

EXPERIENCIA CON EL USO DE POLIGRAFIA RESPIRATORIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE ANPNEA / HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)

Gallego C, Di Bartolo O, Salomone C, Dibur E, Nigro C
Laboratorio Pulmonar. Policlínico Bancario. Buenos Aires

Objetivo: Presentar los resultados obtenidos durante el primer año de estudios de sueño con poligrafía cardiorrespiratoria utilizando AutoSet II (Res Med).

Métodos: el AutoSet mide flujo aéreo (FN) mediante cánula nasal / transductor de presión, esfuerzo tóraco-abdominal, SpO₂, FC, ronquido, posición corporal, índice de aplanamiento de curva inspiratoria (FI) y el Índice de Irregularidad Respiratoria (IIR) que valora aumentos súbitos de FN por hora de registro. En modo titulación mide la presión de CPAP y el nivel de fuga. Se definió: apnea= ausencia de FN ≥ 10 seg; Hipopnea= descenso de FN $\geq 50\%$ o caída de FN asociado a **SpO₂ $\geq 3\%$** por ≥ 10 seg. Índice de Apnea/Hipopnea (IAH)= N apneas + hipopneas / hora de registro (SAHS leve IAH 5-15, SAHS moderado IAH 15-30, SAHS severo IAH >30). Los estudios diagnósticos se interpretaron en forma manual. En titulación se definió la presión de CPAP a utilizar según el percentilo 95(P95), eliminando los periodos de fuga significativa.

Resultados: De los 82 estudios realizados, 18 fueron de titulación (95 ± 1.7 cmH₂O) de los cuales 5 debieron repetirse por fuga elevada. De 64 estudios diagnósticos (42 hombres: edad 61 ± 12 años; BMI 31 ± 7 kg/m²; Epworth (SEE) 10.8 ± 6), 4 resultaron de mala técnica. Los diagnósticos fueron: 6 normal, 15 SAHS leve, 12 moderada y 20 severa. Otros diagnósticos fueron: probable SARVAS, EPOC+SAHS, Síndrome Obesidad-Hipoventilación. Se comparó a los pacientes con SAHS según tuvieran un IAH ≥ 15 o < 15 . Se observó diferencia significativa en el IMC (31.8 ± 7 vs 28 ± 4 ; $p < 0.05$), SEE (13.3 ± 5 vs 7.6 ± 6 ; $p < 0.005$) y IIR (51 ± 14 vs 27 ± 8 $p < 0.001$). Para la implementación del Autoset en nuestro centro se tuvo en cuenta su bajo costo en insumos y mantenimiento, la escasa disponibilidad de personal técnico para monitoreo nocturno y la baja demanda de estudios pediátricos. El costo de cada poligrafía en el periodo analizado fue u\$ 74, el de polisomnografía y titulación de u\$ 460 y u\$ 580 respectivamente, lo cual significó un ahorro de u\$ 29000.

Conclusión: La utilización del Autoset en nuestra institución resultó ser una estrategia efectiva y de bajo costo para el diagnóstico precoz del SAHS.

EVIDENCIA DE DIFERENCIAS CUANTITATIVAS EN EL EEG ASOCIADO CON LA TERMINACION DE LAS APNEAS E HIPOPNEAS.

Nigro C*, Smurra M*, Gallego C**, Rhodius EE*, Zicari C***, Colombi A***. *Laboratorio Sueño. Hospital Alemán- ** Laboratorio Pulmonar Policlínico Bancario. *** Akonic SA.

Objetivo: Evaluar los cambios del EEG inmediatos posteriores a la finalización de las apneas e hipopneas mediante análisis matemático de Fourier. Material y Método: Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de Síndrome Apnea/Hipopnea del Sueño. Se valoró con la técnica de Fourier los 10 seg. inmediatos posteriores a la finalización de 34 apneas (A) e hipopneas (H) en fase REM (R) y NREM (NR). El canal de EEG usado fue C3. Las bandas de frecuencias analizadas fueron: Delta: 0.5-3.5 hz; Theta: 4-7.5 hz; Alfa: 8-13 hz; Beta 1: 13.5-21.5 hz y Beta 2: 22-30 hz. Los variables que se midieron en cada banda fueron: Potencia Absoluta (PA uV_{rms}) y Potencia Relativa (PR %). Los valores se expresaron como la mediana.

Resultados: La PA del EEG de las apneas fue mayor en todas las bandas del EEG respecto las hipopneas (**PA**: delta A = 81 uV_{rms} - delta H = 47 uV_{rms}, theta A = 26 uV_{rms} - theta H = 19 uV_{rms}, alfa A = 29 uV_{rms} - alfa H = 21 uV_{rms}, beta 1 A = 14 uV_{rms} - beta 1 H = 9 uV_{rms}, beta 2 A = 4 uV_{rms} - beta 2 H = 2 uV_{rms}, $p < 0.001$). La PR fue menor en el espectro delta y mayor en las otras bandas del EEG (PR: delta A 25% - delta H = 45%. theta A = 27% - theta H 19%, Alfa A = 27% - Alfa H = 21%. Beta 1 y 2 A = 54% - Beta 1 y 2 H = 10%. $p < 0.001$). La PA y la PRB del EEG en REM fue mayor en las apneas vs las hipopneas (**PA**: alfa A = 29 uV_{rms} - alfa H 14 uV_{rms}, beta 1 A = 10 uV_{rms} - beta 1 H = 6 uV_{rms}, beta 2 A = 4 uV_{rms} - beta 2 H 2 uV_{rms}, $p < 0.001$. PR: alfa A = 27% - alfa H = 16%. Beta 1 y 2 A = 55% - beta 1 y 2 H = 9%, $p < 0.001$). La PR del EEG en NREM de las apneas fue menor en delta y mayor en las otras bandas respecto las hipopneas (delta A = 22% - delta H = 41%, theta A = 27% - theta H = 15%. beta 1 y 2 A = 53% - beta 1 y 2 H = 11%. $p < 0.001$).

Conclusiones: Estos datos indicarían que el EEG post-apnea e hipopnea tanto en REM y NREM serian diferentes cuando se los analiza según la técnica de Fourier.

PREVALENCIA DE RONQUIDO EN DOS ÁREAS URBANAS

Pérez Chada, D.(1-2), Videla AJ,(1). Rondellí MP(2), Gardeñez W(2), Khoury M (2), Figueroa Casas JC (2), Sarchi MI (2) (1) Hospital Universitario Austral, (2) Grupo de Estudio de las Alteraciones del Sueño, Bs. As., Argentina. El ronquido (R) se asocia con excesiva somnolencia diurna (ESD) aún en ausencia de índices de perturbación respiratoria elevados. Objetivos: Evaluar la prevalencia de R y su impacto sobre la ESD en conductores de dos áreas urbanas. Material y métodos: Se encuestaron 1534 sujetos entre 30 y 65 años al renovar su licencia en Rosario (64,21%) y Vicente López (35,79%). registrando edad, sexo, IMC. tabaquismo (TBQ), circunferencia de cuello (CCI) e HTA. Se interrogó sobre frecuencia e intensidad de R, molestias en las piernas (MP), hrs. de sueño en un día laboral (HSDL), y Síndrome de insuficiencia de Sueño (SIS: diferencia entre hrs. dormidas /día laboral y no laboral). La ESD fue evaluada mediante una escala de somnolencia (ES). Resultados: R: 70,7% de hombres y 41,2% de mujeres. R frecuente ≥ 3 veces / semana (RF): 22% de hombres y 12,8% de mujeres. Edad inedia: $48,31 \pm 10,39$ años. IMC: $26,56 \pm 4,34$ kg/mt TBQ: 31,36% HTA: 16,75%. No hubieron diferencias demográficas significativas entre ambas poblaciones.

| Variable | Roncadores | No roncadores | p |
|----------|------------|---------------|--------|
| Edad | 49,63+10 | 46,12+10,66 | <0,001 |
| IMC | 27,42±4,44 | 25,16±3,78 | <0,001 |
| CC | 41,65+4,02 | 39,05+4,26 | <0,001 |
| HTA | 19,64% | 11,96% | <0,001 |
| TBQ | 34,69% | 25,82% | <0,001 |
| ES | 2,28±2,53 | 1,80+2,18 | <0,001 |
| HSDL | 6,89+1,04 | 7,13+0,97 | <0,001 |
| MP | 2,4% | 0,5% | <0,01 |
| SIS | 0,53+2,31 | 0,75+1,98 | N 5 |

RE se asoció a HTA: OR 1.6 (IC 95% 1,017 - 2.553). RE se asoció a mayor riesgo de quedarse dormido siempre o casi siempre en situaciones pasivas. OR: 1,79 (IC 95% 1.101- 2,910). Al análisis de regresión logística múltiple esta relación no fue modificada por la ciudad de origen. edad, sexo, IMC, HSDL o SIS. Conclusiones La edad, TBQ, sexo masculino. $IMC > 27$ kg/m². $CC > 40$ cm y MP se asociaron a R. Se demostró una asociación entre frecuencia e intensidad de R y mayor percepción de ESD referida en situaciones de baja estimulación que no es afectada por otras variables relacionadas con somnolencia (SIS).

Complicaciones del embarazo en pacientes roncadoras

Pérez Chada, D.(1-3). Videla A.J (1), Majul C(2), Catalii AM (2), Caballer C (2), Venesio C (3). Nogueira JF(3), O'Flaherty ME.(It) (1) Hospital Universitario Austral. (2) Hospital Donación F. Santojanni ,(3) (Grupo de Estudio de las Alteraciones del Sueño. Bs. As., Argentina. La presencia de ronquido durante el embarazo se ha relacionado con hipertensión inducida por el embarazo/ preeclampsia (HTIE-PE) y retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se han comunicado casos aislados de asociación entre diabetes gestacional (DBT-G) y Síndrome de apneas/hiponeas de sueño (SAHS).

Objetivos: 1. Conocer la prevalencia de ronquido en embarazadas. 2. Evaluar la asociación entre ronquido y complicaciones gestacionales maternas y fetales.

Material y métodos: se encuestaron 456 mujeres que aceptaron participar al ser internadas por trabajo de parto en el Hospital Santojanni entre Dic.1998 y Nov.1999. Se interrogó sobre la presencia de ronquido, apneas presenciadas. hábito tabáquico (TBQ), consumo de medicaciones y alcohol, y somnolencia. Se registraron las complicaciones gestacionales. peso e índice de Apgar del recién nacido. Se definió como roncadora (R) a aquella mujer que refirió haber roncado al menos en la última semana del embarazo.

Resultados: Media de edad : 27.9 años (rango 13 -42). Índice de masa corporal (IMC): 30.75 kg/m (IC 95% 30,33-31,17).

Circunferencia de cuello (CC): 36,09 cm (IC 95% 35,96-36,22). Prevalencia de TBQ: 42.01% Roncó el

35.31% (IC: 95%. 30,92- 39,89) y refirieron apneas 18 mujeres 3.94%; IC:2.42 — 6.28%). Las mujeres R presentaron mayor CC (36.49 vs 35.86 cm p <0,001) e IMC (31.62 vs. 30,24 p < 0,001) que las no R. Al análisis univariado y ajustado por edad, IMC y TBQ :

| | HTIE-PE | | | DBT-G | | | RCIU | | |
|---------------------|---------|-----------|-------|-------|---------------|--------|------|---------------|-------|
| | OR | IC | P | OR | IC | P | OR | IC | P |
| Roncadoras | 2.68 | 1.42-5.06 | 0.002 | 4.97 | 2.51 -9.83 | <0.001 | 2.42 | 1.13 -5.18 | 0.022 |
| Roncadoras ajustado | 2.13 | 1.09-4.15 | 0.028 | 4.2 | 1.98 -8.93 | <0.001 | 2.96 | 1.35 -6.65 | 0.008 |

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN PACIENTES RONCADORAS

Conclusiones: Se detectó una asociación entre la presencia de ronquido y la de HTIE-PE. DBT-G y RCIU que es independiente de TBQ, IMC y edad lo que seguiría que la presencia de ronquido podría ser determinante de complicaciones gestacionales. La confirmación de estos datos requeriría la realización de estudios de cohortes.

RONQUIDO Y CONDUCTAS FRENIE A LA SOMNOLENCIA EN CONDUCTORES DE LARGA DISTANCIA

Pérez Chada D. 1-2 , Videla AJ (1). Palermo P (2), Meoni J (2), Sarchi M, (2), Khoury M (2), (1)Hospital Universitario Austral, (2)Grupo de Estudio de las Alteraciones del Sueño, Buenos Aires, Argentina

El ronquido (R) se asocia a excesiva somnolencia diurna (LSD) y esta última es una causa frecuente de accidentes automovilísticos.

Objetivos: 1)determinar la prevalencia de R en conductores 2)correlacionar la presencia de R con ESD 3)describir las conductas adoptadas frente a la somnolencia. **Material métodos:** Conductores de larga distancia (>800 km/día) que trabajan en el Mercado Central de Bs. As. respondieron a una versión traducida y adaptada del Wisconsin Sleep Cohort Study Questionnaire entre Julio y Noviembre de 2001. Se registró sexo, edad, IMC, circunferencia del cuello (CC), tabaquismo (TBQ) e hipertensión arterial (HTA) preguntas destinadas a valorar presencia y frecuencia de R (R frecuente ≥ 3 veces/semana (RF)) y las conductas adoptadas al percibir somnolencia. Las variables numéricas se presentan como media \pm DS o mediana (P50) Se compararon proporciones utilizando test de chi cuadrado y variables numéricas mediante test de Mann-Whitney. **Resultados:** Se obtuvieron 770 encuestas (tasa de respuesta 80% Masc.: 99%, edad: 38.28 ± 11 años; IMC: 29.13 ± 0.07 ; CC: 41.88 ± 3.5 cm HTA: 11,04% TBQ 52%. Roncaron 552 (71.69% IC 95%= 68,36-74,84) El 66% se detiene para dormir 30 a 40 minutos cuando siente sueño el 73% no reduce la velocidad. El 44% refirió sueño frecuentemente o muy frecuentemente al volante y 44.67% haber “estado cerca de o sufrido un accidente por somnolencia o-Al análisis de regresión

| Variable | RF (n=279) | NR (n=218) | Valor p |
|----------------------|----------------|----------------|---------|
| Edad (años) | 40.19 ± 10 | $35,43 \pm 11$ | <0.01 |
| IMC | 30.58 ± 5 | 27.07 ± 4 | <0.01 |
| CC (cm) | 42.78 ± 3 | 40.60 ± 3 | <0.01 |
| HIA | 42(15,05%) | 17(7,80%) | 0,013 |
| Accidente o cerca de | 128 (45,88%) | 70 (32,1ro) | 0,002 |

logística múltiple (OR=2; IC=95%=1,35-2,95) los RF presentaron mayor riesgo de accidentes o haber estado cerca de accidentes que los NR, ajustado por edad, movimientos de piernas, síndrome de insuficiencia de sueño y horas de sueño nocturno.

Conclusiones: La presencia de ronquido en conductores podría ser un indicador de mayor riesgo de accidentes automovilísticos.

RELACION ENTRE SOMNOLENCIA DIURNA Y MARCADORES DE FRAGMENTACION DEL SUEÑO EN PACIENTES CON SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO

Gallego C, Nigro C Di Bartolo O.

Laboratorio Pulmonar. Policlínico Bancario. Buenos Aires.

Objetivo: Valorar la relación entre somnolencia diurna medida según la escala de Epworth y diversos indicadores de fragmentación de sueño derivados de la poligrafía cardio-respiratoria.

Métodos: Se realizó poligrafía cardio-respiratoria mediante el equipo AutoSet II (ResMed), el cual mide flujo aéreo (FN) mediante cánula nasal/transductor de presión, esfuerzo tóraco-abdominal, SpO₂, FC, ronquido. Posición corporal, índice de aplanamiento de curva inspiratoria (FI) y el Índice de Irregularidad Respiratoria (IIR) calculado en base al número de aumentos súbitos de la ventilación por hora de registro. Definiciones Apnea = ausencia de FN \geq 10 seg Hipopnea = descenso de FN \geq 50% o caída de FN asociada a \geq de SpO₂ \geq 3%, por \geq 10 seg. Microdespertar autónomico (MDA) = aumento de FC \geq 10% respecto de la FC promedio en los 10 seg previos al evento. El MDA fue clasificado como relacionado a un evento respiratorio cuando era precedido por una apnea, hipopnea o caída del FI. Índice de MDA (IMDA) = N^o total de MDA / tiempo total de registro (TTR) Índice apnea-hipopnea = N apnea + hipopnea / TTR. Se valoró la somnolencia diurna por escala Epworth (SEE)

Resultado: Se estudiaron 70 pacientes (58 hombres), edad 60 \pm 12 años; IMC 30 \pm 7kg/m²; Epworth 10.4 \pm 6 TTR 400 \pm 65min; IAH 26 \pm 19; IIR 43.8 \pm 20. En 37 pacientes (25 hombres, edad 62 \pm 10, IMC 29.2 \pm 7kg/m², IAH 29 \pm 20) se midió el IMDA 17 \pm 14. Se observaron un promedio de 31 \pm 18 microdespertares autónomicos por estudio (4,6h) que no se relacionaron a eventos respiratorios. No se halló relación significativa entre la SEE y ninguno de los índices medidos: IAH, IMDA, FI, IIR (r \leq 0.13). Tampoco se observó correlación entre el IMC y SEE (r 0.28). El IAH correlacionó significativamente con el IMDA y el IIR (r 0.88, p < 0.001 y 0.83, p < 0.001; respectivamente)

Conclusión: La somnolencia diurna evaluada por EPWORTH no se asoció a ninguno de los indicadores de fragmentación de sueño.

OXIGENOTERAPIA CRONICA DOMICILIARIA EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGIA DE MENDOZA

Lisanti R, Delaballe E, Gonzalez L, Garcia E.

Hospital El Carmen —OSEP- Mendoza

Se evalúan los pacientes que están en Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) del Servicio de Neumología del Hospital El Carmen, entre el 1 de diciembre de 2001 y 31 de mayo del 2002, en relación con datos epidemiológicos, enfermedad que genera la indicación y gastos para los pacientes.

En dicho periodo están en OCD 27 pacientes, con una edad media de 68,59 años, 18 hombres (66,67%), edad media 70,11 años y 9 mujeres (33,33%), con edad media de 65,5 años.

La enfermedad que motivo la indicación correspondió a EPOC en 16 pac. (59,25%) (15 hombres y 1 mujer), Fibrosis Pulmonar 6 pac. (22,22%) (2 hombres y 4 mujeres), Asma Crónico Persistente 3 pac. (11,11%) (1 hombre y 2 mujeres), Hipoventilación Alveolar 2 pac (7,4%) (2 mujeres).

Llevar utilizando OCD en promedio 28,74 meses, menos de 12 meses 9 pac. (33,33%), entre 13 y 24 meses 4 pac. (14,81%) y más de 25 meses 14 pac. (51,85 %).

