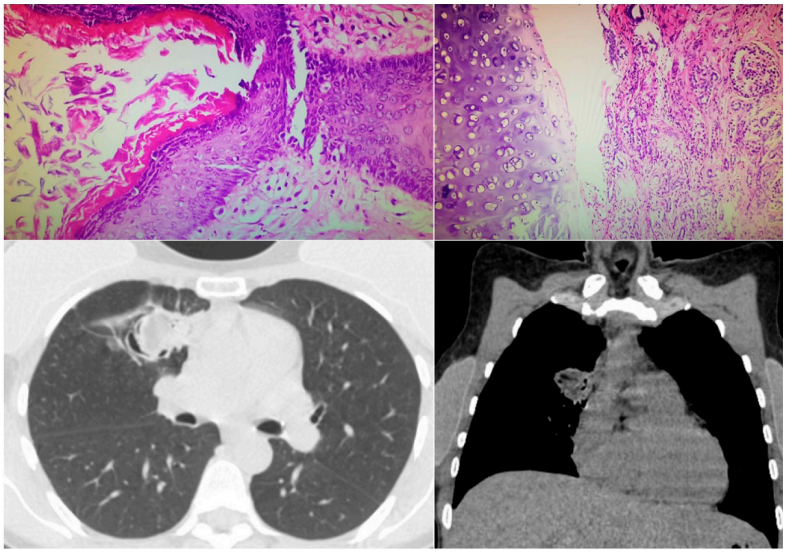


P61 TERATOMA DE PULMÓN COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMOPTISIS

LÓPEZ MORIST L[1]; FERNANDEZ O[1]; CAPITAINE FUNES C[1]; PENDINO R[1]; BOZIKOVICH C[1]; PIATTI F[1]; RONCORONI V[1]; DE LA RIESTRA F[1]

[1]*Sanatorio Parque*

Introducción: Los teratomas son tumores comunes del mediastino pero en muy contadas ocasiones se encuentran en el pulmón habiéndose descrito menos de 100 casos en la bibliografía. Son tumores que se originan de las células germinales totipotenciales, es decir, puede estar compuesto de las tres capas blastodérmicas (ectodermo, endodermo y mesodermo). Es así, como en su histología puede observarse tejido quístico, sólido, calcificado o graso; como también componentes maduros o inmaduros.
Caso clínico: Paciente femenina de 37 años de edad consulta por hemoptisis y dorsalgia derecha de 72 horas de evolución. Laboratorio: Leucocitos 8020, N 89%, Hb 9.5 Hto 31.5, Plaquetas 277 mil, Urea 16 Creatinina 0,56 Na 142 K 3,85, Ac Anti HIV negativo. Se realiza Tomografía de tórax donde se constata, comprometiendo el segmento anterior del lóbulo superior del hemitórax derecho, una cavidad aérea de 40 mm de diámetro con contenido de aspecto redondeado y heterogéneo en su interior; se acompaña de ligera alteración del parénquima pulmonar adyacente. Se realiza VATS con resección segmentaria pulmonar (segmento medial del lóbulo medio y segmento basal del lóbulo superior). El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa una neoplasia de células germinales de tipo teratomatosa caracterizada predominantemente por tejido ectodérmico (estructuras pilosebáceas y epidermis con hiperqueratosis) y se observa además componente mesodérmico (tejido fibroconectivo y adiposo maduro); sin signos de atipías ni mitosis.
Discusión: Se decide revisar el tema y presentar el caso por la baja incidencia de estos tumores.
Conclusiones: Los teratomas se encuentran predominantemente en las gonadas, mientras que el mediastino es el sitio extragonadal más común, siendo su presentación pulmonar excepcional. Los teratomas pulmonares primarios se originan a partir de tercer arco faríngeo con menos de 100 casos publicados. Los teratomas maduros, aquellos bien diferenciados y con al menos dos tejidos derivados de diferentes capas de células germinales, son el tipo histológico más común. La mayoría de los pacientes se diagnostican antes de los 20 años y en más de la mitad de las ocasiones los pacientes están asintomáticos. Si presentan clínica el dolor torácico es el síntoma más frecuente (52%) seguido de hemoptisis (42%) o tos (39%). Mas raramente pueden presentar dorsalgia, omalgia, disnea, fiebre o tricoptisis (13%, muy específico). Radiológicamente las lesiones son típicamente quísticas, bien definidas y con calcificaciones focales. El hallazgo de un nivel de grasa/agua es altamente especifico. En la tomografía se constata de manera característica una masa heterogénea de bordes bien definidos y quiste lobulado. Dicho estudio demuestra la presencia de áreas de distinta densidad con alto contenido graso, calcificaciones puntiformes o incluso dientes. El único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica, siendo la supervivencia similar a la de los pacientes de la misma edad, en aquellos casos que sea posible.

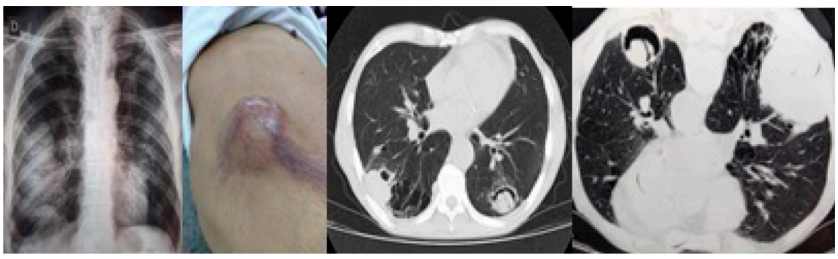


P62 ASPERGILOMAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON METÁSTASIS PULMONARES

STANISCIA B[1]; MERELES J[1]; SOLIZ N[1]; SANCHEZ A[1]; DUJMOVIC M[1]; PELLEGRINO G[1]

[1]HIEAyC San Juan de Dios de La Plata

Introducción: La aspergilosis pulmonar se puede manifestar como nódulos cavitados, sin embargo, la presencia de aspergilomas múltiples es infrecuente, presentándose en un 5 a un 10% de los casos. El melanoma representa el 1% de todos los tumores malignos, solo 5 a 15% metastatiza en el pulmón, y cuando lo hace sólo un 4% presenta cavitación.
Caso clínico: Hombre de 66 años, derivado de Tres Arroyos a nuestro hospital para estudio de nódulos pulmonares múltiples. Cursó internación cuatro meses previos al ingreso por neumotórax espontáneo con colocación de tubo de drenaje y permanencia del mismo por aproximadamente 30 días. Antecedentes: tabaquista de 40 paquetes/año, sin otras comorbilidades. Ocupación: Cosecha de trigo y soja durante 35 años.
Examen físico. Paciente en regular estado general, hemodinámicamente estable. Adelgazado. FC: 78/min, FR 20/min, TA 110/60 mmHg, T° 36,5°C. Ap respiratorio: hipoventilación marcada bilateral, rales crepitantes en base derecha. Piel y TCS: tumoración en región latero-torácica derecha, duroelástica, surcada por telangiactasias y vasos dilatados, no dolorosa, de aproximadamente 8 cm de diámetro, adyacente a cicatriz de tubo de tórax.
Se realizan radiografía de tórax y TCAR de tórax donde se observa enfisema paraseptal y bulloso y nódulos múltiples, algunos cavitados con contenido en su interior.
Laboratorio: GR 3.23 10´6/mm, Hto 27.2%, Hb 8.7 g/dl, GB 10800/mm3, Pq 303000/mm3, glucemia 0.79 g/l, urea 0.29 g/l, Creatinina 0.81 mg/dl, TGO 7 UI/l, TGP 6 UI/l, FAL 237 UI/l.
Serología HIV: no reactivo.
BAL: OD y cultivo. Negativo para microorganismos comunes. BAAR. Negativo. Micológico. Micelios filamentosos sin fructificación. Crecimiento de colonias (color blanco). Cultivo dificultoso. Aspergillus flavus. IgE Aspergillus fumigatus negativa. IgE para Aspergillus flavus positiva
Punción guiada por TC. Anatomía patológica. Positivo para células atípicas. Carcinoma indiferenciado con inmunohistoquímica compatible con melanoma.
Discusión: La presencia de nódulos pulmonares nos plantea un desafío diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente tabaquista, con nódulos pulmonares múltiples, arribando al diagnóstico de dos patologías, ambas con forma atípica de presentación, lo que condicionó un reto diagnóstico y terapéutico debido a la escasa literatura publicada.
Conclusión: El caso clínico que presentamos tiene características excepcionales: un curso clínico asintomático, la presencia de aspergilomas múltiples y la concomitancia con metástasis pulmonares de melanoma. Esto condicionó una particular dificultad diagnostica y un reto terapéutico en la priorización del tratamiento oncológico o infectológico.



P63 CÁLCULO DEL VOLUMEN DE PEEP DE ACUERDO A LA PEEP ESTABLECIDA POR CRITERIO MECÁNICO PEEP/COMPLIANCE Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL Y EL PESO PREDICHO

GALLARDO A[1]; PATRINOS A[1]; BALLESTEROS A[1]

[1]*Sanatorio Clínica Modelo de Morón*

Introduccion: la asistencia ventilatoria mecánica con el agregado de PEEP es una práctica habitual en las unidades de cuidados críticos. Los valores de PEEP varían entre los distintos pacientes según las características mecánicas y clínicas, presenten o no patología pulmonar. Procurando la protección del pulmón, diversas mediciones ser realizan a diario. Parámetros como el peso predicho (PBW), volumen tidal, PEEP, volumen de PEEP (PEEPVolcalc), capacidad residual funcional (CRFt) y driving pressure, entre otros, se estudian a fin de otorgar una ventilación segura. Conocer la relación que guardan los parámetros descritos podría optimizar la terapéutica y reducir el daño inducido por la ventilación.
Objetivo: comparar el PEEPVolcalc, luego del seteo de PEEP, en relación a la CRFt y al PBW
Material y Método: estudio prospectivo, descriptivo y correlacional que incluyó pacientes mayores de 18 años, con ARM ≤48hs y sin patología pulmonar, desde 1/6/17 a 1/6/18. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, talla, peso predicho (PBW), volumen tidal (VT), PEEP, presión meseta (Pplat), volumen de PEEP o PEEPVolcalc entendido como [(PEEP - ZPEEP) . Cest], CRFt según ecuaciones validadas por la ERS y relación PEEPVolcalc/CRFt. Las variables se computaron luego de titulación de PEEP según curva de PEEP/compliance. Posteriormente se obtuvieron valores de Pplat y compliance para obtener PEEPVolcalc. PEEPVolcalc se obtuvo con valores de compliance [VT / ΔP]. Los resultados se expresan como%, media, mediana y DS.
Resultados: Durante el tiempo de estudio se incluyeron 27 pacientes con ARM ≤ 48 hs y sin patología pulmonar. La edad promedio fue de 58.6 ± 15.81 (mediana, 65). Hombres 62.96%, mujeres 37.03%. Talla: 168.1 ± 6.72 cm (mediana, 168 cm), PBW: 62.48 ± 7.89 kg (64.19 kg), VT: 452.5 ± 63.80 ml (480 ml), PEEP: 7.71 ± 2.27 cmH_2O (8 cmH_2O), Pplat: 20.82 ± 2.17 ml/cmH_2O (20 ml/cmH_2O), PEEPVolcalc: 283.73 ± 135.48ml (254.41ml). CRFt: 2155.45 ± 303.65ml (2197.93 ml).Los valores para la relación PEEPVolcalc/CRFt fueron: 13.26 ± 6.17% (11.43%). El PEEPVolcalc representó un volumen de 4.52 ml/kg de peso predicho
Conclusiones: La relación entre el PEEPVolcalc / CRFt se encuentra levemente por encima del 13%, sugiriendo que la cantidad de PEEP establecida por criterios mecánicos requiere de un volumen de gas pequeño, cercano a los 4.5ml/kg de PBW. La ausencia de patología pulmonar podría justificar los hallazgos de pequeños volúmenes de gas para alcanzar los valores de PEEP establecidos.

P64 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC

ORTEGA K[1]; MORALES R[1]; TRINIDAD M[1]; SAAD R[1]; PEÑAFIEL SANCHEZ R[1]; MELLINO M[1]; HERRERO G[1]

[1]*Hospital Presidente Perón de Avellaneda*

Objetivos: Describir las principales características demográficas y clínicas de una población de pacientes internados por EAEPOC en el servicio de Neumonologia del HIGA Pte. Perón desde junio 2018 a junio 2019. Mencionar las causas más frecuentes de exacerbación y comorbilidades asociadas. Valorar cobertura vacunal, adherencia al tratamiento y seguimiento por el especialista previo a la internación.
Materiales y Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal, de 12 meses comprendido entre junio 2018 a junio 2019, con una N = 23 pacientes internados en el servicio de Neumonología del HIGA PTE. PERON de Avellaneda. Criterios de inclusión: ambos sexos, mayores de 40 años, tabaquista actual o ex y diagnóstico previo de EPOC o durante su internación.
Resultados: Se enrolaron 13 hombres (56.52%) y 10 mujeres (43.47%) con edad promedio de 70.22 años (± 20años). 16 (69,56%) tenían diagnóstico previo y 7 (30.43%) se diagnosticaron en la internación, con 52% clasificados en estadios 1 y 2, y 48% estadios 3 y 4 según las guías GOLD 2017. El tabaquismo se halló en el 100% de los pacientes, de los cuales 18 (78.26%) continuaban fumando, con Pack/Year (P/Y) promedio de 83.54. La HTA fue la comorbilidad que más se asoció a la EPOC en 11 pacientes (47.8%) seguido de arritmias con 5 pacientes (21.73%) y en tercer lugar (13.04%) IC, diabetes y trastornos psiquiátricos. En 14 pacientes (60.87%) no se corroboro causa infecciosa asociada a la EAEPOC y un 57% de ellos eran tabaquistas activos. Se presume que la principal etiología infecciosa fue viral sobre la bacteriana. En inmunizaciones se observó que 17 pacientes (73.9%) no tenían dada la vacuna antigripal y 13 pacientes (56.5%) tampoco tenían alguna variante de la antineumococcica. De aquellos diagnosticados previamente, 10 (62.5%) se encontraban con triple terapia, 1 (6.25%) con LAMA/LABA y 5 (31.25%) con LABA/CI. El 31% refirieron mala adherencia al tratamiento. Más de la mitad de los pacientes (57%) no eran seguidos por especialista.
Conclusión: las internaciones por EAEPOC representaron el 22.1% del total de las internaciones en el Servicio de Neumonología en ese período. Tanto la edad como la predominancia del sexo masculino coinciden con estudios nacionales (EPOCAR). El principal factor de riesgo fue el tabaquismo, el 100% de los pacientes tuvieron exposición al mismo y casi un 80% continuaba fumando al momento de la internación. Un gran porcentaje desconocía padecer la patología, siendo la agudización la primera manifestación de la misma. Esto nos lleva a reflexionar sobre el subdiagnóstico ya conocido. En nuestro caso el grado de deterioro funcional no mostró una diferencia marcada relacionada con la severidad de la obstrucción. El 100% tenían comorbilidades, la HTA fue la más frecuente, coincidiendo con publicaciones internacionales. La tasa de vacunación antigripal y antineumococcica fue deficiente aumentando el riesgo de ingresos hospitalarios. La mala adherencia al tratamiento se observó en un tercio de los pacientes, lo que se adiciona al aumento del riesgo de internación

P65 COMPARACIÓN DE VALORES ESPIROMÉTRICOS EN MODERADA A GRAN ALTURA EN SUJETOS ACLIMATADOS VERSUS NO ACLIMATADOS

DONATO S[1]; SCHMIDT A[1]; SAYAGO F[1]; CARNERO J[1]; GRANCELLI C[1]

[1]*Instituto Andino de Medicina de Altura*

Objetivo: Comparar los cambios en el sistema respiratorio de sujetos aclimatados (A) a la Altura con sujetos no aclimatados (NA), valorando además eventual aparición de Mal Agudo de Montaña (MAM) u otras enfermedades producidas por la hipoxia hipobárica.
Material y Método: Se evaluó la Capacidad Vital Forzada (CVF), Volumen Espiratorio Forzado al 1er segundo (VEF1), relación de Tiffeneau(T), saturación de pulso de oxígeno (SO2p), frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardíaca (FC) examen físico respiratorio y Escala de MAM de Lake Louise, en un grupo de 6 andinistas sin antecedentes conocidos de patología respiratoria, 3 NA (2 masculinos; 1 femenino) y 3 A (masculinos), durante el ascenso al Cerro Plata (6000 msnm), utilizando un espirómetro Spirodoc (MIR). Se realizaron los registros por la mañana de 5 días consecutivos: día 1 a 700 msnm, día 2 y 3 a 2800 msnm, día 4 a 3580 msnm y día 5 a 4200 msnm.
Resultados: Se observó la aparición de MAM leve en un NA a 3500 msnm. Un A presentó Edema Agudo de Cerebro de Altura (EACA) a 5500 msnm. Se encontraron 3 sujetos con ruidos crepitantes a la auscultación pulmonar: 1 A a alturas de 700 msnm, 2800 msnm y 4200 msnm; 1 NA a 3580 msnm y 1 NA a 4200 msnm.
Con las alturas crecientes:
- los valores de SO2p descendieron tanto en A como NA
- la frecuencia cardíaca (FC) se incrementó en NA más que en A
- la frecuencia respiratoria (FR) no arrojó cambios concluyentes
- la capacidad vital forzada (CVF) mostró tendencia a la caída en NA, se mantuvo constante en A
- el volumen espiratorio forzado al 1er segundo (VEF1) se mantuvo constante tanto en A como NA

Conclusiones: El edema alveolar fisiológico descripto en la literatura se evidenció en la auscultación de rales en individuos sin patología evidente de Edema Agudo de Pulmón de Altura (EAPA).
La creciente altura no produjo patrón obstructivo en ninguno de los grupos.
La altura propició patología propia en 1 NA y 1 A individuos (MAM leve y EACA respectivamente). Nuestro estudio demostró diferencias entre A y NA en los cambios del sistema respiratorio con la hipoxia hipobárica. Es de destacar la caída de la CVF en NA pudiendo obedecer al edema alveolar fisiológico. Haría falta repetir el estudio con un número mayor de sujetos para corroborar con mayor significancia nuestros resultados.

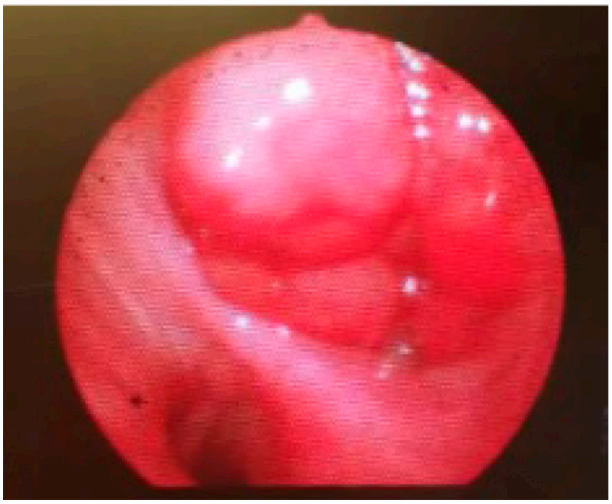
P66 LINFOMA ENDOBRONQUIAL

ZALAZAR KHAIRALLAH C[1]; ZAMBRANO J[1]; CORDOVA G[1]; GONZÁLEZ C[1]; SIMKIN P[1]; LITEWKA D[1]

[1]*Hospital J. A. Fernández (GCBA)*

Introducción: El linfoma de células del manto pertenece al grupo de Linfomas No Hodgkin (LNH). Representa el 5-10% de todos los linfomas. Se puede observar una proliferación clonal de células B. La mayoría deriva de células Naive presente en los folículos primarios o en el manto del folículo secundario.
Aparece alrededor de la 6° década de la vida, más frecuentemente en varones. Se caracteriza por adenopatías en todos los territorios ganglionares, hepatoesplenomegalia y frecuente afectación extranodal. En el 80% de los pacientes compromete el sistema digestivo, siendo rara la localización pulmonar.
Caso clínico: Hombre de 68 años, tabaquista de 16 p/y, con diagnóstico de linfoma de células del manto en 2016 a través de PAMO que recibió tratamiento con 6 ciclos de rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona, y continuó con terapia de mantenimiento con rituximab.
Se mantuvo en remision de enfermedad por PAMO y PET/TC del 2016 al 2019.
En enero del 2019 presentó tos con expectoración y fiebre. TC evidenció imagen consolidativa en LSI compatible con NAC.
Se realiza fibrobroncoscopia con BAL y biopsia directa de formación endoluminal que obstruye la totalidad del BLSI.
AP: infiltración de mucosa bronquial por linfoma del manto, Ciclina D1: positiva.
En abril del 2019 se realiza PET/TC que muestra adenopatías hipercaptantes, la de mayor tamaño en hilio pulmonar izquierdo de 22 × 29mm, y otra con mayor actividad metabólica en cadena ilíaca externa derecha (SUV 4,2). Opacidad pulmonar izquierda con leve actividad metabólica. Se indica terapia monoclonal.
Discusión: El compromiso pulmonar en LNH es poco común (menos del 5% al momento del diagnóstico). Su prevalencia aumenta con el tiempo y puede presentarse hasta en el 24% de los pacientes durante el curso de la enfermedad. Además, no es frecuente encontrar adenomegalias mediastinales.
En contraste, el Linfoma de Hodgkin presenta compromiso pulmonar más frecuente (10% al momento del diagnóstico y hasta 35-40% durante el curso de la enfermedad).
Los patrones radiológicos descriptos más frecuentes son: nódulos pulmonares mal definidos (predominan en lóbulos inferiores, pueden cavitar); linfangitis carcinomatosa (peribroncovascular) y opacidades alveolares/consolidación (indistinguible de una neumonía bacteriana).
El compromiso endoluminal es extremadamente raro (menos del 5%). No se encontraron reportes de casos con recidiva endobronquial.

Conclusión: Este caso nos recuerda la importancia de los antecedentes. El hallazgo de la lesión endobronquial en contexto de tabaquismo nos orientó inicialmente a un carcinoma broncogénico. El diagnóstico final mostró una forma poco frecuente de compromiso pulmonar por LNH en recaída.



P67 NEUMONÍA INTERSTICIAL CON RASGOS AUTOINMUNES

MALDONADO CÁLCENA B[1]; MOYANO G[1]; ALVAREZ F[1]; GASCO F[1]; LEAL A[1]; LUDUEÑA G[1]

1Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: Las enfermedades pulmonares difusas (EPD) son un grupo heterogéneo de patologías donde la proliferación de fibroblastos genera inflamación y fibrosis alterando la citoarquitectura pulmonar. Se clasifican en: EPD de causa conocida, enfermedades primarias del intersticio pulmonar, y neumonías intersticiales idiopáticas. Dentro de este último, existe un subgrupo de pacientes, que presentan manifestaciones clínicas y/o serológicas que sugieren una enfermedad autoinmune pero que no cumplen los criterios diagnósticos vigentes. Desde el 2015 se lo conoce como neumonía intersticial con rasgos autoinmunes (IPAF).

Caso clínico: Varón de 71 años, con antecedentes de dos internaciones en el último año por NAC, HPB en tratamiento con solifenacina. Jubilado, ex policía. Nunca fumó. Consultó por disnea y tos seca de 2 meses de evolución. Se inició después de la última neumonía y progresó hasta CF IV. Examen físico: TA 110/70 mm Hg; FC 100 lpm; FR 26 rpm. Sat 91% al 0,21. Afebril. Sin signos de insuficiencia cardíaca. Rales secos hasta campos medios bilaterales. Rx tórax: infiltrado reticular bilateral en bases y campos medios. ECG: sinusal, FC 100. Laboratorio: Hto 50%; Hb 17,2 g/dL; leucocitos 15400/mm^3. TP 85%; KPTT 63”; inhibidor lúpico, anti B2-GP y anti cardiolipinas positivos. FAN 1/640 moteado; C3 64 mg/dL; C4 7 mg/dL. Resto del colagenograma y HIV negativo. Sedimento urinario normal. TAC tórax: NSIP fibrosante. Ecocardiograma normal. Espirometría: patrón restrictivo severo. No logró realizar las maniobras para volúmenes pulmonares y DLCO. Test de marcha: caminó 60 metros con desaturación (85%) y disnea limitante. Borg muy severo. BAL: células 65 macrófagos 18%, neutrófilos 50% células atípicas 32%. Sin rescate en cultivos. BTB: material insuficiente. Se indicó pulsos de 500 mg de metilprednisolona por 3 días, y luego meprednisona 40 mg/día, azatioprina 50 mg/12 h, e hidroxicloroquina 200 mg/día. Evolucionó con requerimiento de oxigeno permanente, sin mejoría clínica.

Discusión: El paciente analizado presenta una EPD con patrón radiológico de NSIP, en el laboratorio presenta alteraciones autoinmunitarias, pero sin diagnóstico de una enfermedad definida. Cumple con los criterios de IPAF (patrón de NSIP, FAN 1/640 moteado). Esta nueva categoría ha recibido muchas críticas como: que incluye enfermedades autoinmunes en estadios iniciales, o que no hayan sido estudiadas correctamente, o si en verdad se trata de una enfermedad autoinmune pulmonar primaria. Varios autores han sugerido cambios en los criterios diagnósticos, como incluir aquellos con ANCA, anti Th/To, y excluir aquellos con signos característicos como Gottron, manos de mecánico, o con capilaroscopías anormales. Pensamos que esta clasificación es solo un primer paso, que requiere modificaciones.

Conclusión: Si bien esta clasificación busca agrupar a estos pacientes para lograr una mejor comprensión y realizar estudios prospectivos para conseguir una terapéutica mejor, todavía no hay resultados que cambien la práctica clínica.

P68 QUISTE BRONCOGÉNICO.REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

VILLEGAS P[1]; BARIMBOIM E[1]; ALVAREZ S[1]; PRONOTTO R[1]; PEÑA D[1]

[1]*Hospital Central*

Introducción y Caso clínico: paciente femenino de 49 años, con antecedentes de gastritis, depresión, derivada a nuestro servicio por clínico de cabecera, por historia de tos no productiva, no asociada a otros síntomas, con Rx de tórax patológica, TAC de tórax, que describe en región infracarinal, imagen quística de paredes bien definidas de 45 mm de diámetro, aumentando el ángulo de ambos bronquios, desplaza a arteria pulmonar principal derecha en sentido anterior, con examen físico normal, sat 98%,se realiza FBC. Carina con conformación alterada a expensas de formación infracarinal, descripta en TC, sin compromiso mucoso pero que produce reducción de diámetro de 10% de manera simétrica en ambos bronquios fuentes, se solicita RNM de tórax que informa imagen quística a nivel de mediastino medio, de ubicación infracarinal de 50 mm de diámetro máximo, no se observan adenomegalias mediastinicas ni hiliares, sugiere diagnóstico de quiste broncogénico, se realizaron estudios de laboratorio, Espirometría normal, se deriva a servicio de tórax, donde se programa cirugía, protocolo quirúrgico informa, videotoracoscopia convertida, tumoración renitente de 5 cm de diámetro infracarinal, salida de material blanquecino espeso, se reseca dicha lesión, pasa a sala común, control endoscópico a los 7 días del procedimiento, descartando complicaciones. Informe de anatomía patológica Quiste Broncogénico.
Material y Métodos: Revisión y descripción de historia clínica, búsqueda bibliográfica
Discusión: El QB es una patología infrecuente. Son formaciones quísticas originadas por una anomalía de desarrollo del eje traqueo bronquial, a partir de la pared ventral del intestino anterior durante la embriogénesis, en la 7 semana, La mayoría son diagnosticados en edad pediátrica. La localización definitiva de estas malformaciones depende del estadio embriológico en el que se originan. En adultos, la localización mediastínica es la más frecuente, los síntomas se relacionan con su tamaño y localización, son inespecífico, el primer paso en evaluación inicial es la Rx de tórax, para el diagnóstico, la RMN y la TAC multicorte, son importantes. Establecido el diagnóstico, el tratamiento de elección es el quirúrgico, El QB corresponde al 5-10% de los tumores mediastinicos La exéresis completa del quiste es imprescindible. Solo de este modo se podrá conseguir la constatación diagnóstica, la exclusión de neoplasia, el control definitivo del proceso. Anatomía patológica confirma diagnóstico.
Conclusiones: La presentación del caso se debe a la poca frecuencia del Quiste Broncogénico, que se produce en una alteración en la embriogénesis, que puede ser asintomático, y si los produce es en relación a su tamaño y localización, que la TAC y RNM de Tórax orientan a su diagnóstico. El tratamiento definitivo es la extirpación completa de la estructura.
Referencia bibliográfica: Miguel Cosió-Pascal, Ludmila Cosió-Lima, Carlos A. Lezama-Urtecho, José Luis Ríos Reina; QB Reporte caso y revisión de la literatura. Neumol Circ Torax,Vol 73, N 1, Enero-Marzo 2014.

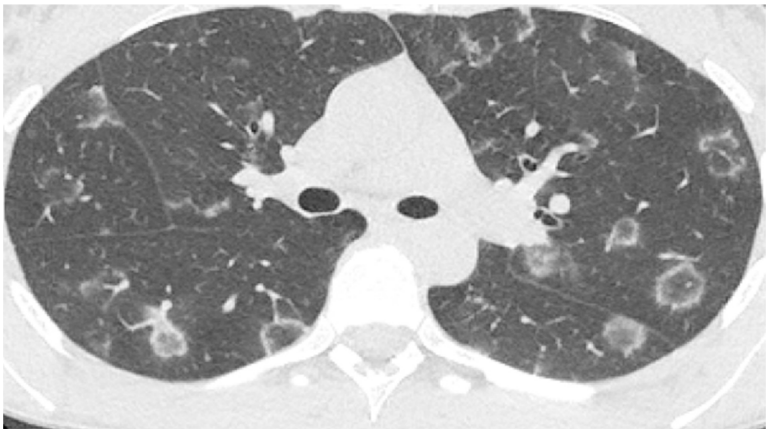
P69 SIGNO DEL HALO INVERTIDO COMO PRESENTACIÓN DE UNA NEUMONÍA CRIPTOGÉNICA ORGANIZADA

MARTÍN A[1]; CHIRINO NAVARTA A[1]; CONTRERAS F[1]

[1]*Respira Salud*

Introducción: La neumonía crIptogénica organizada (NCO) es una entidad poco frecuente que muchas veces plantea un desafío diagnóstico para el clínico. La presentación clínica, exclusión de causas secundarias y hallazgos patológicos son importantes para el diagnóstico. Comentamos un caso que se presenta con singo del halo invertido y recaída con el mismo patrón, una asociación poco reportada.

Caso clínico: Paciente mujer de 40 años, sin antecedentes patológicos, personal de salud, que consulta por 45 días de astenia, decaimiento, febrícula e infiltrados pulmonares. La TC muestra múltiples áreas de infiltrado alveolar en anillo con centro en vidrio esmerilado característicos del signo del halo invertido. Descartando causas secundarias, el diagnóstico se confirma mediante una criobiopsia pulmonar. Se inicia tratamiento con Prednisona 40 mg día desescalando gradualmente la dosis durante 3 meses, con recuperación clínica y radiológica completa. 20 días posteriores a la finalización del tratamiento presenta nuevamente síntomas y se constata recaída de la NCO. Descartadas otras causas se reinicia tratamiento, con rápida resolución clínica y radiológica. Actualmente la paciente se encuentra estable, en tratamiento con prednisona día 70.
Discusión: la NCO es una infrecuente patología, que puede presentarse con signo del halo invertido en un 5 a 15% de los casos. En nuestra paciente llama la atención la profusa afectación de ambos campos pulmonares, sin otro patrón radiológico acompañante, lo cual no es frecuente. La utilidad de la criobiopsia en el diagnóstico de patologías intersticiales está bien documentado, sin embargo queremos destacar la importancia de la fibrobroncoscopía en descartar causas secundarias y en nuestra paciente la criobiopsia permitió el diagnóstico de certeza. No abundan datos que nos permitan predecir qué pacientes tienen mayor riesgo de recaída. Reportes de expertos sugieren que puede haber una relación con el tiempo (corto) de tratamiento. En nuestra paciente se planteó en el retratamiento prolongar entre 6 a 9 meses el mismo, con dosis bajas de esteroides, ya que tampoco se ha demostrado que tratar con dosis altas modifique el resultado.
Conclusión: La NCO puede presentarse únicamente con signo del halo invertido en la TC, aún en recaída. El signo del halo invertido no se ha reportado asociado a recaídas pero podría plantearse como factor predisponente. La criobiopsia pulmonar es segura y efectiva para realizar el diagnóstico de certeza. El tratamiento con corticoides muchas veces debe prolongarse para evitar recaídas.



P70 SINDROME DE BIRT-HOBBE-DUBE

RIVERA A[1]; FERNANDEZ CEBALLOS I[1]; FULLANA M[1]; WAINSTEIN E[1]; MARITANO FURCADA J[1]; CASTRO H[1]

[1]HIBA

Introducción: El síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante que se caracteriza por presentar fibrofoliculomas, quistes pulmonares, neumotórax espontáneos y neoplasias renales. El 67-90% de los pacientes presenta quistes pulmonares y el 40% neumotórax espontáneo. Los quistes pulmonares son de número y tamaño variables y suelen localizarse bilateralmente a predominio de las bases. En la mayoría de los casos la función pulmonar es normal y no suele declinar.
Se presenta el caso de un varón con una enfermedad quística pulmonar secundaria al síndrome de Birt-Hogg-Dube.
Presentación del Caso clínico: Un varón de 23 años sin antecedentes de relevancia, consultó a la central de emergencias por un dolor pleurítico derecho asociado a disnea súbita. Se le realizó una radiografía de tórax que evidenció un neumotórax derecho. Se colocó un tubo de avenamiento pleural y posteriormente se solicitó una tomografía computarizada torácica que evidenció quistes pulmonares de distribución difusa. No tenía antecedentes familiares de neumotórax o enfermedades pulmonares. Al examen físico presentó en el dorso múltiples pápulas redondeadas de color blanco. Ante la sospecha de BHD se llevó a cabo una biopsia cutánea que evidenció fibrofoliculomas, lo cual confirmo el diagnóstico. Se realizó un asesoramiento genético y rastreo a la familia.
Conclusión: En pacientes jóvenes con una enfermedad quística pulmonar o neumotórax espontáneo el diagnóstico de BHD debe ser considerado. Las lesiones en piel características pueden sugerir el diagnóstico. El diagnóstico precoz permite el rastreo periódico de neoplasias renales.

P71 UATA: UNA O.N.G. QUE EDUCA

GAITÁN C[1]; BRIAN M[1]; ZANUTTO A[1]; YANNACONE R[1]

[1]*Unión Antitabáquica Argentina "UATA"*

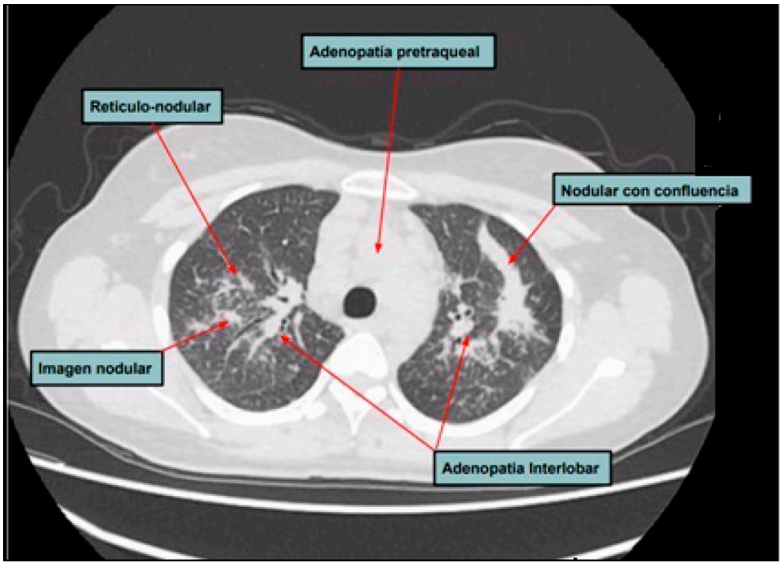
Introducción: La Unión Antitabáquica Argentina "UATA" fue fundada en 1987 por inquietud del Dr. Carlos Álvarez Herrera, quien fue su primer presidente.
El principal objetivo de nuestra Asociación Civil es promover y coordinar todas las actividades inherentes a lograr Nuevas Generaciones de Argentinos No Fumadores y por ello se despliega una constante labor docente que deseamos comunicar, dentro del marco de la prevención y control del tabaquismo.
Material y Método: Estudio retrospectivo, mediante el análisis de las fichas de inscripción y encuestas on-line de los alumnos que cursaron entre los años 2010 a 2018.
Los Cursos de Capacitación y Formación en Tabaquismo para Profesionales de la Salud consisten en 9 módulos presenciales cada uno de 12 hs. de duración y 24 hs. prácticas mensuales en Centros de Desensibilización Tabáquica reconocidos. La evaluación final es teórico-práctica más la presentación de un trabajo en base a la bibliografía aportada durante la cursada.
Se capacitó un total de 128 agentes de salud, a saber: 121 médicos, 4 agentes comunitarios, 2 psicólogos y1 farmacéutica.
Recibimos las respuestas de 82 participantes (64%), sobre las cuales trabajamos.
Objetivos: Medir el impacto de la capacitación. Conocer la motivación de los profesionales para futuros cursos
Resultados: Del total encuestado el 84.6% trabaja en la actualidad en tabaquismo.
El 51,9% se desempeña en el ámbito privado y el 48.1% en el público.
El 32,7% considera que su fortaleza es la entrevista motivacional y en igual porcentaje el tratamiento individual.
Los temas que les interesaría profundizar a los profesionales en su práctica diaria en tabaquismo serían: 46.1% tratamiento de cesación, 21.3% entrevista motivacional, 11.4% comorbilidad psiquiátrica y otras adicciones asociadas. El 21.2% restante está interesado en otros tópicos.
Conclusiones: La labor docente resulta satisfactoria ya que se logra formar agentes multiplicadores de cesación tabáquica, con los considerables beneficios que esto implica.
Un gran porcentaje de ellos se desempeñen en ámbito público, siendo ese un logro importante para la salud de la población.
El interés demostrado por los profesionales encuestados nos motiva a elaborar a futuro un programa acorde a sus inquietudes.

P72 ¿ES SUFICIENTE LA BIOPSIA DE PIEL PARA DIAGNOSTICAR SARCOIDOSIS?

MENENDEZ M[1]; NIGRO C[1]; BLEDEL I[1]; CASTAÑO G[1]

[1]*Hospital Alemán*

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multiorgánica de causa desconocida que se caracteriza por infiltración de granulomas no caseosos, con mayor frecuencia a nivel pulmonar, ganglionar, piel, ojos e hígado. Se presenta mayormente de manera asintomática y en personas jóvenes.
Caso clínico: Mujer de 29 años, con antecedentes de inflamación granulomatosa sarcoidal en piel tatuada en 5/2017. Consultó por presentar dolor torácico retroesternal y región precordial izquierda de 5 horas de evolución asociado a disnea clase funcional II en el último mes. Sin tos, fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso. Al examen físico se encontró hemodinámicamente estable, afebril con adenopatía supraclavicular izquierda menor a 1cm, duroelástica e indolora, con esplenomegalia y buena entrada de aire bilateral. Laboratorio sin leucocitosis y parámetros inflamatorios normales, electrocardiograma sin alteraciones del ST-T y radiografía de tórax con ensanchamiento mediastinal e hiliar bilateral, compromiso parenquimatoso de distribución perihiliar, en ambos lóbulos superiores e inferior izquierdo, de aspecto consolidativo parcheado. Se solicitó tomografía de tórax que evidenció lesiones consolidativas bilaterales múltiples de distribución difusa a predominio de lóbulos superiores, imágenes nodulillares y engrosamiento reticular nodulillar; opacidades de base pleural en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo, múltiples adenomegalias en espacio prevascular, retrocavo pretraqueal, ventana aortopulmonar, región subcarinal, hilios pulmonares, mesenterio, lateroaórticas e intercavoaórticas, retroperitoneales y esplenomegalia homogénea
Se internó con diagnóstico presuntivo de neumonía atípica vs sarcoidosis vs síndrome linfoproliferativo. Se tomaron cultivos y se inició tratamiento empírico con Ampicilina-Sulbactam, Claritromicina y Oseltamivir. Se solicitó panel viral respiratorio y serologías para HIV, Hepatitis, EBV, VDRL y CMV y PPD que fueron negativas. Completó tratamiento antibiótico y antiviral, sin relevamiento en los cultivos. Fue evaluada por el servicio de Hematología quienes solicitaron proteinograma, inmunoelectroforesis y panel reumatológico que fue negativo. Se decidió realizar fibrobroncoscopía y lavado broncoalveolar con toma de biopsia endobronquial y transbronquial en donde no hubo desarrollo microbiano y se evidenció en la anatomía patológica, infiltrado inflamatorio granulomatoso no necrotizante. Se reinterpretó el cuadro como sarcoidosis. Se solicitó estudio de orina que evidenció hipercalciuria. Se indicó meprednisona 20 mg/día y profilaxis con Trimetoprima Sulfametoxazol. Se otorgó el egreso hospitalario con control por ambulatorio.
Conclusión: Consideramos que la sarcoidosis debería ser un diagnóstico diferencial en pacientes que presentan adenomegalias y nódulos pulmonares, sin o con síntomas acompañantes, habiendo descartado otras enfermedades. La resolución espontánea de la enfermedad es común, aunque un 25% de los casos tiene enfermedad pulmonar progresiva y un 10% falla multiorgánica.

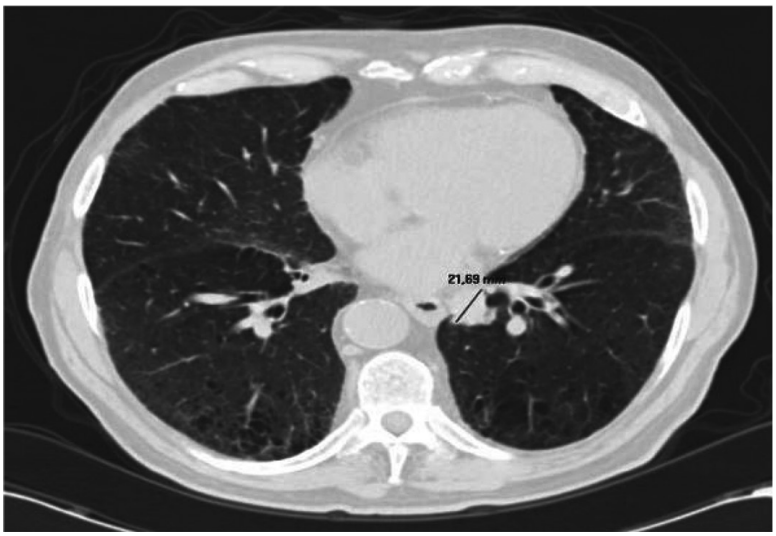


P73 CÁNCER DE PULMÓN DIAGNOSTICADO POR ECOENDOSCOPÍA TRANSESOFÁGICA CON PUNCIÓN CON AGUJA FINA, REPORTE DE UN CASO.

CASTAÑO G[1]; BLEDEL I[1]; MELLA J[1]; ROLLERI J[1]

[1] *Hospital Alemán*

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer. Los nódulos pulmonares ubicados en proximidad al mediastino, retrocardíacos, cercanos a grandes vasos o por delante de la columna vertebral pueden resultar de difícil acceso por vía percutánea o broncoscópica. La punción aspiración por ecoendoscopía transesofágica (EUS-FNA) es un método poco invasivo con baja morbilidad que permitiría acceder a estas localizaciones.
Varón de 93 años, tabaquista de 50 paq/año y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en estudio de nódulo pulmonar solitario (NPS). PET TC con SUV máximo de 10,8 y un SUL de 8,4 compatible con un proceso neoformativo primario pulmonar. Se decidió realizar un abordaje diagnóstico por ecoendoscopia transesofágica. A 35 cm de la arcada dentaria superior (ADS), lesión hipoecoica de 29 mm x 24 mm (Figura 3), irregular, heterogénea, ubicada en el pulmón. Aspiración/biopsia con una aguja fina de 22 G. El resultado de anatomía patológica: células atípicas en grupos con marcado pleomorfismo nuclear. La inmunohistoquímica mostró p63 positivo, CK5/6 positivo, TTF1 negativo, compatible con carcinoma escamoso. Inicio tratamiento con radioterapia corporal estereotáxica (SBRT). Presentó buena tolerancia al tratamiento, y actualmente se encuentra en seguimiento.
Discusión: El objetivo en la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón es obtener información clínica y radiológica para guiar los estudios e iniciar un tratamiento. Se priorizan los métodos con mayor precisión y menor morbilidad, y el método depende del tamaño y localización de la lesión, metástasis, clínica del paciente y la sospecha de células pequeñas o no células pequeñas. En los nódulos pulmonares periféricos, la punción percutánea guiada por TAC tiene una sensibilidad > 90% y especificidad > 99%, incluso en nódulos < 1 cm pero > 6 mm. La complicación más frecuente es el neumotórax y la hemoptisis, aunque solo el 4% aproximadamente requiere la colocación de un tubo de tórax. Las técnicas broncoscópicas se utilizan en lesiones más centrales y lesiones periféricas de mayor tamaño, con rédito para la biopsia transbronquial con visión directa de la lesión del 88%. Es menor para lesiones periféricas, 63% para las > 2 cm y 34% para las < 2 cm. Nuevos métodos broncoscópicos como la navegación electromagnética y ultrasonido endobronquial radial (EBUS-R) mostraron un rédito del 71% y 73% respectivamente. En el caso de estar adyacentes al mediastino podrían estudiarse mediante punción aspiración guiada por ecoendoscopia transesofágica (EUS-FNA). Si bien ya es utilizado para el estudio de las estaciones ganglionares mediastinales en pacientes con sospecha de cáncer de pulmón, hay una experiencia creciente en su uso para punción de nódulos pulmonares.
Conclusiones: La EUS-FNA es un método con creciente experiencia en el estudio de nódulos cercanos al esófago de difícil acceso por punción percutánea o métodos broncoscópicos, con baja morbilidad y alto rédito diagnóstico.



P74 CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PRESIÓN DE TITULACIÓN CON EQUIPO DE CPAP AUTOAJUSTABLE EN PACIENTES CON SÍNDROME APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

CLAUZURE M[1]; MAGGIO P[1]; SOLIS M[1]; SUÁREZ V[1]; CHURIN L[1]; QUADRELLI S[1]

[1]Sanatorio Güemes

Introducción: La obesidad se asocia a un incremento del colapso de la vía aérea superior, generado por un aumento en el depósito de tejido adiposo en el paladar blando, lengua y orofaringe. Es un factor de riesgo importante para el desarrollo del síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS). El tratamiento de elección para el SAHOS es la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Para determinar dicha presión pueden ser utilizados los equipos de CPAP autoajustables (APAP) en domicilio.
Objetivos: Primario: Correlacionar el grado de índice de masa corporal (IMC) con el valor de presión de titulación obtenida por el percentilo 95 (p95) en la titulación con equipo de APAP validados en pacientes con diagnóstico de SAHOS.
Secundario: Determinar la correlación entre el valor de presión p95 con APAP y la fórmula de Hoffstein (Hf).
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, realizado en un período de 12 meses, en pacientes SAHOS con indicación de CPAP vírgenes de tratamiento. Los índices antropométricos fueron medidos previo a la entrega de equipo. Se clasificaron los grados de IMC según la OMS en normopeso, sobrepeso, obesidad grado I, II y III. El índice de apneas/hipopneas (IAH) se obtuvo mediante registros de poligrafía ambulatoria y polisomnografía. Para la titulación, se utilizaron equipos de APAP AirSense 10 AutoSet (ResMed) usando el software Rescan. La selección de interfaces fue realizada de acuerdo a preferencia del paciente. La presión mínima y máxima fue programada en 4 y 20 cm H20. Se utilizó rampa automática, con un alivio de presión espiratoria de 3. El período de titulación fue de 3 noches. Todos los pacientes cumplían con una fuga menor a 24 lts/min, utilización mayor a 4 horas, con IAH residual menor a 10.
Resultados: Se incluyeron 85 pacientes, 35 mujeres y 50 hombres. La edad media fue de 55.82 años. Presentaban un IMC de 38.10 ± 8.89 de los cuales corresponden a normopeso: 5 (5.88%), sobrepeso: 12 (14.11%), obesidad grado I: 10 (11.76%), obesidad grado II: 23 (27.05%), obesidad grado III: 35 (41.17%). El perímetro de cuello fue 43.18 ± 4.41 cms y el perímetro de cintura 120.66 ± 16.66 cms. El IAH fue 55.82 ± 23.79 eventos/hora, con una presión de titulación de 11.12 ± 3.05 cmH_20. No hallamos correlación entre BMI y p95 (p 0.15), entre Hf y p95 (p 0.22), perímetro de cuello y p95 (p 0.56), circunferencia abdomen y p95 (p 0.56).
Conclusión: No hallamos correlación entre los diferentes grados de IMC y p95 obtenida en titulación con APAP durante 3 noches. Tampoco hubo correlación entre datos antropométricos tales como perímetro de cuello, perímetro de cintura y la presión estimada por cálculo de fórmula de Hf con p95. Como limitación, se necesitaría un mayor número de pacientes para la subdivisión según grados de IMC.

P75 CUANDO LAS SIBILANCIAS SON UN CONFLICTO DIAGNÓSTICO

MONALDI G[1]; PALMISCIANO V[1]; BERNADO E[1]; LAMPON S[1]; QUINTAS S[1]; QUIROGA V[1]; ZANETA A[1]

[1]HIEMI

Introducción: La laringe se encuentra en la encrucijada aero- digestiva por lo que cualquier patología que la comprometa presenta repercusión en la respiración, deglución o ambas. Toda obstrucción que afecta laringe o tráquea se manifiesta

por estridor, éste se define como un sonido respiratorio de tono variable producido por el paso de un flujo turbulento de aire en una zona de la vía aérea con su calibre disminuido, si se ubica por encima de las cuerdas vocales será inspiratorio y cuando afecte la tráquea será de los dos tiempos respiratorios (bifásico).

Se presentan 2 casos clínicos con patología bronquial recurrente más estridor.

Caso 1: Paciente de 7 meses sin antecedentes perinatologicos ni familiares de importancia. Presenta desde el mes de vida patología bronquial recurrente con reiteradas consultas a guardia y tratamiento con broncodilatadores y corticoides orales. Al examen físico presenta taquipnea tiraje generalizado y estridor bifásico que aumenta con el llanto. Se solicita Estudio contrastado de esófago donde se observa impronta anterior y posterior en esófago. Se realiza endoscopia respiratoria confirmando compresión pulsátil de la vía aérea, angiotomografia de tórax con diagnóstico de anillo vascular: doble arco aórtico.

Caso 2: Paciente de 5 meses. RNT PAEG. Antecedente patológico: ano imperforado corregido quirúrgicamente al nacimiento. Cuadros de Obstrucción bronquial recurrente tratados con broncodilatador y corticoide oral con respuesta parcial desde los dos meses de vida. Es derivado a nuestro servicio. Al examen físico presenta rales subcrepitantes bilaterales, sibilancias aisladas y estridor inspiratorio, por momentos espiratorio variable. Se solicita evaluación por Otorrinolaringología, quien realiza endoscopia respiratoria donde se constata en subglotis obstrucción del 80% de la luz por masa blanda compatible con hemangioma subglótica.

Conclusión: Considerando ambos casos clínicos presentados, es importante la anamnesis dirigida, edad de comienzo de los síntomas, persistencia, progresión y evolución, así como también la respuesta terapéutica (Historia natural). Identificar el estridor y en qué tiempo predomina para poder localizar lugar de obstrucción y así solicitar métodos complementarios que diagnostiquen la patología que lo produce.

P76 DERRAMES PLEURALES CON SOSPECHA INFECCIOSA: DIAGNÓSTICO FINAL

OLMOS VARGAS P[1]; TOTTEREAU J[1]; FORLENZA PARRAO R[1]; OROZCO J[1]; GALLEGO M[1]; RAYA M[1]

[1]Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. Buenos Aires, C.A.B.A

Introducción: El derrame pleural (DP) es una patología usual entre los pacientes atendidos en los servicios de neumología. Las etiologías más frecuentes son de origen pleural o pulmonar pero puede también ser causado por enfermedades extra pulmonares, sistémicas o neoplásicas (primarias o metastásicas). Existen entre un 5-15% de DPs cuya etiología es desconocida, a pesar de la realización de estudios complementarios. El conocimiento de las principales etiologías permite interpretar adecuadamente el contexto clínico y orientar las estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Objetivo: Describir las características y la etiología del DP en pacientes hospitalizados o ambulatorios atendidos en un hospital monovalente de CABA. Se incluyeron líquidos pleurales recibidos en laboratorio de Microbiología en el período comprendido entre enero del 2017 a junio del 2018.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DP. La definición de exudado o trasudado fue acorde a los criterios de Light. Se diferenció DP complicado de aquel no complicado teniendo en cuenta el análisis físico químico y recuento celular. Se consideró DP neoplásico o paraneoplásico aquél con células malignas en el estudio anatomopatólogico del líquido o biopsia pleural. El diagnóstico de DP tuberculoso se basó en la observación de BAAR o en la demostración de granulomas en muestras histológicas. Las variables categóricas se describieron según frecuencia, y las continuas con mediana y rango intercuartilo (RIC).

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con diagnóstico de DP. El 59% (n = 36) eran hombres con una mediana de edad de 58 años (RIC 36-73).

El 54% de las muestras correspondían a pacientes hospitalizados. El método de obtención de muestra más frecuente fue la toracocentesis (41%). El tipo de DP más frecuente fue el exudado no complicado 52.5%, seguido del exudado complicado 44.3% y el trasudado 3.3%. La etiología más frecuente de DP fue la infecciosa (44.2%). El agente causal más frecuentemente aislado fue el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (28%), seguido del *Streptococcus grupos B, C y G* (4.8%). El 44% de las muestras no tuvieron desarrollo.

En los DPs secundarios a tuberculosis solo el 3.27% presentó tinción Ziehl-Neelsen positiva. En el resto de los casos se llegó al diagnóstico mediante resultado de anatomía patológica.

El 38% de los casos fue de causa neoplásica (n = 23); en este grupo, el cáncer de pulmón representó el 18%, siendo el adenocarcinoma la etiología principal.

Conclusiones: En este estudio se destacó la prevalencia de los DPs de tipo exudado no complicado con respecto al resto, en concordancia con la bibliografía. Se destaca la presencia del complejo *Mycobacterium tuberculosis* como principal agente causal en los DPs de origen infeccioso, aunque solo en una minoría se pudo identificar el microorganismo por métodos de visualización directa (Ziehl-Neelsen).

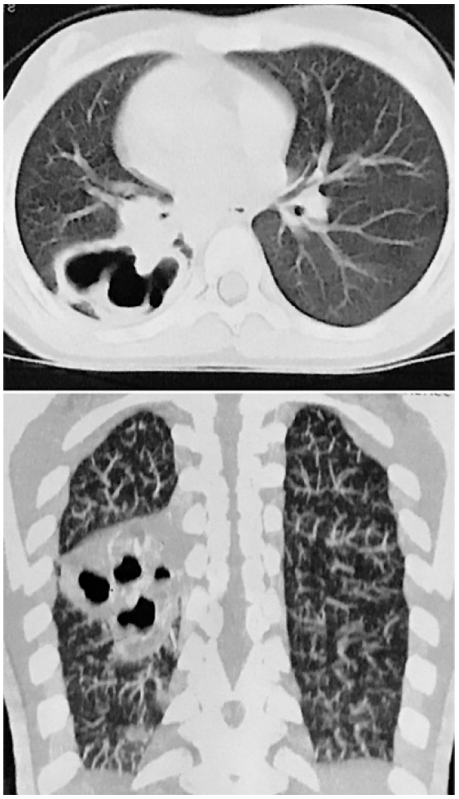
P77 DIAGNÓSTICO DIFERIDO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNA NIÑA DE 11 AÑOS.

STACHEWSKI VERRONE K[1]; MEIRELLES G[2]

[1]Hospital Gpaci, [2]Grupo Fleury

Introducción: el diagnóstico de la tuberculosis (TB) en niños sigue siendo un gran desafío pues puede imitar otras enfermedades respiratorias que causan un retraso en el diagnóstico correcto. Presentamos un caso de diagnóstico diferido de tuberculosis pulmonar en una niña sintomática de 11 años.

Presentación del caso: esta niña presentaba tos productiva y fiebre baja (38 °C) por 2 meses.Tuvo 3 presentaciones previas al servicio de emergencia y permaneció en el hospital por 21 días en junio de 2018 para una investigación en la que se llevó a cabo un diagnóstico de neumatocele causado por pulmonía. La trataron con antibióticos y tuvo un alivio sintomático deficiente. No hubo antecedentes de contacto con tuberculosis. En el examen, estaba delgada (31 kg/1.40 m), presentaba fiebre baja (37,8 °C) y el 96% de saturación, taquipnea y crepitación más intensa en el hemitórax izquierdo. No hubo linfadenopatía cervical. Radiografía de tórax: cavitación de pared gruesa en el área parahilar del pulmón izquierdo. Tomografía computarizada (TC)
enseña esta cavitación con opacidades por todo el lóbulo inferior izquierdo y múltiples nódulos centrilobulillares, a veces con apariencia de árbol en yema, en especial a la izquierda. Exámenes de laboratorio: cultivo de micobacterias en el lavado broncoalveolar fue negativo, prueba cutánea de tuberculina fue de 9 mm. Prueba rápida molecular Xpert-MTB/Rif en el esputo fue positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, diagnosticándola 6 meses tras el inicio de los síntomas y presentando grave daño pulmonar. La tratamos según el consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS).Tras 1 mes mejoró, aumentó de peso y creció. Este año a su padre también le diagnosticaron tuberculosis.
Discusión: Hay más de 1 millón de nuevos casos de TB infantil cada año, lo que representa entre el 5% al 10% de todos los casos. Es probable subestimar esta cifra debido a la dificultad de diagnóstico preciso en niños. El diagnóstico de TB infantil a menudo se basa en resultados de prueba cutánea de tuberculina, así como en la confirmación bacteriológica siempre que posible, una anamnesis completa, una detección completa de los contactos y una imagen radiológica. La OMS recomienda la radiografía de tórax, pero su sensibilidad es solo del 40%. La TC es más sensible para detectar cambios comunes en niños, como los ganglios linfáticos mediastínicos y parahilares e incluso cavitaciones. Siempre que haya cavitaciones, se considera una manifestación clínica de TB post-primaria o de tipo adulto. La OMS enfatiza la importancia de la prueba molecular de reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Xpert-MTB/Rif y la estrategia de tratamiento infantil: separar a los niños menores de 10 años de los adolescentes y adultos.La detección temprana de casos es esencial para controlar y erradicar la TB infantil.
Conclusión: No se debe despedir la tuberculosis de ninguna hipótesis diagnóstica sin evaluar a un niño con síntomas respiratorios no específicos a largo plazo para evitar el riesgo de desarrollar una grave enfermedad pulmonar o extrapulmonar.



P78 DOS CASOS Y UN TUMOR INFRECUENTE

MOROSANO G[1]; GARDEÑEZ W[1]; VERNAY N[1]; MORALI M[1]; LIGUORI C[1]; PAN P[1]

[1]*Hospital Provincial del Centenario*

Introducción: El tumor fibroso solitario de pleura (TFSP) es una neoplasia rara (5% de todos los tumores de pleura). Originado en la capa mesenquimatosa submesotelial, presenta síntomas inespecíficos (tos, dolor torácico y disnea e

infrecuentemente hemoptisis y neumonía postobstructiva). Tiene mayor incidencia entre la 4ta y 6ta década de la vida. No se han descriptos factores desencadenantes asociados. La sospecha clínica se da ante los hallazgos radiológicos con requerimiento de confirmación histológica. El tratamiento es quirúrgico.
Casos clínicos: Caso 1: mujer de 58 años HTA, diabética tipo 2, dislipémica, obesa grado 3, exfumadora de 3 paquetes/año, con síntomas de 3 meses de evolución de tos seca y disnea mMRC 2. Al examen buen estado general, saturación 98%, murmullo vesicular disminuido en base izquierda, sin ruidos agregados. Resto del examen sin alteraciones. Laboratorio: normal. Rx de tórax: radiopacidad homogénea en base izquierda que vela el seno costofrénico homolateral. TC de tórax con contraste: masa polilobulada con calcificaciones en su interior con refuerzo heterogéneo tras el contraste EV que ocupa la totalidad del LII con pequeña atelectasia subyacente sin adenomegalias. Biopsia bajo TC con tru-cut: proliferación fusocelular que alternan áreas densas, hipercelulares con otras más laxas, hipocelulares. Importante vascularización, "pseudoangiomatoide" con luces ectásicas. Zonas fibróticas y escleróticas. No se observa mitosis. IHQ compatible con TFSP. Se realizó tratamiento quirúrgico con resección total de la lesión.
Caso 2: mujer de 83 años HTA, con tos seca de 3 meses de evolución. Al examen buen estado general, saturación 96%, sin hallazgos patológicos. Laboratorio: normal. Rx de tórax: radiopacidad homogénea en base pulmonar derecha que ocupa el seno costofrénico homolateral. TC de tórax con contraste: masa de 9x7 cm en segmento posterior de LID con realce heterogéneo tras el contraste EV. Se realizó biopsia con tru-cut guiada bajo TC donde se confirmó por IHQ la presencia de TFSP. La paciente se negó a la resección quirúrgica.
Discusión: Nos encontramos ante 2 casos de una neoplasia poco frecuente, de la que se encuentran descriptos 800 casos entre los años 1931 y 2002. Dentro de los diagnósticos diferenciales de esta patología se encuentran mesotelioma, carcinoma bronquial periférico, metástasis pleural única, sarcoma neurogénico y sinovial, fibrosarcoma y histiocitoma fibroso maligno. La biopsia quirúrgica antes del tratamiento para diagnosticar y clasificar la masa es ideal, siendo la toma de muestra con tru-cut una alternativa que ha demostrado buenos resultados. La IHQ es de gran utilidad para diferenciar el TFSP de otros tumores.
Conclusión: Presentamos estos dos casos de TFSP por su baja prevalencia. Debería estar presente entre los diagnósticos diferenciales de las masas pleurales. La Métodología de estudio en ambos fue similar, reafirmando la biopsia con tru-cut como alternativa confiable a la cirugía convencional, para estudio histológico e IHQ de las mismas.

P79 ESTENOSIS BENIGNA DE LA VÍA AÉREA EN TUBERCULOSIS

ZUNA MAMANI E[1]; CARREÑO SAAVEDRA R[1]; GARCIA A[1]; HERES M[1]

[1]*Hospital Nac. A. Posadas*

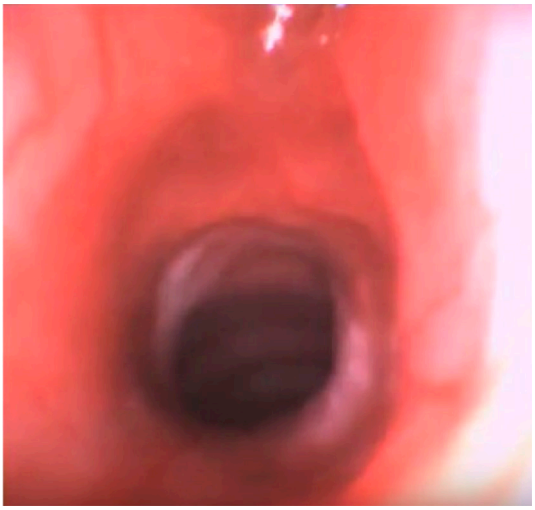
Introducción: La estenosis bronquial por tuberculosis (TBC) es causa de estenosis bronquial benigna y produce diferentes grados de obstrucción a pesar de un tratamiento adecuado. Los bronquios del lado izquierdo son más frecuentemente afectados por la íntima relación con las estructuras vasculares, el arco aórtico principalmente.
Caso clínico: Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes de relevancia, se realizó diagnóstico de tuberculosis ganglionar, finalizando el tratamiento específico en fase de consolidación presentó sibilancias localizadas en campo pulmonar izquierdo. Se realizó tomografía de tórax sin alteraciones, examen funcional respiratorio con obstrucción leve. Se programó fibrobroncoscopía diagnóstica observándose estenosis concéntrica del bronquio fuente izquierdo con bandas fibróticas con una luz de 5 mm, decidiéndose dilatación y colocación de stent bronquial. Evolucionó favorablemente y luego de 12 meses se retiró stent bronquial comprobándose ausencia de malacia del bronquio afectado, en control evolutivo permanece asintomático, fibrobroncoscopía control con conservación de la luz bronquial.
Discusión: La tuberculosis bronquial según la literatura se presenta en el 10% a 40% de los pacientes con tuberculosis pulmonar. La estenosis bronquial cicatrizal debido a su presentación clínica no específica, el inicio insidioso y la presencia de radiografía de tórax normal presenta retraso diagnóstico. Su presencia debe ser sospechado en aquellos pacientes que presenten disnea y/o síntomas obstructivos a pesar de un tratamiento adecuado. El valor diagnóstico en estos casos de la tomografía de tórax y de la vía aérea con reconstrucción, presenta baja sensibilidad, en el examen funcional respiratorio; la amputación de la rama espiratoria en la curva flujo volumen, nos sugiere estenosis de alguno de los bronquios principales, sin embargo la broncoscopía es el método diagnóstico de elección.
Se realizó una revisión de la base de datos del servicio de Broncoscopía de nuestro hospital desde enero del 2010 a diciembre del 2018 durante ese período se realizaron 482 endoscopías con diagnóstico presuntivo de tuberculosis, encontrándose 16 casos de estenosis bronquiales benignas por tuberculosis, 3 de los cuales requirieron tratamientos endoscópicos como dilatación y colocación de stent siliconado en el bronquio principal afectado con buena respuesta sin requerir procedimientos quirúrgicos.
Conclusión: La evolución de la estenosis bronquial por tuberculosis es variable, desde la resolución completa de la enfermedad hasta la obstrucción de la vía aérea central. La misma es subdiagnosticada por el cuadro clínico poco específico. La falta de resolución de la estenosis de la vía aérea produce pérdida de volumen pulmonar con secuelas funcionales de grado variable, la detección precoz de este cuadro permite recuperar a estos pacientes de forma adecuada.

P80 ESTENOSIS SUBGLÓTICA Y TRAQUEOBRONQUIAL EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS

SCHNEIDER M[1]; IBARROLA M[1]; SOLIS M[1]; FALCO J[1]; HERES M[1]; QUADRELLI S[1]

[1]Sanatorio Güemes

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis necrotizante de pequeños vasos, que compromete garganta, nariz y oídos (90%); pulmones (90%) y riñón (75%). El compromiso traqueal es una complicación relativamente infrecuente (15-25%) y en un 5% suele ser la manifestación inicial. La presencia de PR3-ANCA permite un valor predictivo con respecto al resultado a largo plazo y predisposición a recaídas. Describimos masculino de 28 años de edad con GPA con PR3 positivo y estenosis subglótica (ESG) que comprometo el 40% de la luz traqueal.
Caso clínico: Masculino de 28 años de edad que ingresa con diagnóstico de PoliangeítisGranulomatosa en 2012 cuando consulto por hipoacusia, recibió tratamiento con corticoides sistémico. Desconoce haber recibido fármacos inmunosupresores. Consulta por presentar desde hace dos meses disnea progresiva de mMRC2 a mMRC 3 y sibilancias. Al examen físico se auscultan un ligero estridor laríngeo, el resto del examen físico fue normal. No presenta antecedentes de intubación, ni de instrumentación de la vía aérea.
Los anticuerpos fueron positivos para ANCA C 1/20. PR3 +.
Las pruebas de función pulmonar FVC 4.37 (76%), FEV1 1.58 (33%) FEV1/FVC (48%), informan una disminución significativa de los flujos y una curva flujo/volumen con patrón en cajón. La tomografía computada evidencia un estrechamiento de la luz subglótica y atelectasia del lóbulo medio con bronquiectasias. La FBC evidencia estenosis traqueal subglótica del 40%.
Se indicó tratamiento con Metotrexato a 15mg/semanales y se realizó endoscopia rígida con dilatación a nivel de la estenosis. Evolucionó con mejoría de los síntomas, pero persistiendo 6 meses después con espirometria con patrón de obstrucción intratoracica.
Discusión: La GPA en un es vasculitis de pequeños vasos de etiología autoinmune, altamente asociada con anti-neutrophilcytoplasmicantibodies (ANCA) con manifestaciones clínicas que incluyen vasculitis necrotizante sistémica, inflamación granulomatosa y glomerulonefritis necrotizante.
La incidencia anual de GPA es 5 a 10 casos por millón. Afecta igualmente a hombres y mujeres y se reporta un pico de incidencia a los 70 años. La estenosis subglotica se suele presentar en un 15 a 25% de los pacientes con GPA. La prevalencia es mayor en mujeres y adultos jóvenes.
En el 50% el síntoma principal es disnea y otro 19% estridor. Al igual que nuestro paciente muchos presentan paralelamente compromiso de senos paranasales.
La fibrobroncoscopia permite un diagnóstico directo y la evaluación de la severidad de estrechamiento de la vía aérealuminal. Las lesiones subglóticas no siempre responden a los agentes sistémicos y aproximadamente el 75% de los pacientes puede requerir terapias de intervención.
Conclusión: La ESG por GPA es relativamente rara pero debe ser considera siempre en paciente con compromiso suglotico de etiología desconocida. A pesar del tratamiento médico y endoscópico la tasa de recaídas en Alta.



P81 LAVADO PULMONAR BILATERAL TERAPÉUTICO EN UNA NIÑA CON PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR.

TALAMONI H; CORTES L; MARCELA A; ANA G; MUÑOZ A; WAINSTEIN E; SVETLIZA G

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una rara enfermedad intersticial difusa que presenta como característica patológica la acumulación de una cantidad excesiva y anormal de material proteináceo rico en lípidos

en el interior del espacio alveolar, secundaria al deterioro del procesamiento del surfactante por el macrófago alveolar
Caso clínico: Niña de 16 años con diagnóstico de proteinosis alveolar pulmonar derivada para realizar un lavado pulmonar bilateral terapéutico. Se trata de una niña previamente sana que comienza hace un año con astenia y disnea progresiva. No presentaba antecedentes de exposición ambiental u ocupacional. Fue estudiada en su provincia de origen llegando al diagnóstico a través de imágenes "crazy paviment" en la tomografía y análisis del líquido lechoso del lavado broncoalveolar positivo con la tinción de PAS. Al ingreso sus signos vitales eran normales, la gasometría arterial en aire ambiente reveló pH 7.43, PO_2 74.4 mmHg, PCO_2 29,7mmHg, y HCO_3 21.3 mmHg. Estudio reumatológico dentro de límites normales. Espirometría con incapacidad ventilatoria restrictiva moderada y pletismografía con patrón restrictivo leve. DLCO 60% de lo previsto. Test de marcha 6 minutos recorrió 280 mts, alcanzando una saturación mínima del 87% al cuarto minuto. Gradiente alveolo arterial de oxígeno 41. El lavado pulmonar total fue realizado en dos tiempos, abordando en primer tiempo el pulmón izquierdo y a los 4 días posteriores el pulmón derecho. Se utilizó intubación endobronquial selectiva con tubo doble lumen izquierdo y ventilación selectiva. Se introdujeron alícuotas de 1 litro por vez de solución salina isotónica a 37 °C infundiendo desde una altura de 40 cm sobre el paciente, se realizaron maniobras kinésicas con el objetivo de redistribuir el líquido para luego ser drenado éste por gravedad. Fueron necesarios un total de 14 litros hasta obtener un líquido totalmente claro. Al abordar el pulmón derecho también fueron necesarios un total de 14 litros. Los cultivos microbiológicos, incluidos hongos y micobacterias, fueron negativos. Ambos procedimientos fueron bien tolerados y sin complicaciones. Luego del procedimiento, la paciente mostró mejoría de su cuadro de disnea e hipoxemia, así como de las mediciones de función pulmonar e imágenes.
Discusión: El lavado pulmonar total es una técnica, eficaz y bien tolerada. El 30-40% de los pacientes requiere de un solo lavado. Ante la reaparición de los síntomas será necesario repetir los lavados pulmonares terapéuticos con cierta regularidad en estos períodos de recaída. El curso clínico puede ser de tres formas: 1) Estabilidad, pero con síntomas persistentes 2) Mejoría espontánea o después de la terapia 3) Deterioro progresivo
Conclusiones: Se presenta un caso de proteinosis alveolar primaria, probablemente de etiología autoinmune, con un deterioro progresivo de su cuadro. El lavado pulmonar bilateral terapéutico resultó ser una herramienta segura y bien tolerada, lográndose una significativa mejoría clínica, radiológica y funcional en el corto plazo.

P82 LINFOMA PULMONAR PRIMARIO TIPO MALT. REPORTE DE UN CASO.

DIP P[1]; BARAVALLE J[1]; MORALI M[1]; PARODI R[1]; LATTANTE R[1]; NAVARRETE R[1]

[1]*Hospital Provincial del Centenario*

Introducción: Se define como *linfoma pulmonar primario* (*LPP)* a la proliferación atípica linfoidea en uno o ambos pulmones en un paciente con enfermedad extrapulmonar indetectable durante los 3 meses posteriores al diagnóstico. Es infrecuente, constituye el 0,3% de los tumores malignos de pulmón. En la mayoría de los casos (70-90%) es de estirpe celular tipo B, de bajo grado y de tejido linfoide asociado a la mucosa bronquial (*MALT*/*BALT*). Sus manifestaciones clínicas y las imágenes son inespecíficas por lo que suele diagnosticarse en forma tardía.
Caso clínico: Mujer de 69 años con diabetes e hipotiroidismo, sin antecedente de tabaquismo, con tos productiva de 10 días de evolución. Rx: infiltrado parahiliar derecho. Realiza tratamiento antibiótico con mejoría clínica pero persistencia de la lesión radiográfica. TC: consolidación con broncograma aéreo en LSD y LID en relación al bronquio, con imágenes cavitadas en su interior, vidrio esmerilado bilateral. Control 3 meses: asintomática, imágenes sin cambios. BFC-BAL: reducción de la luz del bronquio del lóbulo medio y segmento apical del LSD, sin lesión endobronquial ni células neoplásicas. Al 7° mes se efectúa punción percutánea bajo TC. Anatomía patológica: denso infiltrado linfocitario predominantemente linfocitos pequeños. Estudio molecular: linfocitos 85%, células B CD20+ 95%, células T CD3+ 5%. Escaso material para IHQ. PET- TC: condensaciones parenquimatosas bilaterales con SUV máx. 5.9, ganglios sin captación. Continúa asintomática. Examen físico: sin hallazgos de jerarquía. Laboratorio: normal. HIV, FAN, FR negativos. A los 15 meses se realiza BTB. IHQ: CD20/CD43/BCL2 positivos, Ki67LNH tipo MALT.
Discusión: El LNH tipo MALT se presenta cerca de los 60 años, en forma asintomática en el 50% de los casos. Los síntomas sistémicos de estar presentes sugieren lesiones de alto grado. La TC evidencia lesiones múltiples (79%) y bilaterales (66%). La consolidación con broncograma aéreo es el patrón más frecuente, seguida por los nódulos. Estos hallazgos suelen interpretarse como procesos infecciosos, lo que contribuye al retraso diagnóstico. Es posible realizar el diagnóstico por BTB, punción guiada bajo TC o biopsia quirúrgica. La IHQ es fundamental para definir monoclonalidad y tipo histológico. La captación en el PET depende principalmente del tamaño, con un SUV máx. promedio de 5.3 (rango 1.1- 13). Con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (cirugía, quimioinmunoterapia, radioterapia) es una entidad de buen pronóstico. En nuestro caso la presentación clínica, las imágenes, el retraso diagnóstico y la evolución coinciden con la literatura.
Conclusiones: El LPP tipo MALT sigue siendo un desafío diagnóstico por ser infrecuente y con manifestaciones poco específicas. Es un diagnóstico a considerar ante consolidaciones pulmonares persistentes. El PET-TC es útil para descartar compromiso extratorácico, criterio clave para definir esta entidad. La BTB es un procedimiento de bajo riesgo redituable para el diagnóstico.

P83 MICOBACTERIAS AMBIENTALES: CUANDO PASAN DE CONTAMINANTES A SER AGENTES PATÓGENOS.

RUIBAL G[1]; REY L[1]; GONZALEZ C[1]; BENSIGNOR S[1]; SANCHEZ L[1]; FAILDE R[1]; MUSELLA R[1]; FRÍAS A[1]; VISCA M[1]; LOMBARDO L[1]; PALMERO D[1]

[1]*Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz*

Introducción: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) se comportan como patógenos oportunistas ambientales en pacientes inmunodeprimidos y/o con patología pulmonar de base. Sin embargo, se deben cumplir criterios clínicos-radiológicos y microbiológicos para el diagnóstico de enfermedad infecciosa pulmonar por dichos agentes.
Caso clínico: Paciente masculino de 41 años oriundo de Potosí, Bolivia. Antecedente ocupacional: trabajo en minería en cooperativa Boliviana durante 8 años, y en colocación de cerámicos por 6 años. Diagnóstico de silicosis pseudotumoral en 2014, con requerimiento de oxigeno domiciliario y Diabetes Mellitus tipo 2 no insulino-requiriente.
Consulta por progresión de su disnea habitual mMRC 3 a 4 y tos con expectoración mucopurulenta de 1 semana de evolución. Por insuficiencia respiratoria tipo 2, requirió pase a UTI para ventilación no invasiva. Baciloscopía negativa en esputo de ingreso. Se rescata en cultivo de esputo *H. influenzae* y *S. pneumoniae* sensible, por lo que realiza 10 días de tratamiento con ampicilina-sulbactam y retorna a sala de neumonología.
Posteriormente se reciben resultados de cultivo de esputo con desarrollo de *Mycobacterium intracellulare*, sensible a claritromicina. Servicio de bacteriología informa el desarrollo del mismo gérmen en cultivos de esputos previos del paciente, con unidades formadoras de colonias (UFC) in crescendo: 14/09/18: 1 UFC < 01/03/19:1 – 10 UFC < 25/04/19 y 11/6/19: Mayor a 100 UFC.
Se inicia tratamiento para MNT: claritromicina + rifampicina + etambutol. El paciente evoluciona con mejoría sintomática y disminución del requerimiento de oxigenoterapia.
Discusión: Cuando se cumplen los 2 criterios clínicos-radiológicos (síntomas respiratorios, cavitación, nódulos, o bronquiectasias multifocales con múltiples nódulos pequeños en imágenes pulmonares; asociado a la exclusión adecuada de otros diagnósticos posibles) y al menos 1 de los microbiológicos (cultivos positivos de al menos 2 muestras seriadas de esputo, o cultivo positivo de al menos un lavado bronquio-alveolar, o biopsia pulmonar con histopatolgía propia de presencia de micobacterias y cultivo positivo para MNT) se puede establecer enfermedad infecciosa pulmonar por MNT. *M. intracellulare* pertenece al complejo *Micobacterium avium* complex. Son MNT de lento crecimiento y a diferencia a *M. avium*, su aislamiento es más frecuente en pacientes HIV negativos. Tiene 2 patrones tomográficos: fibrocavitada apical o patrón de bronquiectasias en lóbulo medio o língula. El tratamiento debe realizarse al menos por 12 meses y controlar la negativización del esputo a los 3 meses de inicio del mismo.
Conclusiones: En nuestro Hospital la incidencia de enfermedad infecciosa pulmonar por MNT y su aislamiento en cultivos está aumentando significativamente en los últimos años, comparado con trabajos previos donde los datos de extensión son limitados. El aislamiento de una cepa MNT en muestras respiratorias, supone estudiar su posible implicancia clínica en el cuadro respiratorio de nuestros pacientes.

P84 NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PINOS V[1]; MUÑOZ E[1]; CASTILLO S[1]; SABORIDO S[1]; CANTEROS G[1]; VIGIL H[1]; FACCIOLI G[1]

[1]*Hospital Tornú*

Introducción: Las neumonías eosinofílicas (NE) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por un aumento de los eosinófilos en el tejido pulmonar o en el fluido del lavado broncoalveolar. La mayoría de las NE están asociadas a eosinofilia en sangre periférica. Las etiologías incluyen infecciones parasitarias, enfermedades inflamatorias, malignas, autoinmunes, drogas e idiopáticas. La neumonía eosinófilica aguda (NEA), se caracteriza por síntomas que duran menos de un mes y generalmente menos de una semana.
Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedentes de no tabaquista, colitis ulcerosa diagnosticada 3 meses previos a su ingreso, medicada con mesalazina, anemia ferropénica e hipotiroidismo. Consulta por tos seca asociada a disnea progresiva de 3 días de evolución y fiebre de 38°C. Al ingreso: febril, taquicardica, eupneica, con SO_2: 93% al aire ambiente. Al examen físico: murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares, crepitantes en tercio superior de ambos hemitórax a predominio izquierdo. Laboratorio: leucocitosis 39.000 cel/mm^3, con 89% de eosinófilos, Hb. 8.5 gr/dl, Hto. 25.6%, plaquetas 438.000 cel/mm^3, EAB: Ph 7.43, pCO_2 30 mmHg, pO_2 68mmHg, HCO_3 19.9 mmol/l, SO_2 94%. Radiografía de tórax: opacidades heterogéneas difusas a predominio en campo pulmonar izquierdo. TC de tórax: patrón en vidrio esmerilado parcheado con distribución difusa, bilaterales, a predominio en pulmón izquierdo, con tendencia a la consolidación. Fibrobroncoscopía: sin lesiones, BAL: 180 cel/mm^3, eosinófilos 70%. Se inicia tratamiento empírico con Ampicilina Sulbactam, Claritomicina y Meprednisona 60mg/día.
Hemocultivos, Bacteriológico de esputo para gérmenes comunes y BAAR, Serologías virales, parásitos y Aspergillus negativas. Marcadores de autoinmunidad normales. IgE: 662UI/ml. BAL: cultivo de gérmenes comunes, micológico y PCR: negativos. Coproparasitológicos: negativos. Espirometría normal. Cumple tratamiento antibiótico con mejoría clínica y radiológica, Eosinófilos en sangre: 0%. Se decide alta hospitalaria con corticoides orales y seguimiento ambulatorio.
Discusión: La NEA es una entidad clínica distinta de otras enfermedades pulmonares eosinofílicas idiopáticas. Los criterios diagnósticos incluyen: fiebre de menos de 5 días, hipoxemia, opacidades intersticio-alveolares en la placa de tórax, BAL con recuento de más del 25% de eosinófilos, ausencia de parásitos, hongos u otras infecciones, con rápida respuesta al corticoide y mínimo riesgo de recurrencias.

Conclusiones: La NEA es una enfermedad pulmonar grave, rápidamente progresiva que, si no se reconoce a tiempo puede derivar en insuficiencia respiratoria con consecuencias mortales. Un diagnóstico preciso puede resultar difícil y, a menudo, se basa en una combinación de una historia clínica completa, evaluación radiográfica, laboratorios y broncoscopía (con BAL y en algunos casos histología de tejido pulmonar), habiendo descartado causas infecciosas.

P85 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS SISTÉMICA. PULMONAR, LARÍNGEA Y CUTÁNEA.

REY L[1]; MUSELLA R[1]; CEVALLOS L[1]; FRIAS A[1]; LOMBARDO L[1]; VISCA M[1]; SANCHEZ L[1]; FAILDE R[1]; PALMERO D[1]

[1]Hospital Muñiz

Introducción: La paracoccidioidomicosis (PCM) sistémica es una micosis endémica en algunos países de Latinoamérica, asociada a entornos rurales y actividades agrícolas. Afecta principalmente el pulmón, vía aérea superior y piel. A continuación se presenta un caso clínico en el cual se arriba a dicho diagnóstico.
Caso clínico: Paciente masculino, 63 años, paraguayo. Dedicado a transporte de granos y alimentos desde Argentina y Paraguay. Tabaquista, enolista. Consulta por disfagia de 2 meses de evolución. Tos mucopurulenta, disnea, pérdida de peso, astenia y adinamia. Presentaba además lesión ulcerada en labio inferior de 1 mes de evolución.
A su ingreso el paciente se encontraba estable, con SatO2 90%, sarcopénico, con signos de deshidratación. En el examen respiratorio, murmullo vesicular disminuido generalizado e hipersonoridad a la percusión de hemitórax derecho. Los análisis de laboratorio mostraron anemia, leucocitosis y deterioro de la función renal. Las imágenes de tórax evidenciaron opacidades heterogéneas reticulonodulillares bilaterales a predominio de campos superiores. Neumotórax derecho y enfisema subcutáneo. El esputo micológico y para BAAR, resultaron negativos. Fue valorado por ORL quienes observan lesiones verrugosas en laringe, se toma biopsia. Se toma muestra de escarificación de lesión en labio y mano. En ambos estudios se halló Paracoccidioides Brasiliensis. Se inició tratamiento con Trimetroprima-Sulfametoxazol e Itraconazol. Se observó buena respuesta, con mejoría de las lesiones, mejoría radiológica y del estado general del paciente.
Discusión: La Paracoccidiomicosis es una micosis sistémica endémica que afecta países de Latinoamérica principalmente noreste de Argentina, Brasil y Paraguay. El principal factor de riesgo para contraer la infección son las actividades agrarias. Se halla relacionada con el tabaquismo y el consumo de alcohol. La forma más frecuente de presentación es la forma crónica o del adulto que se manifiesta entre los 30 y 60 años. Los síntomas son de lenta instauración y larga duración. Se observa compromiso pulmonar en el 90% de los casos, como así también mucosa oral, faringe, laringe y piel. En formas graves diseminadas puede afectar cualquier órgano.
Radiológicamente se observa un patrón nodulillar difuso, lo que plantea un diagnóstico diferencial con Tuberculosis pulmonar, Coccidiomicosis, histoplasmosis, sarcoidosis, etc.
El tratamiento antifúngico no ofrece una curación definitiva, ya que el hongo no puede ser erradicado del organismo. El objetivo del tratamiento es reducir la carga hasta que se restaure la inmunidad celular, para mantener bajo control la infección.
Conclusión: La PCM sigue siendo hoy en día una enfermedad de diagnóstico tardío en nuestro medio, en nuestro paciente la demora de arribar a un adecuado tratamiento genero lesiones extensas tanto a nivel de piel como en pulmón. Les acercamos este caso para remarcar la importancia de un tratamiento oportuno que pueda evitar el desarrollo de formas secuelares irreversibles.