La fuente de suministro de oxígeno fue tubo de oxígeno 3 pac (11,11%), Reservorio de oxígeno líquido con mochila 5 pac (18,52%) y concentrador de oxígeno 19 pac (70,37%).

Han fumado 21 pac. (77,77%) (18 hombres y 3 mujeres), fuma actualmente un paciente femenino.

Realizaban más días horas por día de uso del oxígeno 19 pac (70,37%) de estos 4 en forma permanente.

Refieren algún grado de mejoría en su actividad física 22 pac (81,48%)

El ingreso económico del grupo familiar fue en promedio de 442,44 pesos mensuales, y lo que el paciente paga como coseguro por el suministro del oxígeno

(es variable dependiendo del estudio socio-económico de cada caso), es en promedio mensual para tubo 16,66 pesos. concentrador 21.21 pesos (incremento del gasto de electricidad mensual promedio de 14,78 pesos), y freelox 77,2 pesos.

Estaban realizando ejercicio programado 7 pac (25,92%)

Con respecto a un estudio similar realizado en el año 1999/2000. el dato más significativo fue la modificación de la fuente de suministro de oxígeno. que en dicho periodo correspondió a tubo de oxígeno en el 90% y 10 % concentrador.

RESULTADOS DE UNA PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR (PRP) AMBULATORIO HOSPITALARIO

Almeida M., Sivori M. Sáenz C

Servicio de Kinesiología y Unidad de Neumotisiología.

Hospital J. M. Ramos Mejía. Buenos Aires.

Objetivos: Evaluar el impacto de un PRP ambulatorio con base en el hospital en pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo moderada a severa.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EPOC (criterios ATS), asma crónico x bronquiectasias con FEV1<60%, en estabilidad clínica desde Enero 2000 a Mayo 2002. Se le realizó evaluación cardiológica, espirométrica. gases en sangre. prueba de caminata de 6 minutos, prueba cardiopulmonar con medición de V02. escala de dimea de Borg y calidad de vida de Guyatt. Se entrenaron miembros inferiores (caminata y bicicleta) y superiores (no soportados) en 1 hora por sesión durante 24 sesiones. La carga inicial de trabajo fue elegida a la frecuencia cardíaca por arriba del umbral anaeróbico. La intensidad de trabajo fue incrementada por tolerancia de disnea. Se evaluó con prueba de t para datos apareados siendo significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se ingresaron 35 Pacientes de los cuales 30 fueron EPOC, 2 con asma y 3 con bronquiectasias. Completaron el PRP 19 pacientes (54.2%). La edad media fue 64±3.5 años siendo de sexo masculino 28 masculino (80%). La edad media de FVC fue: 64±5.1%, de FEV1 39.5±5.5% y de FEV1/FVC 0.46± 0.16. La PaO2 en reposo fue de 67±4.2 mmHg y la PaCO2 de 40.5±2.3 mmHg. La mejoría de la pruebas post-PRP fueron: caminata: +80.5±9.8 metros ($p < 0.05$), escala de calidad de vida +17±8 ($p < 0.03$). carga máxima: +15±4.3 W ($p = 0.05$), Borg máximo: -1.8±1 ($p < 0.05$). No hubo cambios significativos en la espirometría. ni en el intercambio gaseoso, ni en el V02 pico. No se observaron diferencias en las respuestas post-PRP en las tres patologías incluidas.

Conclusiones: Un PRP ambulatorio para pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo moderada a severa con base en el hospital. ambulatorio, de baja complejidad, y a intensidad de trabajo baja, es capaz de obtener resultados beneficiosos en términos de mayor tolerancia al ejercicio, menor disnea y mejor calidad de vida.

RESPUESTA DEL VOLUMEN CORRIENTE MAXIMO AL EJERCICIO DE MIEMBROS SUPERIORES EN PACIENTES CON EPOC SEVERA

Sivori M., Sáenz C., Unidad de Neumotisiología.

Hospital J.M.Ramos Mejía Buenos Aires. Argentina

Se ha estudiado la respuesta ventilatoria al ejercicio de miembros inferiores de acuerdo a la Capacidad Inspiratoria (IC) en reposo, pero no con respecto al ejercicio de miembros superiores.

Objetivo: Evaluar la respuesta volumen corriente máximo (VTmax) al ejercicio de miembros superiores máximo (EMS) y correlacionarlo con la IC medida en reposo.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con EPOC (criterios ATS) con FEV1 < 50% del teórico en estabilidad clínica. Se les realizó espirometría y medición de la IC en reposo. Además se realizó a cada paciente una prueba máxima cardiopulmonar con medición de V02 al EMS máximo y escala de disnea de Borg. La respuesta ventilatoria fue medida a través de una pieza bucal adicionada al neumotacómetro. Se dividió a la población para el análisis según IC > o < 80% en reposo. Se utilizaron técnicas estadísticas convencionales, y regresión lineal. Se consideró como significativamente una $p < 0.05$.

Resultados: Se evaluaron 43 pacientes con EPOC (36 hombres: 64.51 ± 8.4 años) con severo grado de obstrucción (FEV1: 0.93 ± 0.371. FEV1/FVC: 0.33 ± 0.13).

El VTmax a EMS correlacionó significativamente con el V02 pico ml/kg/min en el EMS ($r = 0.4$, $p < 0.01$), paO2 ($r = 0.47$, $p < 0.05$) y %IC reposo ($r = 0.38$, $p < 0.05$).

Variables medidas a EMS IC > 80% reposo IC < 80% reposo V02 pico (ml/kg/min) 5.82 ± 1.55 ± 0.92

Borg max 1 ± 1.41 2.57 ± 1.98

VEmax (l/mm) 16.05 ± 2.72 14.89 ± 2.7 VTmax (l) 0.73 ± 0.08 0.63 ± 0.08

Todo p=NS, excepto ·p<0.05

VDnax en el EMS= 25.3 x%IC+48.05

Conclusiones: VTmax está reducida en pacientes con IC< 80% en reposo. Se determinó correlación significativa entre la %IC en reposo y el VTmax. La respuesta ventilatoria en respuesta al EMS parece ser similar a la de miembros inferiores de acuerdo a la IC en reposo.

| | Pre (1) | Post (2) | P | |
|------------------------|-------------|-------------|---------|----------------------------------|
| CF NYHA | 3.41 ± 0.51 | 2.29 ± 0.6 | <0.0001 | NYHA: New York Heart Association |
| VEF 1 (L) | 1.03 ± 0.4 | 1.16 ± 0.4 | 0.03 | |
| VEF 1 % predicho | 39.5 ± 16.1 | 44.9 ± 16.6 | 0.007 | |
| CVF (L) | 2.07 ± 0.8 | 2.33 ± 0.7 | 0.09 | |
| CVF % predicho | 61.3 ± 24 | 71.3 ± 18 | 0.03 | |
| VEF 1/ CVF | 52.2 ± 14.6 | 49.7 ± 16.2 | 0.3 | |
| PaO2 (mmHg) | 68.6 ± 1.5 | 66.8 ± 12.5 | 0.8 | |
| PaCO2 (mmHg) | 43.7 ± 6.4 | 43.7 ± 7.7 | 0.9 | |
| Distancia TM6M (m) | 219 ± 114 | 345 ± 112 | <0.0001 | |
| FC Basal (lpm) | 93 ± 18 | 93 ± 17 | 0.9 | |
| FC Máxima (lpm) | 112 ± 16 | 113 ± 18 | 0.7 | |
| Saturación basal (%) | 95.3 ± 2.4 | 96.3 ± 1.1 | 0.08 | |
| Saturación esfuerzo(%) | 90.3 ± 3.8 | 92.6 ± 3 | 0.04 | |

REHABILITACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA AVANZADA CLASE FUNCIONAL III IV

Brión (1+, Correa L. Angelino A. Bonelli V. Peidro F. Kerbage 5, Ossés J. Cánova J, Peidro R. División Prevención y Rehabilitación Cardiopulmonar. Instituto (le Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina

Objetivo: comparar la capacidad funcional, gasometria arterial, espirometria y SaO2 pre y post un programa de rehabilitación (R) en pacientes (p) con enfermedad respiratoria avanzada, sintomáticos clase funcional (CF) DI/TV. Material y método: 19p estudiados prospectivamente derivados a R. Excluidos: p que abandonaron previo a la finalización del programa. Programa: 4 sesiones/sem de 60 mm/sesión. 12 semanas, con entrenamiento de resistencia aeróbica. intensidad 3—5 de la escala de Borg y ejercicios de fuerza y resistencia muscular al 50% de 1 RM, 3 series10—1 5 repeticiones de cada grupo muscular. Se comparó CF por NYHA, espirometria, gasometria arterial, SaO2 y distancia recorrida al test de marcha de 6 minutos Estadística: t test de Studenty chi cuadrado. Resultados 19 p, edad media 62.05 años (19-79 años). 10 p (53%) sexo masculino. BMI media 25.66, enfisema: 15 p (79%), fibrosis pulmonar 3 p (16%). broquiolititis obliterante: 1 p (5%): cardiopatía asociada: 5 p (26%), CF JIL IOp (53%), CF JIV:

9p (47%), oxigenotemia cmónica domiciliaria: 9 p (47%), en lista de trasplante pulmonar: 5 p (26%).

Completaron l programa 15 p (79%). 4 p (21%) abandonaron: 3 (15%) internación por insuficiencia respiratoria. 1 (5%) internación por insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La implementación de un programa de R se asocio con mejoría significativa de la CF objetivada a través de la reducción en la CF y aumento de la distancia en el TM6M. También én se observó mejoría significativa del VEF 1 y en la SaC)2 al esfuerzo.

DESCRIPCIÓN DE UNA INTERVENCION PSICOEDUCACIONAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR MULTIDISCIPLINARIO

Scorzo,G,Taubeslag N,Jorge E, Div. Neumonología. Htal de Clínicas, UBA, Bs As.

Objetivos: Describir y evaluar los resultados obtenidos, luego de una intervención psicoeducacional durante un programa de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC severo. Material y métodos: Durante un período de 8 sem. coincidiendo con un programa de rehabilitación multidisciplinario, con evaluación clínica, funcional, nutricional, calidad de vida y psiquiátrica inicial y final, con 3 horas semanales de entrenamiento físico, se realizó una intervención psicoeducacional de 1 h. semanal, total 8hs. El grupo estuvo a cargo de un médico neumonólogo, director (leí programa de rehabilitación, un médico psiquiatra coordinador y responsable de la evaluación psiquiátrica tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los pacientes que lo requerían. El número de pacientes por grupo fue no> de 8, el 1er grupo comenzó en agosto del 2001, el 2do en octubre del 2001, y el 3er grupo en abril del 2002. Los contenidos del programa educativo fueron desarrollados por el médico neumomólogo apoyado con una demostración en Power Point y que incluyó los contenidos recomendados para educación (leí GOLD(1).Se mostraron diferentes tipos de inhaladores y aerocámara, en otra sesión cada paciente concurrió con sus dispositivos y cada uno fue supervisado para realizarla técnica adecuada Se entregó un folleto impreso con los contenidos de todas las reuniones, cada uno escribió el nombre comercial de los fármacos para la exacerbación, y los de mantenimiento.

junto con un plan de auto manejo. En la ateuúltima reunión la licenciada en kinesiología respiratoria, les mostró cada una de las técnicas enseñadas: tos, respiración con labios fruncidos, etc. La última reunión los pacientes contestaron un cuestionario con 30 preguntas sobre los contenidos de las 8 reuniones, además del cuestionario de calidad de vida y el HAD. Resultados: El puntaje obtenido fue 14,19+4,84.mínimo 9.máximo 22, no hubo abandonos durante el periodo. Hasta el 3 1/7/2002 ningún paciente tuvo exacerbaciones severas ni se internó. Conclusiones: Si bien la educación sola no mejora la calidad de vida y/o la tolerancia al ejercicio crea conocimientos necesarios en pacientes, especialmente en la prevención de las exacerbaciones y/o tratamiento, con pautas de auto manejo, lo el cual mejora también, su adimerencia. Requiere tiempo)o, y un equipo multidisciplinario que probablemente no esté al alcance de todos los neumonologos. Los resultados obtenidos en nuestros grupos, son favorables e impulsa, la realización de nuevas intervenciones interactivas coincidiendo y en el marco de un programa de rehabilitación pulmonar. Global Initiative for Chornic Obstructive Lung Disease.1998Worid Health Organization

ENCUESTA A MEDICOS ESPECIALISTAS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL

Raimondi G.A. Sivon M. FLENJ. y Hospital Ramos Mej la. Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Analizar si el tratamiento del asma bronquial declarado por especialistas coincide con las recomendaciones de las guías de tratamiento y comparar los resultados con los de una encuesta similar realizada siete años antes (1994).

Material y Método se enviaron 518 encuestas a especialistas provenientes de una randomización del listado total de integrantes de la AAMR (1121). Se analizan respuestas referentes a tratamiento del acceso agudo (TAA) y del asma estable (TAE) en adultos (A) y en niños (N) mayores de 6 años. Para la comparación de variables continuas se utilizó el test de χ^2 para muestras independientes; para frecuencias el test de suma de rangos de Mann-Whitney y para proporciones tablas de contingencia y chi cuadrado. Se aceptó como significativa $p < 0.005$

Resultados: Se obtuvieron 198 respuestas (38.29%). Para el TAA eligieron como primera opción los beta agonistas inhalados (B2I) el 69.3% de los encuestados en A y el 68.3% en N, B2I+ anticolinérgico inhalado el 16.0% en A y el 12.3% en N, corticoides EV ((7EV) 9.3% en A y 11.1% en N. Respecto de 1994 el uso de B2I aumento y el de CEV disminuyó significativamente tanto en A como en N. En el TAE eligieron como 1ra opción los corticoides inhalados (CI) el 50.0% de los encuestados en A y el 61.39% o en N, la asociación de CI+B2I de acción prolongada el 34.7% en A y el 24.2% en N. Esta última indicación fue significativamente diferente en A vs N. Respecto a 1994 la elección de CI aumentó significativamente en A e importantemente en N. Los BI se los recomienda con mas frecuencia para tratar síntomas. en 2do lugar para prevenirlos y luego como tratamiento continuo tanto en A como en N. Respecto 1994 las dos primeras recomendaciones aumentaron y la tercera disminuyó significativamente en ambos grupos Los promedios de dosis de CI normal y máxima para A y N fueron respectivamente 616 y 1587 y 314 y 875 ugrs/dia. Estas dosis aumentaron significativamente respeto 1994. La utilización de tratamiento hiposensibilizante fue como puntaje medio (desde 0, nunca hasta 3, siempre) 0.46 para A y 0.70 para N disminuyendo significativamente respeto 1994.

Conclusiones: El tratamiento que los especialistas declaran realizar no se ajusta plenamente a las recomendaciones actuales. Sin embargo estos resultados han mejorado sustancialmente respecto a los de la encuesta anterior.

ENCUESTA A MEDICOS ESPECIALISTAS SOBRE MANEJO DEL ASMA BRONQUIAL

Raimondi G.A. Sivori Ms ELENI y Hospital Ramos Mejia. Buenos Aires. Argentina

Objetivo: Analizar si el manejo del asma bronquial declarado por especialistas se efectúa de acuerdo a las recomendaciones de las guías de tratamiento y comparar estos resultados con los de una encuesta similar realizada siete años antes (1994).

Material y Método: se enviaron 518 encuestas a especialistas provenientes de urna randomización de listado total de 1121 integrantes de la AAMR. Se analizan respuestas referentes al manejo del asma bronquial (diagnóstico, criterios para reconocer ataques severos de asma y educación del paciente sobre su enfermedad). Las respuestas se evaluaron como 0 (nunca), 1 (algunas veces), 2 (a menudo), 3 (siempre). Con estos valores se calculó una respuesta media ponderada Para la comparación de variables continuas se utilizó el test de t para muestras independientes. Para la comparación de frecuencias se utilizó el test de suma de rangos de Mann-Whitney, para proporciones tablas de contingencia y chi cuadrado Se aceptó como significativa $p < 0.05$

Resultados: Se obtuvieron 198 respuestas (38.2%). Para el diagnóstico se constató aceptable la utilización de la respuesta a broncodilataclares (2.74) y en grado menor la respuesta a corticoides (1.26). Se encorntró frecuencia relativamente alta de utilización de la eosinofilia en sarngre (1.55) y del IgE RAST (1.13). Estos resultados

mejoraron respecto 1994. El reconocimiento de la severidad del ataque de asma se realiza aceptablemente bien teniendo en cuenta la sintomatología (2.65) y en menor medida la falta de respuesta a broncodilatadores (1.92) y el descenso del flujo pico espiratorio (PEER) (1.93). Estos valores mejoraron significativamente respecto 1994. El PEER se utiliza poco para el seguimiento de la enfermedad (1.35). El control del correcto uso del inhalador se realiza con aceptable frecuencia (2.63). Las respuestas referidas a la información al paciente sobre su enfermedad (2.60), la enseñanza sobre diferencia entre tratamiento broncodilatador y desinflamatorio (2.87), comunicación sobre severidad de su enfermedad (2.73) y frecuencia con que se le da un plan de acción en caso de ataque de asma (2.17) fueron altos y similares a los declarados en 1994.

Conclusiones: Se utilizan de manera disímil los métodos diagnósticos. Fue baja la utilización de métodos objetivos para reconocer la severidad del ataque de asma. Solo las preguntas relacionadas con información y educación calificaron altas. Respecto 1994 se observó una tendencia clara a mejorar el manejo de la patología de acuerdo a las recomendaciones de las guías de tratamiento.

EL ASMA EN LOS TIEMPOS DE CRISIS

Lisanti R., Delaballe E., Gonzalez L., Garcia F.

Servicio de Neumonología – Hospital El Carmen
OSEP- Mendoza

Con el objeto de evaluar la influencia de la crisis económica que atraviesa el país sobre los pacientes asmáticos, se realiza una encuesta a todos los pacientes asmáticos que concurren a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital El Carmen (atiende solo afiliados de la Obra Social de Empleados Públicos), desde el 8 de mayo al 7 de junio de 2002, evaluando datos epidemiológicos, agrupándolos según recibían medicación permanente (más de tres meses consecutivos en los últimos 6 meses) o solo a demanda, y si ha habido abandono de la misma y sus causas.

En dicho periodo se realizaron 315 consultas externas, de las cuales 86 (27,30%) correspondieron a pacientes asmáticos (80 pac.). La edad media fue de 49,78 años. 49 fueron mujeres (61,25%) y 31 hombres (38,75%). Recibían medicación a demanda (en forma exclusiva) 13 pac (16,25%) y medicación permanente 67 pac (83,75%). La medicación permanente más usada fueron los esteroides inhalados y luego los beta estimulantes de acción prolongada; mientras que la medicación a demanda más usada fueron los beta estimulantes de acción rápida

Abandonaron la medicación 29 pac. (36,25%), 7 de los que solo la recibían a demanda y 22 de los que la recibían en forma permanente. Las causas de abandono de la medicación fueron económicas en 21 pac (72,41%), por mejoría de los síntomas 3 pac, falta de control médico 2, por efectos colaterales 2 pac, por no encontrar la medicación en farmacias 1 pac.