P86 PLEURITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

VICENTE MENDOZA L[1]; CALDERON J[1]; PEREZ I[1]; BALCAZAR J[1]; VIRHUEZ Y[1]; OSSES J[1]; CANEVA J[1]; AHUMADA R[1]; FAVALORO R[1]

[1]Fundacion Favaloro

Introducción: El derrame pleural (DP) eosinófilo se define como la presencia de más del 10% de eosinófilos en el líquido pleural. Su incidencia se estima entre el 5-8%. La etiología es diversa y se han descrito asociados a neumotórax, hemotórax, tuberculosis, micosis, parasitosis, fármacos, neoplasias y traumatismos. Finalmente, y con una cierta frecuencia, los DP eosinofilicos son considerados idiopáticos.
Caso clinico: Hombre 77 años, extabaquista 6p/y, textil artesanal. Antecedentes: 2008 Pericarditis idiopática con requerimiento de ventana pericárdica. Medicación: Perindopril 5 mg/d. 23/12/2018: Rinitis, tos seca y escalofrios; TAC de tórax DP bilateral y atelectasia pasiva de LII, tto Optamox. 30/12/18 Persistencia de síntomas, Dolor tipo puntada, Disnea CF III, Internación: Afebril, semiología de DP bilateral, saturación O2 92%. Laboratorio: Hto 36% GB 7,6mil/mm3, Eosinofilos (Eo) 9%. ECO torácica: DP bilateral Derecho: 120 cc Izquierdo: 330 cc. Toracocentesis izquierdo: líquido amarillo. Células 9.1 mil/mm^3 (N 27% , Eo 41%) pH 7.23, glucemia 153, proteínas 39.4 g/L, alb 27.4 g/L y LDH 273. ADA: 3U/L Derrame pleural exudativo. Ecocardiograma: normal. Perfil inmunológico: FAN, ANA, FR y ANCA negativos; C3: 204mg/dl y C4: 70mg/dl, VSG 95mm, PCR 10,2 mg/L. 03/01/19: ANGIOTC DE TÓRAX: negativo para TEP. 04/01/2019: FBC sin lesiones endoluminales. VATS: 550 ml de líquido claro. Pleura parietal eritematosa y pulmón adherido a pleura parietal, biopsia de pleura sin neoplasia (congelación). Alta 07/01/19. Reingreso 11/01/19 Disnea CF IV sin evidencias de insuficiencia cardiaca. SpO2 94%. Laboratorio: sin particularidad, Panel viral respiratorio: negativo. 12/01/19 Punción con Ecografía: celularidad: Invalidado por coágulos. Exudado. Hemocultivos: contaminante. 04/01/2019 AP: Pleura: Pleuritis fibrinosa en organización con fibrosis e inflamación subaguda leve. Pulmón: Histoarquitectura pulmonar relativamente preservada, con atelectasia, hiperplasia neuroendocrina, proceso fibro-inflamatorio crónico pleural. 14-01-2019 Líquido pleural: exudado inflamatorio subagudo con leucocitos polimorfonucleares, elementos mononucleares y macrófagos. Es-

casas células mesoteliales. No se reconocen células neoplásicas. Se interpretó PLEURESIA EOSINOFÍLICA, de etiología desconocida, Cumplió 10 días de PTZ. Y deltisona 40 mg/d, con tappering
Discusión: El DP debe ser estudiado su origen, descartando a su vez de etiología extrapulmonares, por lo que se debe dar rédito a la toracocentesis con estudio de AP.
Conclusión: La citología eosinofílica pleural y plasmática, clínica y perfil inmunológico que descartó enfermedad reumatológica, AP que muestran pleuritis y parenquima pulmonar sin alteración de la arquitectura, sin evidencia de proceso infeccioso se interpretó como una PLEURESIA EOSINOFÍLICA.

P87 PREVALENCIA DE ASMA EN ADULTOS DE UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

ORAZI M[1]; BUSTAMANTE L[1]; JUSZKIEWICZ FRANZE E[1]; LAS HERAS M[1]; ANTONIETTI C[1]; GARAVAGLIA L[1]; RITCHIE C[1]; ZUNINO S[1]; PARISI C[1]; SVETLIZA G[1]

[1]*Hospital Italiano Buenos Aires*

Introducción: El asma es una enfermedad crónica altamente prevalente a nivel mundial. La OMS estima que ya superan los 334 millones de personas afectadas en el mundo y para el 2025 esa cifra se verá incrementada en 100 millones de personas de todas las edades y etnias. En nuestro medio contamos con escasos datos de prevalencia en población adulta.
Objetivo: Definir la prevalencia de asma en mayores de 17 años en un sistema de salud prepago de la ciudad de Buenos Aires. Describir características clínicas.
Material y Método: Estudio observacional de corte transversal de pacientes adultos desde el 1 de enero de 2017 al 1 de enero del 2018 afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Población: pacientes adultos afiliados al Plan de Salud del Hospital mencionado. Criterios de Inclusión: Mayores de 17 años. Afiliados al Plan de Salud entre 1 enero 2017 al 1 de enero 2018.
Variable del estudio: Asma, diagnóstico realizado por especialista en neumonología y/o alergia luego de revisada la HCE completa.
Resultados: Se revisaron un total de 1168 HCE. La prevalencia de asma fue del 5.6% (n = 66 IC 4.5- 7.06) y la prevalencia de asma grave fue del 0.2% (n = 3 IC 0.05-0.74) sobre el total de la población en estudio y del 4.5% (IC 0.94-12.71) sobre la población asmática (n = 66). Del total de la población analizada el 59% (n = 699) eran mujeres y la edad promedio 65 años. En la población con asma el 62% (n = 41) eran mujeres. Las 3 pacientes con asma grave eran mujeres. El 36% (n = 24) tenían antecedentes de rinitis/sinusitis/conjuntivitis y sólo 14 pacientes habían realizado testificación cutánea a aeroalérgenos. El 27% eran leve intermitente, el 42% leve persistente, el 12% persistente moderado, el 5% persistente severo y el 14% no pudo se categorizado por falta de datos. Más de la mitad estaban tratados por neumonólogos (53%), un 25% por clínicos y los restantes por alergistas, médicos de familia y otros. El 52% (n = 34) no tenían hecha espirometría en el último año, el 41% tenía hecha sólo una y los restantes más de 1. El 76% (n = 50) de la población con asma nunca había fumado y el 11% (n = 7) lo hacía al momento del estudio. Con respecto a marcadores biológicos, el 15% (n = 10) tuvo IgE mayor a 100UI/L y el 35% (n = 23) tuvo recuentos de eosinófilos mayores a 300cél/ml en último año. El 82% de los pacientes tenían con corticoides inhalados (c/s segundo controlador), siendo en el grupo de asma grave el 100% y ninguno se encontraba bajo tratamiento con biológicos. El 70% de nuestra población no requirió consultas a guardias o no programadas debido a su asma y el 3% (n = 1) requirió internación.
Conclusión: La prevalencia de asma hallada en nuestra población fue de 5.6% y de éstos un 4.5% son asma grave. Más de la mitad de los pacientes eran mujeres y el 70% nunca había fumado. La mayoría estaban tratados por neumonólogos y el 82% tenían corticoides inhalados como parte de su tratamiento habitual. El 70% de los pacientes no requirió consultas a emergencias o consultas no programadas debido a su asma.

P88 ROL DEL NEUMONÓLOGO EN EL CRIBADO DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA LATENTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA CANDIDATOS A TRATAMIENTO ANTI FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

ZEOLLA M[1]; BARTH M[1]; MATELLAN C[1]; SIVORI M[1]; JAJATI M[1]

[1]*Hospital José María Ramos Mejía*

Objetivos: 1- Determinar el porcentaje de pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) candidatos a tratamiento anti factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNFα) derivados a consulta neumonológica para realización de screening de enfermedad tuberculosa latente (ETL). 2- Determinar el porcentaje de pacientes candidatos a tratamiento antiTNF-α que realizaron cribado de ETL previo al inicio de la terapia. 3- Determinar el porcentaje de pacientes candidatos a tratamiento antiTNF-α, con resultado positivo en el cribado de ETL
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se realizó una revisión sistemática de historias clínicas de pacientes con AR que por la evolución de su enfermedad iniciaron o reiniciaron tratamiento antiTNF-α entre los años 2011 y 2019. Se recolectaron los siguiente datos clínicos: Tratamiento anti-TNFa indicado, año de inicio de la terapia, antecedente de enfermedad tuberculosa, PPD y año de realización, características observadas en radiografía o tomografía de tórax y realización de interconsulta con especialista en neumonología para realización de cribado de ETL. Se consideró ETL: 1. Pacientes con asintomáticos con PPD mayor a 5mm. 2. Pacientes con lesiones imagenológicas sugestivas de secuelas de enfermedad tuberculosa. 3-Antecedente de tuberculosis con tratamiento completo luego de 10 años de finalizado el mismo. Se consideró realizado el cribado cuando el paciente fue estudiado mediante interrogatorio dirigido, PPD y radiografía o tomografía de tórax previo al inicio de la terapia.

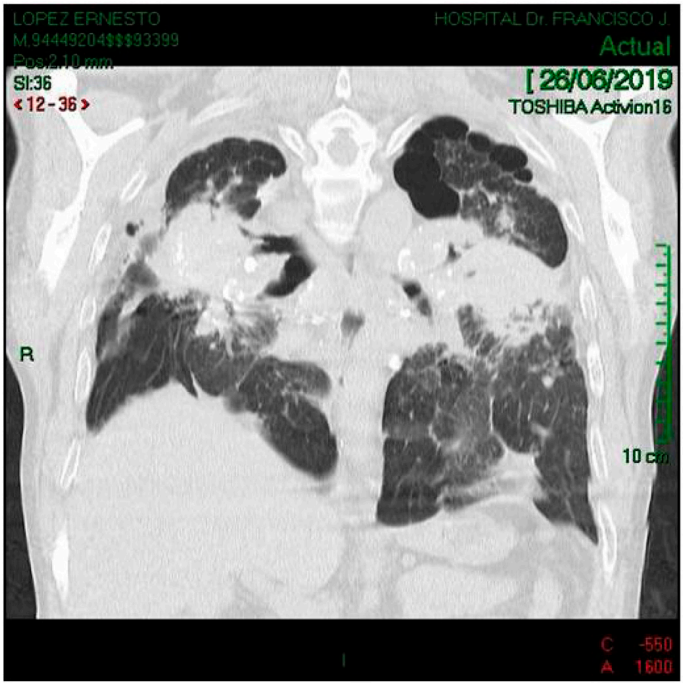
Resultados: Ingresaron al estudio 37 pacientes, de los cuales 14 realizaron interconsulta con neumonología previo al inicio de la terapia biológica (37.8%). Se realizó cribado de ETL en 36 de ellos (97.3%). Seis pacientes presentaron resultado positivo en el cribado de ETL (16,6%)
Conclusiones: Existe gran adherencia a las normas internacionales de cribado de ETL en pacientes candidatos a tratamiento anti TNF-α en la población estudiada. Es alto el porcentaje de pacientes (16.6%) con cribado positivo y requerimiento de quimioprofilaxis. Los neumonólogos participan como consultores ocasionales, asociado a PPD > 5 mm o lesiones sugestivas en los estudios imagenológicos del tórax. En pacientes sin lesiones pulmonares y PPD negativa el cribado suele realizarse por especialistas en Reumatología.

P89 SÍNDROME DE HIPERINFESTACIÓN EN PACIENTE CON CORTICOTERAPIA SISTÉMICA

MARTINEZ D

Hospital Zenón Santillán Tucumán

Introducción: Las enfermedades parasitarias continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, son más frecuentes en países en desarrollo, en constante crecimiento demográfico y con inadecuada infraestructura sanitaria y ambiental.
Caso clínico: Mujer de 63 años con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin tratamiento, tabaquista actual paquete/año de 63, ingresa a nuestro hospital en julio de 2019 por insuficiencia respiratoria tipo II, permanece internada 20 días en terapia intensiva, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), realiza múltiples esquemas antibióticos, corticoides sistémicos a altas dosis (prednisona 60 mg/día) desde el día de su ingreso hospitalario. Laboratorio de ingreso: GB: 12530 mm^3 Neutrofilos:79%, Eosinofilos:3% eritrosedimentacion: 40 mm, HIV: negativo, VDRL: negativo. Gasometría: pH: 7.46, PO_2: 69.8 mmHg, PCO_2: 57 mmHg, bicarbonato: 40 mEq/L, $SatO_2$: 95% (FIO_2: 0.50). Pasa a sala de clínica médica donde continua con expectoración purulenta abundante, afebril, roncus y sibilancias diseminadas en ambos campos, Saturación de O_2: 90% fio 0.21, resto del examen físico normal. Tomografía de tórax: Enfisema centrolobulillar a predominio apical, consolidación con broncograma aéreo en lóbulo medio. Se solicitan análisis de esputo que dan positivos para Pseudomona aeruginosa y strongyloides estercoralis. Se indica tratamiento con ivermectina 200 mcg/kg/día por dos días y piperacilina/tazobactam por siete días, mejora clínica de la paciente y se externa.
Discusión: El strongyloides estercoralis es un parasito cosmopolita endémico de áreas templadas, produce una infección crónica y a menudo asintomática que habitualmente se diagnostica por la detección de larvas rhabditiformes en las heces o por la presencia de eosinofilia en sangre periférica. Debido a la habilidad del parásito de completar su ciclo de vida mediante el proceso de autoinfestación, bajo ciertas condiciones de inmunodepresión esto puede resultar en una diseminación larvaria hacia otros tejidos u órganos desencadenando el llamado síndrome de hiperinfestación, enfermedad diseminada con compromiso de múltiples órganos. En nuestro caso la paciente recibió altas de corticoides sistémicos desde el día de su ingreso hospitalario y por más de 20 días, siendo esta la causa que puede haber provocado que se desencadene una autoinfestación parasitaria.
Conclusión: Si bien las enfermedades parasitarias en pulmón son una entidad infrecuente en adultos, es importante tenerlas en cuenta en pacientes con inmunodepresión, y sobre todo en zonas endémicas como lo es nuestra región.



P90 SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN DIAGNOSTICADO EN EDAD ADULTA

CACERES N

Hospital ZenSantillán

Introducción: En 1932 Mounier-Kuhn realiza la primera descripción del síndrome que lleva su nombre también conocido como traqueo-broncomegalia. Se trata de una dilatación anómala y difusa de la tráquea y bronquios principales por atrofia o ausencia de las fibras elásticas o de músculo liso que da lugar a laxitud de su pared y formación de divertículos y bronquiectasias, a la vez existe una disminución del aclaramiento mucociliar y dificultad para la tos que favorece las infecciones a repetición.
Caso clínico: Varón de 42 años de edad con antecedentes personales de múltiples internaciones por infecciones respiratorias desde la infancia. Consulta en diciembre de 2018 por disnea mMRC III acompañado de tos y expectoración purulenta, al examen físico presenta regular estado general, desnutrido (IMC 13), febril, microstomía bucal, buena entrada de aire en ambos campos pulmonares, rales crepitantes, roncus y sibilancias bilaterales, SO_2 (0.21) 82%, frecuencia respiratoria 20 por minuto y frecuencia cardíaca 110 por minuto, permanece internado 10 días con tratamiento antibiótico con buena evolución clínica, se da alta hospitalaria. Alfa 1 antitripsina: negativo. En la radiografía de tórax se observó agrandamiento de la imagen traqueal, con signos de hiperinflación pulmonar, y tomografía de tórax con dilatación traqueo bronquial acompañada de bronquiectasias bilaterales a predominio derecho. En la fibrobroncoscopía se observó aumento del diámetro traqueal sin colapso dinámico.
Discusión: La prevalencia es baja, afectando entre el 1 al 4.5% de la población, la mayoría de ellos en varones entre 20 y 50 años, siendo excepcional el diagnóstico después de los 65 años, hay muy pocos casos descritos en la literatura.
Conclusión: Nuestro paciente se encontraba en la 4 década de la vida, con antecedentes clínicos desde la infancia sin diagnóstico previo, sin bien el tratamiento es sintomático, hubiese mejorado el pronóstico del paciente.

P91 TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS EN ASMA SEVERA

TABOADA M[1]; JORDAN P[1]; BLANCO A[1]; MIRABAL Y[1]; MONTOYA R[1]; RUBADO P[1]; PATTIN A[1]

[1]Hospital Churruca

Introducción: Se define el asma severa a aquella que requiere corticoides inhalados a dosis altas y un segundo controlador para tratarla (step 4 y 5 de la guía GINA).
En pacientes con asma severa no controlada se realizan estudios, entre ellos laboratorio para evaluar eosinófilos (Eo) e inmunoglobulina E (IgE) para ajustar el tratamiento al fenotipo.
Valores de IgE entre 30-1500UI/ml permite evaluar indicar Omalizumab. Quienes no cumplen con este criterio, se debería evaluar Eo en sangre periférica (mayor o igual a 300 cel/ml) afín de considerar Mepolizumab, ambos demostraron disminuir las exacerbaciones asmáticas (se define como un agravamiento de los síntomas de inicio agudo, subagudo) y el uso de corticoides orales, mejoría de la calidad de vida y discretamente el FEV1.
Objetivo: Evaluar la cantidad de exacerbaciones y hospitalizaciones de nuestros pacientes posterior a la incorporación de un agente biológico en comparativa al período previo.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal en pacientes adultos tratados en el servicio de Neumonología del Complejo Hospitalario Churruca-Visca desde el 01/01/2012 hasta el 1/4/2019.
Se recolectaron datos demográficos, tratamiento de mantenimiento, exacerbaciones asmáticas y requerimiento de internación en el lapso de un año previo y posterior al inicio de agentes biológicos, valores espirométricos, de IgE y Eo.
Se utilizó una base de datos en Microsoft Excel 2010. Se calculó media, moda y desviación estándar. Para comparar las categorías se aplicó Chi cuadrado.
Resultados: Se incluyeron 13 pacientes con asma severa tratados con agentes biológicos. 69.23% de sexo femenino, edad media de 61.46 años (± 20.91). Los valores de media de IgE 133,31 y Eo 284.15.
Cuando se evaluó el tratamiento el total de pacientes estaban utilizaban ICS (Budesonide 76.92%) y LABA (Formoterol 76.92%). 69,23% se trataba con LAMA (Tiotropio), 92.30% Montelukast y 7.69% Teofilina. El 38.46% presentaba dentro del tratamiento de mantenimiento corticoide sistémico oral (CSO). El 84.62% iniciaron tratamiento biológico con Omalizumab y 15.38% con Mepolizumab.
La reducción del tratamiento fue estadísticamente significativa para CSO, todos fueron suspendidos (p 0.01).
Los pacientes con asma severa que recibieron tratamiento con agentes biológicos presentaron reducción significativa del número de exacerbaciones (4.08 ± 3.01 vs 0.77 ± 1.41; p 0.002). El número de hospitalizaciones no demostró cambios significativos, cabiendo mencionar que existió un número pequeños de eventos.
En las espirometrías la media del FEV1 fue de 61% y FVC 84% previo al inicio de agentes biológicos, no observándose diferencia estadística con los controles posteriores (FEV1 58% y FVC 73%).
Conclusión: En nuestra población de pacientes que cumplían con criterios de asma severa, con la inclusión de biológicos observamos una disminución en el número de exacerbaciones, y suspensión de CSO. Consistente con la bibliografía general.

P92 USO DE COOXIMETRÍA EN CONSUMIDORES DE CANNABIS INHALADO Y DE TABACO

TORRES I[1]; ALEMÁN A[1]; ROMERO L[1]; SOTO J[1]; FERNÁNDEZ L[1]; LIENCRES A[1]; VARGAS A[1]; GUTIÉRREZ M[1]; TORRES V[1]

[1]Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

Introducción: La **cooximetría** es una exploración que permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) que un sujeto tiene en el aire que espira. La medida se realiza con un cooxímetro a través de una maniobra sencilla. El CO

es una de las muchas substancias nocivas que se encuentran en el humo de tabaco y se ha visto su relación con el hábito de fumador, la cantidad de cigarrillos y el tiempo desde el consumo del último cigarrillo. La medida del CO en fumadores de cannabis no está bien determinada, si bien se considera similar al de los tabaquistas.
Objetivo: Determinar la concentración en CO de aire espirado en adultos fumadores de cannabis y su relación con el tiempo desde el ultimo consumo.
Material y Métodos: Se realizó Cooximetría en un grupo de fumadores de cannabis, fumadores de cannabis y tabaco y fumadores de tabaco solo, mediante equipo CareFusion SmokeCheck CO Monitor. Cada participante debió realizar una inspiración profunda, mantener una apnea de 15 segundos y realizar una espiración lenta y profunda. Se registra el valor en partes por millón. Se analiza el nivel de CO registrado en relación con el tiempo desde el consumo del último joint y/o el último cigarrillo de tabaco. Este estudio se realiza en el marco del proyecto "Efectos del consumo de cannabis en la salud respiratoria" (FSS_X_2017_1_137531) financiada por el Fondo Sectorial de Salud (Proyecto) – 2017 de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación del Uruguay. El mismo evalúa parámetros de salud respiratoria en tres grupos de participantes; fumadores de cannabis, tabaco y no fumadores.
Resultados: Se analizaron 100 registros, 43 corresponden a personas que solo consumen cannabis, 22 consumen cannabis y tabaco y 35 solo tabaco. La distribución por sexo de la población fue de 66% hombre 34% mujeres. El 50% de los participantes tenían menos de 40 años, y estos porcentajes varían según el grupo, siendo para los fumadores de tabaco solamente 17% y para los fumadores de cannabis 74%. Todos los participantes consumieron cannabis fumado (no vaporizado). El 26.2% de los 65 participantes que consumen cannabis solo o asociado a tabaco había fumado en las 6 hs previas a la medición, en tanto que de los 57 fumadores de tabaco solo o asociado a cannabis el 66,7% había fumado en las 6 hs previas. Se identificó una correlación negativa entre niveles de CO en aire espirado y tiempo desde el ultimo consumo ya sea de cannabis (coef Spearman -0,441 significativo en el nivel 0.01 bilateral) como de tabaco (coef Spearman -0,496 significativo en el nivel 0.01 bilateral).
Conclusiones: Los niveles de CO producidos luego del consumo de cannabis podrían ser comparables a los que se producen con el tabaco en nuestra muestra. No hemos encontrado medidas de este efecto en la literatura. Los consumidores de cannabis fueron más jóvenes y con un patrón de consumo diferente con respecto a los consumidores de tabaco.

P93 NEUMONÍA LIPOIDEA EXOGENA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

MARTÍN A[1]; CHIRINO NAVARTA A[1]; CONTRERAS F[1]

[1]*Respira Salud*

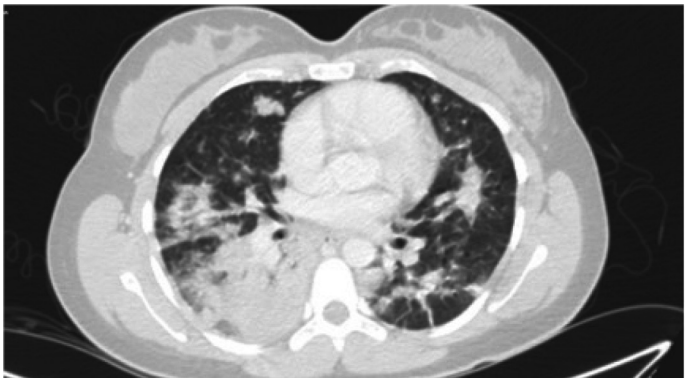
Introducción: La Neumonia lipoidea exógena (NL) es una condición rara resultante de la aspiración de sustancias oleosas. Presentamos 2 casos para revisar factores de riesgo, diagnóstico, evolución y tratamiento, en una patología donde la evidencia es débil.
Casos Clinicos: CASO 1. Paciente varón de 32 años de edad con antecedentes de politraumatismo por accidente vial, con secuelas neurológicas, traqueostomizado, con alimentación enteral, institucionalizado en centro de rehabilitación. Comenzó con fiebre, tos y expectoración de 7 días de evolución. La tomografía (TC) de tórax evidenció áreas de consolidación e infiltrados intersticiales bilaterales, a predominio de campos basales superiores, con escasa repercusión clínica. Se inició tratamiento empírico para neumonía intrahospitalaria. El paciente persistió febril por 5 días con hemocultivos negativos, por lo que realizó Fibrobroncoscopía (FBC) con lavado bronquioalveolar (LBA) y biopsias transbronquiales (BTB). El análisis del LBA no reveló gérmenes, cultivos negativos. La anatomía patológica mostró macrófagos cargados de lípidos compatible con neumonia lipoidea. Se tomaron medidas antireflujo y se inició tratamiento con corticoides. Si bien mejoró clínicamente, las imágenes pulmonares permanecieron a los 20 días.
CASO 2. Paciente mujer de 75 años de edad con antecedentes de enfermedad de Parkinson, infartos mesentericos, Hipertensión arterial esencial, consumo de laxantes crónicos por constipación. Fue derivada por su neumonólogo por presentar Disnea CF II y febrícula de 6 meses de evolución para videobroncoscopía. La TC de tórax presentó imagen consolidada en lóbulo medio derecho, persistente en 6 meses a pesar de tratamientos con antibióticos. La función pulmonar fue normal, perfil inmunológico negativo. Se realizó FBC con LBA (negativo) y BTB que evidenció macrófagos cargados de lípidos, con diagnóstico de NL. Se derivó para valorar tratamientos alternativos de la constipación, se reforzaron medidas antireflujo y control tomografico a los 6 meses.
Discusión: La NL a menudo se pasa por alto debido a su presentación inespecífica. En ambos casos se identificaron causas de aspiración oleosa y fue llamativo la profusa afectación radiológica con escaso impacto clínico. En retrospectiva, ambos pacientes presentaban atenuación grasa en la tomografía. La FBC con BTB confirmó el diagnóstico. Respecto al tratamiento se ha evidenciado en algunos reportes que los corticoides deben ser solo utilizado en casos persistentes o graves, luego de haber suprimido el agente causal, pero no hay aun estandarizada de dosis y duración de tratamiento. Escasos reportes en la bibliografía señalaron el uso de lavado bronqueoalveolar segmentario e inmunoglobulina con mejoría.
Conclusión: La NL debe sospecharse en casos donde existen condiciones de aspiración crónica e infiltrados profusos con escaso impacto clínico. La FBC es útil para confirmar el diagnóstico. El tratamiento consiste en la suspensión del agente causal y el uso de corticoides en casos seleccionados.

P94 NEUMONÍA ORGANIZATIVA FIBROSANTE AGUDA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE NEUMONÍA DE MALA EVOLUCIÓN

CHUNG K[1]; VIDELA A[1]; GRASSI F[1]; ALBERINI N[1]; DALURZO G[2]

[1]Hospital Universitario Austral, [2]Hospital Italiano

Introducción: La Neumonía Organizativa Fibrosante Aguda (AFOP) es una intersticiopatía de etiología desconocida poco frecuente.
Caso clínico: Mujer de 24 años, sin antecedentes patológicos personales. Ingresa por fiebre de 39°C y tos de 2 días de evolución. Al ex físico: leve disminución del MV en base pulmonar derecha. En el laboratorio, presenta leucocitosis de 9960 mm3, PMN 78% y Eo: 4%. (400) mm3, ERS: 47 mm. LDH 240 UI/l. HIV: (-) Panel para Virus Respiratorios (IFD): Adenovirus (+). HIV (-), PPD:(-). F.Reumatoideo: (-). Rx tórax: opacidad bilateral a predominio derecho. TAC de tórax: múltiples opacidades parcheadas, bilaterales, extensa consolidación en LID. No adenomegalias. Se realizó BAL. Se interpretó como neumonía de la comunidad grave, multifocal, iniciando ampicilina sulbactam, claritromicina, TMS. Persiste febril. Al 3° día de internación, evoluciona con Sat O2 90%, taquicardia, taquipnea, progresión de los infiltrados en la Rx tórax y TAC de tórax, se intuba quedando en ARM. Al 4° día de internación, con procalcitonina y cultivos negativos, se realiza biopsia por VATS. El 5° día de internación, se decide iniciar pulso de metilprednisolona 1gr/dia por 3 días. Al 8° día de internación, se recibe resultado de anatomía patológica: Neumonía Organizativa Fibrosante Aguda. Evoluciona con mejoría de parámetros ventilatorios y del infiltrado pulmonar. Se extuba al 12° día de internación y se da el alta hospitalaria en 23° día. Continúo con meprednisona 40 mg/día durante un mes, con disminución de 10 mg cada 3 meses. Actualmente con 10 mg/día. En control a los 4 meses, pletismografía normal, test de caminata de 6 min, sin desaturación significativa, distancia recorrida 580 mtrs, TAC de tórax a los 6 meses, resolución de infiltrados.
Discusión: La AFOP es una entidad muy poco frecuente entre las neumonías intersticiales idiopáticas, descripta en 2002. Se desconoce su etiología. Se describe asociado a enfermedades autoinmunes, infecciosas (en este caso, Adenovirus), fármacos, trasplante pulmonar y cáncer. El curso puede ser rápidamente evolutivo como este caso, o gradual. Para el diagnóstico se requiere biopsia quirúrgica de tejido pulmonar. La anatomía patológica se caracteriza por la presencia de acúmulos de fibrina en los alveolos, sin membrana hialina, con escasos eosinófilos. El tratamiento habitualmente se basa en corticoides sistémicos. Para los casos de recaída se asocia a Micofenolato, Azatioprina o ciclofosfamida. Nuestra paciente tuvo una evolución favorable solo con corticoides sistémicos.
Conclusión: Se debe considerar la posibilidad diagnóstica de AFOP ante neumonías graves que no resuelven a pesar del tratamiento antibiótico y plantear la biopsia quirúrgica sin demora.



P95 ¿TODA ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA ES QUIRÚRGICA?

RIOS JIMENEZ C[1]; CARREÑO SAAVEDRA R[1]; SOUSA MATIAS D[1]; GARCIA A[1]

[1]Hospital Posadas

Introducción: Las estenosis traqueales están relacionadas con distintas etiologías de origen benigno o maligno. Las causas de obstrucción benigna de la vía aérea central son: postintubación prolongada, postraqueostomía ,traqueobroncomalacia, infecciosas, enfermedades sistémicas e idiopáticas. El tratamiento de elección, es el quirúrgico. La incidencia de la estenosis traqueal postintubación oscila entre el 10 -22%.
Caso clínico: Varón de 20 años con antecedentes de obesidad, internación por TEC severo, el cual permaneció con ventilación mecánica prolongada (18 días). Consulta al tercer mes por episodios de tos y disnea progresiva clase funcional (CF) III, por sospecha de estenosis de la vía aérea central, se realizó espirometría (EFR) con FEF max de 17%, realizándose broncoscopía rígida de urgencia, observándose granuloma de 4mm en cuerda vocal derecha, la cual se reseco. A nivel traqueal doble estenosis, la primera en anillos incompletos en el tercio superior, que deja una luz de 6mm, la segunda en el tercio distal con una luz de 7mm concéntrica que se extiende unos 30mm,por lo que se dilato. Comprobándose longitud de la tráquea menor a 80mm. Siete días después presento disnea CF II, EFR con FEF max: 3.25 (35%), se realiza broncoscopía terapéutica encontrándose estenosis a nivel del tercio distal de la tráquea con una luz de 8 mm y extensión de 25 mm, por

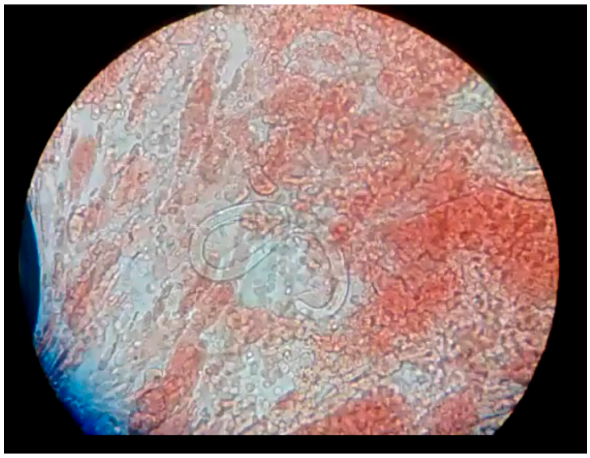
lo que se dilata. TAC cuello y tórax presenta doble estenosis, la primera a nivel de la unión laringotraqueal y la segunda a nivel del tercio distal de la tráquea a menos de 5 mm de la carina. Se coloca Stent traqueobronquial en Y siliconado de 13-11-11, intercurriendo con oclusión de las ramas distales del stent por granulomas que obstruyen del 70% al 100% de la luz, requiriendo broncoscopías terapéuticas en tres oportunidades.
Por persistir sintomático se retira stent en Y, se dilata bronquio fuente derecho y se reimplanta stent en Y, agregándose un segundo stent telescopado en bronquio fuente derecho. Evoluciona reagudizando la estenosis a nivel de la unión laringotraqueal (proximal al stent en Y), se dilata y coloca un tercer stent tipo estenotico 16-14 adaptado y telescopado al stent principal. Se logra estabilidad durante 2 meses pero ante nuevos síntomas de obstrucción de vía área se indica realizar traqueostomía de urgencia.
Discusión: La estenosis traqueal benigna es una patología frecuente pero de presentación grave. La causa más común es la iatrogénica (postintubación). La complejidad del caso y los procedimientos que se realizaron nos hace pensar que el tratamiento óptimo para este paciente sería el trasplante de tráquea, que actualmente no se realiza en Argentina.
Conclusión: Es importante diferenciar las estenosis simples de las complejas. Esto determinara el tratamiento: endoscópico, la colocación de prótesis y eventualmente la cirugía, siendo este último la de elección en este paciente.
La obesidad mórbida se presenta como una discusión de estabilidad de la vía aérea, por lo cual se indica disminución de peso.

P96 ¿UN AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO INESPERADO EN UN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO?

MENENDEZ M[1]; NIGRO C[1]; BLEDEL I[1]; CASTAÑO G[1]

[1]Hospital Alemán

Introducción: La estrongiloidosis es una enfermedad endémica en áreas rurales de regiones subtropicales con una prevalencia mayor al 25%. Las manifestaciones de la infección pueden variar desde eosinofilia asintomática en los pacientes inmunocompetentes, hasta enfermedad diseminada con shock séptico en los pacientes inmunocomprometidos conocido como “síndrome de hiperinfección”. En esta última, se ven afectados comúnmente el sistema digestivo, respiratorio, sistema nervioso central y el cutáneo. A su vez pueden cursar de manera conjunta con bacteriemia a bacilos gram negativo secundario a la translocación intestinal por distensión de las asas intestinales.
Caso clínico: Paciente varón de 58 años, de Corrientes, con antecedentes de tumor neuro-endócrino de pulmón con 3 lesiones metastásicas en cerebelo, una resecada. Desarrolló 2 lesiones quísticas con edema de cuerpo calloso y desplazamiento de la línea media, por lo que se encontraba en tratamiento con radioterapia holocraneana y dexametasona 4 mg diarios. Consultó por presentar paresia braquiocrural izquierda, asociado a hiperreflexia e intestabilidad de la marcha de 5 días de evolución. Se realizó TAC de cerebro que descartó sangrado intracraneal e informó lesiones ya existentes con mayor efecto de masa y mayor desplazamiento de línea media que en estudios previos. Se interpretó el cuadro neurológico secundario a progresión de la enfermedad vs edema post radioterapia, razón por la cual se decidió aumentar la dexametasona a 32 mg diarios. Presentó lesiones cutáneas maculares eritematosas, no pruriginosas, de manera diseminada con vitropresión negativa que se interpretó como reacción alérgica. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica con insuficiencia respiratoria aguda, deterioro del sensorio, distensión abdominal y diarrea. Se solicitó laboratorio con leucocitosis a predominio neutrofílico (sin eosinófilos), toxina, coprocultivo y leucocitos en materia fecal (negativos) y tomografía de tórax, abdomen y pelvis que evidenciaron distensión del marco colónico, sin causal obstructivo y opacidades intersticio alveolares con áreas consolidativas bilaterales a predominio de áreas de decúbito. Se inició asistencia respiratoria mecánica y antibióticoterapia con Vancomicina + Piperacilina-Tazobactam posterior a la toma de cultivos. Se aisló en hemocultivos E.coli y en aspirado traqueal larvas compatibles con Strongyloides stercolaris por lo que se mantuvo tratamiento con Piperacilina-Tazobactam y se inició Ivermectina. A pesar de dosis máximas de vasoactivos, evolucionó con paro cardiorespiratorio y muerte.
Conclusión: Deberíamos considerar el diagnóstico de estrongiloidosis en aquellos pacientes inmunosuprimidos, oriundos de zonas endémicas, que cursan con shock séptico y compromiso de más de un órgano (pulmonar, cutáneo, abdominal) para iniciar el tratamiento de forma temprana, dado que la mortalidad del cuadro es alta. A su vez, se debería tener en cuenta los factores de riesgo asociados a dicha infección previo a indicar corticoides sistémicos en altas dosis.

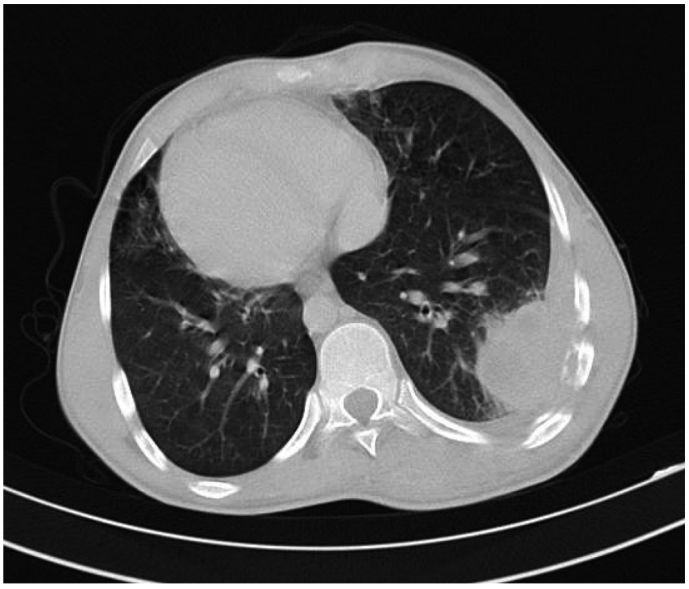


P97 ACTINOMYCOSIS PULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO

DI GIORGI A[1]; BODAS P[1]; BONACINA A[1]; LASSERRE C[1]; MORARD SCOLARIS A[1]; OZON G[1]; REARTE M[1]; VAZQUEZ V[1]

[1]*Hospital Materno Infantil de San Isidro*

Introducción: La actinomicosis pulmonar (AP) es una enfermedad infecciosa, granulomatosa, supurativa, crónica con tendencia a la fistulización, infrecuente en niños. Producida por actinomicetos anaerobios, principalmente A. Israelii. Su presentación clínica es variable, desde infección leve, a cuadros extensos que pueden simular neoplasias u otras enfermedades como TBC. Esta infrecuente presentación se produce por la aspiración de gérmenes desde la boca. Son factores predisponentes, la enfermedad pulmonar crónica, los trastornos de la dentición y el etilismo entre otros. Con frecuencia las lesiones asientan sobre un parénquima pulmonar dañado como una caverna Tuberculosa. Buscamos con la presentación de este caso aumentar su sospecha diagnostica.
Caso clínico: masculino de 14 años, con situs inversus completo, retraso madurativo y obstrucción bronquial recurrente, consulta por tumoración paravertebral dorsal izquierda de 12x6 cm, duro elástica, adherida a planos profundos, dolorosa, sin eritema, de reciente aparición. Antecedente de 4 meses previos una neumonía izquierda con tratamiento ambulatorio con amoxicilina clavulánico. Plan de Estudios: Rx. tórax: imagen radiopaca heterogénea en campo medio e inferior izquierdo de bordes mal definidos Ecografía: colección heterogénea en plano muscular (10x6x3) Laboratorio: Gb11500 (N 85%) Hto30% Plaquetas555000 PCR75 ERS113 TAC tórax y abdomen con contraste EV: imagen de densidad de partes blandas en segmento apical y basal posterior de lóbulo inferior izquierdo, forma irregular, heterogéneo, con amplia superficie contacto pleural, asociado a rarefacción ósea de costillas adyacentes con reacción perióstica y engrosamiento pleural, imagen compatible con absceso en sector más basal del segmento inferior. PPD y Lavado Gástrico para BAAR negativos, HMCx2 negativos, VDRL y HIV negativos. Se tomó muestra de biopsia por punción e inicio ceftriaxona/clindamicina. Anatomía patológica: Proceso inflamatorio subagudo con focos de abscedaciòn, presencia de actynomices. Con este diagnóstico se inicia penicilina 3.000.000 UI. Al cuarto mes de tratamiento se realiza control radiológico y tomográfico que evidencia resolución de las imágenes pulmonares y de partes blandas.
Discusión: La AP es una enfermedad poco frecuente en niños, su diagnóstico es difícil de establecer, requiere alta sospecha. Si bien puede darse en pacientes predispuestos también puede darse en inmunocompetentes. Dada la epidemiología de nuestro país con incremento de casos de TBC es importante tenerla en cuenta como asociación a la misma. El tiempo de tratamiento adecuado está en discusión a la fecha.
Conclusión: Debido a la presentación variable de esta enfermedad, es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial, ante infecciones pulmonares que no responden a tratamientos convencionales. En nuestro caso, el paciente evoluciono favorablemente luego de 4 meses y medio de tratamiento adecuado.



P98 ASMA NO CONTROLADO-DESAFÍO ETIOLÓGICO

CESARATTO F[1]; STECHINA J[1]; OLMOS M[1]; ELIAS M[1]; ABRATE V[1]; BLUA A[1]; LOPEZ A[1]

[1]*Hospital Privado Universitario de Córdoba*

Introducción: El asma no controlado incluye a un grupo de pacientes que a pesar de tener medicación controladora, glucocorticoides inhalados en dosis altas asociado a un segundo controlador o glucocorticoides orales durante seis meses del último año, presenta exacerbaciones frecuentes e incapacitantes. Los siguientes factores son reconocidos como desencadenantes

del mal control del asma: Rinitis, Reflujo Gastro-esofágico, tabaquismo, obesidad, Apnea Obstructiva del Sueño, depresión, uso inadecuado del dispositivo inhalatorio. Presentamos un caso en el que la falta de control, escapa a los factores habituales.
Caso clínico: Mujer, 30 años, trabajadora doméstica, APP: ex tabaquista 6 p/y, asma de dos años de evolución, rinitis crónica e hipotiroidismo. MC: disnea CF II, tos y expectoración de seis meses de evolución, visitas frecuentes a servicios de emergencias por síntomas de asma, con requerimiento de corticoides sistémicos. Al examen físico: uso de musculatura accesoria, Fr 28, sibilancias marcadas en ambos ciclos respiratorios, Sat 88%. LBT: Gb 10200 Eo 10% Hb 12.4 g/ dl Hto 36.8%. HIV, EBV, VHB, VHC no reactivo. IgE 11.400 ui/ml, IgE y Prick Test Aspergillus, ANA, ANCA, PPD negativos. Coproparasitológico (-) Imagen TAC Tórax: lesiones densidad vidrio esmerilado, en parches en ambos lóbulos superiores. Imagen TAC SPN: Pansinusitis. Espirometría: patrón obstructivo severo, con cambios PBD. FBC y BAL: EO 20%; PCR Histoplasma +. Inicia tratamiento para asma, escalón 4 GINA; Itraconazol. Evolución favorable, control sintomático, no repite crisis asmática hasta la fecha.
Discusión: La demostración de Eosinofilia Pulmonar, obliga a determinar su causa, ya sea idiopática vs conocida. En este caso la falta de control del ASMA con tratamiento adecuado, asociado a los hallazgos de los estudios complementarios, permitió identificar como precipitante o agravante una micosis pulmonar, cuyo tratamiento dirigido redituó en mejoría clínica, radiológica y de laboratorio.
Comentario: Remarcamos la importancia de una evaluación exhaustiva para descartar causas extrínsecas o comorbilidades asociadas en el asma grave no controlada, para evitar la progresión en el escalón de tratamiento y disminuir los costos en salud asociado a esta enfermedad.

P99 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

CARNERO ECHEGARAY J[1]; BELLON P[1]; LAROCCA F[1]; COLLINS J[1]; CUCENELLI J[1]; CARNERO CONTENTTI E[1]; ALVAREZ P[1]; DI YORIO R[1]; CANCINO J[1]; BOSSO M[1]

[1]*Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica*

Objetivos: Describir las características clínico-demográficas de sujetos con cánula de traqueostomía (TQT) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que ingresaron a un Centro de Neurorehabilitación y Cuidados Críticos Crónicos (CNRCCC).
Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años admitidos al CNRCCC entre el 1 de agosto de 2016 y 31 de diciembre de 2018, con antecedentes de EPOC severo, que hayan ingresado a la unidad de terapia intensiva (UTI) con diagnóstico de origen respiratorio y que requirieron TQT por ventilación mecánica prolongada (VMP). Los valores de estadística descriptiva se expresaron como media y desvío estándar, mediana y cuartiles 0.25-0.75, o frecuencia y porcentaje, según distribución y tipo de variable.
Resultado: De 555 pacientes que ingresaron en la institución, se incluyeron 27 (4.9%) con una edad media de 68.1 (± 8.3) años, con mayoría de sexo masculino (63%). Presentaron una presión inspiratoria máxima de 52.1 (± 12.7) cm H_2O y presión espiratoria máxima de 50.4 (± 17.3) cm H_2O. El 89.9% se consideraban independientes para sus actividades de la vida diaria previo a su internación en UTI. El 44.4% de los pacientes ya había sido internado en UTI previamente.
24 pacientes ingresaron con asistencia respiratoria mecánica invasiva (ARMi) y presentaron una mediana de días de ARMi en el CNRCCC de 33.5 (9.75-69.25). Se desvinculó exitosamente a 11 (45.8%), con una mediana de días de weaning en la institución de 6 (3.75-36.25). Se desvincularon parcialmente a 5 (20.8%) individuos, de los cuales 2 se lograron decanular y continuaron con ventilación mecánica no invasiva.
Se decanularon 11 (40.7%) sujetos con una mediana de días de traqueostomía totales y en el CNRCC de 71 (46.5-88.5) y 47 (28.5-58), respectivamente.
De los pacientes que ingresaron al estudio, el 33.3% se fue de alta, el 33.3% requirió derivación a un centro de mayor complejidad y el 29.6% murió en la institución. Un paciente continúa internado actualmente. Entre los pacientes decanulados, el 81.8% logró el alta domiciliaria y ninguno falleció, mientras que entre los no decanulados murió el 50% en el CNRCCC y ninguno pudo ser dado de alta.
Conclusión: Los pacientes EPOC que ingresan derivados desde UTI con TQT por VMP y logran ser decanulados parecieran presentar mejor sobrevida y posibilidades de lograr el alta domiciliaria que aquellos a los que no logra retirárseles la cánula de traqueostomía. Se requieren de estudios analíticos para comprobar esta presunción.

P100 DERRAME PLEURAL EN PACIENTE CON MASA ABDOMINAL

CAMENO M[1]; PRIGIONI L[1]; CASTILLO S[1]; FERRARIS J[1]; SANTAMARIA M[1]; VIGIL H[1]; FACCIOLI G[1]

[1]*Hospital Tornú*

Introducción: El quilotórax es una forma poco común de derrame pleural. Sus etiologías son diversas y se clasifican según sus causas en traumáticas y no traumáticas. Dentro de estas últimas las causas malignas son las más comunes siendo importante el estudio temprano para establecer el diagnóstico.
Caso clínico: Paciente de 79 años con antecedentes de HTA, Anexo histerectomía. Consulta por disnea progresiva de 5 días de evolución, astenia y pérdida de peso. Examen físico: buena mecánica ventilatoria, murmullo vesicular disminuido, matidez en tercio inferior de columna y campo inferior izquierdo. Abdomen globoso, matidez desde hipocondrio hasta fosa iliaca izquierda. RxTórax: Radiopacidad homogénea en hemitórax izquierdo. TC de tórax: derrame pleural izquierdo severo, sin lesiones parenquimatosas con atelectasia pasiva. En cortes de abdomen superior: formación con densidad de partes blandas en contacto con riñón izquierdo.

Laboratorio: GB 8200 K/Ul (linfocitos 40%), VSG 35 mm/h PCR 1.47 mg/dl.
Se realiza toracocentesis evacuadora, con líquido citrino y parámetros compatibles con exudado simple, recuento celular 1900 (90% monomorfonucleares). Cultivo de gérmenes comunes, BAAR, micológico y citológico: negativos.
Tc con contraste: evidencia formación vascularizada de gran tamaño de densidad partes blandas que se extiende desde hipocondrio a fosa ilíaca izquierda, adenomegalias retroperitoneales. Se realiza punción guiada por TC de la lesión constituida en su totalidad por linfocitos pequeños y monomorfos. Características morfológicas y perfil inmunohistoquímico vinculables a proceso linfoproliferativo B de células pequeñas.
Luego de dos semanas, presenta progresión de disnea, constatándose progresión de derrame pleural izquierdo. Se realiza nueva toracocentesis evacuadora con líquido blanquecino opalescente, parámetros fisicoquímicos: triglicéridos: 363 mg/dL, colesterol: 81 mg/Dl, arribándose al diagnóstico de quilotórax.
Discusión: El quilotórax no traumático puede ser originado por diversas patologías que afectan la región abdominal o torácica. Enfermedades malignas pueden dañar el conducto torácico y los canales linfáticos resultando esto en efusiones pleurales quilosas. La neoplasia más frecuentemente asociada es el linfoma.
El diagnóstico del quilotórax se hace mediante el estudio fisicoquímico del líquido pleural. El gold standard es la cuantificación de quilomicrones. Aunque existen criterios validados con aceptable a su diagnóstico: triglicéridos (TG) >110 mg/dl, TG líquido pleural /sérico > 1, colesterol líquido pleural /sérico < 1. Colesterol pleural < 200mg/dl.
Conclusión: La obstrucción de origen maligno es la causa más común de quilotórax no traumático. Siendo el linfoma responsable en el 70% de los casos. Una vez establecido su diagnóstico el estudio debe continuar hasta identificar rápidamente la etiología del quilotórax y así plantear un tratamiento médico o, de requerirse, quirúrgico.

P101 ESTENOSIS TRAQUEAL POST INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, REPORTE DE CASOS.

GARCÉS G[1]; SOTO J[1]; GRUSS A[1]

[1]Hospital Maciel

Introducción: La estenosis traqueal (ET) post intubación orotraqueal (IOT).Ocurre en el lugar de asentamiento del manguito del tubo orotraqueal en 1/3 de los casos. Asintomática hasta que compromete 50% o más de la luz traqueal y se confunde con asma. Requiere valoración de un equipo multidisciplinario, para individualizar el tratamiento.
Caso clínico 1: Mujer, 18 años, ingestión de psicofármacos, COMA e IOT de urgencia, traslado durante 130 km hasta UCI,72 horas de IOT. Neumonía aspirativa. Al mes del alta, cuadro interpretado como "Asma". Espirometría: Curva de flujo volumen con meseta espiratoria. Broncoscopía: Laringe: sin lesiones.Tráquea: estenosis cicatricial de 2,5 mm de longitud, deja una luz libre del 30% a 2,5 cm de las CCVV y 7,5 cm de la Carina. Mucosa sin componente inflamatorio. Tomografía (Tc) cardiotorácica en 3d: ET a 26 mm de cuerdas vocales (CCVV), longitud 33 mm, punto de máxima estenosis con 6 mm de luz. Resección del sector afectado y anastomosis traqueo-traqueal. CASO CLÍNICO 2: Hombre, 20 años, Traumatismo encefalocraneano con pérdida de conocimiento, IOT por 5 días, se autoextuba. Hospitalizado inicia con disfonía, estridor laríngeo y disnea; Infección respiratoria baja. Espirometría: Curva de flujo volumen con meseta espiratoria e inspiratoria. Broncoscopía: Laringe: sin lesiones. Tráquea: estenosis a 2 cm de CCVV cicatricial de 20 mm de longitud que deja una luz libre 25%, no permite el paso del broncoscopio (4.9 mm diámetro externo) para medir distancia a carina. Mucosa sin componente inflamatorio. Tc cervico torácica en 3d: Tráquea permeable en su sector superior, disminución de calibre en sector superior de tórax mínimo de 6 mm diámetro con engrosamiento circunferencial de sus paredes, estenosis de longitud 7 mm, calibre habitual debajo de la misma. Tratamiento quirúrgico.
Discusión: Los dos pacientes presentados, requirieron IOT y asistencia ventilatoria mecánica de urgencia; período de intubación menor a 7 días, infección respiratoria asociada. Con factores favorecedores de lesión inflamatoria sobre el epitelio. Con clínica de Tela Broncoscopía es el método diagnóstico más fiable en la determinación del tipo de lesión: localización, extensión, severidad y valoración de oportunidad quirúrgica. La dilatación mecánica con broncoscopio rígido se reserva para los casos en quienes esté contraindicada la cirugía o como puente al tratamiento definitivo. Se operará de manera diferida si: hay marcada inflamación laringotraqueal, enfermedad de base requiriera reintubación o si coexiste alguna enfermedad que favorezca complicaciones postoperatorias.
Conclusiones: Es importante en la salud, poder identificar cuáles son los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de ET post IOT previo al inicio de síntomas. La Broncoscopia método diagnóstico de elección, valora el tipo de lesión y oportunidad quirúrgica; se complementa la evaluación de la ET con estudios de imagen. La Resección traqueal y anastomosis traqueo-traqueal, en caso de ser candidato permite la resolución definitiva, con escaso riesgo de recidiva.

P102 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SOBRE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA

DAVILA A[1]; SALCERINI F[2]; HUAMALIES D[1]

[1]Universidad Adventista del Plata, [2]Sanatorio Adventista del Plata

Antecedentes: La Espirometría es una prueba básica de la función mecánica respiratoria. Evalúa la capacidad vital forzada (FVC) y volumen espiratorio forzado del primer segundo (FEV1). El índice de masa corporal (IMC) es una razón matemática que se obtiene mediante el peso y la altura del paciente (peso/talla 2). Objetivo: Establecer relaciones entre el IMC de los pacientes y sus patrones espirométricos.
Método: Población: 2800 pacientes evaluados de 2010 a 2013. De estos, 1305 eran mujeres y 1495 eran varones, con rango de edad entre 18 a 95 años. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata. Se usó un espirómetro CPFS/D USD - MEDFRAFIS - con software Breeze por personal técnico entrenado. Se

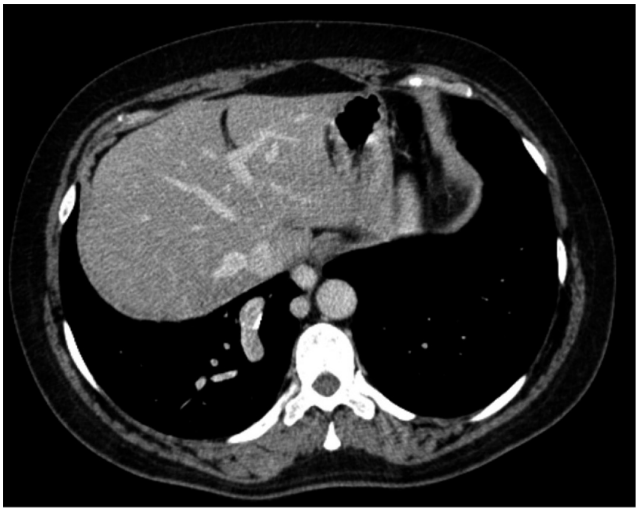
clasificó la población según su IMC y luego a cada grupo según su valor de FEV1 en obstructivos (< 80%), según FVC en restrictivos (< 80%) y normales de ambos (= o>80).
Resultados: En el grupo con sobrepeso (n = 994), 337 presentaron patrón obstructivo, menos que la frecuencia estadísticamente esperada y 657 tenían espirometría normal, sugiriendo que el sobrepeso reduciría la posibilidad de tener patrón obstructivo. Sin embargo entre los obesos (n = 1029), 410 (39,8%), presentaron patrón restrictivo, superando la frecuencia esperada y 619 tenían espirometría normal, menos que lo estadísticamente esperado. Dentro de los pacientes con patrón restrictivo el 39,9% eran obesos. Los pacientes con normopeso y sobrepeso, presentaron menor probabilidad de tener patrón restrictivo. Se encontró una relación significativa entre la obesidad y el aumento de la probabilidad de tener un patrón espiro métrico restrictivo. Los de bajo peso mostraron una tendencia a presentar ambos patrones patológicos (mixto).
Conclusiones: Existe una relación entre la obesidad y el aumento de la probabilidad de poseer un patrón espirométrico restrictivo dentro de la población estudiada. Se continuará analizando a la población mediantes diferentes índices espirométricos (FEV1/FVC, etc) para poder optimizar los resultados.

P103 FISTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BALDASARIA R[1]; ROCCHIA NOVILLO M[1]; CACERES N[1]; MARTINEZ D[1]; FIGUEROA S[1]; VEGA N[1]; ALTIERI H[1]; FAJRE L[2]

[1]Hospital Centro de Salud , [2]Centro Radiológico Méndez Collado

Introducción: Las malformaciones vasculares pulmonares constituyen un espectro de anomalías con diversa presentación clínica, desde la infancia a la edad adulta, cuyos hallazgos en imagen son a menudo superponibles.
Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 45 años de edad, con antecedentes personales de cirugía en pie derecho por melanoma el 25/7/2018. No refiere enfermedades respiratorias crónicas. No tabaquista. Sin exposición a tóxicos. Concurre al servicio de neumonología de nuestro hospital por disnea de características inespecíficas de 2 años de evolución sin factores predisponente que ella pueda refiera. Se realizó ecocardiografía Doppler: ventrículo derecho sin particularidades, sin signos de shunt ni de hipertensión pulmonar. Espirometría: valores dentro del rango de normalidad, prueba post B2 negativa. Test caminata de 6 minutos: sin evidencia de caída de saturación de oxígeno. Al examen físico presenta buena entrada de aire bilateral y murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Sat. O2: 98% (0.21). Se solicita tomografía de tórax alta resolución con contraste endovenoso: en ventana parenquimatosa se evidencia broncocele y áreas de hipodensidad en lóbulo inferior derecho. Ventana mediastinica: vaso arterial anómalo con nacimiento en aorta descendente que se comunica con una vena accesoria que desemboca en vena cava inferior.
Discusión: Las fistulas arteriovenosas pulmonares consisten en un saco vascular dilatado que comunica directamente una arteria nutricia y una vena de drenaje, sin atravesar lecho capilar. La mayoría son congénitas, aunque no suelen dar síntomas hasta que el paciente no alcanza la vida adulta. Son más frecuentes en mujeres y en pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber en hasta un 70% de los casos. Desde el punto de vista imagenólogico suelen tener morfología redondeada, oval o lobulada y calibre que oscila de pocos milímetros a varios centímetros, localización periférica adyacentes a la superficie pleural y en los lóbulos inferiores. Actualmente, el tratamiento de elección para estos pacientes es la embolización percutánea, la cual brinda todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, permite realizar diagnóstico y terapéutica en un único acto, se puede verificar el éxito de forma precoz, tiene una baja recurrencia y morbimortalidad.
Conclusión: Nos encontramos con una paciente de sexo femenino con disnea de dos años de evolución. Se presentó el caso y las imagines en ateneo multidisciplinario, y se las categorizo dentro del grupo de enfermedades con dilatación vascular intraparenquimatosas, llegando al diagnóstico tomográfico de fistula arteriovenosa pulmonar. Actualmente la paciente se encuentra en plan de evaluación por servicio de hemodinamia para toma de conducta.



P104 HALLAZGO RADIOLÓGICO ATÍPICO EN SARCOIDOSIS

MARTÍN V[1]; CAPONE L[1]; CASTRO ZORRILLA L[1]; ALVES L[1]; PALMA I[1]; VIÑA J[1]; NATIELLO M[1]; VESCOVO M[1]; ESTEVAN R[1]; MEDIN M[1]; FALCO J[1]; MARTINEZ D[1]; LAGRUTTA L[1]; CASTIGLIONI N[1]; INWENTARZ S[1]; PALMERO D[1]

[1]*Instituto Vaccarezza*

Introducción: En el 25% al 30% de los casos los hallazgos radiológicos en la sarcoidosis con afectación pulmonar son atípicos. Presentamos el caso de un paciente con sarcoidosis y signo de la galaxia en TAC.

Caso clínico: Varón de 27 años de edad, tabaquista actual de 20 cig/d, sin otros antecedentes de enfermedad, que concurrió a anotarse en escuela de vuelo y le realizaron Rx de tórax que mostró ambos hilios aumentados de tamaño y radiopacidades bilaterales de aspecto consolidativo, motivo por el cual le indicaron realizar TAC de tórax y evaluación por Neumonología. Refiere tos seca de 6 meses de evolución. El examen físico es normal.

No presenta exposición laboral, medioambiental ni recreativa. La rutina de laboratorio es normal con VSG 10 mm/h y eosinófilos 6%, asimismo el estudio inmunológico. La orina de 24 hs muestra hipercalciuria. La PPD 2 UT es de 0 mm y la serología para HIV no reactiva. En la TAC de tórax presenta adenomegalias hiliares y masas basales bilaterales rodeadas de pequeños nódulos satélites.

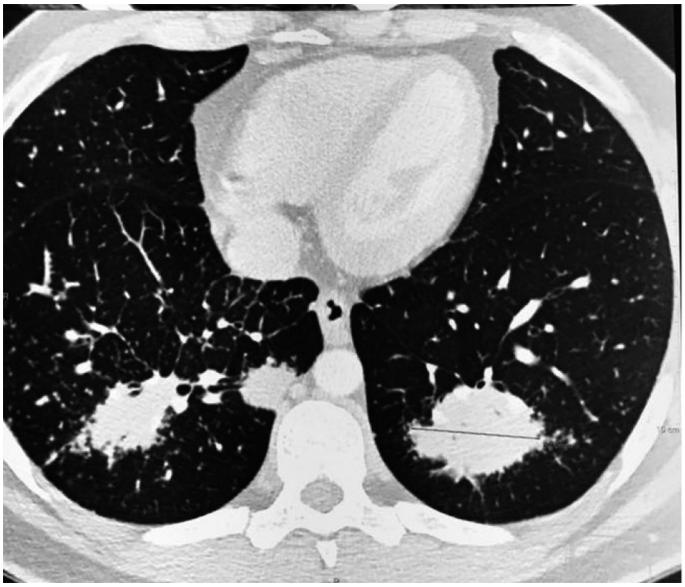
Se realizó Lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial. El recuento diferencial en el BAL no es concluyente porque la muestra era no representativa. El estudio bacteriológico fue negativo y el Citológico negativo para células neoplásicas. La biopsia muestra numerosos granulomas inflamatorios productivos (no necrotizantes), constituidos por histiocitos epiteloides y algunas células gigantes multinucleadas, sin otras inclusiones. Alternan escasos linfocitos y pequeño sector de parénquima indemne. PAS, Grocott y Ziehl Neelsen negativas. Diagnóstico: inflamación granulomatosa no necrotizante, cuadro histológico compatible con Sarcoidosis.

La Enzima Convertidora de Angiotensina está duplicada por 2 el valor normal. Se descartó enfermedad extrapulmonar e inició tratamiento con corticoides.

Discusión: Los nodulillos con distribución linfangítica son los hallazgos más frecuentes de la sarcoidosis con afectación pulmonar en la TAC. Aunque su distribución varía en cada paciente, hay 2 patrones de distribución más típicos: uno con afectación predominante del pulmón central (con distribución peribroncovascular central y subpleural de los nodulillos) y otro con afectación predominante del pulmón periférico (con distribución centrolobulillar y subpleural de los nodulillos). En los 2 casos, la afectación es mayor en los campos superior y medios.

El signo de la galaxia responde al hallazgo en la TAC de nódulos centrales irregulares formados por la confluencia de múltiples nódulos más pequeños que están menos concentrados en la periferia como múltiples imágenes satélites que simulan una galaxia. Corresponde a un hallazgo poco común o atípico.

Conclusiones: La mayoría de los casos de sarcoidosis atípica también muestran algunos hallazgos radiológicos típicos como nódulos con una distribución perilinfática o linfadenopatía hiliar bilateral. Por tanto, es importante considerar tanto los hallazgos radiológicos típicos como lo atípicos asociados con sarcoidosis para un diagnóstico correcto



P105 HISTIOCITOMA FIBROSO ANGIOMATOIDE: PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN CASO

CASTAÑO G

Hospital Alemán

Paciente femenina de 23 años operada en noviembre de 2011 de una adenopatía cervical posterior, compatible con histiocitoma fibroso angiomatoide. En mayo de 2013 comenzó con expectoraciones hemoptoicas y sensación progresiva de falta de aire, radiografía de tórax que mostraba infiltrados bilaterales a predominio periférico.

Las radiografías sucesivas mostraban los mismos infiltrados bilaterales a predominio periférico, a pesar de completar 14 días de tratamiento antibiótico.

Ante la persistencia de expectoraciones hemoptoicas, se realizó una fibrobroncoscopía que constató restos hemáticos provenientes del bronquiofuente derecho, con la mucosa del bronquio intermedio y del lóbulo medio friable y edematizada, por lo que se biopsió la misma. Los hallazgos anátomo patológicos mostraron alteraciones inflamatorias inespecíficas sobre un fondo de infiltrado linfoplasmocitario.

Se decidió realizar una punción aspiración con aguja gruesa bajo control tomográfico de la lesión más cercana a la pleura en hemitórax izquierdo, arrojando como resultado final el diagnóstico de histiocitoma fibroso angiomatoide.

La estadificación mediante centellograma óseo mostró múltiples metástasis óseas con una dominante en calota.

Inició tratamiento quimioterápico con doxorrubicina e ifosfamida, con mala tolerancia a la misma.

En noviembre de 2013 fue internada por hemiplejía braquiocrural izquierda precedida por cefalea intensa y vómitos, constatándose en la TC de encéfalo múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos, algunos de ellos en relación con las lesiones frontales ya conocidas previamente. El Servicio de Neurocirugía decidió mantener conducta expectante, estabilizándose el foco neurológico.

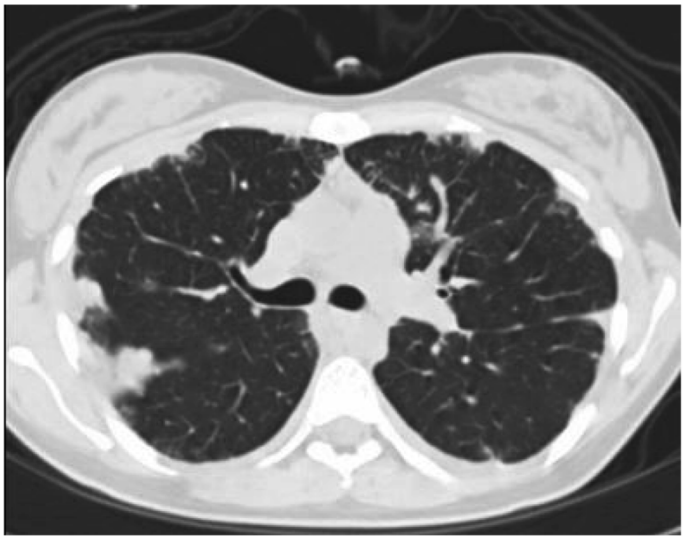
A pesar de los distintos esquemas terapéuticos la enfermedad cursó en progresión, falleciendo la paciente en agosto de 2014.

Discusión: Los tumores de origen fibrohistocitario son parte de un grupo de tumores de partes blandas. Pueden ser benignos, sarcomas de bajo grado de malignidad, encontrándose también sarcomas pleomórficos con un alto nivel de agresividad. Según la clasificación de la OMS este término corresponde al de sarcoma pleomórfico indiferenciado.

El fibrohistiocitoma maligno está constituído por una proliferación de células histiocitiarias y de fibroblastos con distintos patrones de crecimiento. La malignidad está definida por su capacidad de generar metástasis, siendo los órganos blancos principales el hígado y el pulmón (2)

La variedad histiocitoma fibroso angiomatoide corresponde al 0,3 de todas las neoplasias de tejido blando, y su localización en cabeza y cuello es poco frecuente, aunque pueden ubicarse muchas veces en ganglios supraclaviculares, axilares o inguinales (3). Pueden alcanzar tamaños de entre 5 y 20 centímetros de diámetro, encontrándose en su interior áreas de hemorragia, necrosis y degeneración mucoide.

La variedad más frecuente es el esteriforme-pleomófico (60% de los casos). El pronóstico de sobrevida es del 15 al 30% a los 5 años del diagnóstico.



P106 INICIO DE LA UNIDAD DE TRANSICIÓN DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN EL SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL CARMEN DE LA PROVINCIA DE MENDOZA DURANTE EL PERÍODO 2018-2019

DI GIORGI R[1]; LISANTI R[1]; DÍAZ W[2]

[1]Hospital del Carmen, [2]Hospital Alexander Fleming

Objetivos: Describir las características genéticas, clínicas, funcionales y nutricionales de los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) en transición de atención a unidad de adultos de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y observacional de los pacientes con Fibrosis Quística mayores de 15 años en transición de atención a unidad de adultos de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza en el período 2018-2019.
El diagnóstico de FQ de los pacientes se basó en criterios clínicos, test del sudor y/o detección de dos mutaciones del gen CFTR.
La transición de los pacientes se realizó en un período de 2 años, con reuniones mensuales entre el equipo infantil y de adultos, llevando a cabo al mismo tiempo, consulta integrada (neumonólogo de adulto presente en la consulta infantil) antes de la transferencia.
Se confeccionó una planilla de recolección de datos con el software Microsoft Excel 2010 y los mismos fueron procesados mediante el programa MedCalc® Versión 11.6.1.0.
Resultados: Actualmente se encuentran en seguimiento 18 pacientes con diagnóstico FQ en el Hospital Pediátrico Fleming de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza, de los cuales 6 pacientes son mayores de 15 años y se encuentran en transición de atención al Hospital del Carmen.
De ellos 4 pacientes son de sexo masculino (66,6%) y 2 (33,4%) femenino, con rango etario de 16 a 30 años, edad promedio de 20,66 (IC 95% 15,37-25,96). El diagnóstico se realizó en la totalidad de los pacientes en la edad pediátrica, 3 de los casos antes del año de vida. Todos cuentan con estudio genético, siendo la mutación más frecuente F508del (5/12 alelos). Los pacientes presentan en su totalidad compromiso digestivo (insuficiencia pancreática con síndrome malabsortivo intestinal) y enfermedad rinosinusal. El 66% (4/6) presentan compromiso pulmonar con colonización por Pseudomona aeruginosa y aislamiento de Staphylococcus aureus meticilino resistente y Burkholderia cepacia en 2 de los pacientes. Presentan dos pacientes diabetes relacionada a Fibrosis Quística, y dos pacientes uno pancreatitis aguda y otro trasplante hepático.
Con respecto al grado de nutrición presentan un IMC promedio de 21,72 (IC 95% 19,34 - 24,09), encontrándose en 2/6 desnutrición grado I según OMS.
La Función pulmonar (FEV1%) promedio es de 71,66 (49 - 104) con presencia de disfunción pulmonar moderada en 50% y severa en 16%.
Conclusiones: La creación de unidades especializadas de transición de pacientes con FQ surge como una necesidad en la atención de los pacientes en centros de adultos. Se presenta el desarrollo de un equipo de trabajo multidisciplinario en el manejo de los pacientes con FQ de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza, donde se inicia la atención de una pequeña población con morbilidad variable de la enfermedad y grandes desafíos.

P107 METASTASIS ENDOBRONQUIALES: TERATOMA MADURO TESTICULAR

CRUZ M[1]; GARCIA O[1]; TUMINO C[1]; BIGOT M[1]; FIELLI M[1]; ZUNA E[1]

[1]*Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

Introducción: las metástasis (MTS) endobronquiales (EB) son aquellas lesiones visualizadas por medio de broncoscopía, dentro del árbol traqueo-bronquial, secundarias a neoplasias primarias extratorácicas (NPE). La lesión maligna más frecuente es la extensión directa de una neoplasia adyacente como un carcinoma broncogénico seguido por esófago y tiroides. Sólo el 1,1% de las MTS EB son de origen extratorácico: rectal (16,3%), colónico (11.6%), mamario (9,3%) y uterino (9.3%), renal, ovárico entre otros. La broncoscopía rígida es la piedra angular tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estas lesiones.
Caso clínico: paciente masculino de 36 años con antecedente reciente de teratoma testicular maduro (TTM). Es derivado desde Mar del Plata para broncoscopía terapéutica no disponible en el ámbito público. El motivo de consulta fue atelectasia pulmonar asociada a disnea mMRC II y expectoración hemoptoica. Al examen físico Fr 16 rpm, Fc 90 lpm y Sat 96% (Fio2 0,21). FBC: tumor endoluminal que obstruía el lóbulo inferior y lóbulo medio. Se realizó electrocoagulación y resección endoscópica con drenaje posterior de secreciones purulentas que provenían del lóbulo inferior segmentos basales. Por sangrado masivo se realizó hemostasia con solución salina helada e implante de stent bronquial en el tronco de los basales logrando hemostasia. Se observó infiltración de la mucosa distal al stent. Anatomía patológica: mucosa bronquial infiltrada por proliferación glandular de diferentes tamaños, bordes irregulares y secreción eosinófila intraluminal, revestidos por células cúbicas a cilíndricas de núcleos redondos a ovales. Estroma con denso infiltrado linfoplasmocitario y vasocongestión. Focalmente epitelio escamoso. Diagnóstico: mucosa infiltrada por proliferación glandular atípica. Inmunohistoquímica: TTF 1 negativo y AFP negativo. El cuadro histológico se vinculó en primer término a compromiso por su enfermedad de base, metástasis de teratoma maduro.
Discusión: los síntomas son el resultado de la obstrucción endobronquial y pueden ser desde leves hasta graves. La broncoscopía rígida permite la aplicación de varias técnicas intervencionistas que combinadas con cirugía, radiación externa y quimioterapia ofrecen un tratamiento multidisciplinario y en algunos casos paliativo. El TTM representa sólo el 2.7 a 3% de los tumores testiculares, siendo una enfermedad avanzada al inicio del diagnóstico (62%).
Conclusión: ante la presencia de síntomas o manifestaciones radiológicas con sospecha de MTS es necesaria la evaluación endoscópica con fines diagnósticos y terapéuticos.

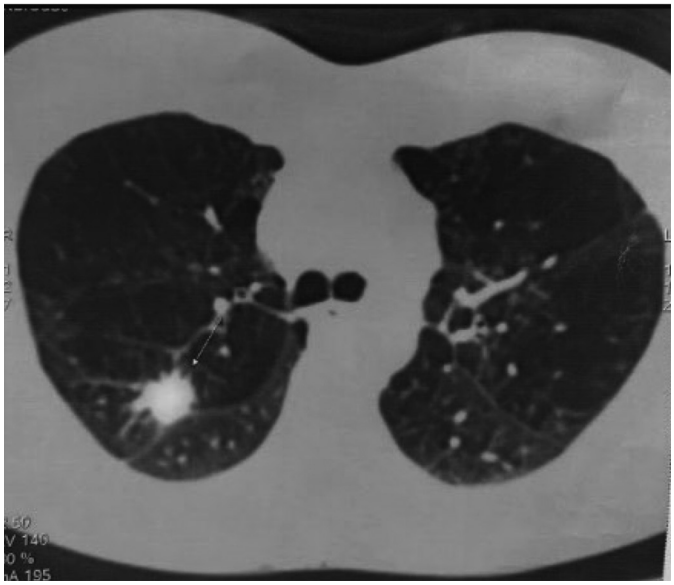
P108 PET HIPERMETABÓLICO EN PATOLOGÍA PULMONAR BENIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AGUILAR A[1]; MASDEU M[1]; TORRES R[1]; MEZA A[1]; TERRADILLOS F[1]; MORON K[1]; VESPA F[1]; CODINARDO C[1]

[1]*HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS Dr. I PIROVANO*

Introducción: El nódulo pulmonar solitario (NPS) es la manifestación más común de cáncer pulmonar en pacientes asintomáticos. Aunque se han descripto criterios clínicos y radiológicos para diferenciar benignidad de malignidad, la

mayoría se tipifican como indeterminados. El NPS debe abordarse considerando la carga tabáquica, edad, morfología, ubicación y tiempo de duplicación. El uso de la tomografía por emisión de positrones (PET) junto a la tomografía computada (PET-TC) permite integrar las características morfológicas y metabólicas en el mismo estudio. De todos los radiofármacos, el más usado es fluoro-2-desoxi-D-glucosa (18F-FDG). Los falsos positivos con standard uptake value (SUV) elevado en patologías infecciosas son una limitación, siendo de interés el caso a desarrollar. Caso clínico: Mujer de 42 años, tabaquista 42 p/a, disnea mMRC II, tos no productiva, al examen físico sin clubbing, con disminución global del murmullo vesicular. Hemograma, eritrosedimentación y alfa-1-antitripsina en valores de referencia, serología HIV negativa. Espirometría obstrucción moderada con prueba broncodilatadora no significativa. TC de tórax nódulo de bordes espiculados 15 x 11 mm en segmento posterior del lóbulo superior derecho, enfisema panlobulillar en lóbulos superiores. A los 3 meses aumenta el diámetro del nódulo a 17 × 13 mm y PET-TC hipermetabólico SUV 9,9 sin compromiso mediastinal.
Se decide conducta quirúrgica por riesgo de neumotórax para punción transtorácica; apta por CPET. Se realizó lobectomía; en anatomía patológica granulomas necrotizantes, BAAR negativo, sin cultivo. Madre conviviente fue diagnosticada de TB pulmonar al mes siguiente. Discusión: Es indiscutido el valor del PET-TC en la caracterización del NPS, particularmente en estudio del media**st**ino y extensión a distancia. Si es inferior a 3 cm, periférico y sin adenomegalias hiliares hipermetabólicas (N0), puede adoptarse conducta quirúrgica sin mediastinoscopía. La alta sensibilidad del PET se contrapone con su menor especificidad por falsos positivos atribuible a infecciones. Es llamativo en el caso presentado el SUV elevado en valor que supera los descriptos en la bibliografía para tuberculosis (TB). En regiones con elevada prevalencia de TB, los resultados de PET deben interpretarse con cautela. Medidas tardías del SUV contribuirían a descartar lesiones benignas, en las cuales la captación permanece estable o disminuye. El PET- TC con 18F-Colina podría contribuir en el diagnóstico diferencial, presentando mayor especificidad para malignidad. Conclusión: En el diagnóstico del NPS el PET-TC es una herramienta valiosa para la estadificación mediastinal y a distancia; debe interpretarse con cautela debido a falsos positivos relacionados con infecciones, incluso con SUV elevado. La clínica, tiempo de duplicación y antecedente de cáncer previo, colaborarán a interpretarlo adecuadamente, recurriendo a la punción aspiración y biopsia intraoperatoria por congelación para evitar resecciones lobares innecesarias.



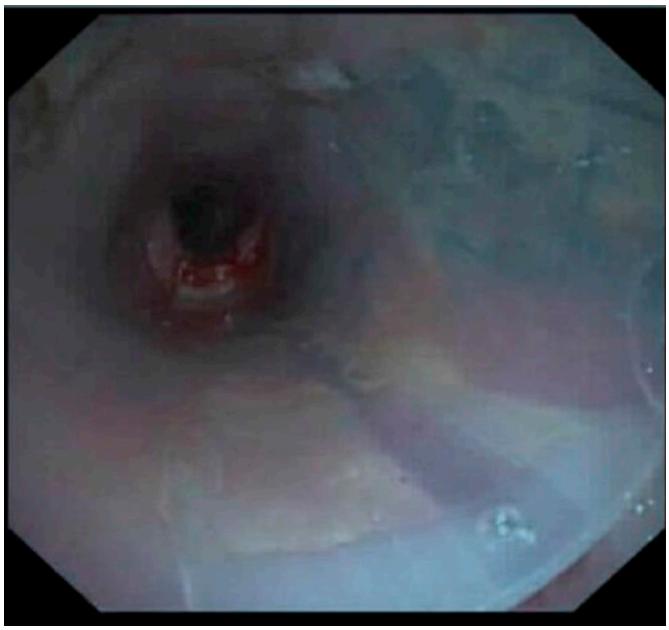
P109 PROGRESION DE FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA CON TRATAMIENTO CON DOBLE STENT COMBINADO EN PACIENTE CON CANCER DE ESOFAGO (PCE)

PRIETO I[1]; ROLLERI J[1]; NIGRO C[1]; CASTAÑO G[1]; MENENDEZ M[1]; BLEDEL I[1]; PRIETO BRANDSTAETTER E[1]

[1] *Hospital Alemán*

Introducción: Las fístulas bronco esofágicas (FBE) son entidades infrecuentes con elevada morbimortalidad en PCE. La incidencia de fístulas esófago respiratorias en PCE es 1-22% y de FBE menor al 40%. La necrosis tisular consecuente al tratamiento neoadyuvante es central en su fisiopatología. El tratamiento sugerido es el doble stent combinado (DS) antes de la desfuncionalización quirúrgica (DQ). Los reportes son sobre fístulas traqueo esofágicas (FTE) y no tanto sobre FBE con DS. Presentamos el caso de un paciente con respuesta patológica completa que intercurre con FBE secundaria a dehiscencia de anastomosis, tratamiento con DS, progresión de FBE con invasión endobronquial del stent esofágico autoexpansible metálico (SEA).
Caso clinico: PCE de 47 años en tratamiento con esquema Paclitaxel, Carboplatino y radioterapia prequirúrgico más esofagectomía subtotal con anastomosis esófago gástrica intratoráxica y yeyunostomia. Intercurre el 7mo día de posoperatorio (POP) con mediastinitis y empiema por dehiscencia de anastomosis. Tras tratamiento antibiótico, decorticación derecha se coloca SEA y válvula de Heimlich. En semana (S) 5 de POP inicia con tos incoercible, evidenciando con

fibrobroncoscopía (FBC) FBE de 0.5 mm en bronquio intermedio. Con videodeglución fluroscópica se descarta fuga y se retira drenaje pleural otorgándose alta. En S7 se coloca stent bronquial tipo Roll 10-12. Intercurre en S8 con hemoptisis y broncorrea, la FBC evidenció progresión de FBE e invasión del SEA en la mucosa bronquial. En S10 se optó por resolución quirúrgica de FBE con DQ digestiva, extracción del SEA, gastrostomía laparoscópica, extracción stent bronquial y cierre simple de FBE. En S11 intercurre con dehiscencia del cierre colocándose parche de pericárdico. Alta hospitalaria. Actualmente lleva 21 meses libre de enfermedad oncológica y el tránsito reconstruido.
Discusión: FBE en CE agrava la morbilidad y acelera la mortalidad. La respuesta al tratamiento oncológico es la capacidad de éste en generar necrosis tumoral, siendo un factor de riesgo elevado en la génesis de fístulas. Con la optimización de la respuesta oncológica por la mejoría de los tratamientos neoadyuvantes, surgieron técnicas alternativas para el cierre de las fistulas vía endoscópica como DS. La complicación de DS reportada, a pesar de su de baja incidencia, es la progresión fistulosa por necrosis secundaria a compresión extrínseca de la mucosa entre ambos stent. DS es descripto con mayor frecuencia en FTE. El menor espesor cartilaginoso bronquial en comparación al traqueal supone un terreno más susceptible a la necrosis por el primero. ¿Es apropiado el mismo abordaje terapéutico para FTE y FBE?
Conclusión: La evidencia de DS prioriza FTE y no la difiere ante FBE. El cartílago bronquial es más delgado siendo más susceptible a la necrosis. Las mínimas diferencias entre ambos sectores de la VA frente a esta injuria tisular invita a considerar una alternativa terapéutica diferente. Faltan estudios comparativos entre la evolución de FTE vs FBE con DS en esta población.



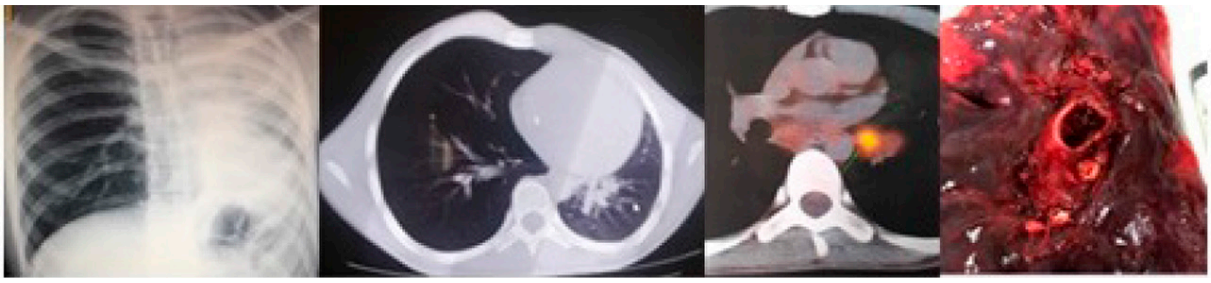
P110 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO ENDOBRONQUIAL

MERELES J[1]; GATTI A[1]; GARCIA L[1]; LARDIZABAL A[1]; CURRO M[1]; OUTON V[1]; KARLEN H[2]; PELEGRINO G[1]

[1]HIEAyC San Juan de Dios, La pPata, [2]Hospital Municipal "Dr Emilio Ferreyra"

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio, es una lesión pulmonar de rara presentación en adultos, constituyendo menos del 1% de las cirugías de resección. Sin embargo es el tumor pulmonar primario pediátrico más frecuente.
Caso clínico: Paciente de 16 años de edad derivado del hospital de Necochea para estudio de atelectasia masiva izquierda. Relata disnea de inicio súbito en el hogar durante el sueño, asociada a dolor torácico que motiva consulta por guardia.
Examen físico: paciente en buen estado general. Signos vitales: TA 110/60 mmHg, FC 72/min, FR: 16 rpm, T° 36.2 °C, Saturación de O_2 96% (FiO_2 0.21). Aparato respiratorio: buena mecánica ventilatoria, hipoventilación en hemitórax izquierdo.
Tomografía de tórax con contraste endovenoso: atelectasia obstructiva del LSI y de gran parte del LII. Asociado a leve-moderado derrame pleural homolateral
Fibrobroncoscopia con LBA y biopsia: bronquio fuente izquierdo ocluido por lesión polipoide de superficie lisa, hiperémica, ligeramente móvil. Mucosa adyacente congestiva.
Anatomía patológica: proliferación fusocelular de células ahusadas de núcleos blandos que se disponen laxamente sobre un estroma mixo-edematoso, colagenizado en sectores, con delicados vasos sanguíneos interpuestos, microfocos de hemorragia y escasas células inflamatorias dispersas de tipo linfocitos y plasmocitos. Diagnóstico: tumor miofibroblástico inflamatorio.
Determinación de ALK por inmunohistoquímica: negativo.

PET: infiltrado intersticio nodulillar en lóbulo inferior izquierdo, captación de SUVmáx: 2.4. Adenopatías hipercaptantes a nivel del hilio pulmonar izquierdo SUVmáx 11 y en el mediastino en situación paratraqueal superior bilateral, prevascular lateroaortica izquierda y subcarinal SUVmáx: 3.2.
VATS: extracción de adenopatías estación 6 y 7; adenitis crónica inespecífica.
Prueba funcional respiratoria preoperatoria: VEF1/CVF: 0.86, VEF1: 2.25L (53%), CVF 2.62L (52%), VR/CPT: 177%, CPT: 60%, VR: 120%, DLCO: 84%.
Resolución quirúrgica: neumonectomía izquierda (confirmo diagnóstico), exéresis de ganglios 9 y 10 (inflamatorios)
Prueba funcional respiratoria postoperatoria: VEF1/CVF: 0.85, VEF1: 2.16L (51%), CVF: 2.36L (47%) VR/CPT: 130%, CPT: 51%, VR: 75%, DLCO: 104%.
Discusión: consideramos interesante la presentación de este caso por la rara presentación en adultos y su particular localización. La bibliografía describe pocos casos y cada uno de ellos con un comportamiento variable. Esto dificulta no solo el diagnóstico histológico inicial si no su estadificación y conducta terapéutica posterior.
Conclusión: Nuestro caso ejemplifica la necesidad de utilizar algoritmos para arribar al diagnóstico de patología poco frecuente. Asimismo concluimos que es indispensable el manejo multidisciplinario para definir diagnóstico y tratamiento de estos casos.