De los pacientes que abandonaron la medicación (29pac.) presentaron descompensación (incremento de síntomas) 24 pac. (82,75%). y se internan 4 pac (13,79%).

De los pacientes que no abandonaron la medicación (61pac), solo presentaron descompensación 7pac (11,47%), y ninguna internación.

Se concluye que un alto porcentaje de pacientes abandona la medicación como consecuencia de la crisis económica (26,25%), y que esto determinó un incremento de los síntomas en el 82,75%, con un 13,79% de internaciones: que comparado con el grupo que siguió con la medicación presentó diferencias estadísticamente significativas.

NIVELES DE UTEROGLOBINA EN ESPUTO INDUCIDO EN DIFERENTES ESTADOS CLÍNICOS DE LA VIA AEREA

Uribe E. 1-2, Perez P.1, Bonaterra M.2, Maldonado C.2, Uribe A.1, Aoki A.2

electrónica facultad de ciencias medicas universidad Nacional de Córdoba Argentina.

1- Instituto de Fisiopatología Torácica Hospital Italiano de Córdoba. Argentina. 2- Centro de Microscopia Electrónica Facultad de Ciencias Medicas Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Introducción: El epitelio bronquial es una barrera compleja no inerte ubicada estratégicamente entre el medio externo y la vía aérea, expuesta constantemente a múltiples agresiones. La Uteroglobina o CC16KD (UG/CC16) es el principal producto secretorio de las células bronquiales de Clara; posee propiedades antiinflamatorias por inhibir fosfolipasa A₂ y por su actividad de anticitoquina

Objetivo: determinar los niveles de UG/CC16 en el esputo inducido (EI) y evaluar su relación con diferentes estados clínicos de la vía aérea.

Materiales y métodos: se estudiaron tres grupos de individuos: fumadores asintomáticos (10), asmáticos (10), y voluntarios sanos (6). El EI fue realizado según la técnica de Efhimiadis A y col. El dosaje de UG/CC16 en el sobrenadante del EI se realizó mediante la técnica de Dot Blot y posterior cuantificación por análisis densitométrico. El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA y posterior comparación de medias por el test de Tuckey, considerando significativo un $p \leq 0,05$.

Resultados: En el análisis del EI, los asmáticos presentaron un valor promedio significativamente menor de UG/CC16 que los individuos sanos (0.68 ± 0.28 ng/ml vs 3.73 ± 0.25 ng/ml, $P < 0.001$), en tanto que los fumadores tuvieron valores ligeramente incrementados respecto de los sanos, sin diferencias estadísticamente significativas (4.3 ± 0.16 ng/ml).

Conclusiones La disminución de UG/CC16 en los asmáticos, indicaría una deficiencia en la capacidad protectora del epitelio, mientras que en los fumadores esta proteína antiinflamatoria incrementaría frente a la agresión del cigarrillo. La determinación de UG/CC16 en EI podría ser de gran valor como marcador de la función de defensa del epitelio de las vías aéreas.

ENCUESTA SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC

Sivori M., Raimondi G.A.

Serv. Neumonología. Hospital Ramos Mejía y FILENI. Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar la opinión de médicos asociados a la AAMR sobre el diagnóstico y tratamiento de la EPOC.

Material y método: Se envió un cuestionario postal anónimo con 17 preguntas sobre métodos diagnósticos y terapéuticos en la EPOC a un grupo de 598 médicos randomizados por azar de una lista de 1121 especialistas de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Se descartaron 81 casos analizándose 518 encuestas (46% del total).

Resultados: Se obtuvieron 187 respuestas (36.1%). Para realizar el diagnóstico de la EPOC el 2.9% de los encuestados utilizaba solo el criterio clínico, el 23.4% además el espirométrico, y en el 73.7% el clínico-espirométrico e imágenes. El 70% de los consultados incluye dentro de la definición de EPOC al asma crónico con obstrucción fija. El 14.1% de los encuestados realiza espirometría en cada consulta ambulatoria. Con respecto a la evaluación de la función cardíaca en el paciente severo el 40.6% de los encuestados manifiesta realizarlo solamente por examen clínico (EC), el 40.6% por EC y por electrocardiograma (ECG) y el 73.8% por EC + ECG y ecocardiograma. Con referencia al sistema de administración de Beta 2 agonistas, el 64.8% de los encuestados eligió como primera opción al aerosol, el 16.6% nebulización, el 13.8% polvo y el 4.8% la vía oral. Con respecto a la droga de primera elección para uso crónico en pacientes severos, el 65.5% eligió a la asociación entre anticolinérgicos (AC) + Beta 2 agonistas de acción corta (BAAC), 18.8% AC solos, 9.8% Beta 2 agonistas de acción prolongada, 3.5% corticoides inhalados y 2.8% BAAC solos. El 92.5% de los médicos indica corticoides orales/sistémicos en las reagudizaciones severas y el 70.1% prescribe antibióticos. En esta situación eligieron como primera opción los beta lactámicos + inhibidores beta lactámicos el 39.1% de los encuestados, fluorquinolonas el 23.8%, macrólidos el 17.5% y beta lactámicos el 12.5%. El 12.7% de los pacientes con EPOC reciben oxigenoterapia crónica domiciliar. El 59.4% tiene la posibilidad de rehabilitación respiratoria. El 94.1% de los médicos indican la vacuna antigripal y el 91.4% la antineumocócica. Según los encuestados el 37.2%/-29.7% de los pacientes con EPOC continúan fumando.

Conclusiones: En una población principalmente de neumonólogos, existen divergencias con respecto a las directivas de las normativas nacionales en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC.

DIFERENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD DE EPOC SEGUN SEXO EN LOS ULTIMOS TRES ANOS

Sivori M., Pascansky D., Sáenz C., Hospital Ramos Mejía
Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la tasa de mortalidad de EPOC según sexo desde 1998 a 2000.

Material y método: Se evaluó la información de la base de datos de certificados de defunción del Ministerio de Salud de Nación. Se consideraron los códigos de mortalidad para EPOC: Codificación Internacional de Enfermedades

CIE-10 40 a J44 para los años 1998 a 2000. Se calculó la tasa de mortalidad global para cada código y año, según sexo. Los datos poblacionales fueron provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Se realizó

comparación de las tasas por test de las proporciones, siendo p significativo <0.05.

Resultados: La tasa de mortalidad por EPOC ha descendido de 27.16/100.000 en 1998 a 22.6/100.000 en 2000 (-16.7%, p<0.02).

La tasa de mortalidad por EPC)C para el sexo masculino descendió desde 20.14/100.000 en 1998 a 16.46/100.000 en 2000 (-18.27%, p<0.02). La tasa de mortalidad por EPOC para el sexo femenino descendió desde 7.02/100.000 en 1998 a 6.24/100.000 en 1998 (-11.11% p<0.03).

La relación tasa de mortalidad sexo femenino/masculino aumentó desde 0.34 en 1998 a 0.38 en 2000 (p<0.03).

Conclusión: Se observa una menor disminución de la mortalidad en el sexo femenino en los últimos tres años y por lo tanto un crecimiento relativo en la tasa global para dicho sexo. Ya en un estudio anterior de nuestro grupo. se había documentado una mayor incremento desde 1980 a 1998 de la tasa de mortalidad para el sexo femenino. Estos resultados son concordantes con otros a nivel internacional.

CARGA ELÁSTICA INICIAL. EFECTOS DEL CPAP Y BIPAP SOBRE LA SENSACIÓN DE DISNEA Y EL ESFUERZO INSPIRATORIO.

C. Venecio, G. Montiel, E. Sobrino, M Bosio. Instituto de Investigaciones Médicas “A. Lanari”, Hospital Británico Bs. As., Hospital “M. Ferrer”.

Objetivo: Evaluar los efectos del CPAP y BiPAP sobre la sensación de disnea (SD) y el esfuerzo respiratorio (ER) en voluntarios sanos expuestos a una carga elástica inicial (CEI).

Material y métodos: Para estudiar los efectos de la PEEPi y el apoyo ventilatorio aislados, utilizamos un análogo mecánico de PEEPi en 4 sujetos normales. Se midió el ER utilizando el área de presión negativa generada por los MI (PTP) y SD según escala de Borg, en condiciones basales, con CEI de 20 cm de H₂O y con niveles crecientes de CPAP (5, 10 y 20 cm H₂O) y BiPAP (IPAP 22/ EPAP 2, 12/2, 20/10 y 25/15 cm H₂O) administrados en forma aleatoria. Se utilizó test de Kruskal-Wallis, para muestras no paramétricas.

Resultados: Se observó una disminución de SD a medida que se aumentaron los niveles de CPAP. Todos los voluntarios manifestaron tener menos SD con CPAP que con iguales niveles de presión de BiPAP (IPAP-EPAP). La media de Borg fue: sin carga 0,13 + 0,23, CEI 3,88 + 1.49, CPAP 20 0,13 + 0,23 y con BiPAP 202.75 + 0,45. Se observó además una pseudonormalización de las curvas de PTP con valores de 20 cm de H₂O, que no fue tan marcada con iguales niveles de BiPAP.

Conclusión: a iguales presiones. CPAP es más eficaz que BiPAP para disminuir la disnea y el trabajo inspiratorio.

VENTILACION NO INVASIVA EN PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA (IPA) SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

Vazquez WD, Grilli M, Lamacchia HM, Arjona JC, Leytes JR, Fernández R, Vargas R, Parra L, Barchiesi G.
Terapia intensiva Hospital Español de Mendoza, Mendoza-Argentina

Objetivos: La VNI ha resurgido como un avance significativo en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Suficientes estudios soportan su uso en el manejo de la IRA hipercapnica, especialmente en EPOC reagudizada. Existe menos evidencia de su rol en la IRA no hipercapnica. Hay escepticismo en su aplicación a pacientes con IPA / SDRA pese a algunos resultados alentadores. Material y métodos: Desde enero de 1999 a junio de 2002, se incluyeron los pacientes con diagnóstico de IPA / SDRA según los criterios de la Conferencia de Consenso(1) y que reúnan los criterios(2) para la realización de VNI, variando la PaFiO₂ hasta 250 y la frecuencia respiratoria a 25/min. Se utilizó como modo ventilatorio PSPEEP o PACV-PEEP. Se utilizaron respiradores Horns y Puritan-Bennett 7200, mascarillas King System. Se consideró fracaso del método. la necesidad de intubación durante el uso de VNI o hasta 48 horas después de retirada la misma. Se consideró éxito, la permanencia de 48 horas sin necesidad de soporte ventilatorio.

Resultados: Fueron estudiados 25 pacientes con diagnóstico de IPA / SDRA sometidos a VNI como modalidad inicial de tratamiento. El APACHE II fue 13,96±4,24%. EL 56% no requirió ARM, la mortalidad fue 28%. La duración media de VNI fue de 45,78 ± 39,50 horas. La PaFiO₂ inicial fue 157,96 ± 57,58. Luego de 1 hora de VNI promedio 178 ± 53,56. La variación de la PaFiO₂ pre y post colocación en VNI, mediante test de T pareado, mostró una significación para dos colas con p: 0,05. El APACHE II en el subgrupo de éxito fue de 12,5 ± 4,5 vs 15,82 ± 3,16 en los que fracasaron (p<0,05), la edad tendió a ser mayor en este subgrupo. El test de T pareado para PaFiO₂ pre y post colocación de VNI fue significativo con un p<0,05 solo para los pacientes que tuvieron éxito con la VNI y de 0,003 para los pacientes que sobrevivieron.

Conclusión: En pacientes seleccionados, precozmente y con personal entrenado la VNI puede ser un soporte ventilatorio adecuado con pocas complicaciones en IPA/SDRA. Los pacientes más jóvenes, menos graves, que mejoraron significativamente la PaFiO₂ con la VNI, tuvieron mejor evolución.

- Referencias: 1- Bernard lilt., Intensive Care Med 1994; 20: 225 –232.
2- Martin TJ. AmJ Respir Crit Care Med 2000; 161: 807—813.

TRANSPLANTE PULMONAR EN LA ENFERMEDAD PULMONAR SEPTICA

Favaloro RR, Bertolotti AM, Macchia A, Abud JA, Gómez CB, Presa CA, Klein F, Peradejordi M, Cáneva JO, Ossés 3M, Perrone SV
Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El trasplante pulmonar bilateral secuencial (TPBS) es la indicación mas aceptada para los pacientes (ptes) portadores de bronquiectasias generalizadas u otras formas de infección pulmonar crónica en etapa terminal.

Objetivos: Reportar la experiencia inicial en un grupo de ptes con enfermedad pulmonar séptica (BPS) que recibieron TPBS

Método: Se analizaron retrospectivamente a 13 ptes transplantados en un único centro, desde abril de 1996 hasta mayo 2002. La probabilidad de supervivencia se calculó mediante el método de Kaplan-Meier. Se realizó el análisis de 16 variables para predicción de muerte a través del test de Cox.

Resultados: Cinco ptes eran portadores de fibrosis quística y 8 presentaban bronquiectasias bilaterales de distinto origen. Bran hombres el 53.8%, la edad media fue 26.8 ± 5.6 años. Nueve ptes (69.2%) se transplantaron en forma electiva, 2 ptes (15.4%) en estado de urgencia y 2 (15.4%) en emergencia. La mediana (percentilo 25-75%) de seguimiento alejado fue de 15 meses (5-45). La mortalidad hospitalaria fue 15.4%(2 ptes). La supervivencia estimada a los 6,12, 24 y 48 meses fue de 76.1%;67.6%, 67.6% y 67.6% (6 ptes fallecidos). No se hallaron predictores de mortalidad temprana o alejada.

Conclusión: Los resultados obtenidos en la EPS mediante el TPBS son similares a los reportados por otros grupos. En esta serie no se encontraron predictores de mortalidad

TRASPLANTE UNIPULMONAR EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA : UN ANALISIS CRITICO DE LA SUPERVIVENCIA

Autores: Macchia A, García Ben MS, Bertolotti A; Favaloro RR
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

El trasplante unipulmonar (txp) constituye una alternativa para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (fpi) refractaria a tratamiento. Sin embargo, la utilidad del procedimiento no puede demostrarse a través de los clásicos análisis de regresión de Cox, ya que trasplantarse ofrece un riesgo mayor al de permanecer en lista de espera en la fase inicial post trasplante, pero ese riesgo disminuye gradualmente. Por lo tanto los modelos matemáticos de riesgo proporcional son incorrectos para evaluar utilidad del txp.

Objetivo: Determinar la utilidad del txp para el tratamiento de la fpi, estableciendo a cuántos días el riesgo de trasplantarse es similar al de permanecer en lista de espera (punto de cruce) y cuántos días son necesarios para que el riesgo acumulado de trasplantarse sea similar al riesgo acumulado de permanecer en lista (punto de igualdad)

Material y Métodos: Desde 2/92 hasta 8/01, 41 pacientes fueron incluidos en lista de espera de txp por fpi y 12 pacientes fueron transplantados. Con un modelo de regresión no proporcional se calculó el tiempo (días) en donde el riesgo pos operatorio de muerte relacionado con el de permanecer en lista de espera es igual a 1 (punto de cruce). Asimismo se calculo el punto de igualdad que es el tiempo en donde el área bajo la curva del riesgo acumulado de trasplantarse es similar al área bajo la curva del riesgo relativo de permanecer en lista.

Resultados: el punto de cruce se estimó en 137 días y el punto de igualdad en 709 días. La supervivencia estimada a los 709 días para los pacientes transplantados era de 64% [IC al 95%: 41%-100%].

Conclusión: en esta experiencia, a partir de lo 709 días el riesgo de trasplantarse cae por debajo del riesgo acumulado de permanecer en lista de espera. En ese periodo, la supervivencia estimada de los pacientes transplantados era de 64 %.

REQUERIMIENTO DE BY PASS CARDIOPULMONAR EN TRANSPLANTE 1W PULMON PREDICTORES CLINICOS, FUNCIONALES Y HEMODINAMICOS

Favaloro R, Gomez C, Peradejordi M, Varela Otero M, Abud j, Presa C, Bertolotti A, Mir M, Cáneva 3, Ossés J, Cadeiras M, Klein F, Perrone S.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina
Objetivo: determinar predictores clínicos, funcionales y hemodinámicos del uso de Circulación Extracorpórea (CEC) en trasplante pulmonar (TxP).
Material y Métodos: Entre 6/94 y 1/02 46 pacientes (p) consecutivos fueron sometidos a TxP. Trece (28%) requirieron CEC. Indicaciones: hipoxemia (1), inestabilidad hemodinámica (2), hemorragia pulmonar (1), adherencias pleurales (2), ARM previa (5), e hipertensión pulmonar (2). Se realizaron 33 (72%) tx unipulmonares y 13 (28%) bipulmonares. Cinco (11%) fueron trasplantados en emergencia.
Patologías: fibrosis quística (n=5), bronquiectasias (8), fibrosis pulmonar idiopática (12) y EPOC (21).
Estadística: Se analizaron 26 variables preoperatorias. Comparaciones univariadas: test chi cuadrado y Wilcoxon-Mann-Whitney. Luego regresión logística con selección de pasos y se calcularon los odds ratio.
Supervivencia: método de Kaplan Meier. Mortalidad alejada se comparó mediante el log rank test.
Resultados: los p que requirieron CEC eran más jóvenes (31 ± 9.4 vs 51 ± 12 años, p < 0.001). Presentaban menor SaO₂ basal al test de caminata (94.4% ± 1.5 vs 96.1 ± 1.4, p = 0.006), menor SaO₂ al esfuerzo (83.6 ± 15.3 vs 90.5 ± 4.5, p = 0.05), mayor PaCO₂ (50.7 ± 8.9 vs 44.2 ± 7, p = 0.00), mayor presión pulmonar media (PAPm) (41.5 ± 7.9 vs 26 ± 11, p = 0.002) y mayores resistencias pulmonares (421 ± 392 vs 230 ± 123, p = 0.016). No hubo diferencias en la fracción de eyección del ventrículo derecho (37.4% en ambos grupos, p = 0.9). La patología de base fue un marcador de la necesidad de CEC: 80% de las fq, 75% de las bq, 25% de las fpi y 0% de los EPOC (p < 0.001). La patología de base (p < 0.001) y la PAPm (OR: 2.6 por cada 10 mmHg, p = 0.03) resultaron predictores independientes de necesidad de CEC. La mortalidad a 30 días en p con y sin CEC fue de 23% vs 12%, respectivamente (p = 0.6). No se observaron diferencias en la mortalidad al año entre p con y sin CEC (67.6 ± 8.5 vs 50.5 ± 17.8, p = 0.8).
Conclusión: En esta experiencia resultaron predictores independientes de entrada en CIUC la mayor PAPm y la patología de base.