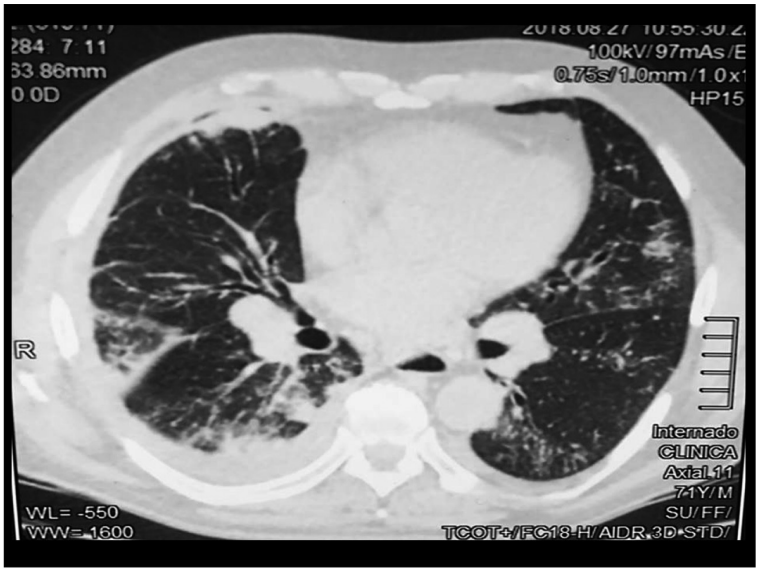


P111 SARCOIDOSIS

ARMOA R[1]; VALLEJOS E[1]; MONZON SOLE H[1]; REHWALD M[1]; AQUINO V[1]; REYES ARMUA M[1]; GARAY J[1]; TEMPORETTI H[1]

[1]Hospital J. R. Vidal Corrientes

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de causa desconocida, presenta inflamación granulomatosa. Los órganos afectos con frecuencia son pulmones, ganglios linfáticos, piel y ojos. El diagnóstico se basa en la clínica, la radiología e histología. CASO CLÍNICO Paciente de sexo masculino de 71 años con antecedente de exposición a garrapaticidas por 20 años, múltiples internaciones por neumonía, antecedente de tos seca desde hace 1 año asociada a disnea grado 2 mMRC desde hace 6 meses. Presentaba tomografía de tórax con infiltrado de tipo reticular difuso a predominio de base derecha, asociado a imágenes en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación y pseudonódulos de distribución periférica en lóbulos superiores**,** en ventana mediastinal derrame pleural bilateral a predominio derecho. Progresó con disnea grado 4 mMRC con dolor en puntada de costado en hemitórax derecho, consultó a facultativo quien solicitó internación ingresando con signos vitales normales, en radiografía de tórax se identificaron infiltrados de tipo intersticial bilateral a predominio de campos medios, mediastino ensanchado y opacidad de tipo homogénea en campo inferior derecho, se solicitó colagenograma que evidenció factor reumatoide elevado, se efectuó ecografía pleural, presentó derrame derecho de 37mm de despegamiento y toracocentesis diagnóstica obteniéndose exudado, sin crecimiento de microorganismos. En espirometría patrón no obstructivo de grado moderado. Se indicó tomografía de tórax, en ventana pulmonar engrosamiento peribroncovascular bilateral asociado a imágenes en vidrio esmerilado tendientes a consolidación de disposición subpleural. En ventana mediastínica adenomegalias hiliares bilaterales, la mayor de 16mm subcarinal, derrame pleural bilateral a predominio derecho.
Se efectuó fibrobroncoscopía y biopsia en espolones informándose infiltrado inflamatorio crónico, fue derivado a servicio de cirugía torácica para videotoracoscopía y biopsia pleural, encontrándose inflamación crónica. Se indicó corticoide con mejoría clínica. Luego disminuyó dosis de corticoides progresando con eritema malar que se biopsió obteniéndose granulomas no caseificantes. DISCUSIÓN En la sarciodosis los síntomas respiratorios son frecuentes, al principio generales como fiebre, descenso ponderal, anorexia y astenia. El pulmón es el órgano más afectado con alveolitis y neumonitis intersticial. Otros hallazgos menos frecuentes son derrame pleural, neumotórax, alteración bronquial intrínseca. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras enfermedades granulomatosas infecciosas como las producidas por micobacterias, hongos y también de origen tumoral. Deben cumplirse criterios clínicos y radiológicos, evidencia histopatológica de granulomas y exclusión de otras enfermedades. CONCLUSIÓN El caso del paciente presenta clínica, imágenes y estudios complementarios con sospecha diagnóstica, el análisis anatomopatológico es importante para refutar diagnósticos diferenciales e instaurar tratamiento para control sintomático.



P112 ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD 1.0 AL 2.0. PERÍODO 2010-2018. HOSPITAL F. J. MUÑIZ

ROMANO M[1]; ZARRA J[1]; ROTLLANT V[1]; RODRIGUEZ N[1]; FALCONE C[1]; MAMMANA L[1]; CUSMANO L[1]

[1]H F J MUÑIZ

Objetivo: Describir y comparar el perfil epidemiológico de las notificaciones de enfermedades tipo influenza (ETI) de los pacientes asistidos durante el período postpandémico 2010-2018.
Material y Métodos: Se analizaron las notificaciones de ETI por semanas epidemiológicas (SE) de los pacientes asistidos en la institución durante los años 2010-2018 (SE: 1-53).
Se obtuvieron los registros del SNVS1.0 (2010-2017) y 2.0 (2018).
Se tabularon los datos demográficos: como grupo etario y lugar de residencia.
El diagnóstico virológico se realizó por IFD en muestras de hisopados nasofaríngeos con detección de virus respiratorios, se analizaron las muestras reactivas para: influenza A y B, y PCR (gen M 2 y gen H1).
Resultados: Se notificaron a Promoción y Protección de la Salud, **2491** casos de ETI en el período en estudio.
Al evaluar el total de casos asistidos de ETI el grupo etario más afectado fue el comprendido entre 45-64 años con el 26.13% de los casos. En Ciudad de Buenos Aires residían **47.3%** de los pacientes.
En el 2010 se notificaron 471 casos de ETI en la SE 30 y en 91 hisopados nasofaríngeos se aislaron 44 muestras de Influenza A pdm, 5 no pdm y 3 H3N2.
En el 2013 durante las SE 24 y 25, las ETI presentaron el mayor número de notificación con 31/406 casos.
Del total de los hisopados nasofaríngeos procesados en el año 2013, hubo 48 muestras con aislamiento de virus pandémico.
En el año 2017 se notificaron un total de 537 casos de ETI, de los hisopados nasofaríngeos (total procesados 70) con aislamiento de Influenza: 1 positivo para Influenza A no pdm, 8 para H3 estacional y 1 para Influenza B.
En el 2018 de 306 casos notificados de ETI, de 51 hisopados nasofaríngeos procesados 9 presentaron aislamiento de Influenza B.
Conclusiones: La población asistida en la institución, con diagnóstico de ETI fue principalmente adultos.
Las semanas epidemiológica de mayor notificación fueron variables en los distintos años postpandémicos, siendo relevante la vigilancia de los virus respiratorios para conocer las variaciones interanuales
El SNVS 1.0 permitió obtener datos en forma oportuna para implementar estrategias de control de patologías emergentes.
A consecuencia de un cambio en la notificación de ETI durante el año 2018 (SNVS 2.0) fue necesaria una base de datos de la División para poder disponer de información para la gestión local de recursos.

P113 DISAUTONOMÍA FAMILIAR HEREDITARIA: EVOLUCIÓN DE UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

FRAGA M[1]; MAGGIO P[1]; CERVANTES V[1]

[1]Hospital María Ferrer

Introducción: La Disautonomía Familiar Hereditaria (DFH), Sindrome de Riley-Day o Neuropatía Hereditaria Sensorial y Autonómica tipo III (HSAN tipo III), es una enfermedad autosómica recesiva compleja, descripta en niños judíos askenazíes de Europa del Este, causada por una mutación en el gen de la proteína asociada IKB kinasa (IKAP). Su deficiencia causa alteración en el desarrollo de los nervios sensoriales y aferentes autonómicos que conlleva a disminución de reflejos,

alteración de la percepción del dolor y temperatura, variaciones drásticas de la presión arterial por falla de los baroreflejos, neuropatía óptica, retraso madurativo, alteración de la propiocepción, marcha atáxica, escoliosis, ausencia de lágrimas y sialorrea. La alteración de la deglución, la disfagia neurogénica y el RGE, conducen a neumonías aspirativas recurrentes y bronquiectasias, y junto con la alteración de los quimioreflejos y los trastornos respiratorios durante el sueño (TRS), derivan en enfermedad pulmonar crónica. Los TRS son el factor de riesgo principal para desarrollar muerte súbita.
Caso clínico: Adolescente de 16 años, diagnosticada a los 6 años. En control desde hace 4 años, con mala adherencia a los tratamientos. Presenta bronquiectasias bibasales, con infecciones respiratorias, aspiración en vía aérea, síncope en altura, hipoxemia nocturna, escoliosis severa, trastornos de conducta, retraso madurativo, compromiso visual, disminución de la percepción del dolor y temperatura, ausencia de lágrimas, inestabilidad marcada de la presión arterial, crisis disautonómicas, marcha atáxica, cefalea frontal crónica. Gastrostomía desde el 2009. Recibe polifarmacología para cardio, gastro, psiquiatría, oftalmo, neumo, nutrición y tratamiento específico con fosfatidilserina para elevar niveles de IKAP. En el último año presenta empeoramiento clínico (infecciones por broncoaspiración, escoliosis), funcional (patrón restrictivo con atrapamiento aéreo, FVC 43%), gasométrico (PCO_2 42 mmHg), sat diurna 98%, PSG con IAH 2,7/h y sat nocturna basal de 94% y mínima de 85%, Pimax y Pemax bajas. Se niega a usar ventilación mecánica no invasiva (VMNI).
Discusión: La muerte súbita durante el sueño es la causa principal de muerte en DFH debida a hipoventilación y/o apneas obstructivas que causan hipoxemia e hipercapnia severa durante el mismo. La reacción frente a la hipoxemia e hipercapnia es deficiente y desarrollan hipotensión y bradicardia como respuesta. Es imperativo el uso de VMNI, mejorar la fisioterapia respiratoria (kinesio especializada, chaleco vibratorio, acapella, cough assist), suspensión de vía oral, rehabilitación deglutoria, profilaxis antibiótica, O_2 contínuo en altura y exacerbaciones.
Conclusión: La mala evolución durante el último año obedece a la evolución natural de la enfermedad y a la mala adherencia a los tratamientos de sostén respiratorios, especialmente VMNI, fundamental para evitar la complicación fatal. Se necesita un seguimiento estricto por equipo multidisciplinario que incluya especialista en Medicina del Sueño.

P114 ESTENOSIS SUBGLÓTICA IDIOPÁTICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MEDIANTE BRONCOFIBROSCOPÍA. REPORTE DE UN CASO

LIGUORI C[1]; NAVARRETE R[1]; GARDEÑEZ W[1]; VERNAY N[1]; DIP P[1]; MOROSANO G[1]

[1]Hospital Provincial del Centenario

Introducción: La estenosis subglótica es una estrechez anormal de la luz traqueal que afecta el adecuado flujo aéreo y es causa de morbilidad pulmonar. Cuando la etiología es desconocida se denomina estenosis subglótica idiopática (ESI), la cual prevalece en mujeres jóvenes. El diagnóstico es mediante broncofibroscopía. El tratamiento representa un desafío y debe ser individualizado en cada paciente.
Caso clínico: Mujer de 39 años, con antecedentes de RGE hace un año durante su embarazo, que consulta por disnea progresiva a mMRC 3. Examen físico: estridor espiratorio, resto normal. Espirometría: patrón obstructivo extratorácico. Se inicia tratamiento con corticoides inhalados y sistémicos con persistencia de los síntomas. Tc de cuello y tórax: engrosamiento de los tejidos blandos supraglóticos. Laringoscopía: sin lesiones. BFC: lesión estenosante circunferencial a dos cm de las cuerdas vocales con mucosa de características normales. Se toma biopsia y se realiza dilatación con balón. Laboratorio: normal, enzima convertidora de angiotensina normal, serologías e inmunológico negativos. Anatomía patológica: mucosa traqueal con intenso proceso inflamatorio no específico, no se observan granulomas, ni células atípicas, sin signos de vasculitis. La paciente evolucionó favorablemente. Se decide realizar tratamiento con omeprazol 20 mg/día y control endoscópico en tres meses.
Discusión: La estenosis subglótica es una estrechez que se da entre la glotis y el cartílago cricoides, puede ser congénita o adquirida. En este último caso responde a causas primarias (ESI) o secundarias a intubación orotraqueal o traqueostomía (causa más frecuente en la población adulta), granulomatosis con poliangeitis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad por reflujo gastroesofágico y sarcoidosis, entre otras causas menos frecuentes. Según el porcentaje de obstrucción se clasifica en grado 1 (menor al 50%), 2 (51-70%), 3 (71 y 99%), 4 (completa). La ESI presenta mayor prevalencia en mujeres jóvenes, entre 30 y 50 años. Su presentación clínica más frecuente es la disnea y el estridor, aunque también puede presentar tos y disfonía. Se caracteriza por una inflamación lenta y progresiva, con tejido de granulación y fibrosis. El diagnóstico se realiza mediante broncofibroscopía, con eventual toma de biopsia, y en algunos casos resulta útil la tomografía. La espirometría muestra obstrucción fija al flujo aéreo, con aplanamiento de las curvas flujo-volumen inspiratoria y espiratoria. Es fundamental excluir causas secundarias de estenosis traqueal. El tratamiento puede realizarse mediante dilatación endoscópica con balón, resección laser, crioterapia o cirugía.
Conclusión: La ESI presenta un desafío para su diagnóstico y tratamiento por ser una entidad rara. A pesar de que su mecanismo no está claro, puede estar asociada a niveles hormonales y RGE. Debe sospecharse en mujeres jóvenes, de edad fértil que presenten estridor y disnea. La broncofibroscopía resulta útil para definir la localización y el grado de estenosis, la dilatación con balón representa una opción terapéutica conservadora.

P115 HIPERTENSIÓN PULMONAR GESTACIONAL

BARONI C[1]; PERIN M[1]; MAZZEI M[1]; NOGUEIRA F[1]; PUTRUELE A[1]

[1]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad de baja prevalencia que afecta a mujeres en edad fértil, con alta mortalidad materna durante el embarazo. El diagnóstico de HP durante el embarazo es una situación compleja.

El empleo de ciertos métodos diagnósticos conlleva a riesgos relacionados con el contraste y la radiación tanto para la paciente como al feto. En base a esto, es importante plantear estrategias basadas en la eficacia diagnóstica y mínimos efectos adversos; desafío para el equipo médico tratante.
Caso clínico: Una mujer de 42 años de edad consultó por disnea creciente con incremento de clase funcional de HP II a III de 2 meses de evolución. Al ingreso se constata que estaba cursando embarazo de 10.1 semanas. Tenía como antecedentes ser ex tabaquista, gesta previa hace 13 años con antecedente de retraso de crecimiento intrauterino.
Ingresó, estable hemodinámicamente, afebril. Buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral. Segundo ruido cardiaco intenso, sin signos de falla ventricular derecha. El laboratorio de ingreso era normal excepto por leve elevación del dímero D 0.68 (VN hasta 0,5). Serologías para hepatitis y HIV negativas. Troponina negativa. FAN, FR y anticoagulante lúpico negativos. La espirometría era normal con DLCO normal. La radiografía de tórax demostraba prominencia del arco medio de la arteria pulmonar, oligohemia focal.
El screening por ecocardiograma detectó presión arterial pulmonar (PSAP) de 55mmHg. Ante persistencia de clase funcional III se realizó a los 4 días nuevo ecocardiograma: a) PSAP de 90 mmHg, b) dilatación ventricular derecha. Se realizó centellograma V/Q que informó defectos de perfusión subsegmentarios bilaterales. El cateterismo cardíaco derecho obtuvo los siguientes datos: PVC 10 mmHg PAP 76/33/47 mmHg PCP 12 mmHg CO 3.54 l/min IC 2,33 l/min/m^2.
La angiografía pulmonar evidenció tromboembolia en arteria subsegmentaria.
Se discute con la paciente, familia y equipo multidisciplinario, decidiéndose la interrupción del embarazo.
Se halla en seguimiento por consultorios externos, en tratamiento con bosentan y tadalafilo, con mejoría en su clase funcional.
Discusión: La HP presenta una mortalidad materna durante el embarazo entre el 30 y el 50%, ocurriendo la mayoría de estas muertes entre el 7° y 9° día del puerperio.
Su diagnóstico sólo se establece luego de excluir otras causas de hipertensión pulmonar, entre ellos síndrome anafilactoídeo del embarazo, embolia trofoblástica, tromboembolismo pulmonar, hipertensión obliterativa y síndrome de Eisenmenger.
En la práctica clínica, el empleo de pruebas de diagnóstico por imagen en mujeres embarazadas sospechosas de tener HP puede verse afectada por preocupaciones relacionadas con la radiación, disponibilidad de métodos de imagen, y la preferencia del médico tratante.
Si es clínicamente necesario, el diagnóstico por imagen de la embarazada con sospecha de HP siempre debe ser realizado con la prueba disponible poniendo a un lado cualquier problema de radiación, ya que el riesgo tanto del embrión / feto como de la futura madre de una HP no diagnosticada es mucho mayor que cualquier radiación teórica.
Conclusión: La HP es una enfermedad de mal pronóstico, y aunque es de baja prevalencia, puede afectar a mujeres en edad fértil, ocasionando una mortalidad materna del 30 al 50%.

P116 MARIHUANA Y COMPROMISO PULMONAR

CARPIO M[1]; VANINA G[1]; BARANKIEWICZ D[1]; PUTRUELE A[1]; GOMEZ TEJADA R[1]

[1]*Hospital de Clínicas José de San Martín*

Varón de 30 años de edad, fumador de marihuana (3 cigarrillos/día) quien consulta por dolor torácico de tipo punzante, de intensidad creciente hasta 9/10 que cede con analgésicos sin irradiación motivo por el cual consulta a la guardia. Al examen físico se evidencia taquipnea e hipoventilación auscultatoria focalizada en hemitórax izquierdo. En el laboratorio presenta leucocitosis. Se realiza tomografía de tórax sin contraste que evidencia la presencia de neumotórax izquierdo y presencia de bullas subpleurales bilaterales a predominio apical. Se interpreta como neumotórax espontáneo por lo que se realiza avenamiento del mismo con colocación de TAP con posterior VATS con segmentectomía del lóbulo superior izquierdo y sellamiento con talco.
EFR FVC 5.13 (93%) FEV1 4.70 (105%) R 92TLC 6.21 (89%) RV 0.82 (49%) DLCO 27.62 (67%)
Déficit de alfa 1 antitripsina: NEGATIVO
Discusión: La marihuana es una sustancia lesiva a nivel pulmonar que predispone a la aparición de bullas (campo medio y superiores) en menores de 35 años e inclusive neumomediastino (fumadores de pipa). Es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades obstructivas y favorecen infecciones oportunistas. La ruptura de bullas se debe en muchos casos a una maniobra de inhalación profunda seguida de un tiempo prolongado de respiración + maniobras de Valsalva. Se vio que en consumidores de marihuana se incrementa la producción de esputo, tos y sibilancias.
Conclusión: La marihuana es una sustancia claramente lesiva a nivel del tejido pulmonar ocasionando complicaciones tanto funcionales como estructurales. Lo más frecuente son los patrones obstructivos y la presencia de bullas pulmonares que en condiciones propicias hay ruptura de las mismas con evolución posterior a neumotórax espontáneo. Es importante su conocimiento y rol en poblaciones menores de 35 años ya que sus complicaciones ocasionan importantes daños a futuro.

P118 TUMORES GERMINALES MEDIASTINALES

BASILE F[1]; PATANÉ A[1]; ROSALES A[1]; ROSENBERG M[1]

[1]*Instituto Médico Alexander Fleming*

Introducción: Los tumores germinales de mediastino fueron descriptos por primera vez en 1955. Suelen representar menos del 4% de los tumores mediastinales y su localización más frecuente es en mediastino anterior.
Objetivos: Describir una serie de casos de tumores de células germinales mediastinales tratados quirúrgicamente en el Instituto Alexander Fleming y evaluar las características clínicas, histológicas y quirúrgicas de los mismos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se evaluaron los registros médicos de 12 pacientes operados con diagnóstico de tumor germinal mediastinal en el Instituto Alexander Fleming, desde el 30 de junio de 2009 al 30 de junio de 2019. Las variables a evaluar fueron: sexo, edad, síntomas, métodos diagnósticos, marcadores tumorales pre y post quirúrgicos, tipo de abordaje, presencia o no de tumor testicular, histología, tamaño tumoral, recaída, estado actual, tratamiento pre y post quirúrgico.
El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando para variables continuas el T test o test de Wilcoxon de acuerdo a su distribución, y para variables categóricas se utilizó el test de CHI2, estableciéndose un valor de $p <= a$ 0,05 como estadísticamente significativo para un test a dos colas.
Resultados: 8/12 pacientes fueron hombres y 4 /12 mujeres, con una mediana de edad de 22 y 39 años respectivamente. El síntoma más común fue el dolor en 7 pacientes (58,3%). El diagnóstico se llevó a cabo por tomografía en la mayoría de los casos (91,6%). Los marcadores estuvieron elevados en el 50% de los pacientes, todos ellos hombres, y se normalizaron luego de la cirugía. La mediana de sub B GCH fue 208 mUI/ml. y de AFP 380 ng/ml. Se registraron 9 teratomas, 1 tumor de saco vitelino, 1 seminoma y 1 tumor mixto. El 67% fueron tumores primarios de mediastino. En 7 pacientes se requirió tratamiento neoadyuvante y en 3 pacientes adyuvante. El abordaje más utilizado fue la esternotomía, seguida de la VATS. La mediana del tamaño tumoral fue de 7.5 cm. La mediana de seguimiento fue de 36 meses para ambos sexos. Tres casos presentaron recaída, de los cuales 2 se hallan vivos actualmente. La mayoría de los pacientes se encuentran vivos al final del estudio, aun los recaídos ($p = 0.04$). La sobrevida a 5 años fue 83%.
Conclusiones: En nuestra serie, los tumores germinales de mediastino fueron más frecuentemente primarios y no seminomatosos. Afectan a individuos jóvenes, predominantemente de sexo masculino, quienes consultan por dolor en la mayoría de los casos, siendo la tomografía el método diagnóstico más frecuente. El tratamiento multimodal es una herramienta útil para mejorar las posibilidades de resección y supervivencia. Se registraron un 25% de mujeres, un volumen mayor que en otras series publicadas; entre ellas, la cirugía fue el único tratamiento requerido.

P119 UN CASO DE SILICOSIS EN TRABAJADOR DENTAL

ROHDE C[1]; GOMEZ G[1]; RODRIGUEZ R[1]; ROMERO N[1]

[1]Hospital Julio C. Perrando

Introducción: La sílice libre se encuentra en muchas rocas de la corteza terrestre. La silicosis es una neumoconiosis clásicamente vinculada a trabajos en el sector de la vidriería, minería, construcción, metalúrgica, entre otros procesos. La actividad laboral desempeñada por los técnicos dentales no siempre es considerada en los grupos de riesgo de la enfermedad. La exposición a la sílice cristalina puede ocurrir durante la eliminación de piezas de fundición de moldes, molienda y fundición de pulido y porcelana, el uso de arena de playa para el tratamiento de superficies y el empleo de piedras abrasivas.
Caso clínico: Paciente masculino de 35 años de edad, consulta por disnea de esfuerzo progresiva de 2 años de evolución a la consulta clase funcional 3 mMRC, tos seca y pérdida de peso significativa. Niega hábitos tóxicos, vivienda urbana, no antecedentes cardio respiratorios. Trabaja como técnico de laboratorio dental desde los 23 años. SpO2 al 21% 96%, FC 90/min FR 22/min. Murmullo vesicular disminuido, sibilancias y roncus aislados. Acropaquía. Adelgazado. Espirometría patrón obstructivo grado muy severo, prueba broncodilatadora positiva. Laboratorio sin leucocitosis. Rx Tórax infiltrados pulmonares bilaterales en vértices, en TACAR se evidencia en ambos lóbulos superiores masas irregulares, áreas de enfisema cicatrizal, tractos fibrosos finos y gruesos y pleura engrosada. Serología para micosis negativa. Perfil inmunológico negativo. Fibrobroncoscopía BAL y lavado negativo para malignidad y microbiológico negativo. En el contexto del antecedente laboral mayor a 10 años de exposición y patrón tomográfico se asume como silicosis pulmonar. Se le ofreció trasplante pulmonar.
Discusión: En el desarrollo de la silicosis participan la intensidad de la exposición acumulada a la sílice cristalina y factores individuales del huésped. Sigue siendo una causa importante de deterioro pulmonar en trabajadores de riesgo, la incidencia continuada se puede deber a la inadecuación de los límites actuales de polvo respirable o a no utilizar sistemas adecuados de protección respiratoria. El diagnóstico de silicosis pulmonar se basa en la clínica, en la historia de exposición a polvo de sílice y en los hallazgos imagenológicos compatibles, si estos hallazgos son discordantes se puede recurrir a otros métodos diagnósticos. En nuestro paciente el período de exposición laboral fue de 12 años aproximadamente y refiere no haber usado sistemas de protección adecuados y en un área no ventilada.
Conclusiones: Representa un grave problema de salud en nuestro país, porque afecta a individuos jóvenes en plena edad laboral, causando, una vez instalada, lesiones pulmonares irreversibles llevando al paciente indefectiblemente a lista de trasplante pulmonar. Comunicamos un caso de silicosis en un paciente joven que desempeñaba tareas de mecánico dental por más de 10 años, cuya consulta fue tardía y al diagnóstico la enfermedad se hallaba avanzada y al no haber un tratamiento eficaz se le ofreció trasplante pulmonar, negándose a este.

P120 EXACTITUD DEL CUESTIONARIO STOP-BANG EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE PADECER APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. INFLUENCIA DEL SEXO.

BORSINI E[1]; BLANCO M[1]; ERNST G[1]; PASCUA J[1]; GONZÁLEZ Y[1]; SCHONFELD S[1]; CAMPOS J[1]; BOSIO M[1]; SALVADO A[1]; BLEDEL I[2]; VARELA B[2]; NIGRO C[2]

[1]Hospital Británico de Buenos Aires, [2]Hospital Alemán

Introducción: El cuestionario STOP-BANG (SB) fue desarrollado para catastro de la apnea obstructiva del sueño del adulto (AOS). Los objetivos fueron evaluar la exactitud diagnóstica del SB según el sexo en pacientes que fueron derivados por sospecha diagnóstica de AOS y que realizaron una poligrafía respiratoria domiciliaria (PR).

Material y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en un hospital de comunidad. Se incluyeron pacientes adultos con sospecha de AOS quienes realizaron una poligrafía respiratoria domiciliaria diagnóstica el domicilio y completaron el SB. El desempeño de SB se evaluó mediante el cálculo de Sensibilidad [S], Especificidad [Sp], razón de probabilidad positiva [RP+] y área bajo la curva ROC [AUC-ROC] para ambos sexos en relación al diagnóstico final y clasificación de severidad según el índice de apneas-hipopneas por hora de registro (IAH).
Resultados: Durante 5 años se evaluaron 3854 pacientes; 61.5% hombres, edad 55 (44-65) años, IMC 30.9 (27-36). El 57% fueron obesos y el 52% tuvo HTA. Los indicadores de la PR mostraron; tiempo de registro (TTR): 396 (345-450) minutos, IAH: 14 (6-26) eventos/hora (ev/h), IDO: 14.7 (7-27) ev/h y T < 90%: 7 (1-24) en% del TTR. Los puntajes de SB fueron; ≥ 3: 3286 (85%), ≥ 4: 2640 (68.5%) y ≥ 5: 1871 (48.5%). El mejor desempeño de SB para IAH ≥ 5 ev/h en mujeres se obtuvo con >3 componentes en cualquier combinación; S: 57% (IC95%: 54-60), Sp: 75% (IC95%: 71-79), RP+: 2.3 (IC95%: 1.9-2.7) y AUC-ROC: 0.697 con p < 0.015, mientras en hombres >4 componentes obtuvieron; S: 66% (IC95%: 64-68), Sp: 67% (IC95%: 62-72), RP+: 2.0 (IC95%: 1.7-2.4) y AUC-ROC: 0.704 con p < 0.015. Para identificar IAH ≥15 ev/h el mejor desempeño en mujeres (> 3 componentes) fue; S: 66% (IC95%: 61-70), Sp: 60% (IC95%: 57-63), RP+: 1.65 (IC95%: 1.5-1.8) y AUC-ROC: 0.67 con p < 0.014, mientras en hombres > 5 componentes obtuvieron; S: 48% (IC95%: 45-60), Sp: 77% (IC95%: 74-80), RP+: 2.1 (IC95%: 1.8-2.4) y AUC-ROC: 0.669 con < 0.011.
Conclusiones: Los puntos de corte de SB para clasificar a un paciente con AOS mostraron menor sensibilidad y mayor especificidad en mujeres. Sin embargo, el desempeño en hombres fue mejor cuando se utilizó SB para discriminar formas moderadas a severas del trastorno.

P121 FRECUENCIA DE IDENTIFICACION DE ANTIGENO EN PACIENTES CON NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

TABAJ G[1]; ROLDAN R[1]; ROSSI S[1]; YABO D[1]; CHILAN J[2]

[1]Hospital Cetrángolo, [2]Hospital Muñiz

Objetivos: Conocer la frecuencia de la identificación del antígeno responsable de neumonitis por hipersensibilidad en una cohorte de pacientes con enfermedades intersticiales seguida en un hospital especializado en enfermedades respiratorias; Describir las características de los pacientes con diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad en dicha cohorte de pacientes.
Materiales y Métodos: Se analizó de manera retrospectiva la base de datos del consultorio especializado en enfermedades intersticiales de un hospital especializado en enfermedades respiratorias desde el 1° junio de 2016 hasta el 30 de julio de 2019. Se identificación los pacientes con diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad y se analizaron los datos de manera descriptiva.
Resultados: Del total de 324 pacientes en seguimiento, 33 (10.18%) presentaban diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad (NHS). De ellos, 26 (78.79%) eran varones y la edad media de estos pacientes era de 62.64 años, la capacidad vital forzada media expresada en litros era de 2.09 y en porcentaje 65.09. En 11 (33.33%) casos el diagnóstico fue establecido mediante biopsia de pulmón y 9 (27.27%) presentaron linfocitosis en el lavado broncoalveolar. Tres (9.09%) presentaban antecedentes familiares de enfermedad intersticial y 12 (36.36%) tenían antecedentes de tabaquismo activo. Solamente en dos casos (6.06%) no se logró identificar el antígeno responsable de la NHS. De las exposiciones identificadas, las más frecuentes fueron los hongos domésticos en 14 (42.42%) pacientes y los antígenos derivados de las aves en 13 (39.39%) pacientes. Un caso presentaba enfermedad del tejido conectivo subyacente (AR en tratamiento con metotrexate) y 8 (24.24%) pacientes presentaron autoanticuerpos positivos en todos ellos el anticuerpo anfinúcleo fue positivo y además, 3 casos presentaban factor reumatoideo, uno anti péptidos citrulinados y uno anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos positivo. Con respecto al tratamiento, 23 (69.69%) pacientes recibían corticoides con una dosis media de 21 mg/d, 7 (21.21%) micofenolato, 1 (3.03%) azatioprina y 1 ciclofosfamida.
Conclusiones: En esta cohorte de pacientes fue posible identificar el antígeno causal de la NHS en más del 90% de los casos siendo las exposiciones más frecuentes las vinculadas con humedad en el hogar y antígenos derivados de las aves.

P122 GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: ESPECTRO DE MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS. DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS.

PORTA A[1]; RIZZO G[1]; IBARROLA M[1]; CHURIN L[1]; TOMASZUK A[1]; QUADRELLI S[1]

[1]Sanatorio Güemes

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis granulomatosa necrotizante sistémica que afecta vasos pequeños y medianos, comprometiendo principalmente vía aérea superior, pulmón y riñón. Hasta un 90% de los pacientes presentan afección respiratoria, dentro de los cuales 15-30% tienen afección traqueo bronquial. La presencia de anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA), habitualmente con patrón citoplasmático, es fundamental para orientar al diagnóstico. El objetivo es describir el espectro de manifestaciones respiratorias a través de 3 casos clínicos.
Caso 1: Varón de 28 años. Consulta por disnea, fiebre y pérdida de peso. Al examen físico se destaca estridor inspiratorio. Espirometría evidencia curva en cajón y tomografía computada (TC) imagen de ocupación parcial de tráquea, asociando compromiso de senos paranasales. FBC constata estenosis traqueal subglótica que ocluye el 40% de la luz traqueal. Se obtienen ANCA-c y PR3 positivos. Se sospecha GPA, inicia tratamiento con meprednisona y metotrexato.
Caso 2: Varón de 50 años. Consulta por tos productiva, fiebre y astenia de un mes de evolución, sin mejoría tras tratamiento antibiótico con amoxicilina y levofloxacina. Al ingreso presenta leucocitosis neutrofílica y parámetros inflamatorios

elevados. Tc de tórax muestra lesiones consolidativas con vidrio esmerilado circundante, algunas cavitadas, engrosamientos septales y adenomegalias mediastínicas. FBC evidencia en árbol bronquial derecho lesiones granulomatosas dispersas, sangrado. Por empeoramiento de función renal y evidenciarse sedimento urinario compatible con lesión glomerular activa se realiza biopsia renal constatándose GMN rápidamente progresiva. Se obtiene paralelamente ANCA-c y PR3 positivos. Inicia tratamiento inmunosupresor.
Caso 3: Varón de 76 años. Consulta por tos, expectoración, fiebre y pérdida de peso, con reactantes de fase aguda elevados. Tras interpretarse como cuadro infeccioso respiratorio y haber recibido antibióticos sin mejoría, se realiza TC de tórax: imágenes en vidrio esmerilado parcheadas, consolidación y engrosamientos septales. Evoluciona con insuficiencia renal aguda y requiere hemodiálisis. La biopsia renal evidencia GMN rápidamente progresiva. Ante sospecha de patología autoinmune se solicita perfil inmunológico con hallazgo de ANCA-c y PR3 positivos. Se inician pulsos de corticoides, plasmaféresis y ciclofosfamida.
Discusión: Se presentan 3 casos ejemplificando las manifestaciones respiratorias características de la GPA: imágenes nodulares de aumento de atenuación que varían desde consolidaciones, cavitadas en algunos casos, hasta vidrio esmerilado; y afección traqueo bronquial, presente hasta en un 30% de los pacientes.
Conclusión: Es importante la familiarización del neumonólogo con el compromiso respiratorio por GPA para poder diagnosticarla ante una clínica y patrón tomográfico compatibles. Su frecuente asociación con compromiso renal, amerita su pronta pesquisa y derivación oportuna a nefrología para un tratamiento precoz conjunto.

P123 MEJORÍA DE LA CAPACIDAD DIAGNOSTICA DEL CUESTIONARIO DE BERLÍN USANDO UNA PUNTUACIÓN EQUIVALENTE AL STOPBANG

MENÉNDEZ M[1]; BORSINI E[2]; BLEDEL I[1]; VARELA B[1]; MALNIS S[1]; ALAIS M[1]; DIBUR E[1]; BLANCO M[2]; GONZALO C[1]; SALVADO A[2]; NIGRO C[1]; SCHONFEL S[2]

[1]Hospital Alemán, [2]Hospital Británico

Antecedentes: El cuestionario STOPBANG tiene una capacidad diagnóstica mayor que el cuestionario de Berlín en pacientes con sospecha de apnea obstructiva del sueño.
Hipótesis: La modificación de la puntuación del cuestionario de Berlín usando equivalencias con el cuestionario STOPBANG podría mejorar su capacidad diagnóstica en pacientes sospechados de apnea obstructiva del sueño (AOS).
Objetivos: Desarrollar y validar una puntuación del cuestionario de Berlín equivalente al cuestionario STOPBANG.
Material y Método: Estudio observacional y retrospectivo sobre dos bases de datos de pacientes adultos sospechados de AOS que realizaron polisomnografía (G-PSG) en el laboratorio de sueño y poligrafía respiratoria en domicilio y completaron el cuestionario de Berlín (CB) (G-PSG) y STOPBANG (SB) (G-PR). Se excluyeron sujetos con CB incompletos. Se usaron las siguientes equivalencias en el CB: S = Ronquido intenso: pregunta 3, respuestas 3/4 o pregunta 4, respuesta "Si"; T = Cansancio: pregunta 7, respuestas 1/2; O: Apnea observada: pregunta 5, respuestas 1/2/3/4; P = Hipertensión: pregunta 9; respuesta "Si"; B: Índice masa corporal (IMC) > 35 Kg/m^2; A = Edad > 50 años; G = Género masculino. La circunferencia del cuello (N) no tuvo equivalente dado que no está contemplado en el CB.
Definiciones: Alto/bajo pretest del CB: presencia de 2 o más categorías/0-1 categoría. Puntuación del CB equivalente al SB (1 punto cada una): STOPBAG (SB-B). Máxima puntuación: 7. AOS: Índice apnea/hipopnea (IAH) ≥ 15.
Análisis estadístico descriptivo, cálculos de sensibilidad (S), especificidad (E) y área bajo curva ROC (ABC-ROC) de G-PSG. Se comparó el desempeño diagnóstico del SB-B con el SB de un subgrupo seleccionado al azar de 440 sujetos del G-PR.
Resultados: G-PSG: 440 sujetos (24% mujeres), edad, IMC e IAH medianos de 52 años, 28.6 kg/m^2, y 21 respectivamente. G-PR: 440 pacientes (39% mujeres), edad, IMC e IAH medianos de 55 años, 31 kg/m^2 y 14 correspondientemente.
S, E (IC95%) y ABC-ROC (error estándar) del: 1) CB alto/bajo pretest: 76% (71-81) y 31% (24-39) y 0.54 (0.022) 2) SB-B (> 3): 65% (59-70.5), 62% (54-69) y 0.633 (0.024) 3) SB (> 4): 65% (58.5-72), 66% (59-72) y 0.655 (0.023). Diferencias entre ABC-ROC: 1) CB / SB-B: $p < 0.01$ 2) CB / SB: $< p < 0.01$ y 3) SB-B / SB: 0.55.
Conclusiones: La puntuación del cuestionario de Berlín utilizando equivalentes al STOPBANG mejoró su capacidad diagnóstica respecto a la puntuación clásica del CB. El CB equivalente al SB (SB-B) tuvo una desempeño diagnóstico similar a la puntuación tradicional del SB.

P124 ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y HABITACIONALES DE POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS, ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

MONTENEGRO M[1]; MILOCCO E[1]; SALDARINI F[2]; FARFAN R[2]; LOPRETE L[2]; ROSSI P[2]

[1]División Servicio Social, Hospital General de Agudos "Donación Francisco Santojanni", [2]Sección Tisioneumonología, Hospital General de Agudos "Donación Francisco Santojanni"

Objetivo: La tuberculosis es una enfermedad que se encuentra estrechamente relacionada a las condiciones de vida de las poblaciones afectadas, por lo que se caracterizarán las condiciones socioeconómicas y habitacionales de las personas con tuberculosis atendidas en un hospital público de CABA.
Material y Métodos: Se toman los datos de 70 personas entrevistadas, mayores de 16 años, que realizaron tratamiento en el período de enero del 2018 hasta junio del 2019.
Resultados y Conclusiones: El análisis de las características de la población atendida da cuenta de una población joven, económicamente activa, con un leve predominio de sexo masculino. La franja etaria de 20 a 29 años es la que presentó mayor cantidad de casos, seguida por la de 16 a 19 años y la de 30 a 39 años.

El nivel educativo con secundario completo o incompleto fueron mayoritarios. En cuanto a la ocupación, la mayoría informó desempeñarse en tareas y oficios por cuenta propia, como construcción, venta ambulante, cartoneo y remisería. El resto, amas de casa, trabajadores en talleres de costura, estudiantes, empleados informales y desempleados. En ningún caso se relevó la existencia de empleo formal y relacionado a esto, sólo contaban con obra social quienes percibían una jubilación o pensión por discapacidad. Del total, sólo un 29% manifestó percibir algún Programa Social.
En cuanto a la situación habitacional, la mayor cantidad de personas residían en casa o departamento, seguido por quienes contaban sólo con una habitación, de las cuales un 35% se encontraba dentro de talleres textiles. Una parte de la población se encontraba en situación de calle al inicio del tratamiento.
El régimen de tenencia de las viviendas, fue en su mayoría alquilada, luego propia o familiar y por último cedidas, que en algunos casos eran en sus lugares de trabajo. Un 30% de las viviendas compartía baño y cocina con otros grupos familiares.
Al indagar sobre el conocimiento de alguna persona cercana que haya tenido tuberculosis, un 57% afirmo que sí, tratándose en la mayoría de los casos de parejas o familiares, seguido por compañeros de trabajo, vecinos o conocidos y compañeros de escuela.
En el marco de la atención de las personas en tratamiento y sus grupos familiares, se abordaron además otras problemáticas sociales, tales como: necesidades básicas insatisfechas, bajo nivel de instrucción, situaciones de violencia (bullying, violencia de género y abuso sexual infantil), situaciones de discriminación y conflictivas familiares a partir del diagnóstico de tuberculosis, migración y acceso a documentación, escasa red socio-familiar, consumo problemático de sustancias, conflicto con la ley penal y problemáticas de salud mental.
Conclusiones: Enfermedad que afecta a población joven, económicamente activa, con estudios secundarios, que no presentaban trabajo registrado, bajos ingresos económicos, condiciones precarias de vivienda y alto contacto con otras personas que presentaron tuberculosis. En su amplia mayoría dependientes del sistema público de salud.

P125 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA. SERIE DE 10 CASOS.

LAGRUTTA M[1]; VERNAY N[1]; AIMETTA E[1]; GARDEÑEZ W[1]; PARODI R[1]; GRECA A[1]

[1]Hospital Provincial del Centenario

Objetivos: La enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) pueden representar una manifestación clínica de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS). Nos propusimos describir las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución en las EPID como forma de debut de EAS.
Material y Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo con inclusión consecutiva entre julio de 2015 y abril de 2019. Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que consultaron inicialmente por disnea y cuyo diagnóstico final fue EPID asociada a EAS. Criterios de exclusión: diagnóstico previo de EAS o consulta previa por sus manifestaciones no pulmonares.
Resultados: Se describen 10 casos. Todas fueron mujeres, edad media de 50,2 ± 11,7 años. Eran no fumadoras 4/10. Motivo de consulta: disnea en todos los casos, asociada a tos seca en 5. Examen físico respiratorio: rales crepitantes (8/10). En la evaluación clínica todas las pacientes presentaban manifestaciones extrapulmonares, aunque ninguna había consultado por las mismas: 4 síndrome seco, 4 poliartralgias/poliartritis, 3 dedos puffy, 3 Raynaud, 2 lesiones cutáneas, 1 esclerodactilia y 1 mialgias y debilidad muscular. El laboratorio inmunológico fue positivo en todos los casos: FAN (8/10); FR (4/10), Anti-Ro (4/10), Anti-CCP (3/10) hipocomplementemia (2/10), anti-DNA (1/10), Anti-RNP (1/10) y Anti-La (1/10). Otros métodos complementarios útiles fueron: capilaroscopía (4/10), evaluación oftalmológica (3/10), biopsia cutánea (1/10), citología de mucosa yugal (2/10), Rx de manos y pies (2/10), ecografía con power Doppler de manos (1/10). En la TACAR predominaron: vidrio esmerilado (10/10), broquiectasias por tracción (3/10) y consolidaciones parcheadas (3/19), llegando al diagnóstico tomográfico de neumonía intersticial inespecífica (NSIP) en 7 casos y superposición NSIP con patrón de neumonía organizada en 3. Espirometría: CVF media: 48 ± 19%, con patrón restrictivo al menos moderado en 8/10 casos. Diagnóstico final: 3 artritis reumatoidea, 3 síndrome de Sjögren, 2 esclerosis sistémica, 1 enfermedad mixta del tejido conectivo y 1 LES. Recibieron tratamiento con ciclofosfamida (8/10) o mofetil micofenolato (2/10), y además corticoides (9/10). Evolución: seguimiento medio de 13 ± 11,5 meses (1-38). 8/10 pacientes tuvieron mejoría sintomática de la disnea, y 5/8 casos con control espirométrico presentaron mejoría de la CVF (media 60.4 ± 24%). Dos pacientes fallecieron por shock séptico.
Conclusiones: La identificación de una EAS subyacente en pacientes que presentan EPID puede ser desafiante ya que las manifestaciones pueden ser sutiles y no siempre referidas espontáneamente por el paciente. Su identificación requiere la evaluación de las características sistémicas de estas enfermedades, autoanticuerpos, y/o estudios complementarios según sospecha clínica. La respuesta al tratamiento inmunosupresor dirigido a detener el progreso de la enfermedad de base fue en la mayoría bueno, aunque las infecciones son complicaciones potencialmente fatales.