PRUEBA DE VASOREACTIVIDAD PULMONAR CON ILOPROST INHALADO Y OXIGENO 100%. COMPARACION DE LOS EFECTOS HEMODINAMICOS AGUDOS EN HIPERTENSION PULMONAR SEVERA

Cáneva J, Ossés J, Roura P, Visentini D, Mazzei M, Zorrilla M, Sotelo H, Perrone 5, Favaloro R.

Sección Neumonología y División Trasplante Torácico. Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina

Introducción: El uso de los vasodilatadores en hipertensión pulmonar (HIP) severa se basa en la hipótesis que la vasoconstricción es un rasgo de la enfermedad y que podría potencialmente ser revertida o modificada por el uso de drogas que relajan el músculo liso vascular. Objetivo: comparar los efectos hemodinámicos (EH) agudos del iloprost aerosolizado vs O₂ 100% en HTP severa mediante una prueba de vasoreactividad pulmonar, evaluar la duración de la acción del iloprost y la reproducibilidad de tales efectos ante una segunda nebulización con esta droga. Material y método: 22 pacientes con HTP severa inhalaban O₂ 100% e iloprost (I) analizándose los EH y sobre los gases sanguíneos, y realizándose una 2ª nebulización con I 2 hs después de analizada la primera. Se analizó por t test de Student y por ANOVA. Resultados: La resistencia vascular pulmonar (RVP) fue el parámetro considerado para evaluar la respuesta, considerando responder a un descenso de la RVP > 20%. El O₂ 100% no modificó las variables hemodinámicas analizadas. Solo 5 (23%) respondieron. El I mostró cambios significativos en la RVP (Delta -30%; p < 0.001), volumen minuto cardíaco (VM) (Delta 25.6%; p < 0.001) y la presión media en arteria pulmonar (PAPm) (Delta -10%; p = 0.004). 15 pacientes (68%) respondieron al I (p < 0.001). El I mejoró la PaO₂ y la SvO₂ (p = 0.028 y p = 0.03). Comparando con el O₂ 100%, el I aerosolizado fue más efectivo para reducir la RVP (Delta -7.3% vs -30%; p < 0.001) e incrementar el VM (Delta 2.6% vs 25.6%; p < 0.001); en cuanto a la PAPm se demostró mayor potencia de acción en una segunda nebulización con respecto a la primera vs el O₂ 100% (p = 0.028). Los efectos hemodinámicos de la 2ª inhalación de I respecto de la primera fueron reproducibles. Conclusiones: el I aerosolizado fue un vasodilatador pulmonar más potente que el O₂ 100% inhalado en la HTP severa y refractaria a tratamiento convencional. Los parámetros hemodinámicos retornaron a los valores basales a los 120 minutos y se comprobó reproducibilidad ante una 2ª nebulización con I.

EVALUACION DEL RIESGO QUIRURGICO DE
LAS RESECCIONES PULMONARES MEDIANTE
EL EXAMEN FUNCIONAL RESPIRATORIO

Rodríguez Moncalvo J, Maidana O, Del Olmo R, Candelino M, Anconetani J, Belloni J, Maggio P, Sparvoli F, Cazaux A, Gonzalez S, Menga U, Rosenberg M. Laboratorio Pulmonar. Hospital de Rehabilitacion Respiratoria Maria Ferrer. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Evaluar la utilidad de las pruebas de función pulmonar (PEP) en relación a la presencia de complicaciones postoperatorias (CPO) consecutivas a resecciones pulmonares. Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico clínico o anatomopatológico de neoplasia pulmonar sometidos a resecciones pulmonares. PEP preoperatorias curva flujo - volumen, MVV, DLco. volúmenes pulmonares pletismograficos. gases en sangre arterial, ejercicio cardiopulmonar con consumo de oxígeno (VO₂MÁX). El valor predictivo posquirúrgico (ppo) de las PEP se obtuvo sustrayendo al valor preoperatorio la contribución porcentual del parénquima extirpado evaluada por centellograma de perfusión o por el aporte proporcional teórico de cada segmento resecado. Se consideraron las CPO ocurridas durante la interacción posquirúrgica. El análisis estadístico de las PEP y de otras variables continuas se realizó mediante test de Student (significación $p < 0.05$). Resultados: Se estudiaron 21 pacientes (14 hombres), observándose CPO en 9 (42.8%) con 1 caso fatal (4.8%). Las CPO más frecuentes fueron: neumonía, ventilación mecánica prolongada, shock, insuficiencia respiratoria y empiema. Se efectuaron 3 neumonectomías, 1 pleuroneumonectomía, 11 lobectomías y 6 resecciones segmentarias. Los diagnósticos fueron: cáncer de pulmón (n14), metástasis (n2), mesotelioma (n1) y patología benigna (n=4). La magnitud de la resección, la extensión de la enfermedad neoplásica, y la condición clínica preoperatoria (MA score), resultaron semejantes en los pacientes con y sin CPO. El VO₂max fue significativamente menor en los pacientes con CPO (VO₂ máx., VO₂máx.% teórico y VO₂máx. ppo: $p < 0.01$; y VO₂máx ppo % teórico $p < 0.05$). El cociente FEV1/FVC fue menor ($p < 0.05$) y RVITLC fue mayor ($p < 0.05$) en los pacientes con CPO. Otras PEP examinadas no fueron diferentes en ambos grupos. La cirugía fue más prolongada en los pacientes con CPO ($p < 0.01$). Conclusiones: VO₂ máx fue el estudio de función pulmonar que mejor se relacionó con la posibilidad de presentar CPO. La duración del acto quirúrgico resultó significativamente mayor en los pacientes con CPO.

ESTUDIO COMPARATIVO DE CULTIVO
MEDIANTE LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA)
REALIZADO INMEDIATAMENTE VS 24 HORAS

Grilli M. Moreno C, Fernández R, Lamacchia H, Arjona JC, Leytes J, Parra L, Vargas R, Vazquez W. Servicio Terapia Intensiva y Laboratorio de Bacteriología del Hospital Español de Mendoza, Argentina.

Objetivos: No siempre es posible procesar las muestras de lavado broncoalveolar (LEA) inmediatamente de realizado el mismo para obtener el Gram y procesar el cultivo. Con el fin de validar la representatividad de la muestra procesada a las 24 horas, se compararon las mismas obtenidas mediante fibrobroncoscopia o catéter protegido dentro de la primera hora y a las 24 hs. de haber sido extraídas.

Material y métodos: Fueron estudiados los especímenes de 55 LEA broncoscópicas y no broncoscópicas mediante la técnica descrita como mini LEA, pertenecientes a 31 pacientes internados en el Servicio de Terapia Intensiva de nuestro hospital en el periodo comprendido entre diciembre del 2001 a mayo del 2002. Las muestras fueron procesadas a la hora de extraídas (M1) y a las 24 hs (M24) esta última era conservada a 4°C hasta la hora designada para procesarla. La toma fue realizada en forma no broncoscópica por el médico de guardia. La fibrobroncoscopia y el procesamiento de la muestra fueron realizadas siempre por el mismo operador.

Resultados: De las 55 muestras correspondientes a 31 pacientes 10 (18.1%) fueron obtenidas por broncoscopia y 45 (81.9%) fueron por catéter protegido. El Apache II promedio fue de 14.08 ± 2.36 . Del total de las muestras 34 (61.8%) fueron positivas. Los gérmenes más frecuentemente recuperados fueron Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii y Staphylococcus aureus. El promedio de unidades formadoras de colonias fue de 6.54×10^4 en la M1 y de 6.58×10^4 en la M24. La diferencia no mostró significación estadística. Del total de los cultivos, 9 se obtuvieron por medio de broncoscopia y 25 por catéter protegido. El 90% de las muestras tomadas por broncoscopia resultaron en aislamiento de gérmenes y el 55% con catéter protegido. Si bien no hubo significación estadística ($p = 0.07$) se observa una tendencia a favor del primer método.

Conclusión: En nuestro estudio, no se encontró diferencia en cuanto a la recuperación de gérmenes, en muestras de LEA procesadas hasta 24 horas después de extraídas.

FIBROBRONCSCOPLA CON VENTILACION NO INVASIVA EN PACIENTES HIPOXEMICOS SEVEROS

Grilli M; Fernández R; Leytes J; Vazquez WD

Servicio de Neumología y Servicio de Terapia intensiva. Hospital Espatol de Mendoza, Mendoza, Argentina.

Objetivos: En algunos pacientes con insuficiencia respiratoria, la fibrobroncoscopia (FBC) puede estar contraindicada debido al agravamiento de la hipoxemia. La realización de la FBC con la asistencia de ventilación no invasiva (VNT) ha sido utilizada para evitar dicho riesgo. Reportamos la técnica fibrobroncoscópica utilizada con VNI y nuestra casuística en pacientes con hipoxemia (PaFiO₂ 200) para efectuar lavado broncoalveolar (LEA)

Material y métodos: Cuatro pacientes requirieron LEA por sospecha de neumonía nosocomial. Se realiza FEC a través de máscara de VNT, utilizando la vía nasal o bucal, se ajusta la FiO₂ para lograr SatO₂ > 92% y a través de una válvula unidireccional se avanza hacia las cuerdas vocales, realizando mini LEA. Se registraron los valores previos, intra y posteriores de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno. La PaFiO₂ se registró pre y post FBC.

Resultados: El procedimiento fue bien tolerado. La duración media fue de 18 ± 5 minutos. Los promedios de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y PaFiO₂ se resumen en la tabla 1. Ninguno de los pacientes requirió intubación dentro de las 48 hs del estudio. En el test de T pareado se observó significación estadística para la

| Tabla I | Mínimo | Máximo | Media | DS |
|-------------------------|--------|--------|--------|-------|
| Prec. Card. Pre | 89 | 120 | 99.5 | 14.62 |
| Frec. Card. Intra | 94 | 110 | 104 | 7.66 |
| Prec. Card. Post | 90 | 12 | 96 | 5.89 |
| Prec. Rasp. Pre | 24 | 35 | 27.25 | 5.25 |
| Prec. Rasp. Intra | 24 | 34 | 27.50 | 4.43 |
| Frec. Rasp. Post | 28 | 34 | 29.50 | 3 |
| SatO ₂ pre | 88 | 92 | 90.25 | 2.06 |
| SatO ₂ intra | 94 | 98 | 95.50 | 1.91 |
| SatO ₂ post | 93 | 98 | 95.75 | 2.63 |
| PaFiO ₂ pre | 103 | 200 | 170 | 16.79 |
| PaFiO ₂ post | 187 | 223 | 213.50 | 17.67 |

Conclusión: El uso de VNT permite realizar FBC en pacientes hipoxémicos severos y probablemente evita la intubación endotraqueal y colocación en asistencia respiratoria mecánica

TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA CON LASER DIODO

Díaz ME., Rodríguez Jimenez J.A, Rolleri IC., Buenos Aires, Argentina

La obstrucción de la vía aérea central puede ser secundaria a diferentes patologías benignas y malignas, por crecimiento tumoral endobronquial, compresión extrínseca, o combinación de ambos mecanismos. En muchos casos los pacientes pueden tratarse con diversas modalidades endoscópicas: (Nd .YAG laser, Coagulación por argón plasma (APC), electrocauterio, crioterapia, colocación de Prótesis) obteniendo buenos resultados. El objetivo de este análisis fue evaluar la eficacia y las complicaciones del uso de láser diodo en el tratamiento de la obstrucción de la vía aérea.

Metodología: Se realizaron 39 procedimientos en 35 pacientes (edad: 59.8, rango: 21 a 86 años; sexo:

hombres 27, mujeres 8). Todos los procedimientos se hicieron bajo la anestesia general con broncoscopio rígido y láser diodo. Los hallazgos de Histológicos fueron los siguientes: A) Tumores malignos de traquea y bronquio fuente: 22 pacientes; B) Estenosis benigna: 11; C) tumores de baja malignidad (t. carcinoide): 1 paciente. D) tumores benignos (lipoma): 1. Configuración del láser: 15 vatios para fibra de contacto (600 nm); 18 vatios para fibra de no contacto (gas –refrigerada); duración del pulso: 0.7 sec.

Resultados: Se logró una recanalización de la luz de la vía aérea mayor a un 50% en todos los procedimientos. En veintidós casos se requirió la colocación de prótesis. Los tumores malignos (n=22) requirieron láser + prótesis en quince pacientes, se trataron siete pacientes solo con láser (n7). Para estenosis benignas se requirió láser y prótesis en siete pacientes (n=7) y láser solo en cuatro casos (n=4). En los pacientes con tumor carcinoide y lipoma no fue necesaria la colocación de prótesis. Complicaciones mayores intraoperatorias: desaturación leve y transitoria en 23 proc.(58%). Desaturación severa 1 caso, arritmia 1 caso, disnea persistente 1 caso. Fracaso 1 caso. **Conclusiones:** consideramos que el láser de diodo es útil restaurando el lumen de la vía aérea, lo que podría compararse con el YAG láser, con la ventaja de que es portátil (solo 7kg). disminuyendo la necesidad de derivar al paciente a centros de alta complejidad.

Mariano Díaz. Macian odiaz9i@hotmail.com / Te.: 154-405-6473

Av. Kennedy SiN Náutico Escobar C.C. UF 516. / Escobar (1625) Buenos Aires Argentina

MANEJO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA SEVERA CON BRONCSCOPIA FLEXIBLE Y DILATADORES

Del Valle E, García A., Bigot M., Barahano C., Pino A, Monteverde A.

Sección Neumología -Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

OBJETIVO: Valorar la experiencia de la dilatación en la estenosis traqueal benigna severa (ETBS) utilizando Broncoscopia flexible y Dilatadores esofágicos.

MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron 8 de nueve pacientes, cuatro hombres y cuatro mujeres con ETBS, tratados con Broncoscopia flexible y Dilatadores de Savory. desde noviembre de 1995 a junio de 2002, rango de edad de 20 a 70 años. Los síntomas de presentación fueron disnea progresiva y estridor. La estenosis fue postintubación en siete casos, y uno por blastomicosis sudamericana.

La Broncoscopia flexible confirmó la estenosis traqueal severa, con un diámetro estimado de 5 a 6 mm. Se completaron estudios con Rx. de cuello, curva flujo volumen y TAC. Los procedimientos endoscópicos se realizaron en la Sala de Broncoscopia, con sedación y saturometría. Se efectuaron en total dieciséis procedimientos. Se utilizaron (dilatadores flexibles tipo Savory, diámetros 7, 9 y 10 mm, progresados por lili gula

colocada con endoscopio. En cada paciente se evaluó la necesidad de repetir el procedimiento, de acuerdo a la visualización endoscopia del Área estenótica y la mejora clínica obtenida.

RESULTADOS: se obtuvo mejoría clínica inmediata luego de la Dilatación en todos los pacientes, al alcanzar un diámetro mínimo de 9mm. Fue necesario repetir el procedimiento en 5 pacientes con una media de 19 días y en uno a los 13 meses. En cuatro pacientes la dilatación fue un procedimiento previo a la resección quirúrgica. En uno se efectuó colocación de Stent por Broncoscopia rígida. En tres pacientes la dilatación traqueal fue el único tratamiento requerido, evolucionando libres de síntomas relacionados con ETBS en un tiempo de seguimiento de 6 a 30 meses. Como única complicación se observó desaturación severa momentánea en un paciente, la que fue corregida por la dilatación. El tratamiento fue en la mayoría ambulatorio. En ningún caso fue necesario reducir a intubación con Broncoscopia rígida para mantener la vía aérea permeable.

CONCLUSION: En nuestra experiencia el manejo de las ETBS con Broncoscopia flexible y dilatadores de Savary, es un procedimiento sencillo, que puede evitar la Broncoscopia rígida y la anestesia general. Permite una solución temporaria, así como el tiempo necesario para la evaluación quirúrgica. En colocación de Stent, o ser por sí mismo el tratamiento definitivo.

PARASITOSIS PULMONARES. CRISIS DE ASMA A REPETICION(?)

BARRIONIEVO JORGE, DIAZ O., SALE H.

Hospital de Clinicas Prte.Nicolas Avellaneda.Tucuman. Argentina.

El Strongyloides Stercoralis parasita al hombre generalmente en forma sintomática, las larvas llegan al pulmón penetrando los alveolos, ascienden la vía aérea y son deglutidas alcanzando el tubo digestivo en etapa adulta. En su ciclo pueden provocar síntomas respiratorios con infiltrados pulmonares y eosinofilia periférica. A propósito de un caso: Mujer de 44 años que consulta por tos con esputo purulento, fiebre y disnea incapacitante que cede parcialmente con medicación de rescate realizadas en guardia de emergencias. Refiere tos y sibilancias nocturna, sudoración profusa, síndrome febril prolongado y flema amarillenta la mayor parte de los días. Estos cuadros se repiten desde 1994 cada 12 a 25 días aproximadamente, con consultas por ASMA, lo que motiva reiteradas internaciones con altas y posteriores abandonos de tratamientos. Vivienda con 3 habitaciones con paredes de madera y piso de tierra y letrina a menos de 10 mts. Agua potable, convivientes 11 personas, desocupada. Paciente obesa, malas condiciones de higiene, PA:110/70, FC:106. Tórax brevilíneo, FR:28, sibilancias y rales basales. PEF:240. SAT:87%. Abdomen S/P. Miembros inferiores con múltiples escoriaciones, territorio varicoso y micosis interdigital. GR:4.080.000. GB:40.000 con 57% de eosinófilos. BAAR y gérmenes en esputo negativos. Hemo y urocultivos negativos. VSG:64. Gases:pH:7.43, CO₂:34. 02:89, HCO₃:20, EB:-3, SAT:95%. Se inicia protocolo para eosinofilia pulmonar. Hematológico: Eosinófilos vacuolados en citoplasma sin formas inmaduras. Parasitológicos negativos. HIV(-). Proteínas normales con albumina de 1,8. Funciones renal y hepática normales. Rx Tx: infiltrados intersticiales bibasales. Al 5º día 40.000 blancos, eosinófilos:31.680(74%). Con granulaciones tóxicas gruesas, moderada hipocromia, sin filarias. Tricomona en flujo vaginal. CVF:84%, FEV1:94%, TIF:85%, 25/75:80%. Se evaluaron series radiográficas de internaciones previas evidenciando INFILTRADOS CAMBIANTES. TAC TX: infiltrado en vidrio esmerilado intersticial bilateral a predominio basal, sin adenopatías. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado, encontrándose cocos (+) en cadena e Strongyloides Stercoralis. Cultivos, microbiológico y BAAR negativos. La paciente recibió tratamiento con Ivermectina 15mg/K en 2 ciclos con intervalos de 15 días. Al alta sin signos de asma con 11.800 blancos y 9% de eosinófilos.

CIRCULACION DE VIRUS INFLUENZA B DIFERENTES DEL VIRUS VACUNAL PARA 2002 EN ARGENTINA

Savy VL, Pontoriero A. Baumeister E. *Pargaglione C. *Lerose C.

INFI-ANLIS C.G.Malbrán, *Servicio de Fisiopatología del Hospital Tornú

Introducción: La fórmula vacunal usada en el hemisferio sur en 2002 se decidió en un comité de expertos de la OMS reunido en septiembre pasado, tiempo necesario para disponer de vacunas controladas al inicio de la temporada invernal. En dicha reunión se evita la información disponible en ese momento a nivel mundial de la circulación de cepas de influenza. Durante 2001, las cepas B/Hong Kong/330/01 sólo circulaban en el continente asiático y luego se las detectó en pequeña proporción en Europa y Estados Unidos en el Último invierno boreal. En Argentina, la información aportada por la Red Nacional de Laboratorios y el Centro Nacional de Referencia registró la circulación exclusiva de virus B similares a B/Sichuan/379/99 además de virus de tipo A.

Objetivo: Realizar la caracterización antigénica y geonómica de las cepas de influenza B circulantes para disponer de información epidemiológica actualizada.

Materiales y métodos: Se realizó el diagnóstico virológico por inmunofluorescencia de los hisopados nasales y faríngeos de pacientes con síntomas de gripe. Se aisló virus de influenza en células MDCK y se lo caracterizó antigénicamente por inhibición de hemaglutinación con reactivos provistos por el CDC, EEUU. (Centro Colaborador OMS)

Resultados: Se detectó en todo el país la circulación de virus influenza tipo B en el 61% de los casos y tipo A en el 39%. Los aislamientos de virus A fueron caracterizados como similares al componente vacunal correspondiente. En cambio las cepas tipo B fueron similares a un linaje diferente cuyo referente es el virus B/Hong Kong/330/01. No se detectaron virus similares a B/Sichuan/379/99, incluido en la vacuna.

Conclusiones: a) Se espera una protección reducida para las infecciones por influenza tipo B en la población vacunada; b) las personas nacidas antes de 1990 tendrían algún tipo de protección por memoria inmunológica ante la infección previa por un virus similar que circuló hasta 1988 en Argentina; c) influenza B tiene menor impacto en la salud pública que influenza A especialmente H3N2; d) no fue posible anticipar la re-emergencia de estos virus en la reunión de decisión de la vacuna.

QUIMIOPROFILAXIS DE LA TBC EN PACIENTES HIV+

Gonzalez J A., Montero J. G., DE Salvo Maria C.

División Neumotisiología, Htal. F. Tornú. Bs. As. 2002

Objetivo: La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el factor más importante para el desarrollo de la TBC en la actualidad.

La quimioprofilaxis consiste en la administración oral de isoniacida (INH) a aquellas personas expuestas a la enfermedad, administrándose en los siguientes casos: HIV+ contacto con bacilíferos, viraje tuberculínico, PPD+ con Rx de Tórax secuelas y asociaciones morbosas, inmigrantes de países con alta prevalencia, personas institucionalizadas, excluyéndose a aquellos con TBC previa o activa, enf. Hepática severa y polineuropatía asociada. La dosis es de 5mg/kg/día no excediendo los 300mg diarios, es efectiva, de bajo costo y poca toxicidad. La eficacia llega al 90% cuando se administra doce meses, siendo un problema la falta de adhesión al tratamiento. Factores de riesgo: >posibilidad de reactivación, rápida progresión de la TBC primaria. recurrencia, reinfección después del tratamiento, >incidencia en países en vías de desarrollo. Las personas con necesidades básicas insatisfechas, desnutridas, con ant. de alcoholismo tabaquismo, que estén institucionalizados o provengan de países con alta prevalencia de la enfermedad son considerados grupos de riesgo. Indicación: PPD + (5 o más mm) sin TBC activa, PPD en países de alta prevalencia, PPD- en contacto cercano y reciente con paciente con D+, PPD- previa con viraje. Cuando la adhesión de los pacientes es baja se usan terapias de corta duración: Rifampicina (R/amp) (10/mg/kg/día) plus Etambutol (25mg/kg/día) durante dos meses, o R/amp sola tres meses o rifabutina tres meses.

Conclusiones: La TBC es una enfermedad tratable y curable, la INT4 es potencialmente hepatotóxica, su uso inadecuado genera la aparición de cepas resistentes, y el índice de abandono en estos pacientes es elevado. La quimioprofilaxis está limitada por la administración prolongada y el riesgo potencial de hepatitis. El uso de esquemas cortos aumentaría la adhesión y disminuiría el abandono, debiendo ser administrada por especialistas.

EXAMENES MICROBIOLÓGICOS SIMULTÁNEOS DE ASPIRADO TRAQUEAL (AT) Y LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) EN NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR (NAR).

Ríos F, Baquero S, Mosquera R, Sosa C, Lloria M, Matarucco W, Solé JP, Bachetti P, Castello L, Luna CM. Grupo Argentino de estudio de la NAR

La NAP. es una complicación frecuente en pacientes críticos y un factor independiente de muerte. El diagnóstico microbiológico puede hacerse con el examen de secreciones respiratorias incluyendo el uso del LBA y el AT. Se cree que ambos métodos tienen una sensibilidad similar para confirmar la etiología. El objetivo de este estudio es examinar la correlación existente entre los cultivos del LBA y el AT en el momento del diagnóstico de NAP. en una cohorte de pacientes ventilados. Métodos: La población de este estudio fue extraída de un estudio multicéntrico en el cual participan las unidades de Terapia Intensiva de 6 instituciones. Está constituida por 55 pacientes sometidos a ventilación mecánica en los cuales se practicó al momento del diagnóstico de NAP. un estudio simultáneo de cultivo de LBA y AT. Se consideró que un cultivo era positivo cuando presentaba en el LBA 10⁴ o en el AT 10⁵ ufc/ml de algún patógeno. A los efectos de evaluar el valor del AT se consideró al cultivo del LBA como la referencia. Resultados: El diagnóstico de NAP. por cultivo de LBA en 42 pacientes. Entre los restantes 7 tuvieron un cultivo de LBA negativo y otros 6 un cultivo no significativo (<10⁴ ufc/ml). El AT mostró un cultivo positivo 10⁵ ufc/ml en 50 pacientes, 10 de los cuales no se correspondían con el mismo hallazgo en el LBA dando como resultado una sensibilidad del 80%; por otro lado entre los aspirados traqueales hubo 12 falsos positivos, que junto a los 11 verdaderos negativos configuran una especificidad del 47,8%. (43/57 NAP. confirmada bacteriológicamente). En 41(74%) de los casos hubo coincidencia en los hallazgos del LBA vs AT (positivo, negativo y gérmenes) y en 36 (65% del total y 88% de los cultivos), la coincidencia incluía un título significativo. Al comparar el resultado del AT con el del LBA se observó que 6 cultivos eran positivos en nivel significativo en uno de los especímenes pero no significativo en el otro (2 AT positivos >10⁵ ufc/ml y LBA <10⁴ ufc/ml y 4 LBA positivos >10⁴ ufc/ml y AT <10⁵ ufc/ml). La mayoría de los casos con diferencias en la significación del cultivo entre AT y LBA se hallaban bajo tratamiento antibiótico previo. Conclusiones: Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes confirman que al compararlo con el LBA la sensibilidad del AT es muy buena para el diagnóstico de infección y la presencia de los distintos patógenos de neumonía pero su especificidad es baja.

EVOLUCIÓN DEL CULTIVO DEL ASPIRADO TRAQUEAL EN PACIENTES CON NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR

Baquero S, Ríos F, Sosa C, Gene U, Luna CM, Famiglietti A, Vay C, Pelufo D, De Martino A, Otegui SM, Pesio A.

Los cultivos de aspirado traqueal (AT) pueden brindar información útil en cuanto a la persistencia, erradicación, colonización y reinfección en pacientes con NAR.

Métodos se tabularon los resultados de los AT realizados el día de diagnóstico de NAR y durante su seguimiento en pacientes con diagnóstico clínico. Se consideraron categorías negativo, positivo recuento bajo (< 10⁵ ufc/ml) y positivo recuento alto (> 10⁵ ufc/ml). Resultados: En 31 pacientes con diagnóstico clínico se practicó AT el día del diagnóstico y algún AT durante el seguimiento. El día del diagnóstico el hallazgo más común fue la presencia de S. aureus (14 casos, 38%) (SAMS en 8,22%, SAMR en 6, 16%); se halló un no-fermentador en 12 (32%); un gram-negativo enterico en 6; neumococo oil. influenzae en 3 y Candida sp. en 1 caso. Al 3° día lo más común fue cultivo negativo (7 casos, 41%); S. aureus y no-fermentaciones (6 casos (24% cada uno). No hubo cultivos positivos para neumococo o H. influenzae a partir de este día. Al 6° día lo más común fue aislamiento de no-fermentadores (8 casos, 42%); apareció la categoría polimicrobiana y fueron menos importantes los otros agentes. A partir 9° día casi todos los cultivos realizados fueron positivos no se aisló más bacilos entericos gram-negativos ni SAMS y los aislamientos se limitaron a no-fermentadores (60-70%), flora polimicrobiana y SAMR. Entre 25 pacientes con cultivo inicial positivo que realizaron un cultivo entre los días 3° y 6°, 8 los negativizaron, solo 3 recibieron antibióticos previos a la MAR, luego todos recibieron tratamiento empírico adecuado. Por otro lado, 17 no negativizaron el cultivo, 13 recibieron antibióticos previos (p = 0.046) y solo 8 recibieron tratamiento empírico adecuado (p = 0.022). La PaO₂/FI0₂ al 7° día del comienzo de la MAR resistió mejor en los que negativizaron respecto de los que no negativizaron los cultivos (290 ± 110 vs 203 ± 73), p = 0.048. Conclusión: Luego de iniciando el tratamiento empírico la mitad de los pacientes con tratamiento adecuado

negativizaron sus cultivos mientras que los de los pacientes con tratamiento inadecuado permanecieron positivos. Entre los que no negativizaron fue más frecuente el uso de antibióticos precios, el tratamiento empírico inadecuado y la persistencia de PaO₂/FIO₂ levada luego de una sana de NAR. Los hallazgos más frecuentes fueron: el día de la MAR aislamiento de *S. aureus*, 3 días después un cultivo negativo, desde el día 6 aislamiento de no-fermentadora Con tratamiento adecuado *H. influenzae* y *S. pneumoniae* desaparecen al tercer; gram-negativos entéricos y SAMS persisten hasta el 6° día y no-fermentadora hasta más allá de 12 días

EL VALOR DE LA EDAD Y DE OTROS MARCADORES DE SEVERIDAD DE LA NAC COMO PREDICTORES DE LA EVOLUCION Y EN LA DECISION DE INTERNAR.RESULTADOS DE UNA ENCUESTA.

Luna CM, Mosquera R, Ciruzzi DJ, Fescina E, Gonzalez JA, Gonzalez I, Cordon Diaz A, Schonfeld D, Tissot A, Lungo B, Morello F, Pellegrini V, Balsebre C, Rizzo O. ENNAC.

Entre los determinantes de la conducta de los médicos acerca del sitio de atención (ambulatorio o internado) frente a pacientes con NAC se encuentran la edad, la presencia de comorbilidades u otros antecedentes y hallazgos clínicos o de estudios complementarios marcadores de mal pronóstico. El valor de estos elementos en la toma de decisión no está bien delimitado. El objetivo de este estudio fue explorar el comportamiento de estos elementos como predictores de mortalidad.

Métodos: evaluación de la evolución de 743 pacientes incluidos en la encuesta de ENAC durante los años 2001 y 2002. Se consideraron como factores de riesgo de mala evolución (FRME) los antecedentes edad mayor de 65, comorbilidades (enfermedad pulmonar *crónica*, diabetes, insuficiencia cardiaca, hepatopatía, insuficiencia renal *crónica* enfermedad inmunológica, cerebrovascular, neuromuscular, trasplante de Órganos, neoplasia y alcoholismo), uso de drogas inmunosupresoras, y antecedente de internación previa por NAC]; hallazgos del examen físico alterados (conciencia, taquicardia, taquipnea, hipotensión), hallazgos de laboratorio (hiper leucocitosis, anemia grave, uremia, hipoxemia, acidosis) o radiográfico alterados. Se comparó la presencia de estos elementos con la mortalidad.

Resultados: 463 se atendieron internados y 280 ambulatorios, en total fallecieron 56 pacientes dentro de los 30 días siguientes al diagnóstico. Del total, 503 pacientes tenían algún FRME, 339 tenían hallazgo clínicos o de estudios complementarios alterados y 338 eran mayores de 65 años, solo 158 no tenían ningún FRMEs. No falleció ningún paciente que no tuviera algún FRME; 253 pacientes tenían 4 o más FRME y su mortalidad fue 22%, 55 muertos tenían 4 o más FRMEs. Sesenta y siete mayores de 65 años (72,7 ± 5,5) se atendieron en forma ambulatoria. Todos cursaron la NAC sin complicaciones, 32 tenían además de la edad algún otro FRME y 16 tenían 3 o más FRME. A los 15 días 25 estaban clínicamente curados y al os 30 días y los clínicamente curados eran 58.

Conclusión: Más allá de la presencia de FRMEs, la evaluación clínica resultó efectiva para seleccionar el sitio de atención de los pacientes. Posiblemente tener menos de 4 FEME sea de ayuda para la atención ambulatoria o el alta precoz de un paciente en condiciones de recibir medicación oral.

ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON ENTERMEDEADES NEUROMUSCULARES Y SU RELACION CON LA EVALUACION NUTRICIONAL COMPARTIMENTAL

Pessolano FA, Suárez AA, Monteiro SG, Mesa L, Dubrovsky A, Roncoroni AT, De Vito EL. Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Hospital Frances. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Relacionar las anomalías respiratorias con el estado nutricional evaluado según los compartimientos corporales en pacientes con Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Material y método: DMD, n = 34 (15.1 ± 5.3 años) y ELA, n = 7 (53.2 ± 16.3 años). Se calcularon: Índice de Masa Corporal (IMC), el peso del paciente sin su masa muscular (masa muscular cero - MMC %) y el índice creatinina —talla ICT %), clase funcional motora (CFM) en DMD, CVF, Pimax y Pemax.

Resultados: Se hallaron diferencias sustanciales entre el IMC y el MMC %. Ningún paciente con ELA presentó sobrepeso según el IMC, mientras que según el MMC %, 5 pacientes tenían sobrepeso. Cinco pacientes con DMD presentaron sobrepeso según IMC mientras que en 30 días diagnóstico fue de sobrepeso según MMC %. De acuerdo al ICT %, ningún paciente con ELA o DMD presentó masa muscular corporal normal. No se observó correlación entre el ICT % y el MMC % o el IMC. Variables respiratorias: 1) ICT vs. CFM : $CFM = -13.1 \cdot ICT \% + 11.1$, ($r=0.79$, $p < 0.001$). 2) ICT vs. Pimax: $Pimax = 51.8 \cdot ICT \% + 50.2$, ($r=0.47$, $p < 0.01$). 3) ICT vs. Pemax: $Pemax = 79.3 \cdot ICT \% + 43.55$, ($r = 0.57$, $p < 0.001$). 4) ICT vs. GYP %: $GYP = 117.3 \cdot ICT \% + 28.8$, ($r=0.65$, $p < 0.001$).

Conclusiones: 1) El IMC debería ser usado con precaución en la evaluación del estado nutricional en estos pacientes. Los Índices que evalúan de la distribución compartimental de músculo y grasa son más sensibles. 2) Según el método MMC la mayor parte de los pacientes tenían sobrepeso o distinto grado de obesidad, lo cual no se manifiesta en la misma magnitud si se utiliza un método convencional de evaluación (IMC). 3) La fuerza de los músculos periféricos (CFM) y de los músculos respiratorios (Pimax y Pemax) se deterioran a medida que disminuye la cantidad de músculo (ICT) Los músculos respiratorios se dañan más tardíamente que el resto de los músculos esqueléticos. 4) La pérdida de masa muscular produce deterioro de la fuerza muscular y se suma a los factores miopáticos propios de la enfermedad.

ESPIROMETRIA Y GASES EN SANGRE ARTERIALES EN ASMA AGUDA SEVERA
Raimondi G.A., Gonzalez S., Zaltsman J, Menga G.
FLENT y Hospital Maria Ferrer. Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Analizar el intercambio gaseoso, estado ácido base y obstrucción de la vía aérea en asma aguda severa.

Material y Método: Se analizaron 98 internaciones sucesivas durante 1 año por asma bronquial. En 93 de ellos se obtuvo muestra de sangre arterial a su ingreso. Por su estado clínico 82 pacientes pudieron realizar espirometría (Vitalograph). En 33 de ellos se calculó el "anion gap" (AG) $\text{Na}-(\text{Cl}+\text{COH})$. Se realizaron correlaciones entre FEV1 y gases en sangre respirando aire y distintas variables de gases en sangre al momento del ingreso. El FEV1 se expresó en % del teórico (FEV1%) (Knudson. 1983). Se compararon los valores de gases en sangre del grupo que pudo realizar vs. el que no pudo realizar espirometría (n=82 y 11 respectivamente). Se expresaron los resultados como $\bar{x}\pm\text{DS}$. Se utilizó el cálculo de correlación lineal y el test de "t" no apareado para la comparación entre grupos. Se aceptó como significativa $p<0.05$

Resultados: El FEV1% fue $30.2\pm 11.1\%$, PaO2 67.3 ± 13.7 mmHg, PaCO2 33.0 ± 8.9 mmHg, pH 7.43 ± 0.09 , bicarbonato (Bic) 21.2 ± 3.4 mEq/L, exceso de bases (EB) -2.0 ± 3.9 mEq/L y AG 15.5 ± 4.3 mEq/L. Correlacionaron significativamente FEV1% vs PaO2 ($r=0.27$), FEV1% vs PaCO2 ($r=0.37$), FEV1% vs pH ($t=0.16$), pH vs PaCO2 ($r=0.76$), pH vs Bic ($r=0.28$), PaCO2 vs PaO2 ($r=0.45$), AR vs Bic ($r=0.35$). Se calculó la regresión Bic vs PaCO2, esta última como variable independiente ($y=7.40+0.44X$, $r=0.75$). Difieron significativamente entre grupos la PaCO2 (31.6 ± 5.4 vs 43.5 ± 18.6 mmHg), pH (7.45 ± 0.04 vs 7.30 ± 0.17), EB (-1.4 ± 3.0 vs -6.3 ± 3.7 mEq/L) y NS ci Bic (21.4 ± 3.3 vs 19.8 ± 4.2 mEq/L), ci AG (16.5 ± 5.3 vs 15.1 ± 4.5 mEq/L) y el a/APO2 (0.61 ± 0.12 vs 0.56 ± 0.16).

Conclusiones: Se demuestra una débil relación entre la severidad de la obstrucción de la vía aérea y la anormalidad del intercambio gaseoso. La pendiente de la regresión Bic vs PaCO2 demostraría alcalosis respiratoria crónica. Asimismo, el aumento del AG sugeriría la existencia de una leve acidosis metabólica asociada. Los pacientes más comprometidos presentan acidosis respiratoria y acidosis metabólica evidenciada por descenso del EB.