P126 REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS EN PACIENTES MUJERES: ¿HAY DIFERENCIAS DE GÉNERO?

AMARILLA J[1]; CIALLELLA L[1]; LEVI A[1]; ARRIGONE J[2]; VESCOVO M[1]; CRAGNOLINI DE CASADO G[1]; PALMERO D[1]

[1]Hospital Muñiz, [2]Instituto Vaccarezza

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosis de primera línea (RAFAS) pueden afectar el éxito del tratamiento antifímico. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia en una sala de internación de pacientes mujeres con tuberculosis (TB) pansensible de un hospital de referencia y comparar con la sala de TB varones.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo, revisión de las historias clínicas de 374 pacientes internadas entre Junio 2016 y Junio 2019.
Resultados: 75 pacientes (20%) fueron internadas por RAFAs o surgieron durante la internación. La edad promedio fue 32.3 años (DS = 13.4); fueron argentinas 76% y extranjeras 24% (bolivianas 17.3%, peruanas 5.33%, otros 1.33%). Se constataron 1 o más comorbilidades en 39 pacientes (52%): adicciones (tabaquismo, enolismo, drogas ilícitas) 31 pacientes; colagenopatías, 4; diabetes, 3; VIH/SIDA, 3. Las RAFAS observadas según frecuencia fueron: gastrointestinales, 80%; hepatotoxicidad, 62.7% (2 ingresaron a lista de trasplante); síndrome DRESS, 13,3%; farmacodermia, 5.3%; púrpura no trombocitopenica 5.3% y plaquetopenia 2.7%. El tiempo promedio de aparición de síntomas en la hepatotoxicidad fue de 15,9 días y en el DRESS de 21 días. Los fármacos que lograron readministrarse formando esquemas con 3 o más drogas fueron: isoniacida (H), 60 pacientes; etambutol, 55; rifampicina (R), 50; levofloxacina, 49; estreptomicina, 26; pirazinamida, 21; cicloserina, 10; linezolid (Lzd) 5; bedaquilina (Bdq) 1. Solo 20% de los egresos tuvieron esquemas que incluyeron H y R. El tiempo de internación promedio fue de 52.3 días (rango: 21-360); en la hepatotoxicidad fue de 50,7 días mientras en el síndrome DRESS fue de 112,1 días (360 días correspondió a un DRESS). En comparación con igual período de la sala de varones (Sánchez L y col) se observaron varias diferencias: mayor proporción de pacientes argentinas**;** menor frecuencia de comorbilidades y diferencias cualitativas en ellas, por ejemplo colagenopatías (no observadas en varones);las RAFAs más frecuentes fueron las gastrointestinales (hepatitis en los varones) y el tiempo de internación fue más prolongado en mujeres.
Conclusiones: Las RAFAS son un frecuente motivo de internación en TB, comprometen el éxito terapéutico al disminuir la adherencia y el riesgo de emplear esquemas subóptimos que generen fracaso del tratamiento o recaídas. Las RAFAs más frecuentemente observadas fueron las gastrointestinales y la hepatitis tóxica, seguidas por el síndrome DRESS, una RAFA de difícil manejo que requiere dosis elevadas de corticoides durante un lapso prolongado. La reintroducción de los fármacos en las RAFAS es un desafío y debe ser siempre secuencial. Las RAFAs en las pacientes estudiadas no se relacionaron con el uso de otros medicamentos que no fuesen las drogas anti-TB ni con los grupos étnicos. La utilización de nuevos fármacos (Bdq) y repropuestos (Lzd) demostró ser útil en casos en los que no se logró un esquema razonablemente eficaz. Son destacables las diferencias de género observadas respecto de la sala de TB-varones.

P127 TUBERCULOSIS EN IMPLANTE PULMONAR PROVENIENTE DEL DONANTE Y SU MANEJO EN PACIENTE TRASPLANTADO BIPULMONAR.

JUAN CARLOS C[1]; NAZZO M[1]; MARTHA ISABEL P[1]; LUIS V[1]; YBLIN V[1]; AHUMADA J[1]; OSSÉS J[1]; CÁNEVA J[1]; FAVALORO L[1]; FAVALORO R[1]; BERTOLOTTI A[1]; PARRILLA G[1]

[1]*Hospital Universitario Fundación Favaloro*

Introducción: El trasplante bipumonar ha demostrado cambiar la calidad de vida en pacientes con HAPI secundaria a cardiopatía congénita. A nivel mundial, el 4.0% de los trasplantados bipulmonares es debido a HAPI, con supervivencia mediana total de 6.3 años, y de 10.9 años en trasplantados con sobrevida al año.
Caso clínico: Femenina de 31 años, HAP secundario a Eisenmeyer durante 3ª mes de gestación (2015) en tratamiento con sildenafil, bosentán e iloprost. Referida para evaluación de trasplante pulmonar (2017) con PAPm 61 mmHg, Wedge 8 mmHg, IC 2.37 L/min/m2sc, y RVP 1360 dynas.s.cm-5; FSVI conservada, FSVD moderado, PSVDe 104 mmHg y PADe 10 mmHg. Se internó (05/19) por deterioro de su enfermedad, e inicio de milrinone a 0.375 mcg/kg/min, progresando a lista de emergencia. Se realizó trasplante bipulmonar (26/05/2019) previa reparación con parche pericárdico bovino de la CIA y de drenaje anómalo de venas pulmonares a AD. Se realizó segmentectomía de nódulo palpable identificado en LSI (donante). PSVDe 37 mmHg en post-trasplante mediato. Se recibió anatomía patológica (07/06) con inflamación granulomatosa necrotizante secundario a infección por BAAR. TC de tórax con patrón de árbol en brote bilateral, radiopacidad de bordes definidos y broncograma aéreo en LID; y sutura mecánica en LSI; y fibrobroncoscopía con examen directo sin BAAR en BAL. Se inició tratamiento antifímico con pirazinamida, isoniazida, etambutol y levofloxacino. Alta con deltisona, micofenolato sódico y deltisona (13/06). Reingresó el 17/06 por diarrea secundaria a micolfenolato; e hiponatremia (109 mEq/L) por SIHAD, supendiéndose TMS/SMX, omeprazol y ácido valproico. Persiste hiponatrémica (106 mEq/L) con crisis convulsivas tónico clónicas y actividad eléctrica epileptiforme (EEG), optimizándose balance hídrico negativo, reposición de sodio, y se inició levetiracetam. En contexto de hiponatremia refractaria, deterioro del sensorio, y tricitopenia, se suspende medicación antifímica, se rotó tacrolimús por ciclosporina. Posterior mejoría de natremia (Na 133 mEq/L) y tricitopenia. Alta con reinicio progresivo de antifímicos (isoniazida) el 23/07.
Discusión: En Argentina, no existen reportes previos de tuberculosis detectada en pulmón trasplantado. A nivel mundial, esta transmisión sólo ha sido reportado en 16 receptores, siendo la residencia en área endémica un factor de riesgo. Esta enfermedad es causa poco frecuente de hiponatremia, así como el uso de antifímicos (pirazinamida). Además, la hiponatremia es muy frecuente después del trasplante, siendo generalmente de tipo leve, y asociado con el uso de inhibidores de calcineurina a través de mecanismos múltiples.
Conclusiones: Aunque infrecuente, es de vital importancia el reconocimiento y manejo temprano de tuberculosis pulmonar derivado del donante pulmonar. Las complicaciones derivadas de la misma enfermedad, efecto secundario de tratamiento, así como de la inmunosupresión, representa un desafío constante. Todo esto se refleja en el paciente, con buena calidad de vida.

P128 USO EXCESIVO DE β2 Y FALTA DE MEDICACION PREVENTIVA, MALA ADHERENCIA Y HOSPITALIZACIONES POR ASMA: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE MANEJO EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

PASCANSKY D[1]; SIVORI M[1]

[1]*Hospital Ramos Mejía CABA*

Existe muy poca información sobre el impacto de un programa de manejo de asma sobre la internación de asma aguda en un hospital público en nuestro país.

Objetivos*:* Determinar el impacto de un programa de normatización del manejo del asma sobre las hospitalizaciones por asma aguda en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires en el año 2018.

Métodos*:* Se evaluaron a los pacientes con asma aguda severa (definición GINA) que se habían hospitalizado durante el año 2016 a 2018 en nuestro Hospital. En el año 2018 comenzó un programa de normatización del manejo agudo y crónico, que incluyó educación al equipo de salud y pacientes a través de pósteres, cartillas educativas y talleres, siguiendo las recomendaciones del programa PROMETHEUS de la ERS. Se proveyó de manera gratuita a los pacientes sin acceso a la medicación preventiva.

Resultados*:* Durante el año 2016 hubo 27 internaciones de 20 pacientes, de las cuales se analizaron 25 por tener datos completos. De esas internaciones: 7 correspondieron a 3 pacientes (1 paciente con 3 internaciones y 2 pacientes con 2 cada una). La edad fue 49 años (mediana e IC25-75% 36.5-62 años); género femenino 56%; 10 pacientes (50%) eran tabaquistas (ex/actual) Se internaron en guardia 1 día (mediana, e IC25-75%1-1,25), 7 días en piso (e IC25-75% 4-10) y 1 paciente en UTI (14 días). Sólo el 10% de los pacientes era adherente al tratamiento preventivo y tenían uso β2 agonistas en mes previo: 2,55 aerosoles (IC25-75% 2-3). Durante el año 2017 hubo 16 internaciones de 10 pacientes, 3 pacientes ya se habían internado el año anterior (30%). Dos pacientes tuvieron el 33% de las hospitalizaciones. Sólo el 10% de los pacientes era adherente al tratamiento preventivo y el consumo de β2 agonistas en mes previo fue de 2,5 aerosoles (IC25-75% 2-3). Sólo el 67% se atendían sólo en el hospital público.

En el año 2018 con la implementación de un programa de manejo de asma la internación se redujo a 6 internaciones (-62%) con respecto al 2017. Ningún paciente de los internados en el 2017 se volvió a internar.

$$p < 0.000001$$

Conclusión: Los pacientes con asma aguda que se hospitalizaron eran en su mayoría mujeres de edad media, sin control del asma y con mala adherencia, con alto consumo de broncodilatadores β2 de acción corta en el mes previo. La aplicación de un programa de normatización del manejo del asma agudo y crónico redujo drásticamente la internación en el año siguiente. La educación del equipo de salud y de los pacientes a través de diferentes herramientas es muy importante para lograr esos resultados, junto con el acceso a medicación preventiva.

P129 TÉCNICA DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE FÍSTULA AÉREA PERSISTENTE POR INSUFLACIÓN DE CO2 ENDOBRONQUIAL

CABRERA G[1]; CARBONI BISSO [1]; LAS HERAS M[1]; VIDELA C[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La fístula broncopulmonar (FBP) es una conexión patológica entre un bronquio principal, lobar o segmentario y el espacio pleural. En mayor frecuencia se presenta después de las cirugías de resección pulmonar. Otras causas menos frecuentes de FBP incluyen complicaciones de los tratamientos para enfermedades malignas como quimioterapia, radioterapia y trauma torácico. Ocasionalmente, las infecciones bacterianas, tuberculosas o micóticas pueden desarrollar FBP.

Entre los métodos diagnósticos para la evaluación de la FBP, clásicamente la tomografía computada de tórax se ha descrito como el gold standard. Sin embargo este método no permite localizar el sitio de fuga, medir su magnitud, ni realizar intervenciones terapéuticas. En ese contexto, la broncoscopia con oclusión de balón secuencial, insuflación de oxígeno endobronquial o la instilación de azul de metileno local es un método útil para la localización de FBP. Asimismo, la insuflación de CO_2 endobronquial con monitoreo concomitante de gases pleurales por capnografía a nivel del tubo de avenamiento pleural podría ser una alternativa diagnóstica.

Caso clínico: Paciente de 41 años, sin antecedentes, cursando postoperatorio programado de salpingohisterectomía por miomatosis, evolucionó a los 2 días del procedimiento con shock séptico y falla multiorgánica, presentando hipoxemia refractaria. Se interpretó como síndrome de distress respiratorio severo secundario a neumonía por staphylococcus aureus meticilino resistente. Se inició ventilación (ARM) protectiva y decúbito prono sin mejoría significativa por lo que se decidió iniciar soporte con membrana de circulación extracorpórea (ECMO) veno-venoso. El 20 día de internación intercurrió con neumotórax espontáneo. Se colocó tubo de avenamiento pleural (TAP) izquierdo con alta sospecha de fístula bronco pleural por pérdida de volumen espiratorio en curva de ARM.

Se propuso realizar broncoscopia con insuflacion de CO_2 endobronquial de manera continua para localizar la FBP. Se insufló CO_2 en cada segmento bronquial a 2 litros por minuto, previa conexión del capnógrafo en TAP, proximal a la trampa de agua. Al observar curva de capnografía en inspiracion y espiración, se identificó con precisión el sitio de la fístula a nivel del segmento posterior del lóbulo superior izquierdo. Por tratarse de un paciente no candidato para la reparación

quirúrgica de la FBP por la alta tasa de complicaciones, se decidió instaurar un manejo conservador la ventilación mecánica con bajas presiones en la vía aérea.
Pese a múltiples toilettes bronquiales evoluciona desfavorablemente y paciente fallece luego de 13 días de soporte con ECMO y 34 días de internación en terapia intensiva.
Conclusión: Presentamos la técnica de insuflación de CO_2 endobroquial con visualización broncoscópica directa como alternativa segura a la oclusión con balón secuencial para la localización exitosa de una FBP, aunque se requiere mayor estudio para determinar si es un procedimiento seguro y confiable.

P130 ACCESIBILIDAD, ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO CON PRESIÓN CONTINUA EN LA VÍA AÉREA EN EL SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO. EVALUACIÓN A LARGO PLAZO.

PASCUA J[1]; BLANCO M[1]; SCHONFELD S[1]; ERNST G[1]; ROBAINA G[1]; OYHAMBURU P[1]; GONZALEZ Y[1]; SALVADO A[1]; BOSIO M[1]; BORISINI E[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Objetivo: La adherencia a la CPAP a largo plazo no se conoce en nuestro medio. Numerosos pacientes con diagnóstico de Síndrome de Apneas del Sueño (SAHOS) no reciben finalmente un tratamiento eficaz. El objetivo del estudio es evaluar el grado de utilización de las medidas terapéuticas, el acceso a la terapia con presión positiva en las vías aéreas (CPAP), tasa de abandono y sus causas.
Material y Métodos: Encuesta telefónica a pacientes con SAHOS que realizaron un estudio diagnóstico mediante polisomnografía (PSG) o poligrafía respiratoria (PR) y una prueba de titulación de CPAP durante el año calendario 2016. Definimos con acceso (Acc) a quienes tuvieron alcance a la CPAP, adherente (Adh) a quienes continúan con uso de la CPAP al momento de la encuesta, y abandono (Abd) a la discontinuación de esta terapia.
Resultados: Se encuestaron 156 pacientes con una media de tiempo desde el diagnóstico de 39.4 meses. 101 fueron hombres (64.7%), índice de masa corporal (IMC): 31.6 ± 9.6 (kg/m^2), 80.6% fueron obesos, la escala de Epworth basal (ESS) fue de: 9.9 ± 5.7 puntos. El 74.8% tuvo diagnóstico por PR. Índice de apneas e hipopneas por hora (IAH): 33.2 ± 19.0 eventos/hora (ev/h). Fueron moderados a severos (IAH > 15 ev/h) el 96.4%.
Se indicó modo CPAP fijo en 98.5%, termo-humidificador en 10.4%, máscaras nasales: 67.2%, oronasales: 28.3% y almohadillas en 4.5%. La presión terapéutica fue de 8.4 ± 1.7 cm de H_2O.
Acc a la CPAP 92 pacientes (58.9%), grupo Adh: 67 (72.8%) y Abd: 25 (27.2%) con diferencias entre los sexos (36.1% de Abd en mujeres y 21.4% en hombres).
El cumplimiento medio en el grupo Adh fue de 6.4 ± 1.4 horas/noche. Existieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Abd y Adh en; edad (años): 58.3 ± 10.3 vs. 66.3 ± 10.6, $p < 0.01$, sexo (masculino): 32% vs. 61.2%, $p < 0.001$, ESS: 9.1 ± 6.8 vs. 12.5 ± 5.4, $p < 0.03$ y seguimiento por especialistas: Abd; 12% vs. Adh; 68.6%, $p < 0.001$. No hallamos diferencias en el IAH basal ni el IMC entre los dos grupos.
En los pacientes que no accedieron a la CPAP (n: 64) las barreras identificadas fueron; falta de percepción de relevancia de la enfermedad (21.8%), falta de prescripción médica (7.8%), se lo indicaron pero otro médico sugirió que no utilizara (3.1%), mejoría clínica sin tratamiento (10.9%), problemas con la cobertura de la terapia (14%), dificultades administrativas (3.1%) y otros (15.6%). Los motivos referidos de abandono (n: 25) fueron; intolerancia a la CPAP (16.6%), percepción de mejoría clínica (55.5%) y otras (27.9%).
Conclusiones: Una elevada proporción de pacientes con SAHOS clínicamente relevante no accede a la terapia pese a un correcto diagnóstico y titulación. La adherencia a largo plazo se mantuvo en dos tercios de la población estudiada. Los pacientes adherentes fueron predominantemente hombres, de mayor edad, más sintomáticos y en seguimiento por especialistas.

P131 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 100 PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD A CAUSA DE ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS

GONZÁLEZ Y[1]; OYHAMBURU P[1]; DI TULLIO F[1]; PASCUA J[1]; ROBAINA G[1]; DÉCIMA T[1]; CAMPOS J[1]; BORSINI E[1]; SALVADO A[1]; BOSIO M[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Objetivo: Conocer las características y la evolución de los pacientes internados por reagudización de enfermedades obstructivas en un hospital privado de comunidad desde el 01-01-2018 al 31-12-2018.
Materiales y Métodos: Registro prospectivo de pacientes que requirieron internación en sala general y/o unidad cerrada por reagudización de enfermedades obstructivas en el Hospital Británico de Buenos Aires evaluados por el Servicio de Neumonología durante 12 meses.
Se utilizaron los criterios de las guías GOLD para definir diagnóstico y severidad de EPOC. El consenso GINA para definir criterios diagnósticos y tratamiento del asma.
Análisis estadístico: las variables se describieron como mediana, media y desvío estándar. Se utilizó el test de wilcoxon para datos pareados. Se consideró $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.
Resultados: Se incluyeron en este estudio 100 pacientes de los cuales 75 fueron internados por exacerbación de EPOC y 25 por crisis asmática.
La media de edad de los pacientes con exacerbación de EPOC fue de 73 ± 12 años, 52% hombres. 25% tabaquistas actuales con un promedio de 58 paquetes/años (p/y). Del total de los pacientes, 23% no tenían tratamiento previo, 40% recibían triple terapia con corticoides inhalados y broncodilatadores de larga duración, 28% doble terapia incluyendo corticoides inhalados en el 67% de los casos, 21% con oxígeno crónico domiciliario. El 76% eran GOLD D y 24% GOLD B. El promedio de volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) al ingreso fue 44% ± 18% y DLCO 41% ± 14%. Un 44% de los pacientes requirieron ventilación mecánica no invasiva (VNI) por un promedio de 4 días, 12% de ellos eran GOLD B. El 12% egresaron con VNI domiciliario, todos GOLD D. Los gases en sangre mostraron un incremento significativo del PH de egreso (7.42 ± 0.04 vs 7.38 ± 0.06; p = 0.021); sin embargo no se observaron diferencias significativas en la PCO2 (41,7 ± 8.7 vs 41.52 ± 10.49; p: 0.49). EL 32% tenían internaciones previas por EPOC, todos ellos GOLD D. El promedio de tiempo de internación fue de 9 días ± 6 y 5 días ± 3 en unidad cerrada. Se registraron 5 óbitos, todos GOLD D.
Se internaron 25 pacientes por crisis asmática, la mediana de edad fue de 58 (16-97) años, 72% mujeres. 16% (n: 4) se encontraban sin tratamiento y 16% eran tabaquistas actuales. Promedio de VEF1 al ingreso fue del 49% ± 16. Cinco pacientes requirieron VNI por presentar hipercapnia leve. Promedio de tiempo de internación: 6 ± 3 días, 36% en unidad cerrada con estadía 4 ± 3 días. No se registraron óbitos.
Conclusiones: Se observó un grupo importante de pacientes EPOC GOLD B y pacientes sin tratamiento previo que requirieron internación, incluso con necesidad de VNI. Se observó un bajo porcentaje de pacientes con insuficiencia respiratoria tipo II.
En el grupo de asma, observamos un alto porcentaje de pacientes sin tratamiento al momento de la internación.
Encontramos un número elevado de pacientes tabaquistas actuales.
Conocer datos de nuestra población permite planificar estrategias preventivas y terapéuticas.

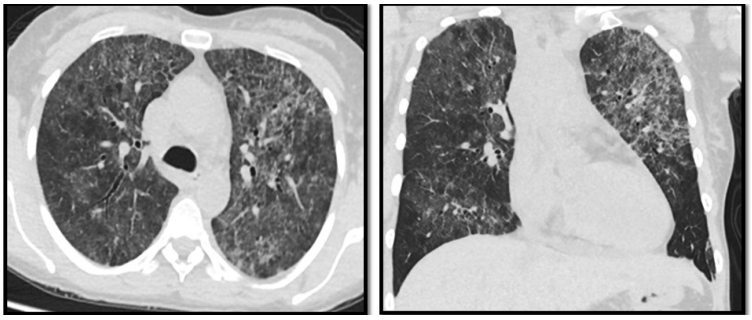
P132 COEXISTENCIA DE TRES GÉRMENES EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA TRANSBRONQUIAL COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO?

MENENDEZ M[1]; NIGRO C[1]; BLEDEL I[1]; CASTAÑO G[1]

[1]*Hospital Alemán*

Introducción: La infección respiratoria es la patología más frecuente en el paciente inmunocomprometido. Los fármacos inmunosupresores utilizados en trasplantados de órgano sólido predisponen a infecciones por bacterias, virus, hongos y parásitos pudiendo aumentar el riesgo de rechazo agudo del injerto.
Caso clínico: Paciente mujer de 42 años con antecedente de trasplante renal de donante vivo relacionado en el 2008 (en tratamiento con micofenolato 1080 mg, tacrolimus 2 mg y meprednisona 4mg). Consultó por fiebre, disnea y tos seca y recibió tratamiento antibiótico con Amoxicilina más Ácido Clavulánico por 6 días. Al examen físico se encontró hemodinámicamente estable y subfebril, con buena entrada de aire bilateral, eupneica y saturación de 98% aire ambiente. Se realizó laboratorio que mostró anemia, leucocitosis y deterioro de la función renal; electrocardiograma con taquicardia sinusal y radiografía de tórax con consolidaciones perihiliares bilaterales y borramiento del seno costofrénico izquierdo. Se solicitó tomografía que mostró compromiso parenquimatoso difuso bilateral con múltiples opacidades en vidrio esmerilado y engrosamiento septal (patrón de "crazy paving") bilateral y patrón de "árbol en brote" el segmento posterior del lóbulo superior derecho
Se interpretó el cuadro como neumonía en paciente inmunocomprometido y se indicó ceftriaxona y claritromicina. Se solicitaron hemocultivos, serologías para bacterias atípicas, carga viral para CMV y galactomananos en sangre. Se realizó una fibrobroncoscopía, un lavado broncoalveolar (BAL) y biopsia transbronquial. Evolucionó con empeoramiento de la disnea por lo que se cambió el esquema antibiótico por piperacilina tazobactam (PTZ), claritromicina y trimetoprima sulfametoxazol (TMS). La radiografía de tórax de control luego del procedimiento mostró un neumotórax izquierdo grado II y se colocó tubo de avenamiento pleural. Se obtuvo serología IgM positiva para Chlamydia pneumoniae, PCR CMV ++ en BAL con carga viral positiva y tinción positiva en BAL, PCR y anatomía patológica compatible con neumonitis por Pneumocystis jirovecii. Se suspendió PTZ, se mantuvo claritromicina, TMS y se inició ganciclovir. Evolucionó con deterioro progresivo de la función renal por lo que se realizó punción biopsia renal que mostró rechazo Banf 1A. Se

iniciaron pulsos de metilprednisolona y tacrolimus a bajas dosis. Completó 21 días de TMS, 10 de claritromicina y 14 de antivirales. Presentó descenso de carga viral y evolucionó con mejoría de la función renal. Se otorgó egreso hospitalario con control ambulatorio con Servicio de Trasplante.
Conclusión: Consideramos que ante la presencia de infecciones respiratorias en paciente inmunosuprimidos, el tratamiento empírico inicial debe ser amplio y la búsqueda de la causa debe ser exhaustiva dado que el tratamiento específico disminuye la mortalidad y previene la posibilidad de rechazo de trasplante. Dicho abordaje dependerá de la disponibilidad de los distintos métodos diagnósticos, la sospecha clínica y los riesgos y beneficios.



P133 COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE XPERT MTB/RIF EN LAVADO BRONCOALVEOLAR VS LAVADO BRONQUIAL EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE TUBERCULOSIS.

MUÑOZ L[1]; GALLEGO C[1]; ARMITANO R[1]; STUPKA J[1]; JOZA K[1]; POROPAT A[1]; SALOMONE C[1]

[1]Hospital P Piñero

En pacientes con sospecha clínica de tuberculosis (TB) y tos improductiva o baciloscopía negativa, se pueden obtener muestras respiratorias para análisis bacteriológico mediante broncoscopía. Además de las pruebas convencionales para identificar Mycobacterium tuberculosis, disponemos de un método de amplificación de ácidos nucleicos: Xpert MTB/RIF, que permite un diagnóstico rápido con alta sensibilidad.
El objetivo de este estudio es comparar el rendimiento del método Xpert MTB/RIF en lavado broncoalveolar (BAL) vs lavado bronquial (LB) en pacientes inmunocompetentes con sospecha clínica de TB pulmonar, sin documentación microbiológica previa.
Materiales y Métodos: Se incorporaron prospectivamente pacientes con infiltrados radiológicos pulmonares compatibles con TB activa o residual sin tratamiento previo, con baciloscopía directa negativa o tos improductiva. Se identificó el segmento más afectado mediante tomografía axial computada realizándose broncoscopía con BAL en dicho segmento, seguido de LB en todo el lóbulo afectado. Se consideró significativa una recuperación del BAL ≥ 40%. Las muestras obtenidas fueron procesadas para frotis directo, cultivo y Xpert MTB/RIF. Se analizó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) tomando como referencia para el diagnóstico de TB los resultados obtenidos con los métodos convencionales.
Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (11 mujeres, 61%), con un promedio de edad 36.1 ± 18 años. Se identificó Mycobacterium tuberculosis con métodos convencionales en 9 pacientes (baciloscopía directa en LB 2, en BAL 1, cultivos positivos en LB 9, en BAL 8), realizándose seguimiento clínico en el resto. Se obtuvieron muestras representativas de BAL en 15 pacientes (83%).
Para el BAL, 5 de 15 muestras (26%) obtenidas fueron positivas con Xpert: S = 57.1% (IC 25%-84.2%), E = 100% (IC 67.6%-100%), VPP = 100% (IC 51%-100%) y VPN = 72.7% (IC 43.4%-90.3%). Con LB 8 de 18 muestras (44%) fueron Xpert positivas: S = 88.9% (IC 57%-98%), E = 100% (IC 70%-100%), VPP = 100% (IC 67.6%-100%) y VPN = 90% (IC 60%-98%). Todos los casos identificados con Xpert fueron verdaderos positivos en relación con los cultivos convencionales.
Conclusión: Considerando al cultivo sólido como método de referencia, el lavado bronquial resultó más sensible que el lavado broncoalveolar para el diagnóstico de infección tuberculosa por el método de Xpert MTB en los pacientes con sospecha de tuberculosis sin documentación microbiológica previa.

P134 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE UN AÑO DE LA GUARDIA DE BRONCOSCOPÍA DEL HOSPITAL POSADAS

ARROJO M[1]; BURGOS GOMEZ J[1]; GODOY M[1]; HERES M[1]; IDOYAGA P[1]; TUMMINO C[1]; YUSTI G[1]

[1]Hospital Posadas

Objetivo: Describir el trabajo realizado por un equipo de 7 médicos de guardia de broncoscopía (GB) en un hospital de alta complejidad.
Material y Métodos: Análisis retrospectivo del registro del total de las prácticas efectuadas por la GB durante un año (julio 2018-julio 2019).

Resultados: Dentro de un universo total de 945 procedimientos de GB y programados durante el año, la GB realizó 102 procedimientos en 100 pacientes. Se efectuaron 36% en mujeres y 64% en hombres. Con edades entre 15 y 86 y un promedio de 45 años. El 97% con un broncoscopio flexible y el 3% con un broncoscopio rígido.
Siendo 15% ambulatorios y 85% internados (en emergencias 35%, terapia intensiva 34%, clínica médica 17%, cirugía 7%).
Se empleó sedación en el 83% y anestesia en 17%.
Fueron procedimientos sólo diagnósticos el 63%, sólo terapéuticos el 24% y ambos el 13%.
El 63% sólo diagnóstico se compone de un 36% indicado para tomar muestras (de este grupo: sospechando tuberculosis un 38%, neumonía en inmunocomprometidos 32%, infiltrados 14%); y de un 27% indicados para exámenes de vía aérea (el 41% de este grupo por estenosis de la vía aérea central, el 14% por percepción de estridor, el 14% para localización de sangrado).
Con respecto al 37% terapéutico: (fueron efectuadas en conjunto o seguidas de técnicas diagnósticas el 13% y como única técnica el 24%): el 54% entre ellas consistió en una intubación guiada, el 19% en aspiración de secreciones, el 8% en recambio de cánulas.
Conclusiones: Nosotros usualmente consideramos la broncoscopía como una técnica subordinada a la neumonología. La GB se diferencia porque parece exigir una coordinación y subordinación de la actividad específica del broncoscopísta con los objetivos de otras especialidades. Esto se manifiesta en la cooperación en intubaciones guiadas que responden a la necesidad y la urgencia de los clínicos y terapistas por evaluar y asistir en la conexión ARM y de cirujanos y anestesiólogos para asegurar la vía aérea de pacientes que requieren cirugías urgentes. Haciendo importante la capacidad de interpretar las necesidades y las condiciones para participar de un trabajo coordinado.
El 27% de procedimientos diagnósticos exploratorios de la GB (que son los procedimientos más básicos para un endoscopísta) junto con un sólido conocimiento de los alcances y limitaciones de los procedimientos terapéuticos conducen a pensar que estos procedimientos simples efectuados a tiempo permiten evitar la prácticas terapéuticas más riesgosas fuera de condiciones óptimas; programándolas y preparando el paciente y el equipo de trabajo para las horas de trabajo habitual de la mañana próxima.

P135 DESEMPEÑO DE LA ESCALA DE EPWORTH EN RELACIÓN A LAS PUEBAS DOMICILIARIAS DE DIAGNÓSTICO EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE APNEAS DEL SUEÑO

BORSINI E[1]; BLANCO M[1]; ERNST G[1]; PASCUA J[1]; OYHAMBURU P[1]; SCHONFELD S[1]; BOSIO M[1]; SALVADO A[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción: La somnolencia diurna es un síntoma vinculado al Síndrome de Apneas de Sueño (SAHOS). Su utilidad como predictor es variable dependiendo de la población y del proceso diagnóstico. Comparamos la escala de somnolencia de Epworth (ESS) y el índice de apnea e hipopnea por hora de registro (IAH) en eventos por hora (ev/h) de la poligrafía respiratoria (PR).
Material y Métodos: Estudio retrospectivo y de correlación en adultos evaluados mediante PR. Se utilizaron resultados de ESS y se correlacionaron con el IAH calculando la Sensibilidad (*S*), Especificidad (*Sp*), riesgo atribuible en las variables de interés (*OR*) y área bajo la curva ROC (*AUC-ROC*).
Resultados: Fueron analizados 4455 pacientes entre 2013 y 2018 (cinco años); hombres (H); 2661 (62.4%) y mujeres (M); 1663, con una mediana en edad; 53.6 (42-65), IMC; 31.3 (25.5-36.1). El 78.4% tuvieron IAH >5 ev/hora y la prevalencia de SAHOS severo fue de 26.4% en H y 9% en M.
ESS >10 puntos fue hallado en 25% de la población con valores medios estadísticamente diferentes entre H y M; 8 ± 5.15 vs.7.6 ± 5.1.
ESS >10 (%) según severidad por IAH fue en H vs. M; 5-14.9 ev/h (leves); 27.7 vs. 35.6, 15-29.9 ev/h (moderados); 28.2 vs. 22.7 y > 30 ev/h (severos); 32 vs. 10.1%. El 12% de H vs. 31.5% de las mujeres tuvieron ESS > 10 con IAH normal.
La *Sensibilidad* de ESS >10 fue en H vs. M fue; 5-14.9 ev/h: 88 vs. 86.5 con *Sp*: 16.7 vs. 32.2 y AUC-ROC: 0.52, p 0.009 vs. 0.50, p 0.79. La *S* para 15-29.9 ev/h; 60.3 vs. 32.8 con *Sp*: 47.4 vs. 72.1 con *AUC-ROC*: 0.53, p 0.002 vs. 0.50, p 0.06 y para >30 ev/h; *S*: 32.1 vs. 10.1 con *Sp*: 76.1 vs. 91 con *AUC-ROC:* 0.54, p 0.0001 vs. 0.50, p 0.60.
La *Regresión Logística* (ajustada por edad, índice de masa corporal, circunferencia de cuello, riesgo por cuestionario de Berlín, antecedente de hipertensión arterial, enfermedad psiquiátrica, nivel educativo, tabaquismo, antecedentes de ronquido, apneas observadas) para categorías de severidad por IAH mostró capacidad predictiva de ESS >10 exclusivamente en hombres; *leves* (OR: 1.38, p 0.010), *moderados* (OR: 1.31, p 0.002) y *severos* (OR1.38, p 0.001) En mujeres no hallamos significación estadística.
Conclusiones: El desempeño de ESS mayor a 10 puntos fue diferente entre ambos sexos, mostrando mayor sensibilidad para las formas leves de la enfermedad y utilidad limitada como predictor exclusivamente en los hombres

P136 DRENAJE DE COLECCIÓN MEDIASTINAL POR BRONCOSCOPÍA RÍGIDA

DIANTI M[1]; GRYNBLAT P[1]; NAZAR PEIRANO M[1]

[1]*CEMIC*

Introducción: Se presenta un abordaje poco usual de una lesión mediastinal por broncoscopía rígida.
Caso clínico: Se trata de un paciente de sexo masculino de 51 años sin antecedentes de relevancia, que consultó por un síndrome febril prolongado asociado a dorsalgia. Presentaba dos hemocultivos positivos para Staphyloccocus aureus

y como hallazgos de los estudios complementarios se destacan: una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna donde se evidenció una lesión paravertebral asociada a espondilodiscitis de T9-T10 y una tomografía computada (TC) de tórax que presentaba una masa mediastinal subcarinal de aspecto sólido de 74 × 54 × 44 mm.
Se inició tratamiento antibiótico con Cefazolina y se programaron biopsias diagnósticas de ambas lesiones.
La lesión mediastinal se abordó por broncoscopía rígida con el objetivo de obtener material para diagnóstico etiológico. Se realizó una punción con aguja de Schiepatti sobre la cara mediastinal del bronquio fuente derecho entre el primer y segundo anillo. Se obtuvo material de aspecto purulento sin evidencia de células neoplásicas en el control citológico. Sospechando que se trataba de una colección infectada y con el objetivo de drenar la totalidad de la misma, se conectó un sistema de aspiración al extremo distal de la aguja obteniendo aproximadamente 40 ml de material de mismas características.
Se realizó una TC de tórax de control posterior al procedimiento donde ya no se evidenciaba la lesión previamente descripta.
La anatomía patológica diferida mostró escasas células ciliadas, macrófagos y abundante material amorfo con detritus celulares, sin identificar células neoplásicas, y el cultivo bacteriológico resultó negativo.
La biopsia de la lesión de columna fue compatible con una neoplasia de células plasmáticas.
Conclusión: Si bien no se obtuvo diagnóstico de certeza de la lesión mediastinal, la misma se ha resuelto en su totalidad con el abordaje descripto sin requerir otra intervención. Podría haber correspondido a un quiste broncogénico o una colección infectada, parcialmente controlada con el tratamiento antibiótico.

P137 EXPERIENCIA EN FIBROBRONCOSCOPIAS REALIZADAS POR INTENSIVISTAS EN UN PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO EN NEUMONOLOGÍA CRÍTICA

CARBONI BISSO I[1]; LAS HERAS M[1]; VIDELA C[1]; DI STEFANO [1]; SAN ROMÁN [1]

[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La expansión del uso de la fibrobroncoscopia (FBC) en las unidades de cuidados críticos (UCI) se debe a que es una técnica que se realiza en la cabecera del paciente, evitando desplazamientos potencialmente peligrosos fuera de la UCI. Clásicamente, las tasas de complicaciones o eventos adversos reportados en series anteriores oscilan entre el 2% y el 40%, sin embargo, no existen estudios que evalúen la seguridad y eficacia de los procedimientos realizados por médicos intensivistas.
Objetivos: Describir las principales indicaciones y complicaciones asociadas a la FBC realizada por médicos intensivistas en un programa de perfeccionamiento en neumonología crítica.
Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, en un único centro. Se incluyeron los resultados de las FBC realizadas en UCI por médicos intensivistas cursando un programa de perfeccionamiento en neumonología crítica, entre junio de 2017 y julio de 2019. Los participantes del programa contaron con un entrenamiento en FBC en un centro de simulación.
Resultados: Un total de 416 FBC fueron realizadas en 251 pacientes internados en UCI. La mayoría fueron pacientes de sexo masculino (56.5% [235]) con una media de edad de 54 ± 20 años, y un score APACHE II promedio de 24. Los principales motivos de internación fueron enfermedades respiratorias en un 36.8% (153), seguidas de patología neurocrítica (12.5% [52]), cardiovascular (11.6% [52]) y traumática (11.1% [46]). El 87% (362) de los procedimientos fueron realizados en pacientes bajo ventilación mecánica y sedación profunda.
La principal indicación de FBC fue la confección de traqueostomía percutánea (TQT) endoscópicamente guiada (41.2% [171]), seguida de toma de muestra microbiológica por lavado bronquioalveolar (BAL) (33.5% [139]). Asimismo, la evaluación directa de la vía aérea (14.9% [62]), el toilette bronquial (9.86% [41]) y la realización de biopsia pulmonar por criosonda (0.72% [3]) fueron otras indicaciones para realizar el procedimiento.

El porcentaje de complicaciones asociadas representó un 4.6% (19) del total de FBC realizadas, de las cuales la presencia de sangrado leve (que no requirió ningún tratamiento particular para su manejo) fue la más frecuentemente registrada (38,1% [8]), seguida de sangrado moderado (que se controló con maniobras endoscópicas) en un 23.8% (5). Otras complicaciones fueron hipotensión (19.1% [4]) e hipoxemia (14.2% [3]) transitorias, y un evento aislado de fibrilación auricular (4.8% [1]). No se registraron eventos graves tales como neumotórax, colapso hemodinámico o sangrado que por su magnitud tuviera indicación de suspender el procedimiento.
Conclusiones: La realización de TQT guiada por FBC y la toma de muestra microbiológica por BAL fueron las indicaciones más frecuentes para realizar una FBC en UCI. La FBC realizada por un intensivista en un programa de entrenamiento es un procedimiento seguro, con baja incidencia de complicaciones.

P138 HALLAZGO TARDÍO DE UN CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA

ROCCHIA NOVILLO M

Hospital Zenón Santillán

Introducción: La presencia de un cuerpo extraño que perdura en el tiempo en la vía aérea puede causar atelectasia, neumonía o bronquiectasias. Lo que ocasiona síntomas crónicos como tos, expectoración purulenta y hemoptisis.
Caso clínico: Mujer de 58 años que consulta por tos y expectoración de 12 años de evolución, que refiere comienza luego de un episodio de ahogo durante la ingesta de alimentos. Refiere realizar múltiples consultas con diferentes especialidades y recibir múltiples esquemas antibióticos y sintomáticos, sin resolución. El examen físico en el momento de la consulta es normal. Espirometría: patrón normal con respuesta positiva a beta 2. Laboratorio normal. Cultivo de esputo para gérmenes comunes, BAAR y micológico negativos. Tomografía de tórax: se observa en bronquio inferior izquierdo la presencia de un elemento de densidad cálcica que obstruye parcialmente la luz del mismo y atelectasia de lóbulo inferior izquierdo. Se realiza fibrobroncoscopia donde se observa la presencia de abundantes secreciones purulentas y se visualiza la presenta del cuerpo extraño en bronquio inferior izquierdo. Posteriormente se realiza broncoscopia rígida y se extrae el cuerpo extraño óseo. En controles posteriores la paciente continua con iguales síntomas, se realiza nueva tomografía de tórax donde se observa la presencia de bronquiectasias en el lóbulo inferior izquierdo y atelectasia completa del mismo, por lo que se decide con el servicio de cirugía de tórax realizar lobectomía.
Discusión: La broncoaspiración de un cuerpo extraño en adultos es menos frecuente que en niños y habitualmente se produce en paciente con factores predisponentes, y su localización suele ser derecha. La fibrobroncoscopia es el método diagnóstico más eficaz, y en algunos casos es un procedimiento terapéutico. La cirugía (lobectomías o segmentectomías) es el único tratamiento curativo en caso de bronquiectasias localizadas que causen problemas de manejo clínico, siempre que se descarten las enfermedades subyacentes que favorecen su aparición. En nuestro caso se pudo observar en primera instancia la presencia del cuerpo extraño con el fibrobroncoscopio, pero fue necesario utilizar la broncoscopia rígida para poder extraerlo. Finalmente, la paciente debió ser intervenida quirúrgicamente debido a las secuelas ocasionadas por la pieza ósea broncoaspirada, quizás podría haberse evitado si se sospechaba en la primera consulta.
Conclusión: Nuestro caso nos enseña que, si bien la tos es un síntoma inespecífico y muchas veces subestimado, su anamnesis debe ser orientadora en la búsqueda de su causa.

P139 HEMOPTISIS Y TUBERCULOSIS: ¿LA LOCALIZACIÓN INFLUYE EN LA GRAVEDAD?