RELACION ENTRE LA CURVATURA DEL DIAFRAGMA Y PARAMETROS FUNCIONALES EN EPOC CON 0 SINT SIGNO DE HOOVER.

D Negri CR Capria ME, De Vito EL.

Instituto de Investigaciones Médicas A Lanari, UBA Buenos Aires.

El signo de Hoover (SH: disminución del ángulo costoesternal en inspiración tranquila) se puede observar en pacientes con EPOC e hiperinflación severa

Objetivos: Relacionar el SIT con la curvatura del diafragma y las alteraciones funcionales respiratorias **Material y Método:** 15 EP(i)C, 66-78 años. Grupo SH(+), n=8 y SH(-) n=7. Se ajustó un arco de circunferencia al contorno del hemidiafragma derecho en radiografías de tórax (irspiración. Ri y espiración máxima, Re). Tiempo espiratorio 15 seg. Se definió a $1/\text{Re}$ $1/\text{Ri}$ como la eficiencia del diafragma y se midió el FEV1, volúmenes pulmonares (Helio), y PImax.

Resultados: FEV1%: 511 (+): 30 ± 14 , 511 (-): 59 ± 13 ($p<0.005$). ($p<0.05$) y atrapamiento aéreo ($p<0.009$).

PERCEPCION DE LA DISNEA EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Lima S, Nigro C. Alais ME, Anzulovich F,

Rhodus EER. Servicio Neumonología Hospital Alemán. Policlínico Obra Social Trabajadores Energía Eléctrica. Buenos Aires. Argentina

Objetivos: 1) Determinar tipo y frecuencia de descriptores de disnea en pacientes con asma bronquial estable. 2) Si la selección varía de acuerdo a la magnitud de la caída del FEV1.

Material y método: Grupo 1 (G1) Encuesta en sujetos con asma bronquial estable durante su visita de control por consultorio externo (CE). Se incluyeron 94 pacientes adultos. Se les preguntó mostrando una lista con 10 descriptores de disnea, que sintieron cuando habían estado con una crisis de asma. Los pacientes podían seleccionar uno o varios descriptores de la lista. Grupo 2 En 58 pacientes se realizó prueba de metacolina valorándose sensación de disnea y % de caída del FEV1. Grupo 3 (G3) 24 pacientes vistos por consultorio externo durante una crisis de asma se evaluó disnea y descenso del FEV1.

Resultados: Los descriptores más frecuentemente seleccionados en el G1 fueron: *Siento como si mi pecho estuviera cerrado* (35%) *Me siento fatigado* (35%); 2) *Me siento agitado* (33%); *Me cuesta trabajo respirar* (33%); *Me falta el aire* (27%); *No puedo entrar bien el aire* (27%). G2: los descriptores de disnea que eligieron los pacientes con una caída del FEV1 entre 10-25% vs. Aquellos con FEV1 > al 25% fueron similares ($p>0.05$). G3: Se observó que los pacientes con una caída de 10-30% vs. aquellos con FEV1 > al 30% manifestaron descriptores similares ($p>0.05$).

Conclusión: 1) Los descriptores más elegidos por los pacientes fueron: pecho cerrado y me siento fatigado / agitado / me cuesta trabajo respirar / falta de aire no puedo entrar bien el aire. 2) el lenguaje de la disnea no varió en relación al nivel de broncoconstricción.

EXACTITUD DE LA MEDICION DEL VOLUMEN DE GAS TORACICO VALORADO CON LA MANIOBRA DE RESISTENCIA DE LA VIA AEREA.

Nigro C, Lima S, Dibur F, Prieto F, Giavedoni S, Rhodus FE. Laboratorio Pulmonar-Hospital Alemán, Bs. As.

Objetivo: Comparar el volumen de gas torácico (VGT) medido por pletismografía con la técnica original de Dubois con el VGT valorado simultáneamente con la resistencia de la vía aérea (Raw).

Material y Método: Se estudiaron 66 sujetos (22 normales. 38 con obstrucción crónica al flujo aéreo y 6 con fibrosis pulmonar).

Los pacientes fueron medidos con un pletismógrafo de volumen constante (Medical Graphics 1085 DL). La determinación del VGT fue realizada en el mismo paciente con dos técnicas: 1) Durante la medición de la Raw (VGTRaw 2) Durante la respiración tranquila, al final de la espiración (VGT). La frecuencia de jadeo fue de 1 a 2 Hz con ambas maniobras. Los valores de VGT / VGTRaw reportados son la media de 3 maniobras. **Resultados:** El VGTRaw del grupo total fue mayor al VGT (**VGTRaw** 3.69 ± 1.08 , IC95% $3.421 - 3.95$; **VGT** 3.28 ± 1.05 , IC95% $3.02 - 3.54$, $p<0.001$).

Tanto los pacientes normales, aquellos con obstrucción al flujo aéreo y los sujetos con enfermedad restrictiva pulmonar tuvieron un VGTRaw significativamente más alta que

el VGT (Normales:

VGTRaw 3.371 ± 0.721 , IC95% 3.051 - 3.68/, VGT 2.911 ± 0.661 , IC95% 2.52/ - 3.21, p 2001.

Obstructivos: VGTRaw 4.041 ± 1.161 , IC95% 3.621 - 4.431, VGT 3.661 ± 1.131 , IC95% 2.621 - 3.21, p < 2001. Res restrictivos VGTRaw 2.621 ± 0.4911 IC95 211- 3.14/, VGT 2.251 ± 0.511 , IG9S% 1.721 - 2781, p < 0.01). La diferencia porcentual entre ci VGTRaw y ci VGT (delta VGT) del grupo total fue en promedio del 14%. No se observaron diferencias significativas entre el delta TGV entre el grupo normal, obstructivo y restrictivo (Normales: $13.6\% \pm 10.5\%$, IC95% 11%-16.1% Obstructivos: $11.2\% \pm 10$, IC95% 7.9%-14.5% Restrictivos: $18\% \pm 14.2\%$ IC95% 3.1% - 33%, p 0.009. Conclusiones: La valoración del volumen de gas torácico simultáneamente con la medición de la resistencia de la vía aérea produce sobreestimación del mismo ente un 11-16%.

DETERIORO VENTILATORIO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Sivori M., Pascansky D., Rodriguez (3., Sáenz C., Sica R.

Unidad de Neumotisiología y División Neurología. Hospital "J.M.Ramos Mejia. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Evaluar diferentes Índices espirométricos y de presiones bucales estáticas máximas en el deterioro ventilatorio de pacientes con diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y la aplicación de ventilación domiciliaria

Materiales y Método: Se evaluaron y siguieron desde Diciembre de 1999 a Junio de 2002, 70 pacientes con diagnóstico de ELA (Criterios El Escorial). Se les realizó historia clínica espirometría, ventilación voluntaria máxima y presiones bucales estáticas máximas a los 2,3,4,6 y luego cada 3 meses de seguimiento. Se evaluó el tiempo de ventilación al 30/6/2002. Se determinó el T50 (tiempo en que la variable disminuye al 50% de los valores iniciales) de las siguientes variables: %FVC, %Pemax, %Pimax y %PEFmax. Se indicó la ventilación domiciliaria según síntomas de hipoventilación o cor pulmonale + hipercapnia o hipoxemianocturna Se usaron técnicas estadísticas convencionales, siendo significativa $p < 0.05$.

Resultados: La cohorte de pacientes con ELA seguida fue de 70 pacientes (45 hombres, edad media:

53.95 ± 13.42 años). La media de seguimiento es de 9.3 ± 2.1 meses. El 50 % tenía compromiso bulbar y el 35.7% requería de silla de ruedas para movilizarse al inicio del seguimiento. En la evaluación inicial el %FVC fue 66.23 ± 30.26 . Pemax $36.59 \pm 23.92\%$ y PEFmax $73.12 \pm 34.97\%$. En el seguimiento temporal el índice que demostró menor T50 fue %PEFmax: 2.8 ± 0.5 meses, seguido por %Pemax: 3.3 ± 0.4 meses y luego %FVC: 3.8 ± 0.8 meses. ($p < 0.01$).

Se indicó durante el seguimiento a 25 pacientes asistencia ventilatoria (35.7%): de ellos 21 no invasiva y 4 invasiva De los pacientes con indicación de ventilación no invasiva, solo 12 la cumplieron (57.14%). El tiempo promedio de ventilación no invasiva fue de 4.5 ± 1.8 meses.

Conclusiones: Se observó que el %PEFmax es el Índice que disminuye más rápidamente al 50% de sus valores iniciales (sensibilidad del deterioro ventilatorio), seguido por la %Pemax y la %FVC. Se describe la experiencia de ventilación domiciliaria en estos pacientes con ELA.

REGULACION DE LA PRODUCCION DE IFN- γ FOR PROTEINAS PARTICIPANTES DE LA DIFERENCIACION DE CELULAS T EN TUBERCULOSIS

Pasquinelli V*¶, Castro Zonilla L#, Quiroga MF¶, Martínez GJ¶, Musella RMζ, Saab MAζ, García Aζ y García VE*¶

*Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, UBA¶. Laboratorio de Inmunogenética, Hospital de Clínica Facultad de Medicina, UBA. #Departamento de Inmunología, Instituto de Tisiología Prof Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, UBA, Argentina2, y División ζ Tisiología, Hospital FJ Muñiz, Argentina.

La disminución de IFN- γ es marcador de enfermedad severa en TBC. El objetivo de la investigación fue estudiar la función de SLAM (molécula linfocitaria activadora de señales que estimula la producción de IFN- γ) y SAP (proteína de unión a SLAM participante de la diferenciación T) para modular respuestas de citoquinas en TBC. Se estudiaron 39 pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar activa (baciloscopia y cultivo de esputo positivo para *M. tuberculosis*). En ellos se evaluó tiempo de evolución de enfermedad previa al ingreso, estado nutricional, extensión de anomalías radiológicas, prueba tuberculínica y dosaje de linfocitos totales. Se realizó el cultivo de sus células mononucleares de sangre periférica con *M. tuberculosis* y se evaluó: producción de IFN- γ (ELISA); expresión de SLAM (citometría de flujo); proliferación celular (^3H); estimulación vía SLAM (\pm citoquinas); expresión de SLAM, IFN- γ y SAP (Western blot). Se utilizaron métodos estadísticos no paramétricos. Un grupo de pacientes mostró significativa respuesta proliferativa ($p < 0.01$) y producción de IFN- γ ($p < 0.01$) (AR) y otro grupo tuvo baja proliferación e IFN- γ (BR). Los pacientes AR mostraron menor tiempo de evolución de enfermedad previa al diagnóstico, sin signos de desnutrición ni correlación con las anomalías radiológicas. Los pacientes BR tenían mayor tiempo de evolución de enfermedad, desnutrición, anomalías radiológicas variables y linfopenia frecuente. En linfocitos en reposo ambos grupos mostraron niveles similares de SLAM pero *M. Tuberculosis* incremento SLAM en AR ($p < 0.001$). Al estimular vía SLAM el IFN- γ aumentó significativamente ($p < 0.01$) solo en pacientes AR Al adicionar IFN- γ antes de estimular vía SLAM, aumento notablemente el IFN- γ en BR Detectamos SLAM e IFN- γ en AR pero SLAM y SAP en BR Los resultados señalan a SLAM y SAP como blancos potenciales para la modulación terapéutica en TBC ya que regulan la producción de IFN- γ .

DESNUTRICION Y TUBERCULOSIS (TB)

Musella, RM; Castagnino, JP; Saab, MA; Ruschioni M, C;
Garcia, A; Abbate, EH.

División Neumotisiología, Hospital Muñiz. Instituto de Tisioneumonología "Prof. Raúl Vaccarezza", U.B.A.
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La desnutrición produce disminución de los mecanismos de defensa, especialmente la inmunidad mediada por células. Puede ocurrir por disminución de la ingesta o dieta inadecuada, asociación con enfermedades que llevan a la desnutrición. Asimismo la reactivación de TB latente o el desarrollo de enfermedad progresiva se ven favorecidos por la desnutrición.

Objetivos: Investigar el estado nutricional en TB, su relación con las características clínicas y la evolución luego de instalado el tratamiento.

Pacientes y Métodos: Entre el 1/6/99 y 31/5/01 se evaluaron 65 enfermos adultos con TB que ingresaron al hospital. El grado de desnutrición fue calculado por medio del índice de masa corporal (BMI). Desnutrición leve:

85 a 89%, moderada: 75 a 84%, y severa: <75% La albúmina se consideró 3,5 g normal, desnutrición leve de 3 a

3,4 g, moderada: 2,5 a 2,9 g y severa <2,5 g %. Se realizaron estudios bacteriológicos, Rx de tórax y prueba tuberculínica (PPD 2UT) -se consideró positiva >6mm- al ingreso y luego de 2 meses de tratamiento antiTB. Resultados: La edad fue de 18 a 82 años, Media = 34 años. Al ingreso, la baciloscopia de esputo fue positiva en 84,6%. De los 65 pacientes, 58 (89,2%) correspondieron a formas radiográficas avanzadas y muy avanzadas. La PPD fue negativa en 35/59 (59,3%). En 48/65 (73,8%), el BMI estaba disminuido; más de la mitad con desnutrición moderada o severa. En ellos, la radiografía de tórax demostró lesiones avanzadas y muy avanzadas. En 35 pacientes con PPD negativa, 82,8% estaban desnutridos. La albúmina sólo estuvo disminuida en 33,8%. Luego de dos meses de tratamiento antiTB, todos los pacientes, menos uno tuvieron una mejoría clínica. La baciloscopia de esputo se negativizó en 50 (87,7%) y la PPD se convirtió en positiva en 11 de 18 pacientes (61,1%), a los cuales se les repitió la prueba. Luego de dos meses de tratamiento, los pacientes mejoraron su BMI, comparado con el ingreso. Solo 36,8% permanecían desnutridos vs. 73,8% de desnutrición al ingreso.

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición en pacientes con TB fue 73,8% y se asoció con lesiones

radiográficas avanzadas y muy avanzadas. La PPD negativa se relacionó con mayor desnutrición pero el

tratamiento antiTB hizo reversible la misma. Si bien la desnutrición puede predisponer a TB, esta última es probablemente la que provocó pérdida de las reservas de grasas y proteínas.

PREVENCION DE LA TRANSMISION INTRAHOSPITALARIA DE LA TUBERCULOSIS

Gonzalez J. A., Montero J. G., De Salvo MC.

Division Neumotisiologia Htal. B. Tornu. Buenos Aires. 2002.

Objetivo: Programar la prevención de la transmisión de la tuberculosis intrahospitalaria. Se propaga de hombre sano a enfermo por medio de la respiración, la tos, la palabra y todo otro proceso de espiración *forzada*, a través de los inóculos que contienen en su interior el bacilo de Koch, permaneciendo un tiempo relativamente prolongado en el aire. Siendo inactivados por la luz ultravioleta. La probabilidad de transmisión es directamente proporcional a la concentración de inóculos y al tiempo de exposición a los mismos e inversamente proporcional al estado inmunitario de la persona, midiéndose el grado de infección con la PPD, usándose la vacuna BCG para prevenir las formas graves y severas de la enfermedad. Los riesgos sociales derivados de la pobreza, al igual que las adicciones son factores que mantienen los indicadores en niveles altos. Los normoinmunes tienen un 10% de riesgo de padecer la enfermedad a lo largo de su vida, siendo los dos años posteriores a la infección donde se concentra el mayor porcentaje de ese riesgo. Especial cuidado merecen los desnutridos, diabéticos, inmunosuprimidos, al igual que los menores de 5 años y aquellos con enfermedades respiratorias de tipo crónico.

Conclusiones: Evitar el contagio entre los pacientes y de estos al personal de salud reduciendo la circulación de aquellos con baciloscopia +, realización de interconsultas en la habitación, aislamiento en caso de sospechar multiresistencia y para evitar contagios con cepas de diferente sensibilidad. Ingeniería sanitaria: ventilación local y general, usos de filtros tipo HEPA. radiación ultravioleta. Normas para el personal de salud: uso de protectores (barbijos, guantes, etc.), esterilización de equipos, controles periódicos, y aquellos trabajadores con enfermedades y/o tratamientos que disminuyan su inmunocompetencia deben ser retirados del lugar de tareas. Programas de control: asignación de responsabilidades, entrenamiento, evaluación periódica del personal, control de los equipos.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A

MORTALIDAD POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS. HOSPITALES DEL GCBA. AÑO 1998

Dalamón. R. Asnaghi. P Biedak. E t.

Departamento Materno Infante Juvenil. Secretaria de Salud. GCBA.

Objetivo: conocer las características de las muertes ocurridas desde el punto de vista de la salud (biológica, social y ambiental) e identificar grupos de alto riesgo para morir por IRA. Ponderar la multicausalidad. Recomendar cursos de acción. Difundir los resultados y elevar informe a las autoridades de salud. Material y método: Datos de informes estadísticos de hospitalización, Dirección de Estadísticas del GCBA, durante 1998: niños >28 días y <15 años; correspondieron a Servicios de Pediatría de 12 Hosp Generales de Agudos y 1 Hosp en Infecciosas; servicios de clínica pediátrica, neumotisiología y UTI de 2 hospitales Generales de Niños. Muestra por selección aleatoria: todas las defunciones por IRA y dos casos controlados internados por IRA no fallecidos, por cada una de ellas. Para el análisis univariado: Odds Ratio, intervalo de confianza. Test de Cornfield, análisis multivariado: chi cuadrado con corrección de Yates 0 prueba exacta de Fisher, test de Mann-Whitney, regresión logística, curva ROC, test de Maentel-Haenszel. Resultados: Total: 232 casos; fallecidos: 78 casos; 64,7% egresaron de Hospitales de Niños; Sexo: 52,2% femenino; procedencia: 75,9% del conurbano con algún hermano fallecido:

10,3%; vivienda precaria: 14,3%; hacinamiento: 50,3%; sin agua corriente: 35%; sin baño instalado: 16,6%; cohabitación: 95,5%; madres: <20 años: 15%; ama de casa: 82,6%; padre desocupado: 13,1%; sin Obra social: 88,4%; tabaquismo: 60,2%;

inmunizaciones completas: 36,7%. Análisis univariado: factores de riesgo asociados a probabilidad de muerte: procedencia: conurbano; +de 14 días de internación; con neumonía; patología perinatal; dif. Respir en primer mes de vida; internación en neonatología; infección connatal; requerimiento de ATB primer mes de vida; desnutrición; internaciones previas; cardiopatía congénita; enfermedades genéticas. Análisis multivariado por regresión logística significación estadística en días de internación 10 días; patología perinatal y número de hermanos 2. Conclusiones: Bajo registro de factores socio-ambientales en HC. alta vulnerabilidad social; Mayor riesgo de muerte en patologías previas: Por cada día de internación que superó el décimo, se incrementó el riesgo de muerte un 14% al antecedente de patología perinatal, lo incrementó casi 7 veces y por cada hermano que superó a dos, el 31%. Optimizar la confección de historias clínicas sin omitir variables socioambientales; orientar recursos a la población más vulnerable; actividades preventivas y capacitación; difusión de el presente estudio entre los efectores y autoridades del Sistema de Salud del GCBA.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MORTALIDAD RELACIONADA CON EL RIESGO CALCULADO A PARTIR DEL PNEUMONIA SEVERITY INDEX.