BENSIGNOR S[1]; RIVA S[1]; DE STEFANO G[1]; ABAD S[1]; RODRÍGUEZ MIERES A[1]; CASCO N[1]; BOCCIA C[1]; PALMERO D[1]

[1]*Hospital Muñiz*

Objetivo: Evaluar la relación entre la gravedad del sangrado en la hemoptisis por tuberculosis (TB) y la localización y tipo de lesión pulmonar.
Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TB que presentaron hemoptisis internados en sala de hombres de Tisioneumonología del Hospital Muñiz en el período de junio 2017 a junio 2019. Se analizaron los casos según la clasificación de hemoptisis por volumen y repercusión hemodinámica, tipo de lesión y la localización en la radiografía de tórax.
Resultados: 411 hombres internados, se identificaron 123 pacientes con TB y hemoptisis (29,9%), edad promedio de 32,5 años (DS ± 12.33), 85% con baciloscopia positiva. Fueron divididos en dos grupos según la severidad de la hemoptisis: Grupo 1 hemoptisis leve 43.9% (54) y Grupo 2 hemoptisis moderada y grave 56.1% (69), 33.3% -22.8% respectivamente. En la radiografía tórax presentaron lesión bilateral un 57.7% (71/123), y lesión unilateral un 42,3%, el 48.1% correspondía a Pulmón derecho y 51.9% a Pulmón izquierdo. Sobre la totalidad de los pacientes, la localización pulmonar más frecuente fue el campo superior derecho (CSD) 67.5% (83N). Los pacientes de grupo 2 presentaron en mayor medida (75,5%) esta localización respecto a los del grupo 1 (57,4%), con una diferencia estadísticamente significativa (p 0.035). La lesión radiológica predominante fueron las cavidades (81.3% N100), con mayor localización en campos superiores a predominio derecho. Los pacientes con cavidades en CSD en su mayoría presentaron hemoptisis moderada-grave (65% grupo 2 vs 34% grupo 1), siendo este hallazgo significativo (p0.019). El promedio de días de internación en ambos grupos fue similar (21.43 días grupo 1 y 22.45 días grupo 2), viéndose una diferencia notable en los días de duración de la hemoptisis previa a la consulta (8.31 grupo 1 y 4.45 grupo 2), probablemente relacionado a una consulta más tardía de los cuadros leves. Del total de los pacientes, 26 (21.1%) requirieron colocación de prótesis endobronquial, con una media de duración de 15.67 días en grupo 1 y 22.09 días en grupo 2. Se evidenció que entre pacientes tabaquistas (TBQ) la mayor localización fue en CSD (40/47), mientras que en

pacientes no TBQ la localización fue más repartida (CSD 43/76). El compromiso de CSD también predominó entre los en pacientes con adicción a drogas inhalatorias (ADIH), 90.6% vs 59.3% en los no adictos (p 0.01).
Conclusiones: Observamos una relación entre el compromiso de campo superior derecho y la presencia de cavidades con una mayor gravedad de la hemoptisis. Hubo más frecuencia de tabaquismo y adicciones en determinadas localizaciones, aunque sin relación con la gravedad de la hemoptisis. Si bien hacen falta más estudios para confirmar los resultados encontrados, creemos que puede ser de suma utilidad una correcta evaluación radiológica y predecir la evolución del cuadro ante el hallazgo de lesiones cavitarias en CSD para actuar en consecuencia y evitar un desenlace fatal.

P140 MANEJO DE LA ESTENOSIS EN UNA SALA DE BRONCOSCOPIA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

QUISPE ROMERO R[1]; GRANDI R[1]; GATTI A[1]; VALDES M[1]; ANDERSON R[1]; RITOU I[1]; KORSUNSKY M[1]; GATTELLI A[1]; SANCHEZ A[1]; MERELES J[1]

[1]H.I.E.A. y C. San Juan de Dios de La Plata

Objetivo. Caracterizar la población con estenosis traqueal y su estrategia terapéutica en un Servicio de Neumonología de derivación de la provincia de Buenos Aires.
Material y Método. Se recolectaron los datos obtenidos de los informes entregados a los pacientes por la Sala de Broncoscopía del Hospital San Juan de Dios de la Plata entre 01/01/2017 a 30/06/2019, se relevaron el total de las consultas que recibió la sala en el mismo período de tiempo. Se obtuvieron sexo, edad, causa o factor predisponente, localización, extensión, diámetro de la luz de vía aérea en la estenosis y tratamiento indicado (observación, resección endoscópica, dilataciones traqueales con instrumental rígido, colocación de endoprótesis, cirugía de resección).
Resultados. Se registraron un total de 1927 consultas, de las cuales 320 fueron por obstrucción de la vía aérea central (17%), que corresponden a 126 pacientes. De ellas 122 (97%) fueron estenosis traqueales, 84 varones (69%) y la media de edad fue de 43 años (DS 19). La principal causa de la estenosis traqueal fue la asistencia respiratoria mecánica (ARM) prolongada con 117 pacientes (91%), de los cuales 80 pacientes (68%) corresponden a intubación orotraqueal (IOT) y 37 pacientes (32%) a traqueostomía. No se obtuvo el registro del antecedente en 5 pacientes. La longitud promedio fue de 28.22 mm y la mediana de 30 mm. El diámetro promedio fue de 6,1mm (IC 5.4-6.7). La localización más frecuente fue el espacio subglótico en un 54%, seguido por el tercio superior en el 31%, tercio medio 4.5% , tercio inferior 4.5%, en el 6% no se obtuvo el dato. Con respecto al tratamiento 58 pacientes recibieron dilataciones progresivas de la vía aérea (con un promedio de 2 dilataciones por paciente), 61 pacientes (50%) fueron derivados para resolución quirúrgica, a 11 pacientes se les colocó prótesis y 21 recibieron como tratamiento definitivo dilataciones. El resto de los pacientes se dividieron entre aquellos que presentaban granulomas que fueron resecados, traqueomalacia o pacientes que se mantuvo la cánula de traqueostomia a la finalización del estudio. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las características de la estenosis entre los pacientes que requirieron resolución quirúrgica y aquellos que recibieron tratamiento endoscópico.
Conclusión. La etiología más frecuente de las estenosis de la vía aérea central en nuestro estudio fue la ARM prolongada, con predominio de la estenosis a nivel subglótico y tercio superior, lo que presupone un manejo inadecuado de la vía aérea durante la ventilación mecánica. Demostramos que es una patología que afecta principalmente a adultos jóvenes generando impacto sobre los costos directos e indirectos del sistema sanitario. Con respecto a la resolución de la estenosis en nuestro medio la dilatación con instrumental rígido constituye una herramienta de elección inicial como medida puente a la cirugía, conducta más elegida.

P141 RESISTENCIA PRIMARIA Y SECUNDARIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

VALDEZ RIVAS M[1]; SOLIZ N[1]; QUISPE R[1]; MERELES J[1]; CAPUA J[1]; GARCIA L[1]; MEDINA A[1]; SANCHEZ A[1]; CLIVIO L[1]; ECHAZARRETA A[1]

[1]HIEAyC San Juan de Dios, La Plata

Objetivo: Cuantificar la resistencia primaria y secundaria del Mycobacterium Tuberculosis (MT) en un Hospital Especializado en enfermedades respiratorias de la Provincia de Buenos Aires.
Material y Método. Se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los datos detallados en los registros epidemiológicos de nuestro hospital entre el 01/01/ 2015 y el 31/12/ 2017. Se consideraron los casos de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar a fin de identificar las cepas de MT con resistencia primaria definida cuando el paciente no había recibido tratamiento previo y resistencia secundaria cuando el paciente había registrado un tratamiento previo para tuberculosis. Se clasificaron como monorresistente (resistencia a un fármaco antituberculoso), polirresistente (resistencia a más de un fármaco antituberculoso de primera línea, excluyendo la combinación isoniacida (H)/rifampicina (R)), multirresistente (resistencia a al menos H y R), extensamente resistente (resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos una de capreomicina, kanamicina y amikacina, sumada a la multiresistencia)
Se registraron edad, sexo, comorbilidades, localización y forma radiológica. El protocolo para análisis fue la realización de pruebas de sensibilidad, en muestras con desarrollo de *M. tuberculosis*, por método de Canetti y en algunos casos por método líquido Mgit 320.
Resultados: Se analizaron 411 fichas epidemiológicas. El 57% fueron hombres, la edad promedio encontrada fue de 36 años (DS 15.5). En cuanto a las comorbilidades, la reportada con más frecuencia fue el VIH (15%), seguida de la diabetes mellitus (7%). La resistencia primaria fue del 2,6% (11 pacientes) y la resistencia secundaria del 2% (8 pacientes). Se catalogaron como monorresistentes 7 pacientes, multirresistente 11, extensamente resistente 1 paciente, no se encontraron

cepas polirresistentes. La forma de presentación pulmonar represento un 75.6% y la extra pulmonar un 24.4%. De los pacientes con resistencia primaria, 9 presentaron forma pulmonar y 2 extra pulmonar. Dentro de la resistencia secundaria, 7 presentaron forma pulmonar y 1 extra pulmonar. De los pacientes con comorbilidades, la resistencia primaria fue del 3.7% y la secundaria del 2.8%. En los pacientes sin comorbilidades la resistencia primaria fue del 2.3% y la secundaria del 1.6% (no significativo).La mortalidad total fue del 6%, mientras que en el sub grupo de pacientes con VIH fue del 22%.
Conclusión: En la población analizada encontramos que la resistencia tanto primaria como secundaria es menor a la reportada en los registros nacionales e internacionales correspondientes a países con incidencia intermedia a TB. No encontramos que la presencia de enfermedad extrapulmonar o comorbilidades fueran factores de riesgo para presentar cepas resistentes de MT. Resaltamos como hallazgo la elevada mortalidad en el subgrupo de pacientes que conviven con VIH.

P142 SCORE DE SEVERIDAD DE PITT ABREVIADO EN NEUMONÍA BACTERIÉMICA POR NEUMOCOCO

TERROBA H[1]; GONZALEZ A[1]; FIELLI M[1]; FERNANDEZ A[1]; BURGOS J[1]; IDOYAGA P[1]

[1]Hospital Posadas

Introducción: Existen distintos scores para la evaluación de la severidad de la neumonía adquirida de la comunidad (NAC). Los más conocidos son el CURB-65, CRB-65, los criterios de IDSA/ATS y ATS modificado. El score de bacteriemia de Pitt (SBP) fue investigado inicialmente en pacientes con infecciones por gérmenes gram negativos; existe una versión abreviada que incluye 5 variables y es de aplicación más simple.
Objetivo: Determinar la utilidad del SBP abreviado para discriminar pacientes con alto riesgo de mortalidad y compararlo con los scores de CURB-65 y ATS.
Método: Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con criterios clínicos y radiológicos de neumonía con bacteriemia por neumococo, en el período comprendido entre enero 2012 y junio 2017. Se analizaron edad, sexo, comorbilidades, variables clínicas y de laboratorio, compromiso radiológico, y mortalidad. Se aplicó el score de Pitt abreviado, el cual consta de 5 variables (Temperatura < 36°, frecuencia respiratoria > 25, tensión arterial sistólica < 90 mmHg, confusión y fallo cardíaco) considerando el score positivo con al menos la presencia de 2 de dichas variables. Se realizaron curvas ROC para el score de Pitt abreviado, CURB-65 y ATS para mortalidad y se compararon entre sí.
Resultados: Se analizaron 108 pacientes. La edad promedio fue de 54 años (± 17.37 DE); 42 (40%) fueron mujeres y 33(31%) se internó en UTI. El promedio de inicio de síntomas fue de 6.3 días (± 6.75 DE) antes de la consulta y el tiempo medio de la internación fue de 11 días (± 11.41 DE). Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo (39%), VIH (20%), alcoholismo (20%), diabetes (17%) y cáncer (17%). El compromiso radiológico de 2 o más lóbulos se observó en 46 pacientes (43%). En cuanto a variables de laboratorio las medias fueron: PAFI 279 (± 106 DE), urea 039 (± 0.42 DE), creatinina 1.67 (± 1.24 DE), sodio 133 (± 6 DE) y glucemia 149 (± 102.35 DE). La mortalidad global fue del 36%. Las curvas ROC mostraron un área bajo la curva de 0.7721, 0.7294 y 0.6933, para los scores de Pitt abreviado, ATS y CURB-65 respectivamente. La comparación de las tres no mostros diferencias estadísticamente significativas.
Conclusión: El score Pitt abreviado demostró tener igual sensibilidad y especificidad para predecir mortalidad que los scores de CURB-65 y ATS, habitualmente utilizados.

P143 SEGUIMIENTO DEL ASMA CASI FATAL EN LA VIDA REAL: COHORTE SEGUIDA A 20 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

CAPELLI L[1]; DONADO J[2]; PASCANSKY D[1]; GONZALEZ C[1]; VELASQUEZ E[1]; SÍVORI M[1]

[1]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [2]Sanatorio Profesor Itoiz

Objetivo: Evaluar cohorte de pacientes con antecedente de asma casi fatal (ACF), en quienes se realizó la primer consulta hace 20 años, a través de función pulmonar, grado de control de asma, consumo de recursos de salud y sobrevida, comparando aquellos que cumplieron seguimiento médico adecuado (CS) con quienes lo habían abandonado (AS).
Material y Método: Se incluyeron 24 pacientes de un hospital público de CABA que en 1997 habían presentado un episodio de ACF y que se siguieron por 20 años, sin definir ninguna estrategia especial de citación, seguimiento o comunicación. Se definió caso de ACF como aquel paciente con diagnóstico previo de asma bronquial que ingresa en paro respiratorio, o respiración agónica asociada a convulsiones, deterioro profundo del sensorio y cianosis, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Se intentó localizarlos a través de llamados telefónicos. Se los citó entre los meses de enero y marzo de 2019 para realizar espirometría pre y post broncodilatador, ACT, evaluación de seguimiento médico, visitas a guardia y hospitalizaciones. Se definió seguimiento a la concurrencia en visita programada a neumonólogo de por lo menos una vez en los últimos dos años y abandono a la falta de seguimiento médico en los últimos 24 meses.
Resultados: 87.5% de los pacientes pertenecen al grupo AS y 12,5% al grupo CS. Tres pacientes del grupo AS fallecieron (14.2%), todos dentro del primer año desde el episodio de ACF y en tratamiento con ICS+LABA. La única causa de muerte fue la enfermedad respiratoria, presentaban obstrucción leve al flujo aéreo. La media de seguimiento del grupo AS fue de 15.9 ± 14.6 meses, el VEF1 predicho de 65.2 ± 25%, 55% tabaquistas de 19 ± 13.6 p/y. Seis pacientes de este grupo (25% de toda la población) no consultaron nunca luego del episodio de ACF. No se logró localizar a estos 6 pacientes, así como los restantes 12 pacientes que fueron abandonando a lo largo del tiempo, quienes probablemente pudieran haber elevado la tasa de mortalidad aún más. En el grupo CS se observó un VEF1 predicho de 51.6 ± 14,01%, 33% tabaquistas de 24 p/y promedio. Registraron 6 visitas totales a guardia externa (solo una en el último año) y 2 internaciones sin requerimiento de UTI. Actualmente todos los pacientes del grupo CS se encontraban en tratamiento ICS+LABA, se observó un promedio de VEF1 de 73% del predicho sin respuesta significativa a broncodilatadores, y de ACT de 22 puntos. No se registraron nuevos óbitos.

Conclusiones: El seguimiento en vida real de una cohorte de pacientes con ACF, seguidos por dos décadas en un hospital público de CABA, determina que existe una alta tasa de abandono de seguimiento. De los que fueron adherentes al seguimiento, no volvieron a repetir episodios de ACF. No fue posible determinar si la causa de falta de seguimiento de los que abandonaron fue por la evolución fatal u otro tipo de razones que generan mala adherencia al seguimiento.

P144 TRAYECTORIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENTILATORIA Y VENTILACIÓN CRÓNICA DOMICILIARIA EVALUADOS EN UN MODELO DE HOSPITAL DE DÍA

SCHONFELD S[1]; BLANCO M[1]; ROBAINA G[1]; ERNST G[1]; SALVADO A[1]; BOSIO M[1]; BORSINI E[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción: Para monitorear el cumplimiento de la terapia ventilatoria y optimizar su eficacia, nos propusimos realizar un programa para pacientes con ventilación domiciliaria crónica (VMD) mediante hospital de día. A partir de este modelo se revisaron datos de evolución funcional a mediano plazo.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en adultos derivados para evaluación en hospital de día entre julio 2014 a diciembre de 2018, por fallo ventilatorio crónico. Se evaluaron las dos primeras visitas (visita inicial [V1] y de seguimiento [V2]) mediante; espirometría (EFR), presiones bucales máximas (PiMax y PeMax), gasometría arterial y descarga de datos del ventilador.
Resultados: Durante 54 meses fueron monitorizados 35 pacientes; 22 varones (62.8%), media de edad: 68.3 ± 10.1 años, IMC: 28.3 ± 9.1 kg/m², con una $PaCO_2$ basal de: 50.1 ± 13.1 mmHg. Los diagnósticos mayoritarios fueron divididos en dos grupos; EPOC (G1): 12 (34.3%) y enfermedad neuromuscular (G2): 21 (60%), predominando la esclerosis lateral amiotrófica (n: 12; 34.3%), parálisis diafragmática (n: 5; 14.3%) y otros (n: 4; 11.4%). El tiempo medio en meses a la V2 fue de: 5.5 ± 7.3 (G1) y 7.3 ± 7.3 (G2). El 57.1% estaba hipercápnico en V1. La VMD se ofreció en: 66.7% (G1) y 76.2% (G2) en V1 vs. 75% (G1) y 95.2% (G2) en V2. El uso del ventilador (mediana y percentil 25-75) se mantuvo en ambos grupos a 6 meses: 7.3 (6-12) vs. 6 (5.5-7.7) hs/día (p 0.5). Los modos ventilatorios fueron; ST (80%), S (10%), AVAPS (6.6%) y CPAP (3.4%). Las medias de presiones fueron **IPAP (cmH_2O)** *V1-G1:* 16 (15-20) vs *V2- G1:* 17 (16-19.5) p 0.7 y *V1- G2:* 15 (13.2-16.4) vs *V2-G2:* 15 (13-14) p 0.8. **EPAP (cmH_2O)** *V1-G1:* 8 (6.2-8.7) vs *V2- G1:* 8 (7.5-9) p 0.6 y *V1-G2:* 6 (5-7) vs *V2-G2:* 6 (5.1-6.8) p 0.7.
En ambos grupos el EFR y la gasometría mostraron estabilidad durante el seguimiento; **CVF (%);** *V1-G1*: 48.5 (41.7-58.2) vs *V2-G1*: 54.5 (44.2-69.5) p 0.34 y *V1-G2*: 42.5 (35-69) vs *V2- G2*: 44.5 (35.2-53.7) p 0.7. **VEF1 (%);** *V1-G1*: 29 (21-51.5) vs *V2- G1:* 33 (20.5-48) p 0.8 y *V1-G2:* 47 (37.5-73.2) vs *V2-G2:* 48 (41.5-53.7) p 0.98. **pH;** *V1-G1:* 7.40 (7.38-7.44) vs. *V2-G1:* 7.37 (7.33-7.43) p 0.16 y *V1-G2:* 7.38 (7.37-7.40) vs. *V2-G2:* 7.39 (7.38-7.40) p 0.6, **$PaCO_2$ (mmHg)**; *V1-G1:* 46 (38.2-58.8) vs. *V2- G1:* 52 (43-59.2) p 0.4 y *V1-G2:* 46 (42.2-48.7) vs. *V2-G2:*45 (40-50) p 0.8. **HCO_3**; *V1- G1:* 27 (23-29.5) vs *V2- G1:* 27.6 (25.2-29.6) p 0.8 y *V1- G2:* 26 (22.7-27.6) vs *V2-G2:* 25 (18-27) p 0.8.
En G2, las presiones bucales mostraron; **Pimáx** (cmh20) V1: 32 (22-50) vs V2: 40 (20-55) p 0.5. **Pemáx** (cmh20) V1: 50 (39-58.5) vs V2: 35 (21.2-60) p 0.3.
Conclusiones: En pacientes con VMD observamos estabilidad gasométrica y funcional durante el seguimiento a mediano plazo. Los pacientes neuromusculares mostraron declinación estadísticamente significativa en la PeMáx.

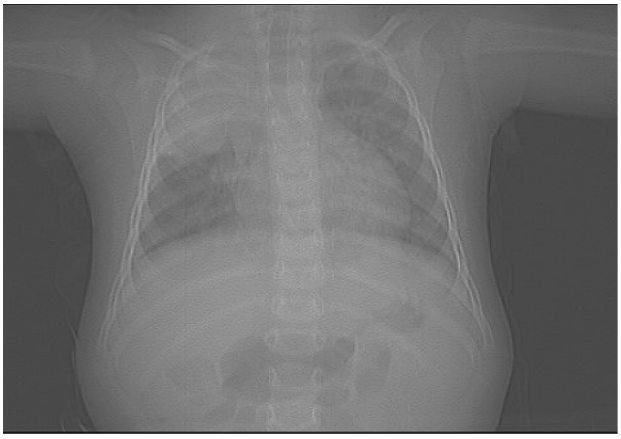
P145 UN CASO QUE REFLEJA LA REALIDAD. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA.

LAGRUTTA L[1]; CASTIGLIONI N[1]; INWENTARZ S[1]; PALMERO D[1]

[1]*Instituto Vaccarezza*

Introducción: La tuberculosis sigue siendo una causa importante de morbimortalidad en el mundo. Los niños se encuentran entre los grupos de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de la misma y, a menudo, suponen un desafío para realizar un diagnóstico definitivo. Las grandes dificultade*s* que encontramos en el niño se deben a la naturaleza paucibacilar de las lesiones, la dificultad para obtener muestras respiratorias, el amplio espectro de manifestaciones clínicas y de severidad de la enfermedad, complicado de distinguir de otras condiciones comunes en la infancia, como la neumonía, enfermedad pulmonar asociada al HIV y la desnutrición.
Caso clínico: Paciente de 1 año que consulta para iniciar tratamiento de tbc. Niña nacida de 36 semanas de gestación con 2020 gr. Comienza a los 2 meses de vida con cuadros de bronquiolitis, atelectasias y neumonias que requirieron internación en diferentes hospitales pediátricos. A los 9 meses de la niña, el tío es internado por Tbc bacilífera. A los 10 meses la niña se interna nuevamente sintomática respiratoria, bajo peso, y opacidad homogénea persistente en lóbulo superior derecho. PPD: negativa BAL: negativo TACAR patológica, por lo cual se decidió realizar lobectomía por sospecha de lesión neoplásica. El estudio anatomopatológico mostró granulomas con coloración de Ziehl-Neelsen positivo.
Discusión: Este es un caso de presentación típica de tuberculosis del lactante con signo sintomatología característica. Sin embargo ante la falta de confirmación bacteriológica, sin darle relevancia al dato epidemiológico, se puso en duda la sospecha diagnóstica y se optó por una conducta quirúrgica inadecuada e irreversible. De acuerdo al algoritmo publicado por un comité de expertos internacionales en el año 2015 (Clin Infect Dis) podemos clasificar la Tbc pulmonar pediátrica en: **Tuberculosis confirmada:** Confirmación bacteriológica cultivo o Xpert MTB / RIF de al menos 1 espécimen respiratorio. **Tuberculosis no confirmada** Confirmación bacteriológica NO obtenida Y al menos 2/4 de los siguientes: -Síntomas / signos sugestivos de tuberculosis - Radiografía de tórax compatible con tuberculosis - contacto cercano con un foco tbc **o** evidencia inmunológica de infección por M. TB - Respuesta positiva al tratamiento de la tuberculosis y **Tuberculosis poco probable** Confirmación bacteriológica NO obtenida Y Criterios para la "tuberculosis no confirmada" NO cumplidos.

Conclusiones: La Tbc, la gran simuladora, presenta en los niños dificultades a pesar de la disponibilidad de nuevos métodos diagnósticos. Surge con la presentación de este caso, la necesidad de reevaluar la forma de definir el diagnóstico e instaurar tratamiento oportuno aún en forma empírica. De acuerdo al algoritmo este caso cumple los criterios de "Tbc no confirmada bacteriológicamente", pudiendo evitar así la lobectomía como método diagnóstico.



P146 SÍNDROME ANTISINTETASA: 4 VARIANTES DE COMPROMISO PULMONAR.

RIZZO G[1]; PORTA A[1]; TOMASZUK G[1]; FALCO J[1]; SOLIS ARAMAYO M[1]; QUADRELLI S[1]

[1]SANATORIO GÜEMES

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una miopatía inflamatoria autoinmune que puede presentar afectación pulmonar intersticial. La presencia de anticuerpos antisintetasa se relaciona con mayor incidencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPID).
Pacientes y Métodos: Se describen 4 pacientes con compromiso pulmonar por SAS, hospitalizados entre julio 2018 – julio 2019 en el sanatorio Güemes. **Caso 1**: Mujer 42 años, disnea, tos, mialgias, debilidad muscular proximal, artralgias y edema de articulaciones de mano. ESD 15mm/h, CK 4155U/L, Aldolasa 38.5U/L, anti-Jo-1 positivo. Espirometría: CVF 1.34L 41%, FEV1 1.26L 47%; DLCO 32%. TACAR: consolidación en lóbulos inferiores (LI), vidrio esmerilado y bronquiectasias. Fibrobroncoscopia: directo y cultivos negativos. Anatomía patológica: consolidación alveolar. Inició metilprednisolona (MPD) y ciclofosfamida (CFM). Evoluciono favorablemente. **Caso 2:** Varón 39 años. Disnea, eccema con grietas en cara lateral de los dedos de las manos y artritis de pequeñas articulaciones. Espirometría: FEV1/FVC 87, FEV1 2.76L 66% FVC 3.14L 60%. Aldolasa 9U/L, CK 220U/L, anti-Jo-1 positivo. TC de tórax: vidrio esmerilado bilateral parcheado. Recibió MPD y CFM, con buena respuesta. **Caso 3**: Mujer 53 años. Disnea de esfuerzo progresiva y debilidad muscular crónica. Espirometría: FEV1/FVC: 93 FVC: 1.90L 63% FEV1: 1.77L 73%. TLC 61% y DLCO 22%. TACAR: engrosamiento de septos inter e intralobulillares, bronquiectasias por tracción, gradiente apicobasal. Anti Jo-1 positivo, CK 1633U/L, ESD 50mm/h. Inicio MPD. **Caso 4:** Mujer 58 años. Tos, disnea, fisuras y úlceras en cara lateral de dedos, Raynaud, artritis de manos y debilidad muscular proximal. Perfil inmunológico negativo, ESD 45mm/h, CPK 366U/L. EMG: patrón miopático. TACAR: vidrio esmerilado parcheado bilateral, engrosamientos septales interlobuillares en LI. TLC 59%, DLCO 43%. Realizo CFM y MPD. Al mes: insuficiencia respiratoria, enfisema subcutáneo, neumotórax, neumomediastino y neumopericardio, con progresión de vidrio esmerilado en TC requiriendo IOT/ARM, y fallece.
Resultados: 4 casos: 3 mujeres y 1 varón con SAS y afección pulmonar. La edad media: 48 años. Síntoma guía respiratorio: disnea progresiva. Síntomas sistémicos: 2 presentaron manos de mecánico, 3 artritis de manos y afección muscular. Todos los pacientes presentaron un patrón diferente en la TACAR: neumonía organizativa (OP), vidrio esmerilado bilateral parcheado, posible neumonía intersticial usual (NIU) y neumonía intersticial no específica (NINE) con neumomediastino. Todos con alteración ventilatoria restrictiva y DLCO disminuida. Anti-Jo1 en 3 de los 4 casos.
Conclusión: El SAS se caracteriza por autoanticuerpos contra la enzima aminoacil tRNA sintetasa, hay 8 subtipos, el anti-JO1 es el más frecuente, aunque su negatividad no descarta el diagnóstico. El patrón imagenológico y anatomopatológico de la EPID es variable, fundamentalmente inflamatorio, pudiendo adoptar formas fibrosantes. El compromiso pulmonar es el principal determinante de la respuesta al tratamiento y el pronóstico.

P147 UTILIDAD DEL TOILETTE BRONCOSCÓPICO PERIÓDICO EN PACIENTES CON ECMO

CARBONI BISSO I[1]; LAS HERAS M[1]; VIDELA C[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La membrana de circulación extracorpórea (ECMO) es una forma de soporte vital que permite el apoyo de la función pulmonar y/o cardíaca (según la configuración), en forma parcial o total, durante la insuficiencia cardio-

rrespiratoria. De esta manera, asegura una adecuada oxigenación durante la ventilación ultraprotectiva (4 ml/kg) con la finalidad de permitir el reposo pulmonar y evitar el daño inducido por ventilación mecánica. Sin embargo, la ventilación ultraprotectiva, a partir de bajos volúmenes tidal, predispone a la formación de tapones mucosos que llevan a la generación de atelectasia aumentado el riesgo de eventos asociados a ventilación mecánica.
Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas electrónicas del Hospital Italiano de Buenos Aires, en pacientes con ECMO y requerimientos de broncoscopias seriadas entre junio del 2017 y julio del 2019.
Resultados: Se incluyeron los resultados de 7 pacientes internados en terapia intensiva. El 71,4% (5) de sexo masculino, con una edad promedio de 36 ± 14 años, un score APACHE II de 24 ± 9, y una mortalidad intrahospitalaria del 57,1% (4). Los principales motivos de internación fueron síndrome de distrés respiratorio agudo (42,8% [3]) y politraumatismo severo (42,8% [3]), seguido de trasplante bipulmonar (14,3% [1]).
Se realizaron 49 toilettes bronquiales con una tasa de complicaciones del 8,16% (4). La principal complicación asociada al procedimiento fue el sangrado leve de la vía aérea (que no requirió ningún tratamiento) con una incidencia del 4,08% (2). Asimismo, el sangrado moderado (que cedió con maniobras endoscópicas) y la hipoxemia transitoria representaron el 2,04% (1) cada una. No se registraron eventos graves tales como neumotórax, colapso hemodinámico o sangrado que por su magnitud tuviera indicación de suspender el procedimiento.
Conclusión: La realización de toilette bronquial en pacientes con ECMO y ventilación ultraprotectiva, permite evitar la generación de tapones mucosos, atelectasias y sus consecuencias en paciente críticamente enfermos. La broncoscopia en manos experimentadas, es un procedimiento simple con una baja tasa de complicaciones, incluso en este grupo de pacientes gravemente enfermos.

P148 EFECTO DE PROBIOTICOS EN UNA LINEA DE EPITELIO RESPIRATORIO ASMATICO

DUGOUR A[1]; MARLEIRE P[1]; GIULIANO P[1]; SMUS C[1]; CORTESE N[1]; ASSELBORN I[1]; JUAN MANUEL F[1]

[1]Fundacion Cassara

Introducción: En los últimos años ha comenzado a explorarse la aplicación tópica de probióticos en patologías inflamatorias de los epitelios. Si bien el área con mayores avances es la dermatología se ha descripto acción antiinflamatoria de probióticos tópicos en modelos animales de enfermedades respiratorias. Existe evidencia de que incluso probióticos muertos o fracciones de ellos conservan esta propiedad
Objetivos: Eevaluar el efecto antiinflamatorio del sobrenadante de un lisado de *Lactobacillus rhamnosus GG (LGG)* en cultivos de epitelio respiratorio humano (células Calu-3) inflamados con IL-1β y H2O2.
Material y Métodos: Se cultivaron los LGG, se los centrifugo y el pellet se lisó en medio de cultivo para Calu-3. Esta suspensión se volvió a centrifugar y el sobrenadante se guardó para su utilización en los experimentos (li-LGG).
Se cultivaron células CALU-3 en monocapa y a las 24 hs. se dividieron en grupos. Un grupo recibió medio de cultivo (células control)(C) y los grupos experimentales recibieron IL-1β 50 ng/ml y H2O2 100 μM (células inflamadas (I)) o IL-1β 50 ng/ml y $H2O_2$ 100 μM en li-LGG (I en li-LGG) durante 4 hs. Luego el grupo I fue dividido en dos. Uno recibió medio fresco y el otro medio li-LGG por 24 hs. El grupo I en li-LGG fue tratado con medio li-LGG. Se cuantificó en el sobrenadante de los cultivos la IL-6 liberada por las células (técnica ELISA de captura).
Resultados: La estimulación con IL-1β-H_2O_2 produjo un aumento significativo de la IL-6 (control = 26.30 ± 8.90 vs 603.35 ± 11.16 $p < 0.001$). Las células estimuladas en medio li-LGG liberaron menos IL-6 (442.40 ± 21.15 vs 603.35 ± 11.16 $p < 0.001$). Cuando las Calu-3 fueron estimuladas en medio normal y luego incubadas en medio li-LGG por 24 hs no hubo cambios en la liberación de IL-6 (603.35 ± 11.16 vs 576.90 ± 14.34 $p > 0.05$).
Conclusiones: La presencia de productos del lisado de LGG en el medio de cultivo al momento de estimular las células de epitelio respiratorio con citokinas pro inflamatorias disminuyó la respuesta inflamatoria de estas. Estos resultados abren perspectivas para la utilización de productos derivados de probióticos en el tratamiento de las enfermedades respiratorias inflamatorias.

P149 ENCUESTA MI ASMA EN LATINOAMERICA. DEPARTAMENTO DE ASMA ALAT. RESULTADOS DE ARGENTINA

GARCIA G[1]; BERGNA M[2]; MATTARUCCO W[3]; FUEYO G[4]; CORDON DIAZ A[5]; PENIZZOTTO M[6]

[1]CEPIR La Plata, [2]CEMER Florida, [3]CEPROSS Entre Ríos, [4]Centro Cardiológico Trelew, [5]Htal Gral Alvear Mendoza, [6]Curuzú Cuatiá

Introducción y objetivos: Un aspecto relevante del control del Asma es el conocimiento y la actitud de los pacientes asmáticos frente a esta enfermedad. Por este motivo, el Departamento de Asma de ALAT diseñó la encuesta "Mi asma en Latinoamérica", la que fue realizada en espacios públicos en 114 ciudades del continente durante el Día Mundial del Asma 2019. Se presentan los datos recogidos de los pacientes encuestados en seis ciudades de la Argentina.
Resultados: Fueron encuestados 454 pacientes adultos (edad 27,3 años, 47,2% mujeres) quienes aseveraron padecer asma al momento de la encuesta. Más de la mitad de ellos tenía más de 5 años de padecimiento y habían sufrido al menos una exacerbación moderada en el último año. Al evaluar el grado de conocimiento de su enfermedad, el 33,8% expresó que nunca le habían explicado que era el asma y al 46,6% nunca le habían hecho una espirometría. Uno de cada cuatro pacientes no tenía tratamiento o solo utilizaba un SABA de rescate. Respecto al conocimiento de la medicación, la tercera parte de los pacientes no sabían que era un medicamento de rescate y el 40,7% no conocía que era un medicamento controlador. Al evaluar el control del asma por ACT, el 28% de los pacientes no controlados (ACT < 20) dijeron estar

controlados, sentirse bien de su asma a pesar de tener un ACT de 14,3. Hubo un 20% de pacientes que no supieron entender a qué se refería la palabra control.
Conclusiones: A la fecha, en nuestro país la percepción, los conocimientos y las actitudes de los pacientes asmáticos sigue siendo deficitaria posiblemente por falta de planes de educación y un correcto acceso al sistema de salud.

P150 ETIOLOGÍA DE EXACERBACIONES SEVERAS EN PACIENTES CON EPOC EN DOS CENTROS DE SALUD EN CABA. ¿CUÁL ES NUESTRA POBLACIÓN?

MALET RUIZ J[1]; CIERI A[2]; PEREZ E[1]; RODRIGUEZ P[2]; CAMPESTRI G[2]; GALLEGO M[1]; OROZCO J[1]; SETTEN M[2]

[1]Hospital María Ferrer, [2]CEMIC

Introducción: Las exacerbaciones de la EPOC (EAEPOC) se definen como un empeoramiento agudo de síntomas respiratorios que requieren un cambio en el tratamiento. Su importancia radica en el impacto negativo en la morbimortalidad de pacientes con EPOC. Las EAEPOC severas (EAEPOCS) son aquellas que requieren internación. Según la literatura, su causa principal es la infección viral, siendo el Rhinovirus el agente más frecuentemente detectado. Secundariamente se describen infecciones bacterianas y factores ambientales.
Ante la falta de información local sobre causas de EAEPOCS, se realizó un estudio retrospectivo en dos centros de salud en la CABA.
Objetivos: Describir causas de EAEPOCS en dos centros de salud de la CABA en el período comprendido entre Octubre 2017 y Julio 2019. Como objetivos secundarios, describir prevalencia de agentes infecciosos, y conducta terapéutica en relación a toma de cultivos.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EAEPOCS de dos centros de salud de la CABA en el período comprendido entre Octubre 2017 y Julio 2019. Se registraron sexo, edad, estado tabáquico, carga tabáquica, clase GOLD, mortalidad, vacunación, eosinófilos al ingreso, *score* BODEx, prescripción de antibióticos/antivirales, tipo de muestra obtenida, rescate bacteriológico, y detección virológica. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes, aquellas continuas, en media y desvío estándar (SD), o mediana y rango intercuartil (RIC), según su distribución.
Resultados: Se identificaron 117 pacientes con EAEPOCS de los cuales se obtuvo información completa en 90 de ellos (77%). El 55,5% (n = 50) eran mujeres, edad media 69 ± 11 años; 71% eran extabaquistas y 28% tabaquistas actuales, carga tabáquica 50 PY (RIC 37-75). El 49% (n = 43) se clasificaban como EPOC GOLD B, y el 47% (n = 41), GOLD D, con un *score* de CAT medio de 19 ± 7. Score de BODEx medio 5 ± 2. La causa de EAEPOCS más frecuente fue infecciosa, en el 40% de los casos. Se prescribieron antibióticos en el 86% (n = 78) y antivirales en el 30% (n = 27). Se analizaron 55 esputos y 31 ANF, obteniéndose cultivos positivos en 53% de los primeros, y detección de virus en 39% de los últimos. Las bacterias más frecuentemente aisladas fueron *Haemophilus influenzae* y *Pseudomonas aeruginosa* (PA), correspondiendo al 11 y 10% de la totalidad de muestras analizadas, respectivamente. El virus más comúnmente detectado fue Rhinovirus en el 5% de los ANF.
Conclusiones: En concordancia con la literatura, la mayoría de las EAEPOCS fueron secundarias a una infección de vía aérea. La alta prevalencia de PA se explicaría por el alto porcentaje de pacientes EPOC GOLD D. La escasa detección de virus podría deberse a diferencias en las técnicas utilizadas en ambos centros. El diseño retrospectivo no permitió identificar la causa de EAEPOCS en el 44% de los casos. Se observó discordancia entre antibióticos/antivirales prescriptos y muestras respiratorias analizadas.

P151 EXACERBACIONES SEVERAS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y READMISIONES EN DOS CENTROS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CIERI A[1]; PEREZ E[2]; MALET RUIZ J[2]; RODRIGUEZ P[1]; SETTEN M[1]; RODRÍGUEZ R[2]; STÜGELMAYER N[2]; PARES F[2]; FIGUEROA A[2]; ANTUÑA A[2]; MOREIRA D[2]; VIZZARI I[2]

[1]CEMIC, [2]Hospital María Ferrer

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa una de las principales causas de admisión en servicios de emergencia en todo el mundo. Las exacerbaciones agudas de EPOC severas (EAEPOCS) son aquellas que requieren hospitalización. Se ha reportado que entre el 6% y 22% de las EAEPOCS requieren readmisión dentro de los 30 días del alta hospitalaria. Hasta el momento no hay disponibles datos epidemiológicos de esta población en nuestro país, y su frecuencia de readmisión.
Objetivo: Establecer la frecuencia de readmisión o consulta a guardia a los 30 días del alta hospitalaria en pacientes con diagnóstico de EAEPOCS. Como objetivos secundarios, describir parámetros clínicos, resultado de la hospitalización y evaluar factores predictivos de nueva consulta o readmisión dentro de los 30 días del alta hospitalaria.
Materiales y Métodos: Se desarrolló un estudio multicéntrico, prospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EAEPOCS, en dos centros de salud de la CABA entre el 1 de octubre de 2017 al 15 de junio de 2019. Se registraron variables demográficas; comorbilidades; exacerbaciones previas; características funcionales; síntomas respiratorios; tratamiento habitual; nivel educativo; tratamiento durante la internación, duración y resultado de la internación; tratamiento de egreso. A los 30 días del alta hospitalaria se realizó una entrevista telefónica donde se consultó: estado actual del paciente; necesidad de consultas a la guardia; readmisión hospitalaria y síntomas respiratorios.
Resultados: Se analizaron 84 pacientes con diagnóstico de EAEPOC que debieron ser hospitalizados. La edad fue 68.64 ± 11.25 años, 45 (53.57%) eran mujeres. La mediana de estadía hospitalaria fue de 7 (5-10.25) días. En 74 (88.1%)

utilizaron oxigenoterapia, 36 (42.86%) ventilación mecánica no invasiva, 6 (7.1%) ventilación mecánica invasiva, 68 (80.95%) recibieron antibióticos y 50 (59.52%) fueron tratados con corticoides sistémicos. Hubo 82 sobrevivientes a la internación, 4 no se pudieron contactar a los 30 días del alta (4,8%). En 20 (25.6%) de los casos se registró al menos una consulta a guardia (95% el motivo de consulta fue la exacerbación de síntomas respiratorios) y 9 (45%) entre ellos requirieron una nueva hospitalización. La educación secundaria o superior (OR: 0.42 0.13-1.32) y la duración de estadía hospitalaria (OR: 0.90 0.78-1.01) tenderían a ser protectoras, mientras que la clasificación GOLD D (OR: 2.85 0.92-9.55) incrementarían la probabilidad de una nueva consulta.
Conclusión: El estudio relevó una moderadamente alta tasa de nuevas consultas luego de una internación por exacerbación aguda de EPOC, que se relacionaría con el nivel educativo, la gravedad de la condición basal de EPOC y tal vez un tiempo insuficiente de hospitalización.

P152 HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS Y TUBERCULOSIS DISEMINADA

TERROBA H[1]; VERA D[1]; GONZALEZ A[1]; GODOY M[1]; ARROJO M[1]; SANTOS A[1]

[1]*Hospital Posadas*

Introducción: La hiperinfección por Strongyloides stercoralis (HSS) es la forma más grave de presentación, con alta mortalidad de 30 al 80%. Se debe a la autoinfección masiva y diseminada; especialmente de la piel, pulmones e intestino, acompañada hasta en un 65% de complicaciones infecciosas secundarias a bacterias intestinales.
Cuadro clinico: Femenina de 52 años oriunda de Santiago del Estero que cursó internación en otro centro por múltiples lesiones ocupantes de espacio (LOE) cerebrales, con toma de biopsia y diagnóstico diferido: reacción granulomatosa necrotizante gigantocelular tipo tuberculoide con células multinucleadas tipo Langhans. Consulta a nuestra institución por mutismo, desconexión con el medio y equivalentes febriles, sin tratamiento. Se realiza TC de encéfalo: múltiples LOE cerebrales, y punción lumbar con LCR normal, KOCH, gérmenes comunes y virus negativo. Se interpreta como tuberculomas cerebrales y se inicia tratamiento antituberculoso y glucocorticoides sistémicos. A su ingreso presenta deposiciones diarreicas y aumento del requerimiento de oxígeno, se inicia tratamiento empírico para clostridium difficile y se realiza TC de tórax: múltiples imágenes nodulares en lóbulos superiores, medio y língula. Durante su internación presenta evolución tórpida con requerimiento de oxígeno al reservorio, broncoespasmo y persistencia de la diarrea. Por cuadro clínico y antecedente epidemiológico se sospecha de HSS y se inicia tratamiento empírico, se solicita frotis de sangre periférica con 38% eosinófilos, IgE 2348 y parasitológico de materia fecal con aislamiento de SS. Inicialmente, no se pudo realizar broncoscopia por insuficiencia respiratoria, realizándose en forma diferida con cultivo de KOCH positivo. La paciente evoluciona favorablemente y es externada.
Discusión: El cuadro clínico respiratorio de la hiperinfección por SS se produce por infiltración larvaria de los espacios vasculares y alveolares, resultando en edema pulmonar, bronconeumonía y microhemorragias intraalveolares que puede producir Sindrome de distrés respiratorio del adulto y fallo multiorgánico. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de las larvas en muestras microbiológicas, principalmente en pulmón y coprocultivo. En el hemograma puede observarse eosinofilia. Sin embargo, puede no estar presente cuando ya se ha desarrollado la hiperinfección. Los hallazgos radiológicos varían desde infiltrados intersticiales, consolidación o abscesos. Se describe una asociación entre hiperinfección por SS e infecciones bacterianas secundarias, en general bacteriemia por gérmenes gram negativos provenientes de la mucosa intestinal lesionada. Los factores de riesgo más importantes para que una infección en principio intestinal y en muchas ocasiones asintomática adquiera características de gravedad son la inmunosupresión y el uso de corticoides.
Conclusiones: Para realizar el diagnóstico de HSS es necesario alto índice de sospecha clínica, manteniendo alerta en quienes se planea someter a tratamiento con glucocorticoides sistémicos.