Rizzo O. Mosquera R, Victorio CF, Monteverde A, Zabert **G Bocca X, Cecchini A**, Jacob E, Nieto C, Uribe ME, Lojo. Westten 5, Larrategu L, Ciruzzi DJ, Luna CM, ENAC. La NAC es una enfermedad que se presenta con un amplio espectro de gravedad, desde un proceso casi asintomático hasta una extrema gravedad con serio compromiso respiratorio requiriendo terapia intensiva y asistencia respiratoria mecánica y elevada mortalidad. El índice de gravedad descrito por Fine et al (pneumonia severity index 6 PSI) es una herramienta útil para comparar diferentes poblaciones de pacientes, su utilidad como herramienta para la toma de decisiones en cuanto a internación no está validada. Métodos: Como parte del Estudio Nacional Prospectivo de Neumonía Adquirida en la Comunidad (ENNAC), durante 1 año calendario fueron incluidos 743 pacientes de 9 provincias. De ese total, 280 eran ambulatorios y 463 internados. Los médicos usaron su juicio clínico para decidir la internación. Fallecieron 56 (7,5%), ningún paciente ambulatorio falleció. Se registraron todos los datos demográficos, clínicos y complementarios útiles para el cálculo del PSI. En todos los pacientes se realizó radiografía de tórax, los análisis de laboratorio se practicaron en todos los pacientes internados pero solo en algunos ambulatorios. Se tomó nota de la evolución y la mortalidad hasta 30 días después del diagnóstico. Resultados: El número total de pacientes, de internados y de ambulatorios y la mortalidad de cada clase del PSI fue para la clase 1: 218, 81, 139 y 0%; para la clase 2: 153, 56, 97 y 0%; para la clase 3: 118, 87, 31 y 1,7%; para la clase 4: 173, 163, 1011, 5% (todos los fallecidos estaban internados) y para la clase 5: 83, 83, 0 y 41%. La mortalidad para las distintas clases es muy similar a la observada por los creadores del PSI. Alrededor de 1/3 de los pacientes pertenecientes a las clases 1 y 2 fueron hospitalizados. Por otro lado algunos pacientes de las clases 3 y 4 se atendieron en forma ambulatoria, estos últimos pacientes no registraron mortalidad. Conclusiones: El PSI es un índice que permite predecir la mortalidad de un paciente con NAC. Dado que no toma en consideración razones sociales o capacidad para recibir terapéutica oral ni el juicio clínico del médico (que puede convencer acerca de manejar en forma ambulatoria algunos casos), su rol como herramienta útil para decidir la internación es limitado.

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE LA NEUMONÍA EN ARGENTINA. INFORME DEL ESTUDIO NACIONAL PROSPECTIVO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (ENNAC).

Mosquera R, Luna CM, Marzoratti L, Altieri H, Stok AM, Robles A. Borrajo MC, Naval N, Moyano V, Lisanti R, Montiel G, Rizzo O, ENNAC. Introducción: Existen variadas recomendaciones para el manejo de las NAC. La expectativa es que estas recomendaciones se vean reflejadas en un mejor manejo. Este trabajo intentó evaluar las prácticas de manejo actuales y su impacto en los pacientes. Métodos: estudio observacional prospectivo en 9 provincias. Los datos provienen de los registros médicos y fueron cargados en una base de datos. Se incluyó a mayores de 18 años con NAC, en que se conocían datos demográficos, lugar de asistencia, condición socioeconómica, datos clínicos y complementarios iniciales. destino luego de diagnóstico. antibióticos, vía y tiempo en que los recibió, datos de interacción, evolución de los síntomas, normalización, mortalidad y datos microbiológicos disponibles.

Resultados: En 1 año se incluyeron 743 pacientes. El 67% de nivel socioeconómico medio, un 26% bajo o indigente. La edad promedio fue de $59,9 \pm 33,2$ años, hubo 347 mujeres y 396 hombres; 280 eran ambulatorios y 463 internados. 133 pacientes recibieron antibióticos previo a la consulta (17,1% en ambulatorios y el 17,5% en internados); entre los antibióticos previos recibieron aminopenicilinas (AMP) en 43 casos y macrólidos (MAC) en

30. Como antibiótico inicial los más usados en internados fueron: ceftriaxona (CR0) en 301; macrólidos (MAC) en 172, b- lactámico (b-L) con inhibidor de b- lactamasas (+IBL) en 64 y fluoroquinolonas (FQ) en 30. Entre estos pacientes 207 (45% en internados) recibieron terapia de combinación (la más común: CRO+MAC en 134). En ambulatorios los más usados fueron FQ en 72, MAC en 59, b-L+IBL en 42, CR0 en 33 y AMP en 12; en estos pacientes solo 23 (8%) recibieron terapia de combinación. En los internados de los que tenían atb previo 2 cambiaron a ATB IV y 3 asiguieron con el mismo, la mayoría

a pasaron a combinación ATE. El uso de terapia de combinación se relacionó con la gravedad de la NAC ya que los ambulatorios que usaron combinación vs. Monoterapia tenían un índice de Fine de $57,7 \pm 25,4$ vs $47,0 \pm 21,4$ ($p=0,025$); y los internados internados $104,1 \pm 42,9$ vs $86,8 \pm 38,1$ ($p<0,001$). La duración del tratamiento en sobrevivientes fue en internados $12,2 \pm 4,3$ y en ambulatorios fue $9,9 \pm 3,4$ días $p<0,0001$.

Conclusiones: La práctica de manejo de la terapéutica antibiótica en NAC muestra la preferencia del uso de cobertura amplia a neumococo, Haemophilus influenzae, microorganismos intracelulares y bacilos entéricos gram-negativos. El tratamiento por más de 7 días no tiene impacto sobre las tasas de curación clínica a 15 o 30 días.

CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR OPERADO SIN DIAGNOSTICO

Pilheu M., Suparo H., Pibida J.C., Aizenscher D.G., Moraña E.J., Pico M. Servicio de Cirugía Torácica del Instituto de Tisiopneumología Prof Dr. Raúl Vaccarezza. UBA.

Se presenta el caso de una paciente de 61 años de edad, portadora de una lesión cavitada crónica en lóbulo inferior izquierdo. Como antecedentes de la enfermedad, la portadora, refería haber padecido reiterados episodios supurativos pulmonares que fueron tratados en Perú con diversos

antibióticos para gérmenes comunes, con mejorías transitorias. También recibió varios tratamientos antituberculosos, algunos incompletos pero en el último año recibió uno completo. sin mejora alguna. Recibimos la paciente luego de haber sido medicada con amoxicilina - clavulánico persistiendo la lesión cavitaria. Realizamos análisis de esputo, baar, fibrobroncoscopia con lavado y cepillado, arrojando todos ellos resultados negativos para baar, gérmenes comunes y neoplasias. La TAC mostraba una la lesión cavitada en LII, sin contacto con pared y sin adenopatias mediastinales. Decidimos entonces realizar una lobectomía inferior izquierda La evolución postoperatoria de La paciente fue favorable. La anatomía patológica de La pieza quirúrgica informó: carcinoma branquioloalveolar. Creemos que toda lesión excavada merece ser estudiada en profundidad pese a su aparente benignidad

MELANOMA METASTASICO DE PULMON

Aifietti H.H., Stok A.M., Amenabar J., Amenabar A., Fabio L.S, Rojas R.A.
Unidad de Patología Torácica . TUCUMAN . ARGENTINA

INTRODUCCION:

Las metástasis intratorácicas son comunes en pacientes con melanoma, generalmente bien delimitadas, es raro que se confundan con enfermedad difusa o neumonía. Los melanomas malignos figuran entre las neoplasias extratorácicas que pueden dar metástasis endobronquiales.

CASO CLINICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 52 años que consulta en abril de 2002 por hallazgo patológico en La Tomografía Computada de tórax realizada por control oncológico, se observa opacidad localizada en segmento posterior de lóbulo superior derecho. Antecedente: fue operado en noviembre de 2000 por melanoma en región escapular izquierda, con vaciamiento axilar del mismo lado, tratado con interferón. Reoperado en enero 2002 por adenopatía en La axila izquierda. Como síntoma solo refiere disnea habitual grado I. La fibrobroncoscopia mostró lesión vegetante blanco nacarada en el orificio de entrada de bronquio segmentario posterior del lóbulo superior derecho, el diagnóstico anatomopatológico fue de melanoma metastático. En junio de 2002 se realizó lobectomía superior derecha que confirmó el diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

Nuestro paciente, como generalmente ocurre, tuvo el antecedente evidente del melanoma primitivo. No presentó síntomas orientadores de metástasis pulmonar; se advierte sobre su localización endobronquial al igual que las de mama, riñón y colorectal.

COMFROMISO TRAQUEOBRONQUIAL FOR LINFOMA NO HODGKIN

Casas JP, Vegetti L, Mercado JA, Robles AM, Palazzo E, López AM.
Hospital Privado de Córdoba. Córdoba Argentina

Los linfomas son un grupo heterogéneo de neoplasias que se originan de la proliferación de células linfoides. Suelen involucrar órganos intratorácicos en algún momento de su evolución. El compromiso traqueobronquial es una manifestación poco frecuente del linfoma y más aún en el linfoma no Hodgkin. La invasión al árbol traqueobronquial puede ser peri o endobronquial. La real incidencia de esta última presentación no la encontramos reportada en la literatura. Se manifiesta como múltiples masas submucosas, sin afectar la mucosa, produciendo estrechamiento de la luz o erosión a través de la pared traqueobronquial. Los pacientes se presentan con disnea, tos y sibilancias, y el diagnóstico suele ser mediante broncofibroscopia. Describimos un caso de linfoma no Hodgkin con compromiso secundario traqueobronquial.

Caso: Varón de 53 años, con diagnóstico de linfoma no Hodgkin variedad linfocítico difuso de células grandes de 10 años de evolución, con compromiso ganglionar supra e infradiaphragmático y esplénico. Había recibido 4 esquemas de quimioterapia a lo largo de su enfermedad, con respuesta favorable de años de duración y posteriores recaídas. Consultó por disnea de reposo y sibilancias. La TAC de tórax evidenció lesiones intraluminales en traquea y bronquios, y adenomegalias mediastínicas. La broncofibroscopia confirmó la presencia de múltiples mamelones de diferentes tamaños visibles a lo largo del árbol traqueobronquial, produciendo en grado variable reducción de su luz. Se realizó biopsia transbronqueal que evidenció infiltración difusa del corion por células linfoides grandes, de nucleolos prominentes; la mucosa bronquial se encontraba respetada. Estos hallazgos fueron compatibles con infiltración bronquial por linfoma maligno.

Conclusión: En un paciente con linfoma, si bien el compromiso traqueobronquial es una entidad rara, debe ser tenido en cuenta entre los diagnósticos diferenciales ante la presencia de síntomas respiratorios.

REGISTRO MULTICENTRICO DE CANCER DE PULMON

Sección Oncológica AAMR

Propósito: Evaluar la incidencia y prevalencia del cáncer de pulmón en distintos centros de la República Argentina

Método: Se diseñó un formulario que incluyó datos de la historia personal y familiar de cáncer, tabaquismo, procedimientos diagnósticos, estadificación, anatomía patológica y tratamiento. Este fue enviado a instituciones médicas y miembros de la AAMR vía correo regular/electrónico.

Resultados: Se evaluaron 1174 casos. 926 hombres (78,9%) y 248 mujeres (21,1%), siendo fumadores 738 hombres (79,6%) y 139 mujeres (56%). La estadificación final fue obtenida en 83,7% de los casos (N=983), mostrando un predominio de los estadios no quirúrgicos: IIIB 21,4%

(211) y IV 37,8% (372).

Conclusiones: éstos datos no permiten establecer la prevalencia del cáncer de pulmón en Argentina pero se puede destacar que: sólo 56% de las mujeres son fumadores; los estadios IIIB y IV representan el 59% de los casos ;la incidencia de cáncer de pulmón entre 40-54 años es 31% para las mujeres y 27% para los hombres; en ambos la estadificación más frecuente fue estadio IIIB y IV; la histología más frecuente fue adenocarcinoma

BOCIO ABERRANTE INTRATORACICO ASOCIADO A CARCINOMA QUISTIFICADO DE TIROIDES DE MEDIASTINO POSTERIOR

Tones R., Sarguis J., Barrionuevo M.

Sanatorio Parque S.A. Privado. Sección de Cirugía Torácica. Córdoba. Argentina

ANTECEDENTES: La mayoría de las masas tiroideas mediastinales son bocios que han descendido hacia el compartimiento anterior o visceral *a través* del orificio superior del tórax pero conservan una **continuidad con** la tiroides cervical. Raramente migran hacia el mediastino posterior, pero las masas tiroideas mediastinales, nacidas **de tejido** tiroideo ectópico mediastínico son de una presentación excepcional y asociado a un **carcinoma** tiroideo **lo hacen una** entidad muy infrecuente.

OBJETIVO: Presentar un tumor **de rareza marcada en una localización inusual. LUGAR DE APLICACIÓN:** Centro Privado.

DISEÑO: **Presentación de un caso.**

POBLACION: Paciente varón de 78 años de edad, que consulta **por** disfonía, disfagia alta **de largo tiempo de evolución** y cuadro progresivo de asfixia por lo que se decide **la cirugía de urgencia.** Estudios

realizados: Rx **de tórax** FyP, tránsito **esofágico. TAC y RMN de tórax, BFC y Espirometría. No se realiza PAF del tumor mediastínico.**

RESULTADOS: Con el diagnóstico de **masa** mediastinal y frente al **peligro potencial de obstrucción de la vía aérea se decide la cirugía. Se realiza toracotomía** posterolateral por espacio intercostal. Escisión **completa de** tumoración quística en estrecha asociación con tráquea, esófago, vasos subclavios y VCS. Vasos nutricios del tumor **de origen intratorácico y sin relación con tejidos cervicales. Evolución favorable del pad ente.**

Histopatología: Carcinoma quistificado **de** tiroides.

CONCLUSIONES: Si bien el **tejido** tiroideo ectópico en el **tórax es una** entidad **raramente descripta, debe** ser considerada su posibilidad diagnóstica dentro de las **masas** mediastinales, ya **que** constituye una entidad inusual, anatómica y patológicamente diferente que requiere modificaciones apropiadas *en* su tratamiento y técnicas quirúrgicas.

SARCOMA DE LA ARTERIA PULMONAR

**Bosio M.,Blasco M.,Quadrelli S.,Rosso J.,Salvado A.,
Smith R.,Chertcoff J.**

Servicio de Neumonología Hospital Británico de Buenos Aires. República Argentina

Pad ente de 65 años internada en Uni dad Coronaria per presentar disnea de 7 días de evolución y dolor precordial opresivo, sin alteradones al examen físico, con sospecha de tromboembolismo de pulmón se realiza una tomografía de tórax helicoidal(JAC) en donde se evidenda una imagen hipodensa compatible con un trombo en arteria pulmonar que compromete mas del 70 % de su luz y que se extiende al ventriculo derecho. Se realizo un ecocardiograma doppler en el cual se observo una presión en la arteria pulmonar de 100 mmHg con cavidades derechas dilatadas y un probable trombo apical en ventrículo derecho.

Recibió tratamiento con tromboliticos con buena tolerancia con evidenda de reducción del tamaño en una nueva TAC. Un nuevo ecocardiograma doppler al 5to día informa una presión en la arteria pulmonar de 77 mmHg y movimiento paradójal del septum interventricular por lo que se plantea la realización de una endarterectomia. Al 10° día de internación se realiza un nuevo ecocardiograma transesofágico en donde se observa una masa en el tracto de salida del ventrículo derecho de gran tamaño con pasaje a la arteria pulmonar y otra, más pequeña en la pared del ventrículo derecho. Se realiza la cirugía la cual continua ci diagnóstico de sarcoma indiferenciado de la arteria pulmonar.

Las neoplasias de pulmón compuestas per tejido mesenquimatoso son infrecuentes y representan menos del 1 % de todos los tumores de este sitio con excepción del sarcoma de Kaposi en individuos HIV El sarcoma primario comprende solo el 0.01 al 0.2 % de todos los tumores de pulmón, se originan en las válvulas pulmonares o grandes arterias pulmonares. no hay ningún caso publicado que se había originado en la vasculatura distal pulmonar, algunos se originaron en la vena pulmonar.

Fueron publicados hasta 1997 140 casos, no hay predominancia per sexo, la edad media de presentación es 50 años se originaron 85 %dei tronco de la arteria pulmonar 10% del tracto de salida del VD, tienden a propagarse dentro de la luz vascular, ocluir el vaso en algunos casos se extiende a través de la pared vascular en la pared bronquial, son frecuentes las metástasis en pulmón por embolias pulmonares.

La presentación clínica es generalmente de tromboembolismo de pulmón y la variedad histológica mas frecuente es el sarcoma indiferenciado .La supervivencia media sin cirugía es 45 días, con resección curativa, radioterapia y quimioterapia es raro que se prolongue aunque algunos artículos hablan de algunos meses pero no se encontraron sobrevida mayor de 3.5 años.

TRASPLANTE PULMONAR EN LA FUNDACION FAVALORO. RESULTADOS ITOSPITALARIOS V ALEJADOS

Favaloro R , Macchia A; Bertolotti A; Céneva J.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Presentar las características y evolución hospitalaria y alejada de un grupo consecutivo de pacientes (p) sometidos a trasplante pulmonar (Tx) en un único centro y determinar eventuales predictores de mortalidad hospitalaria (MIT) y alejada (MA).