P153 HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS: PARASITO OPORTUNISTA POTENCIALMENTE LETAL EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO.

PÉREZ PÁEZ M[1]; VIRHUEZ Y[1]; CALDERON J[1]; VICENTE L[1]; NAZZO V[1]; BALCAZAR J[1]; AHUMADA R[1]; CANEVA J[1]; OSSES J[1]

[1]*Fundación Favaloro*

Introducción: La hiperinfección por Strongyloides stercoralis (HSS), se ha descrito en pacientes con inmunosupresión por trasplante, desnutrición, alcoholismo y antecedentes de VIH. Particularmente, la administración de corticoides sistémicos precipita la muda de larvas intestinales a invasoras.
Caso clínico 1: Hombre de 37 años, 01/2008 trasplantado renal. 03/2008 internado por deshidratación, asociado a infiltrados pulmonares bibasales con SDRA, requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica. Se realizó BAL con rescate de larvas de *Strongyloides Stercolaris*, inició tratamiento con ivermectina y albendazol. Paciente evoluciona tórpidamente con shock séptico y falla orgánica múltiple (renal, medular, íleo digestivo), sin respuesta al tratamiento; bradicardia extrema asistolia y RCP sin éxito.
Caso clínico 2: Hombre de 63 años; trasplante cardíaco (7/2015) por miocardiopatía dilatada. Internado 11/15 con deterioro biventricular y rechazo celular 1B, recibió solumedrol y timoglobulina. Intercurrió con disnea y diarrea con cultivo positivo para *Strongyloides Stercolaris. S*e realizó BAL con rescate de *S. stercolaris + E. coli*; se interpretó como síndrome de hiperinfestación por S. *Stercorallis;* inició tratamiento con Ivermectina + Albendazol durante 14 días, con adecuada evolución clínica.
Caso clínico 3: Hombre de 57 años, 07/2017 transplantado hepatorrenal. 10/2017 intercurrió con derrame pleural izquierdo; VATS, informó sarcoma de Kaposi. 03/2019: empiema; VATS con aislamiento de *Streptococcus pneumoniae*

sensible y *candida parapsilosis*; complicado con shock vasopléjico. TC con aéreas en vidrio esmerilado y engrosamiento de los septos interlobulillares en hemitórax derecho. Se realiza BAL, con rescate de larvas de *Strongiloides Estercoralis;* se interpreta como síndrome de hiperinfestación parasitaria en paciente inmunocomprometido. Recibió tratamiento durante 14 días con ivermectina y albendazol con adecuada respuesta al tratamiento.
Discusión: El HSS está reportado con mortalidad del 85-100%. El parásito causa íleo intestinal desconociéndose el nivel de absorción de la ivermectina. De acuerdo a la bibliografía en reportes casos clínico, se recomienda el uso de Ivermectina en solución de inyección subcutánea a dosis de 200 ug/kg/día lo cual ha evidenciado la seguridad y eficacia de la formulación de uso veterinario en humanos. Existe evidencia clínica internacional reportada donde la FDA aprueba el uso de ivermectina de uso veterinario para uso por vía parenteral en situaciones de hiperinfestación con evidencia de la utilidad y eficacia clínica en huésped inmunocomprometidos
Conclusiones: La gravedad clínica y el mal pronóstico hacen que sea de vital importancia sospecharlo para realizar diagnóstico precoz, en pacientes con trasplante de órgano sólido. El seguimiento estricto tras la administración la ivermectina y albendazol en casos de HSS hasta la mejoría clínica y negativización de muestras respiratorias debe ser el objetivo principal.

P154 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXEMICA HIPERCAPNICA EN PACIENTE CON TUMOR PARDO Y ENFERMEDAD RESTRICTIVA

ZURITA I[1]; BURBANO S[1]; GOMEZ N[1]; RODRIGUEZ E[1]; SEGOVIA J[1]; SANCHEZ S[1]

[1]Hospital Alejandro Posadas

Introducción: La enfermedad restrictiva de la caja torácica secundaria a escoliosis requiere en algún momento uso de ventilación no invasiva (VNI). Los tumores pardos son lesiones benignas secundarias al hiperparatiroidismo, de lento crecimiento, afectando principalmente costillas, clavículas y pelvis, su ubicación más frecuente en la mandíbula, con una incidencia de 1-1.7%
Caso clinico: Masculino de 25 años con antecedentes IRC en hemodiálisis, desarrollo hiperparatiroidismo severo y un tumor pardo en macizo facial con importante deformación ósea, nefrectomía izquierda, miocardiopatía hipertrófica. Consulta por cuadro de 10 días de evolución por tos con expectoración y rinorrea mucopurulenta, disnea CF II/III. Ingresa febril, taquicárdico, SPO2 85% (0,21), requirió oxigeno suplementario con máscara Venturi al 0.50%, laboratorio; plaquetopenia, cuagulopatia, PCR elevada, EAB: hipoxemia, hipercapnia (PCO2 49), RxTx deformidades óseas a nivel costal, infiltrado en base derecha, se interpretó como sepsis severa, se inició antibiótico con PTZ. Evoluciono con deterioro del sensorio, Mala mecánica ventilatoria, taquicárdico, taquipneico, hipotenso, EAB hipoxemia, hipercapnia (PCO2 75), requirió vasopresores y traqueotomía de urgencia por dificultad en la apertura bucal y obstrucción de la vía aérea superior , se conecta AVM, por weaning dificultoso requirió tubo en T, evoluciono con hipercapnia, inicio uso de VNI por traqueostomía con buena tolerancia, Paso a sala general, se realizó Tac de cuello y tórax : alteración morfológica de densidad ósea con mayor compromiso del macizo facial, compatible con displasia ósea, compromiso de vía aérea superior. Se decide alta hospitalaria con uso de ventilación domiciliaria por traqueostomía.
Discusión: La insuficiencia respiratoria crónica tipo II se caracteriza por hipoxemia e hipercapnia sostenida. Es frecuente que en estos pacientes se produzcan reagudizaciones secundarias a procesos infecciosos que causan descompensación de su enfermedad de base. La deformidad grave de la caja torácica es una de las patologías que puede ocasionar hipoventilación alveolar con hipercapnia diurna, la más frecuente es la cifoescoliosis. Los síntomas más frecuentes son los derivados de la fragmentación nocturna del sueño y de la hipoventilación. La indicación para inicio de VNI estaría determinada por la aparición de los síntomas y sus complicaciones asociadas. El uso de VNI demostró una supervivencia cerca del 90% al 1 año y 80% a los 5 años. El tumor pardo en la actualidad es infrecuente debido a que se realiza paratiroidectomía en estadios asintomáticos.
Conclusión: Se presenta un caso donde coexiste tumor pardo con deformidad de la caja torácica, evolucionando con insuficiencia respiratoria hipercápnica y la utilización de VNI, no pudiendo ser viable por deformidad facial. La indicación temprana de VNI demostró mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades restrictivas disminuyendo la frecuencia de hospitalización.

P155 PREDICTORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: ¿ÍNDICE APNEA/HIPOPNEA O HIPOXEMIA?

PRIETO I[1]; EDUARDO B[2]; BRENDA V[1]; B M[2]; CASTAÑO G[1]; SALVADO A[2]; NIGRO C[1]

[1]Hospital Alemán, [2]Hospital Británico

Antecedentes: No está claramente establecido el rol de la hipoxemia como factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial (HTA) en sujetos con apnea obstructiva del sueño (AOS).
Objetivos: Desarrollar y validar un modelo para predecir HTA que incluya la hipoxemia.
Material y Método: Estudio observacional y retrospectivo sobre dos bases de datos de pacientes adultos sospechados de AOS que realizaron poligrafía respiratoria en domicilio (G1-PR) o polisomnografía en el laboratorio de sueño (G2-PSG) y completaron cuestionarios de sueño (cuestionario de Berlín, STOPBANG, escala de somnolencia de Epworth). G1-PR se dividió al azar en 2 subgrupos, uno experimental (G1-PR-exp.) y otro de validación (G1-PR-val.). El modelo predictivo inicial de HTA (MP-A) obtenido por regresión logística en G1-PR-exp., incluyó como variables predictoras a: edad (> o ≤ 50 años), índice masa corporal-IMC (≥ 30 o < 30 kg/m^2), sexo (1 = varón, 0 = mujer), índice apnea-hipopnea-IAH (≥ 15 o < 15) e hipoxemia definida como un tiempo total de registro con una saturación de oxígeno (SO_2) menor o igual a 90%-T90 (> o ≤ 3%). Se creó un segundo modelo de predicción (MP-B) en G1-PR-exp. que integró el IAH y T90 en un solo indicador (IAH-T90: IAH ≥ / < 15 o T90 > / ≤ 3%). Ambos modelos predictivos de HTA fueron evaluados en los grupos de validación (G1-PR-val., G2-PSG).

Resultados: G1-PR: 3854 sujetos (1484 mujeres), edad, IMC e IAH medianos de 55 años, 31 kg/m^2 y 14 respectivamente. G1-PR-exp. y G1-PR-val. (1927 pacientes cada uno) tuvieron características poblacionales similares (54 vs 55 años, 38 vs. 38% de mujeres, 31 vs. 31 kg/m^2, IAH 13.4 vs. 14, p NS). G2-PSG: 1115 pacientes (502 mujeres), edad, IMC e IAH medianos de 53 años, 28 kg/m^2 y 14 respectivamente. Las variables explicativas en el MP-A en el grupo experimental fueron: edad, sexo, IMC, IAH y T90, en tanto que en los grupos de validación (G1-PR-val., G2-PSG), el IAH quedo excluido como predictor de HTA. En el MP-B el IAH-T90 y las demás variables (edad, sexo, IMC) fueron predictores independientes de HTA, tanto en el grupo experimental como en los de validación.
Conclusiones: Si bien un índice apnea-hipopnea mayor o igual a 15 fue un predictor independiente de HTA en el grupo experimental, este no se pudo reproducir en dos grupos de validación. Un T90 mayor a 3% o el indicador IAH-T90 fueron predictores independientes de HTA y reproducible en los diferentes subgrupos de pacientes evaluados. Estos hallazgos indicarían que la hipoxemia intermitente, expresada como un T90 > 3%, sería más importante como predictor de HTA que el IAH en sujetos con AOS.

P156 ROL DE LA ESPIROMETRÍA COMO PREDICTOR DEL TEST DE BRONCO-PROVOCACIÓN

PASCUA J[1]; DECIMA T[1]; ROBAINA G[1]; DI TULLIO F[1]; OYHAMBURU P[1]; GONZALEZ Y[1]; BOSIO M[1]; BORSINI E[1]; SALVADO A[1]

[1]*Hospital Británico de Buenos Aires*

Objetivo: Identificar predictores de reactividad o negatividad al test de histamina en la espirometría previa al test de broncoprovocación.
Materiales y Métodos: Se revisaron, en forma retrospectiva, datos de pacientes asistidos en forma consecutiva a nuestro centro desde enero del 2014 hasta diciembre del 2018 con un diagnóstico presuntivo de asma y con espirometría inicial sin defecto obstructivo. Los pacientes fueron sometidos al test de bronco-provocación utilizando para el análisis los resultados de las diluciones con histamina: 0.5, 1, 2, 4 y 8 (mg/ml), como así también el resultado de la nebulización con solución fisiológica. Se interpretó como un test de histamina positivo a los pacientes que presentaron una caída en el VEF1 ≥ 20%. Se evaluaron las variaciones espirométricas del VEF1; CVF; FEF 25-75; PEF y VEF1/CVF obtenidos en el examen funcional respiratorio inicial en los pacientes con respuesta positiva y negativa a dicho test.
Los resultados se analizaron utilizando el Graph-Pad PRISM 8, se expresaron como media y error estándar, considerando como estadísticamente significativa una $p < 0.05$. Los resultados se expresaron como media y error estándar y se analizaron mediante el test no paramétrico de Mann Whitney.
Resultados: Se incluyeron 300 pacientes, 150 con broncoprovocacion positiva(Bp) y 150 con bronco-provocación negativa(Bn) en un período comprendido entre enero 2014 y diciembre 2018. La media de edad fue de 41.84 ± 16.87 en el grupo Bp y de 47.59 ± 14.5 en Bn ($p = 0.0021$). En cuanto al sexo en el grupo Bp fueron 86 mujeres (57.33%) y 64 hombres (42.67%) mientras que en el grupo Bn fueron 90 mujeres (60%) y 60 hombres (40%)($p = 0.7251$). La media en cuanto al índice de masa corporal fue de 26.09 ± 5.15 en Bp y de 26.94 ± 4.97 en Bn ($p = 0.147$).
Durante la evaluación de los resultados espirométricos basales, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la media del porcentaje del Volumen Espiratorio Forzado (VEF1) 92.23% ± 12.63 en Bp vs 98% en Bn ($p = 0.0001$). En cuanto al porcentaje del flujo espiratorio medio (FEF25-75%) la media en el grupo Bp fue de 89.36 ± 26.74 y en Bnde 110 ± 25.54 ($p \leq 0.0001$). También se encontró una diferencia significativa en el porcentaje del flujo espiratorio máximo (PEF) con una media en Bp de 88.42 ± 18.27 y en Bn de 97.37 ± 19.74.
Conclusión: Los pacientes con síntomas sugestivos de asma, con espirometría inicial sin defecto obstructivo pero con test positivo para broncoprovocación presentaron ciertos predictores espirométricos, entre ellos una reducción el FEF 25-75%, y del PEFmax.

P157 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A HEMORRAGIA ALVEOLAR POR LEPTOSPIROSIS

RODRIGUEZ E[1]; BURBANO S[1]; GOMEZ N[1]; GONZALEZ A[1]; ALVAREZ P[1]; SANTOS A[1]

[1]*Hospital Alejandro Posadas*

Introducción: Es una zoonosis de distribución mundial, producida por espiroquetas del género Leptospira. Su presentación clinica es variable. El síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA) secundario a hemorragia alveolar (HA) es la manifestación más grave y poco frecuente, oscila entre el 20 y 30%, se puede presentar tanto en formas clínicas ictericas como anictericas. Se caracteriza por descenso del hematocrito, hemoptisis e infiltrados bilaterales.
Caso clinico: Masculino de 15 años, Consulta por cuadro clínico de 7 días de malestar general, vómitos, diarrea no disentérica y fiebre. Ingresa hipotenso, taquicárdico, eupneico, dolor en epigastrio. laboratorio que evidenció leucocitosis, anemia, hipoalbuminemia, falla renal, hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia y PCR elevada, RxTx sin infiltrados. Se interpreta como sepsis severa a foco abdominal, se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Evoluciona en pocas horas con hemoptisis y SDRA, hipotensión arterial sostenida, y descenso del hematocrito. Se realiza TC de tórax: infiltrado en vidrio esmerilado, con tendencia a la consolidación predominantemente en lóbulos inferiores, en forma difusa. Requiere IOT y ARM, presentó hipoxemia refractaria que requirió pronación. Se interpretó el cuadro como shock séptico. Se agregó tratamiento antibiótico con Vancomicina y claritromicina. Se realizó fibrobroncoscopía: coágulos aislados en la vía aérea central, lavado broncoalveolar serohemático vinculable a hemorragia alveolar. Recibió pulsos de metilprednisolona. Laboratorio con perfil de autoinmunidad negativo. Los hemocultivos, urocultivo, antígeno urinario, BAL (gérmenes comunes, PCR para virus respiratorios, PCR para Chlamydia Pneumoniae, psittaci

y Mycoplasma Pneumoniae, Koch, micológico) sin aislamientos. Serología para leptospirosis y hantavirus fueron negativos. Serologías para HIV negativa. Evoluciona favorablemente. El diagnóstico de leptospirosis se realiza luego de su externación por viraje de serología. TC de tórax de control normal.
Discusión: El SDRA secundario a HA por leptospirosis es una complicación poco frecuente y grave, con alta mortalidad de 60-70%. La ictericia, trombocitopenia e insuficiencia renal caracterizan a las formas graves de la enfermedad, sin embargo son infrecuentes en la HA. Se proponen dos mecanismos en la HA: la vasculitis capilar mediada por toxinas y la respuesta inmune exagerada del huésped con depósito de Inmunocomplejos en la membrana basal alveolar.
El diagnóstico se realiza por MAT (microaglutinación) positiva o seroconversión, en dos muestras. Además del tratamiento antibiótico, el uso de corticoides en los pacientes graves ha demostrado una disminución de la mortalidad en pacientes que lo reciben en las primeras 12 horas del inicio de las manifestaciones pulmonares.
Conclusión: el SDRA secundario a hemorragia pulmonar por Leptospirosis es infrecuente y se acompaña de elevada mortalidad, debe ser sospechado para un adecuado tratamiento.

P158 TELEMONITOREO Y ADHERENCIA AL USO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MODERADO Y SEVERO

FRANCESCHINI C[1]; RODRIGUEZ J[1]; FERRUFINO R[1]; NIEVAS S[1]; CAMPOAMOR A[1]; BERTORELLO A[1]; WYSOCKI M[1]; TORRES M[1]

[1]*Hospital Cosme Argerich GCBA*

Objetivo: Determinar si la adherencia al uso de CPAP en la apnea obstructiva del sueño AOS moderada y severa, puede mejorar con el sistema de telemonitoreo TM y observar el comportamiento de los costos.
Material y Método: Se realizó monitoreo de seguimiento y adherencia al tratamiento con CPAP en una muestra n = 125 pacientes con AOS moderado y severo con un índice de apnea-hipopnea por hora de sueño (IAH)> 15, determinado por polisomnografía PSG. Se diseñó un estudio clínico randomizado, donde la Métodología de seguimiento standart (grupo control GC) se comparó con la Métodología de seguimiento TM (grupo estudio GE). Se aplicó un algoritmo de randomización simple. Todos los pacientes fueron estudiados con PSG, titulación de CPAP y recibieron un módulo de educación en el uso de CPAP antes de iniciar el monitoreo. En el GC los pacientes hicieron una consulta médica presencial a los 30, 60, 90, 180, 270 y 360 días, donde se registró la escala de somnolencia de Epworth ESE, el índice de masa corporal IMC y se bajaron los datos de la tarjeta del equipo para evaluar adherencia (horas de uso por noche ≥ 4 hs, fuga ≤ 24 l/min e IAH residual ≤ 5), en el GE tuvieron una consulta por mensaje de whatsapp donde se registró el ESE, IMC y se bajaron los mismos datos de adherencia, con la misma frecuencia de tiempo que el GC. Entre cada consulta programada, podían surgir consultas espontaneas y estás podían ser resueltas en el momento o requerir un módulo de re-educación de CPAP, re-titulación de CPAP o re-estudio con poligrafía respiratoria PR. El nivel de significación estadística fue fijado en $\alpha \leq 0.05$ para dos colas.
Resultados: En el GC fueron 61 pacientes, edad media: 41.7, ESE media: 14.8, IMC medio: 33.8 y en el GE fueron 64 pacientes, edad media: 39.3, ESE media: 14.7 y un IMC medio: 33.7. La adherencia fue mayor en el GE a los 30 días, con un Chi^2 14.2; $p < .001$ en el GE, la adherencia en el resto de los días de medicion, no tuvo diferencias signifiativas. La media de costos de consultas programadas fue menor en el GE, dado que los costos de las consultas fueron fijos, la media de costos de consultas espontáneas fue menor en el GE, dado que sus consultas tenían menor costo y a su vez la frecuencia de consultas fue 20% menor que el GC. El requerimiento de re-educación y re-titulación de CPAP y el de re-estudio no tuvieron diferencias significativas.
Conclusiones: El TM demuestra tener una adherencia más alta que el seguimiento standard y a medida que trascurren los meses, la adherencia del TM no disminuye, sigue mejorando en márgenes más escasos y aumenta la adherencia del grupo control, igualándose al año de seguimiento, por lo tanto el TM representa una Métodología igualmente adecuada en el seguimiento de pacientes con AOS moderado y severo, reduciendo los costos.

Días control	Adherencia GC	Adherencia GE	Ch^2	p
30	30	52	14.2	< 0.001
60	48	55	1.5	NS
90	52	57	0.4	NS
180	49	55	0.7	NS
270	49	52	0.01	NS
360	58	60	0.01	NS

P159 FACTORES ASOCIADOS A NEUMONÍA GRAVE POR H1N1

CANTOS J[1]; CARBONI BISSO I[1]; LAS HERAS M[1]; CABRERA G[1]; MASSO A[1]; VIDELA C[1]; STANELONI I[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires*

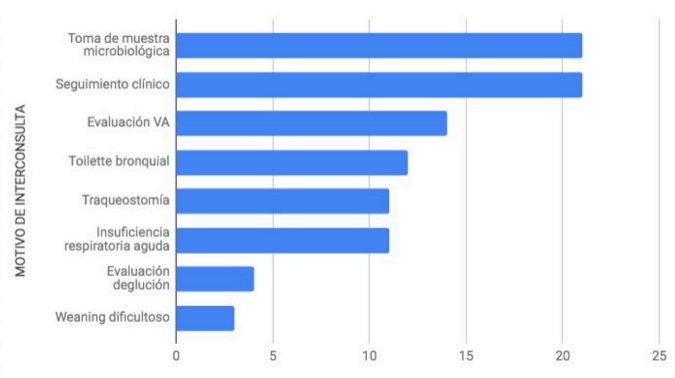
Introducción: Las infecciones causadas por virus de influenza H1N1 se han transformado en un problema grave de salud, con una mayor amenaza de vida en comparación con otros tipos de influenza. Al menos un 5% de los pacientes infectados con H1N1 desarrollan neumonía viral, pudiendo progresar en forma rápida a un síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA), con el consecuente aumento de la mortalidad y días de internación. Sin embargo, hasta el día de hoy no se han definido factores asociados a neumonía grave por H1N1.
Objetivos: Describir los factores asociados a neumonía grave por H1N1 en pacientes que requirieron una internación en unidad de cuidados intensivos (UCI).
Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, en un único centro. Se incluyeron los resultados de pacientes con neumonía grave por H1N1 cursando internación en una unidad de cuidados intensivos, entre junio de 2017 y julio de 2019.
Resultados: Se incluyeron los resultados de 22 pacientes internados en UCI. La mayoría fueron pacientes de sexo masculino (54.5%) con una media de edad de 71 ± 19 años, un score SOFA promedio de 3 en el primer día internación, un APACHE II promedio de 14 y un Body Mass Index de 25.9. El 59% de los pacientes presentaron tos, fiebre o disnea al ingreso, y el 45% refirió tabaquismo activo como antecedente patológico. Otros antecedentes registrados con menor frecuencia fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica (22.7%), asma (12.6%), enfermedades inmunológicas (12.6%) y patología oncológica activa (9%).
El 59% requirió soporte ventilatorio con asistencia respiratoria mecánica, el 23% con cánula de alto flujo y el 18% con ventilación no invasiva. El promedio de estadía en UCI fue de 15 días, con 19 días de internación total. Encontramos una mortalidad intrahospitalaria del 31% en esta serie.
El patrón tomográfico más frecuentemente observado fue la neumonía con infiltrados tipo vidrio esmerilado y consolidación (58.8%), bilateral (88.2%), con afectación de lóbulos superiores, medios e inferiores (58,8%) y de localización tanto central como periférica (94.1%).
Cuando se analizaron los valores de laboratorio asociados con gravedad encontramos que la linfopenia relativa (definida como linfocitos ≤ 21%) y la relación linfocitos/ monocitos < 2 se presentó en el 95.5% (21) de los pacientes, seguidos de elevación en el proBNP (77.3% [17]) y procalcitonina (68.2% [15]).
Los parámetros de laboratorios disponibles en la práctica diaria, como las alteraciones tomográficas, bilaterales con consolidación y vidrio esmerilado, podrían ser extremadamente útiles para predecir e identificar grupos de alto riesgo con neumonía viral por H1N1.

P160 IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ASISTENCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON AFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

LAS HERAS M[1]; CARBONI BISSO [1]; VIDELA C[1]; SAN ROMAN E[1]

[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La implementación de nuevos tratamientos, innovaciones diagnósticas, tecnológicas y la complejidad de los pacientes, generan la necesidad de crear grupos multidisciplinarios para brindar respuestas en los diferentes sectores hospitalarios, evitando los costos del traslado, optimizando los tiempos de asistencia y recursos.
Existen múltiples descripciones relacionada con los equipos de rápida respuestas que brindan atención médica en muchos hospitales para responder a pacientes con deterioro agudo ingresados en las diferentes salas de internación. Sin embargo hay pocos reportes sobre la creación equipos multidisciplinarios especializados en patologías respiratorias, para la asistencia a problemas complejos en las diferentes áreas hospitalarias.
Objetivo: Presentamos la implementación de un programa de asistencia hospitalaria para paciente con problemas respiratorios (HIBA Ventila) compuesto por un grupo multidisciplinario de especialistas en terapia intensiva, neumonología, cardiología, kinesiología respiratoria, motora y enfermería.
Resultados: Durante los primeros 45 días del programa se realizaron 126 evaluaciones en diferentes sectores hospitalarios, siendo lo más frecuente en terapia intensiva con 93 evaluaciones (74.8%) seguido de unidad coronaria con 20 evaluaciones (15.3%) y otros sectores como central de emergencia (3,8% [5]), terapia intermedia (2,3% [3]) y sala de internación general (3.8% [5]).
El motivo más frecuente de la consulta fue la toma de muestra respiratoria (23%), seguido de la evaluación clínica (22%), evaluación de vía aérea (14%), toilette bronquial (12%), asistencia endoscópica para traqueostomía percutánea (11%), evaluación y seguimiento de paciente con insuficiencia respiratoria aguda (11%) y desvinculación dificultad de la asistencia ventilatoria (3%).
Se realizaron 66 broncoscopias (BAL 40.9% - evaluación de vía aérea 22.7% - Toilette 18.2%, TQT 18,2%) 5 ecografía pulmonares y 4 estudios endoscópicos de la deglución.
Conclusiones: Un equipo de trabajo multidisciplinario con el objetivo de mejorar, educar, coordinar y empoderar a diferentes sectores hospitalarios para lograr una mejor comunicación, reducir el daño, coordinar equipos interdisciplinarios e incrementar la adopción de intervenciones basadas en la evidencia. Sin embargo se necesitan de mayor evidencia y experiencia para poder justificar con un fuerte respaldo científico lo expuesto en este trabajo.



P161 OSIFICACIONES PULMONARES: REPORTE DE CASO.

PÉREZ PÁEZ M[1]; CALDERON J[1]; VIRHUEZ Y[1]; BALCAZAR J[1]; NAZZO V[1]; VICENTE L[1]; AHUMADA R[1]; CANEVA J[1]; OSSES J[1]

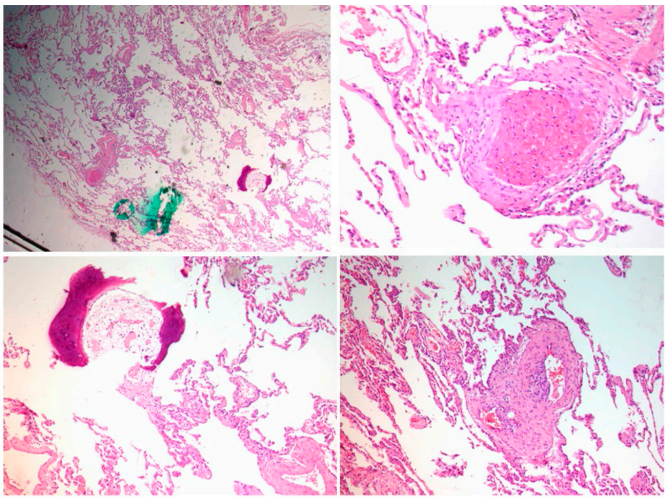
[1]*Fundación Favaloro*

Introducción: Las calcificaciones y osificaciones pulmonares se producen con una serie de trastornos sistémicos y afecciones pulmonares previas. Las mismas pueden ser un marcador de gravedad y cronicidad de la enfermedad. Los factores predisponentes son: la hipercalcemia, un ambiente alcalino local y lesión pulmonar previa. El diagnóstico requiere de estudios por imágenes, que en ocasiones puede obviar la necesidad de biopsia pulmonar.

Caso clínico: Hombre de 56 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis desde 1999. Trasplantado renal en 2002, aspergilosis pulmonar en 2010, tratada con voriconazol. Segmentectomia en LSI con diagnóstico de TB (2011) tratado por 1 año. Ingresó por fiebre y tos sin expectoración constatándose por TC de tórax neumonía de lóbulo medio en paciente inmunosuprimido. Hemocultivos y BAL negativos, por lo recibió tratamiento empírico con Ampicilina sulbactam. Persisitió con tos, disnea por lo que se realizó nuevo BAL con informe negativo. Intercurrió con bacteriemia asociada a catéter cumpliendo 14 días de tratamiento con cefazolina. Persistió con registros febriles y tos, TC de tórax evidenció áreas de vidrio esmerilado y "árbol en brote" en ambas bases pulmonares y lóbulo medio. Ante la ausencia de rescates microbiológicos en cultivos de BAL y persistencia de la fiebre y tos, se realizó VATS con resección atípica de lóbulo medio, que informó neumonía en organización, con focos de osificación de patrón dendriforme, sin proceso inflamatorio activo. Evolucionó clínica y hemodinámicamente estable.

Discusión: Las calcificaciones son depósitos de sales de calcio en los tejidos y la osificación indica formación de tejido óseo. Los órganos internos más comúnmente afectados son estómago, riñones, pulmones, corazón y vasos sanguíneos. Los pulmones parecen particularmente susceptibles a esta complicación. Los pacientes con insuficiencia renal crónica, frecuentemente presentan hiperparatiroidismo secundario, que afecta directamente la calidad de vida de la población y se asocia con mayor mortalidad por fenómenos como la hiperfosfatemia y las calcificaciones en el sistema cardiovascular y con menor frecuencia a nivel pulmonar. La osificación pulmonar se define por la presencia histológica en el pulmón de hueso maduro que a menudo contiene elementos de la médula.

Conclusiones: La osificación pulmonar difusa es una rara entidad caracterizada por formación heterotópica de hueso en el parénquima pulmonar. Existen dos variedades, la nodular y dendritica, pero ambas se asocian a enfermedades pulmonares crónicas. Es una enfermedad poco frecuente, con etiología no esclarecida. Aunque suele diagnosticarse en autopsias, ya que es una enfermedad silente.



P162 RELACIÓN ENTRE EL TEST DE CONTEO CON RESPIRACIÓN ÚNICA Y LA CAPACIDAD VITAL FORZADA EN PACIENTES CON TRASTORNO ESPIROMETRICOS DE TIPO RESTRICTIVO Y OBSTRUCTIVO

CASAS J[1]; FERREYRA M[1]; ARRILLAGA N[1]; DOMINGUEZ G[1]; CUESTAS E[1]; PERRONE V[1]; PEREYRA B[1]; MOYANO V[1]

[1]Sanatorio Allende Cerro

Introducción: El Test de conteo con respiración única (TCRU) es un método no invasivo, sencillo y rápido, consiste en la medición de cuantos números puede un individuo contar con voz clara luego de un esfuerzo inhalatorio máximo. Se ha utilizado como método de evaluación de la capacidad pulmonar en enfermedades neuromusculares y en broncoespasmo agudo.
Objetivo: Establecer el grado de relación entre TCRU y la capacidad vital forzada (CVF) y el volumen espiratorio forzado (VEF1) en sujetos con compromiso ventilatorio restrictivo y obstructivo en la espirometría.
Material y Método: Se evaluaron mayores de 18 años que concurrieron para realizar una espirometría y consintieron en participar del estudio. Se utilizó el test de la t de Student para la comparación de medias entre grupos de variables cuantitativas. Se realizaron análisis de regresión lineal ± y correlación múltiple para estudiar la correlación entre las variables. El análisis de los datos se efectuó con el programa estadístico informatizado SPSS para Windows v.22.
Resultados: Se evaluaron 238 individuos, 70 con patrón espirométrico restrictivo y 168 con patrón obstructivo. Hubo una correlación directa significativa entre el TCRU y la CVF de pacientes restrictivos (Correlación de Pearson, r: 0,35, $p < 0,002$). En pacientes con trastorno de tipo obstructivo la relación entre el TCRU con el VEF1 fue positiva y estadísticamente significativa (correlación de Pearson r: 0,48, $p < 0,0001$) El modelo de regresión lineal indica que en el 90% de los pacientes restrictivos la CVF en ml se pudo predecir multiplicando por 72,46 el TCRU. En obstructivos, el VEF1 en ml se pudo estimar multiplicándolo por 52,64, explicando el 89% de la variabilidad de VEF1.
Conclusión: En individuos con trastorno espirométrico restrictivo y obstructivo, hubo correlación positiva significativa entre el TCRU y la CVF y el VEF1 respectivamente. Siendo menor la dispersión en pacientes obstructivos.

P164 POLISOMNOGRAFÍA NIVEL II EN UN HOSPITAL GENERAL EFICIENCIA DE SUEÑO EN PACIENTES EN EL LABORATORIO DE SUEÑO VS HOSPITALIZADOS

BLANCO M[1]; SCHONFELD S[1]; VALIENSI S[1]; BERROZPE C[1]; ERNST G[1]; SALVADO A[1]; BORSINI E[1]

[1]Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La calidad de sueño en el laboratorio de polisomnografía (PSG) se encuentra disminuida (efecto laboratorio). Es escaso el conocimiento sobre eficiencia de sueño y calidad de la PSG no vigilada realizada en la planta de internación.
Objetivo: Describir la eficiencia de sueño (Eff), prevalencia de disturbios respiratorios y calidad de la PSG en registros basales sin supervisión técnica (nivel II), en pacientes hospitalizados vs. la PSG realizada en el ámbito del laboratorio de sueño.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo y analítico basado en 486 registros de PSG nivel II extraídas de una base de datos (ALICE PDX Philips-Respironics) entre julio de 2014 a enero de 2018. La lectura e interpretación estuvo a cargo de expertos según criterios internacionales (normativas AASM).
Resultados: Se incluyeron 486 registros de pacientes adultos solicitados por sospecha de apnea obstructiva del sueño (AOS); 156 en la habitación de internación general (PI) y 330 realizadas en el laboratorio de sueño (LAB). La comparación entre grupos (PI vs. LAB) fue; 94 hombres (60.2%) vs. 181 (55%); edad: 67.5 ± 12.8 vs. 59.3 ± 14.7, p 0.001; índice de masa corporal: 29.5 ± 6.3 vs. 29.7 ± 6.3, p 0.8.
Los indicadores respiratorios (ev/hora) entre PI vs. LAB mostraron; índice de apneas e hipopneas del sueño (IAH) 20.8 (8.3-42.5) vs. 12.1 (4.8-26.23), p 0.01, apneas obstructivas del sueño en grado severo (AOS) 62 (37.2%) vs. 64 (18.9%), p 0.0001 y AOS en grado leve; 30 (19.2%) vs.104 (31.5%) p 0.05. No se encontraron diferencias en la proporción de pacientes sin AOS, saturación media ni tiempo de saturación por debajo del 90%.
La Eff media (%) fue menor en el grupo PI; 63.7 vs. 76.8, p 0.001, y los indicadores de la PSG (PI vs. LAB) fueron; latencia de sueño en minutos: 30 vs. 22, p 0.001, tiempo total de sueño (TTS min); 231 vs. 304, p 0.0001 y porcentaje de sueño REM; 7.1% vs.11%, p 0.0001, respectivamente.
Más aún, una escasa proporción (%) de pacientes tuvo una Eff > 80% (22.5 vs. 41.5) p 0.001. Finalmente, en aquellos con tiempo total de sueño > 180 min, la Eff (%) fue menor en el grupo PI (mediana y percentilo 25-75); 73.3 (60.8-82.1) vs. 78.5 (67.1-86.2), p 0.01.
Conclusión: En hospitalizados la calidad de sueño fue menor y una escasa proporción de pacientes duerme > 3 horas durante el registro de polisomnografía basal.

P165 CORRECCIÓN POSTURAL ANATÓMICA DE LA MANO Y PIE EQUINO ADQUIRIDO POR INMOVILIZACIÓN PROLONGADA POR MEDIO DEL VENDAJE NEUROMIOFASCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP). PRUEBA PILOTO.

TORRES D[1]; JORRO BARÓN F[1]; GUTIERREZ S[1]; SULCA J[1]; MARAS E[1]; DURAN L[1]; GRAMAJO M[1]; TORRES A[2]; GOMEZ V[1]

[1]Sanatorio de la Trinidad Mitre, [2]Estudiante de Lic. Kinesiología y Fisiatría UBA

Introducción: La inmovilidad en las UCIP puede llegar a la atrofia por desuso muscular y la pérdida de carga mecánica, conduciría a una alteración postural de los miembros, la férula correctiva trae complicaciones dérmicas y neuromotoras de ahí la utilización del vendaje neuromiofascial (VNMF), como posibilidad de tratamiento.

Material y Método: Se evaluaron pacientes de la UCIP del Sanatorio de la Trinidad Mitre entre el 1 de mayo del 2018 al 1 de mayo 2019, estudiando incidencia y utilización de la técnica con fin postural para el cuidado del pie y la mano, el tipo de VNMF estuvo a cargo de Kinesiología, cinco días de aplicación con dos días de descanso. Criterios de inclusión: aumento de ROM articular, rigidez muscular, espasticidad, de exclusión: lesiones dérmicas, fracturas inestables. Se evaluó ángulos articulares pasivos por goniometría tradicional y por el programa Kinovea de las articulaciones del tobillo y de manos (muñeca, metacarpofalángica, interfalángica proximal y abducción de pulgar). Las variables continuas se evaluaron según normalidad en media aritmética y desvío estándar, las variables discretas en porcentaje. Se utilizó el paquete estadístico Microsoft Excel.
Resultados: Se evaluaron 131 pacientes, estadía media de 5,8 días (± 9.7), en ventilación mecánica (VM) 20 pacientes (15.3%), días en VM; 9.3 días (± 10,7) Masculinos: 82 (62.6%), Femeninos: 49 (37,4%), edad media: 57.5 meses (± 54.5). Patologías: Posoperatorios: 51 (38.9%), IRAB: 34 (25.9%), Quemados:5 (3.9%), Epilepsia: 2 (1.5%), oncológicos: 5 (3.98%), Otros: 34 (25.9%).Requirieron VNMF por sus características 4 pacientes de los cuales dos de ellos se colocaron también en manos: Caso 1: Femenino, accidente cerebro vascular;14 años, 5 días de internación, espasticidad, una colocación en pie y 3 masculinos: Caso 2: Epilepsia, 9 años, 66 días de internación, 47 en VM, cinco aplicaciones en manos y pie derecho el pie izquierdo no se colocó por vía periférica. Caso 3: Linfoma linfoblástico, 7 años, internación prolongada en clínica médica 214 días y dos internaciones en la UCIP de 5 y 2 días donde fallece en el período de estudio, se colocó dos veces en pies. Caso 4: Neumonía con MELAS, 4 años, 28 días de internación VNMF de manos y pies, se realizó dos aplicaciones. Goniometría de pie: (n = 4) variación de medias y desvío estándar: Inicio del VNMF, derecho 62.2° (± 13), izquierdo 56.6° (± 19.7), final: derecho: 38,5° (± 13), izquierdo: 32,3° (± 4,7). Goniometría de mano (n = 2) diferencia de medias inicio-final, derecha e izquierda respectivamente: Muñeca: 2° (± 2,8), 0° (0), Metacarpofalángica: 13.5° (± 16.2) y 20,5° (± 17.7), Interfalángica proximal; 29° (± 20,5) y 31° (± 22,6), Abducción de pulgar: 14,5° (± 20.5) y 14.5° (± 20.5).
Conclusiones: El VNMF, resulto viable para prevención de posturas en la UCIP, aunque la baja casuística se debió al escaso tiempo de internación y uso de ARM de los pacientes, característica íntimamente relacionada, sería importante continuar recabando datos para la utilización de la misma, para este tipo de pacientes pediátricos críticos.

P166 UTILIZACIÓN DEL VENDAJE NEUROMIOFASCIAL (VNMF) CON EL FIN DE ESTIMULACIÓN E INHIBICIÓN SELECTIVA DE CADENAS MUSCULARES PARA LA PREVENCIÓN DE POSTURAS Y AUMENTAR LA FUERZA MUSCULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS DEL SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE.

TORRES D[1]; JORRO BARÓN F[1]; GUTIERREZ S[1]; SULCA J[1]; MARAS E[1]; DURAN L[1]; GRAMAJO M[1]; TORRES A[2]; GOMEZ V[1]

[1]Sanatorio de la Trinidad Mitre, [2]Estudiante de Lic. Kinesiología y Fisiatría UBA

Objetivo: Evaluar la estimulación de cadenas musculares en pacientes que presentan parálisis o paresia por patología neurológica y la inhibición en retracciones musculares por reposo prolongado, manteniendo un equilibrio de engramas motores por medio del taping modificado (vendaje neuromiofascial, VNMF) por sus efectos de reclutamiento o inhibición de unidades motoras según su colocación.
Diseño: Nivel C.
Material y Método: Se evaluó la necesidad de la técnica en la unidad de cuidados críticos y clínica médica de pediatría del Sanatorio de la Trinidad Mitre en el período comprendido desde mayo 2017 a Julio 2019. Se utilizó la cinta de Tape, con dos tipos de VNMF con efecto neuromuscular, Grupo uno: para lograr estimulación muscular de la cara anterior del miembro inferior, cuádriceps, tibiales y peróneos en pacientes con paresia o parálisis, evaluando la fuerza por la escala Kendall y Grupo 2: de efecto inhibitorio de la cadena muscular posterior por la retracción de isquiotibiales, soleos y gemelos, evaluando el ángulo flexor de rodilla y tobillo partiendo de la extensión máxima pasiva articular de rodilla hasta la limitación del movimiento (retracción muscular) de ambos miembros inferiores por goniometría tradicional y por el programa Kinovea, se usó en 5 días y 2 días de descanso, con controles diarios y correcciones del vendaje, las mediciones se realizaron al inicio y final de la aplicación. Para estimulación se colocó en 3 pacientes masculinos, dos Guillan Barré, media de 11 años (± 5.65), internación media de 17,5 días (± 0.70) y un caso de epilepsia en Ventilación mecánica (VM) prolongada de 9 años, 66 días de internación, 47 en VM. Para inhibición de la retracción: 3 pacientes 2 masculinos, 1 femenino, las patologías fueron, Linfoma linfoblástico, Displasia pulmonar, Neumonía con MELA, edad media de 46,6 (± 38) meses, días de internación 120 (± 87.5), los dos últimos en ARM: 61 días (± 1.4), todos con dos aplicaciones con un total de 10 días de uso.
Resultados: Para estimulación de fuerza (n = 3) variación del Índice Kendall se usó la mediana, (escala de 0 sin fuerza a 5 fuerza total): Valor de los miembros inferiores, derecho (D) e izquierdo (I) respectivamente: CASO 1: Valor en el Inicio: D: 3, I: 3. Valor final: 4 en ambos miembros, CASO 2: Inicial: ambos miembros valor: 0. Final ambos miembros de 1, CASO 3: ambos miembros: Valor Inicial: 0. Valor final D: 3, I: 1.
Para inhibir la retracción muscular (n = 3): media y desvíos standard respectivamente de los ángulos. Angulo de tobillo: Derecho, Inicio: 38.3° (± 31.7), Izquierdo 37.6° (± 30,6), Final; Derecho 32.6° (± 4.6), Izquierdo 34.3° (± 4.04). Angulo de rodillas: Inicio; derecho: 114.3° (± 40), izquierdo: 105° (± 22.2). Final; derecho: 157° (± 15.3), izquierdo: 168.3° (± 5.7). Diferencia de medias de tobillo; derecho: 5.7°, Izquierdo: 27.1° y rodilla; derecha: 42.7°, izquierda: 63.3°.
Conclusiones: Los resultados fueron positivos, mejorando fuerza y postura en corto plazo de la aplicación con disminución de retracción muscular, aunque se necesitaría mayor casuística para confirmar los hallazgos.
3094.