Material y Métodos: Entre 1/92 al 7/01, 66 p fueron trasplantados: 31 unipulmonares (UP) (46.9%), 12 bipulmonares (BiP) (18.2%) y 23

cardiopulmonares (CP) (34.8%). Las indicaciones para cada tipo de Tx fueron: UP 19 enfisema y 12 fibrosis pulmonares; BiP: 7 bronquiectasias no fibrosis quística (FQ) y 5 FQ; CP: 10 hipertensión pulmonar primaria, 10 Síndrome de Eisenmenger, 1 bronquiectasia, 1 fibrosis pulmonar asociada a miocardiopatía y otra a miocardiopatía restrictiva. Los procedimientos fueron electivos en el 50% de los UP, 67% de BiP y 61% de CP. El 21.7% de los CP requirió soporte inotrópico siendo innecesario en UP y BiP. Tres p UP (9.6%) y 2 en BiP (16.6%) requirieron ARM pre Tx. La supervivencia se calculó mediante el método de Kaplan-Meier, incluyendo la MIT. Para comparaciones univariadas se usó el test de chi cuadrado para variables cualitativas y el Wilcoxon-Mann-Whitney para variables numéricas y ordinales. Para predictores de MA se usó regresión de Cox, calculándose luego los odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Para este análisis se incluyó la MIT. Resultados: La MIT the 28.7% (19 p); UP: 22.5%, BiP 16.6% y CP: 43.4%. La supervivencia a 1,2 y 3 años fue 62 ±6.2 % 47.2 ±6.8 % y 41.3 ±7.1. Si se excluye la MIT, la supervivencia estimada a 1,2 y 3 años es de 87.3 ±5.4%, 66.4 ±8.0% y 58.1 ±9.0%, respectivamente. No se encontraron predictores de MIT. Resultaron predictores de MA (OR, [IC 95%],p) la injuria de reperfusión (2.14 [1.1-4.15],p=0.025) y el número de infecciones durante el seguimiento: una infección (3.62 [1.16-11.3]), 2 infecciones (5.1 [1.26- 20.6] y 2 infecciones (10.2 [2.53-41]) (p=0.007). Conclusión: El Tx pulmonar es un tratamiento viable con resultados cercanos a los estándares internacionales reportados por la Sociedad Internacional de Trasplante Cardiopulmonar. En base a nuestra experiencia la presencia de injuria de reperfusión y el número de infecciones durante el seguimiento predijeron MA.

CAVITACION UNTRASÓNICA EN CIRUGÍA TORÁCICA

Pilheu M., Suparo IT., PibidaJC., MorafiaEi,
Olenchuck A., AizenscherDG.

Servicio de Cirugía Torácica del Instituto de Tisioneumonología Prof Dr. R. Vaccarezza. UBA.

Presentamos un método muy difundido en neurocirugía y en cirugía hepática pero poco utilizado en cirugía torácica. Se trata de la utilización de la vibración longitudinal de un sistema piezoeléctrico a una frecuencia de 24Khz, transmitida a un hand-piece. que fragmenta, disgrega. irriga y aspira el tejido tumo-tum oral en forma selectiva respetando las estructuras nobles. Creemos que en enfermos muy particulares, en los que la cirugía convencional está contraindicada ya sea por la localización del tumor o por condiciones inherentes al paciente, éste método, por sus escasos riesgos, puede tomarse en cuenta como Alternativo.

Presentamos su utilización en tres pacientes:

Un paciente de 50 años con adenocarcinoma paramediastinal de Lóbulo Superior Derecho, en contacto con vena cava superior (VCS), sin interfase de separación con la misma, pero sin parálisis frénica, en donde se efectuó la lobectomía superior derecha utilizando este método para limpiar un medallón de tumor adherido a la pared de la VCS. Un segundo caso de una mujer de 32 años que debuta con síndrome de VCS, por tumor de mediastino superior derecho, con remisión parcial con radioterapia, en donde se reseccó el tumor dejando medallón en VCS y reseccándolo también por disección ultrasónica quedando la pared de la vena aparentemente "limpia" La anatomía patológica informo tumor de probable origen tímico a pequeñas células. Finalmente el tercer caso se trata de una paciente añoso con MTTs única de tumor renal en el sector intercúminolingular, central, yuxtahiliar, con lobectomía contraindicada por funcional y tumorectomía muy riesgosa por su vecindad con elementos nobles en donde se realizo resección tumoral ultrasónica a travez de una neumotomía. Con buena evolución postoperatoria

Los tres pacientes fueron abordados por incisiones universales.

Ninguno presentó complicaciones atribuibles al método así como tampoco recidiva de su patología tumoral.

Creemos que en casos bien seleccionados, la cavitación ultrasónica constituye una opción válida y arroja resultados satisfactorios..

MA (OR,

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGTJDA SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

Fenoglietto D; Arienti R; Vedovato F; Hayetian V; Fernandez J.

Htal de Agudos F. Santojanni. Servicio de Terapia Intensiva, GCBA, Argentina

Objetivos: Resaltar la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a Hernia Diafragmática Aguda por trauma cerrado toracoabdominal; su incidencia, mecanismo de producción, evolución y complicaciones en nuestro servicio.

Material y Método: Se realizó la revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a terapia intensiva durante el periodo del 30/06/1992 al 30/06/2002 con diagnóstico de IRA secundaria a traumatismo toracoabdominal cerrado. Las variables analizadas correspondieron a valores cualitativos y cuantitativos. Resultados: Sobre un total de 3620 pacientes que ingresaron a terapia intensiva durante el periodo comprendido entre el 30 / 06 / 92 a! 30 /06 / 02 solo 3 (0.08 %) correspondían a IRA secundaria a Hernia Diafragmática Traumática Aguda HDTA. Del total de pacientes, 2 (66.7%) eran de sexo masculino y 1 (33.3%) de sexo femenino; la edad promedio fue de 33.6 +/- 10 años. Ingresaron con un Apache II de 14.6 +1- 1.52 nivel II y un SAPS II de 34.6 +1- 8.62 en promedio, requiriendo Asistencia Respiratoria Mecánica durante 8.33 +/- 1.52 días, con un promedio de 15.33 +/- 1.15 días de internación. Se constataron tres mecanismos de producción distintos (Calda de altura, choque frontal, aplastamiento por neurnático) por lo que tenían diferentes lesiones asociadas, sobre todo en miembros y pelvis. En todos los casos de HDTA el diafragma comprometido fue el izquierdo, y la viscera más afectada fue el estómago (100% de los casos), además, todos se presentaron con contusión pulmonar de diferente grado de gravedad que se resolvieron en 8-10 días aproximadamente. Como complicación surgieron: SIRS (33.3%), empiema pleural tabicado que requirió decorticación (33%) y destete dificultoso por síndrome hiperadrenérgico (33.3%) La supervivencia fue del 100% de los casos.

Conclusiones: La IRA por HDTA que requirieron terapia intensiva y asistencia respiratoria mecánica es de baja incidencia en nuestra experiencia, sus mecanismos de producción son múltiples, y se resalta que además de las manifestaciones clínicas que aproximan el diagnóstico de IRA, es necesario la radiografía de tórax para su correcto diagnóstico y tratamiento adecuado.

GRANULOMATOSIS DE WEGENER. DIAGNOSTICO FOR TORACOTOMIA VIDEOASISTIDA.

Menéndez, J.; Parpaglione, C.A.** y Olmedo, G.***

*Médico cirujano torácico. Maternidad Suizo Argentina;

Médico neumonólogo; *Médica anatomopatóloga

Un paciente de sexo masculino de 35 años de edad derivado para su estudio por Rx y TAC de tórax con imagen nodular de 11mm, bronquiectasias y atelectasia laminar en lóbulo medio. posterior a un cuadro compatible con sinusitis y neumopatía que fue tratado con antibióticos de amplio espectro con buena evolución.

Corno antecedentes de importancia se destacan lesiones cutáneas en cara anterior de ambas piernas que repite entre otoño y primavera desde hace aproximadamente dos años. Las mismas fueron interpretadas como vasculitis por un dermatólogo y la biopsia mostró cambios inespecíficos.

En la primera consulta se solicitaron estudios para descartar GW que fueron negativos. Una TAC de senos paranasales mostró hipertrofia de cornetes inferiores y la de tórax se mantenía sin cambios. La PPD 2UT fue de 25mm y ulcerada.

Luego de una BFC con BAL y BiB comenzó con hipertermia y en un servicio de urgencias, ante la progresión de las lesiones pulmonares se comenzó con tratamiento antiTBC con cuatro drogas sin resultados positivos.

Fue internado para realizar nueva BFC y en el lavado bronquial se aisló una pseudomona aeruginosa que fue tratada con excelentes resultados.

Hasta el momento los resultados para BAAR directos de esputo y lavados bronquiales eran negativos (luego se confirmó por los cultivos) y el BAL y BTB fueron informados como con "cambios inespecíficos".

Ante la carencia de diagnóstico y la sospecha de estar frente a una vasculitis, se decidió la biopsia pulmonar por toracotomía video asistida (VATH). El resultado de la biopsia fue de granulomatosis de Wegener con zonas de BOOP.

El paciente comenzó tratamiento con Meprednisona y Ciclofosfarnida con buena tolerancia y mantiene los resultados de ANCA C negativos y función renal normal.

Se presenta el caso por varios motivos como ser la importancia de la VATS como método diagnóstico de la patología difusa pulmonar y la sospecha de una vasculitis "localizada" con ANCA negativo pero con lesiones extrapulmonares poco habituales.

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE

Fanelli V., Bracco R., Abramson H., Bergna M., Scarinci M., Lopez Aráoz A.

Servicio de Broncoscopia; Hospital Antonio Cetrángolo.

Vicente Lopez; Buenos Aires

El hemangioendoteliooma epitelioide es una neoplasia rara de origen vascular, con grado intermedio de malignidad, progresión lenta y curso clínico entre un hemangioma y un angiosarcoma. Puede desarrollarse en cualquier tejido, siendo más frecuente en pulmón y en hígado. Generalmente se presenta como lesiones multicéntricas en una misma región anatómica, dando en 25% de los casos metástasis a distancia (mediastino, pleura, peritoneo, SNC, intestino, piel.). Es más frecuente en mujeres, menores de 30 años. Su presentación clínica es asintomática, en la mitad de los casos, o puede ocasionar disnea, dolor pleurítico, tos no productiva o hemoptisis. Se describe la presentación de esta rara enfermedad, y sus consideraciones terapéuticas en una paciente de 22 años, que consulta por hemoptisis.

VENTILACION NO INVASIVA EN LA REAGUDIZACION DE LA EPOC: MUESTRA EXPERIENCIA

Casas JP, Mercadillo JA, Robles AM, Abbona H, Lopez AM. Hospital Privado de Córdoba. Córdoba Argentina.

Existe suficiente evidencia que demuestra los beneficios de la aplicación de ventilación no invasiva (VNI) en pacientes con EPOC reagudizados. Si bien puede ser usada como alternativa a la intubación, la indicación precoz puede prevenir el deterioro clínico y evitar la intubación endotraqueal.

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia en VNT en pacientes con reagudización hipercápnica de la EPOC.

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes con EPOC reagudizado internados en nuestro hospital entre junio 1999 y junio 2002, debido a insuficiencia respiratoria hipercápnica. Fueron incluidos pacientes con PaCO₂

>50 mmHg y p11 <7,35 que no presentaban contraindicaciones para la VNT. La VNI fue aplicada mediante BiPAP con máscara facial o nasal. Se evaluaron parámetros clínicos: frecuencia respiratoria (FR), y gasométricos: pH, PaCO₂ y PaO₂/FiO₂ (P/F) tomados al basal, una hora y 24 hs post VNT, y al alta hospitalaria. Análisis por ANOVA, p significativa menor de 0,05.

Resultados: Se evaluaron 12 pacientes con EPOC reagudizado (7 varones, 5 mujeres) edad promedio 65,5 años (rango 60 a 78). En 11 pacientes se inició BiPAP en la sala común y uno en UTL. Las causas de la descompensación fueron: 6 bronquitis bacteriana (51%), 1 neumonía (8%), 1 arritmia cardíaca (8%), 1 secundaria a drogas depresoras (8%) y 3 no identificadas (25%). Los pacientes presentaron una reducción de la FR de 25,9 ± 4,1 resp/min a 22,3 ± 4,1 a la 1er hora (p=NS), a 22 ± 3,7 a las 24 hs. de VNT (p=NS) y 21,4 ± 2,3 al alta (p<0,05); un incremento en el pH de 7,31 ± 0,05 a 7,33 ± 0,04 a la 1er hora (p=NS), a 7,37 ± 0,04 a las 24 hs. de VNT (p<0,01) y 7,41 ± 0,03 al alta (p<0,001); un descenso en la PaCO₂ de 74,7 ± 12,3 mmHg a 67,8 ± 16,1 a la 1er hora (p=NS), a 59,5 ± 7,4 a las 24 hs. de VNI (p<0,05) y 50,9 ± 7,1 al alta (p<0,01); y un incremento no significativo en el P/F de

237,7 ± 66,7 a 265,3 ± 87,5 a la 1er hora, a 286,7 ± 62,6 a las 24 hs. y 321 ± 80,1 al alta. La duración media de BiPAP fue de 3,8 días (continuo 1,7 días) con un tiempo de internación promedio de 7,9 días. El procedimiento fue exitoso en 10 pacientes, en 2 fracasó, uno por intolerancia a la interfase y otro requirió intubación endotraqueal.

Conclusiones: La VNT mostró ser efectiva en mejorar parámetros clínicos y gasométricos en pacientes con EPOC reagudizados hipercápnicos. Su aplicación precoz en el internado común es factible, requiriendo de motivación, entrenamiento y adecuado monitoreo.

DEBILIDAD MUSCULAR GENERALIZADA EN
PACIENTE HIFERTIROIDEA A PROF OSITO DE
UN CASO

Fenoglietto. D.R, Arienti.R.U, Estrin.A.M, Chalco.S.M, Vásquez

Objetivo: Presentar un caso de destete dificultoso que cursó con debilidad muscular generalizada en el curso de una crisis hipertiroidea.

Material y Método: Paciente con antecedentes de enfermedad de Graves Basedow, que comienza hace un mes con debilidad muscular generalizada, consulta por dificultad respiratoria. Es evaluada y se constata cuadro de obstrucción de vías at-ens superiores, que no responde al tratamiento siendo necesario colocarla en A.R.M por presentar acidosis respiratoria aguda y signos de crisis hipertiroidea, a las 48hs se evidencia neumonía basal derecha. Se adaptó a la A.R.M. con lorazepam y Fentanilo, recibió hidrocortisona 300mg/diario recibió aminoglucósidos ni relajantes musculares. Alas 72hs de A.R.M se realizaprueba de respiración espontánea en tubo en T que se interrumpe por taquipnea. Se inicia destete progresivo con S.IM.V. + P.S se mantiene esta modalidad 24hs y luego con P.S solo por 24hs más, al tolerar P.S de 8cm H2O se extuba. Después de 24hs deteriora la mecánica ventilatoria con nuevo episodio de acidosis respiratoria aguda y deterioro del sensorio por lo que se reinicia A.R.M. A las 48h se realiza nueva prueba de respiración espontánea extubandose al finalizar la prueba A posteriori comienza con taquipnea, broncoespasmo moderado que cede con broncodilatadores persistiendo hipoxemica, saturación 88% - 89% por oximetriade pulso, se inicia V.N.I. modo C.P.A.P. con mascara nasal en forma intermitente la cual se retira a las 48hs. Ante la persistencia de debilidad muscular generalizada y la alta sospecha de miopatía se realiza el electromiograma en el músculo deltoideos que lo confirma.

Resultados: Confirmamos la importancia de la debilidad muscular generalizada (miopatía) como etiología en la prolongación del destete.

Conclusiones: Creemos que la evolución favorable de este caso corresponde al tratamiento efectivo de su patología de base y de su neumopatía, y por la búsqueda precoz y diaria de tolerancia a la prueba de respiración espontánea. como también la alimentación precoz y el no uso de drogas que exaceiban su debilidad muscular generalizada. Además queremos resaltar la reición existente entre el hipertiroidismo y miopatía como etiología de la debilidad muscular generalizada.

EFECTO DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN PACIENTES CON IPA Y SDRA
EN ARM

Varela D,Tiribeili N. Fernandez B, Salem J, SalaF.
Hospital Churruca Visca, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Enpacientes con diagnóstico de injuria pulmonar aguda (IPA) y distress respiratorioagudo (SDRA) ventilados con un protocolo de bajo volumen corriente (VC), evaluar las modificaciones en la mecánica ventilatoria y en el intercambiegaseoso luego de efectuar una maniobra de reclutamiento alveolar (MRA).

Material y Métodos: Se evaluó una muestra de 17 pacientes (13 hombres, 4 mujeres) ingresados a UTI del Hospital Churruca entre el 11/05/01 y el 02/04/02 con criterios de IPA (n=6) y SDRA (n=11) que requirieron ARM. La edad promedio fue de 58 años (DS 17.14, rango 24-74) .Del total de pacientes, 11/17 presentaron IPA o SDRA primario y 6/17 secundario. Los pacientes fueron ventilados según el protocolo de ARDS Network. El nivel de PEEP fue seleccionado utilizando el método de la mejor compliance estática (CE). Pan evaluar el intercambio gaseoso, los pacientes fueron ventilados durante un periodo de estabilización de 30 minutos. Se tomo una muestra de sangre arterialy se calculo e IPaO2/FiO2. Posteriormente se efectuó una MRA (CPA) 40 cmH2O durante 40”). Luego se reinició la ventilación con los parámetros previos y en 30 minutos se calculó el valor de CE y PaO2/FiO2. Se realizó una comparación pan muestras relacionadas estudiando las variables PaO2/FiO2, y CE antes y despues de la MRA. La prueba estadística aplicada fue Suma de Rangos de Wiicoxon. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se presentan como media, desvío standard y valores mínimo y máximo. El valor de PEEP seleccionado fue de 10.47 cmH2O (2.85, 8-17). El PaO2/FiO2 basal fue de 190.7 (49.2, 123-270). Posteriormente a la MRA fue de 204.9 (64.52, 120-305). El índice PaO2/FiO2 fue mayor luego de la MRA. pero no se observó una diferencia significativa ($p=0.17$). El valor de CE basal fue de 46.8 ml/cm H2O (15.9, 25-76). Posteriormente a la MRA fue de 51.2 (19.2, 25-86). Se observa una diferencia estadísticamente significativa en la CE obtenida luego de la MBA ($p=0.036$). No se registraron complicaciones durante la realización de las maniobras en ninguno de los pacientes evaluados.

Conclusión: En pacientes con IPA y SDRA ventilados con bajo VC, la aplicación de una MRA permite obtener mayores valores de CE.

SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DEL
ADULTO (SDRA) SECUNDARIO A ARTERITIS DE
TAKAYASU

Videla. AJ, López Aráoz A, Cosenza S, San Roman A, Grassi DG, Perez Chada D,
Hospital Universitario Austral. Bs. As., Argentina

Paciente de sexo masculino y 30 años de edad que 10 meses antes de su internación cursaba con hipertermia de 38-39 °C, sudoración nocturna, dolor intermitente de rodillas y pérdida de 10 kg de peso. El examen físico no mostraba alteraciones significativas. Se detectó anemia microcitica (lit 31%, Hb 9.4 gr/dl; VCM 66 u3), eritrosedimentación (VSG)110 mm, hipergamaglobulinemia policlonal (2.3 gr/dl), fenemia 24 ug/dl y fenitina normal. Orina normal. Factor reurnatoideo, FAN y ANCA negativos. Serología para toxoplasmosis, brucelosis, MNI, CMV y HIV negativas. PPD negativa. flemocultivos y urocultivo negativos. Rx Tx normal. Ecografía y TAC abdominal con leve hepatoesplenomegalia homogéneas. Ecocardiograma normal. Se inició *tratamiento* sintomático con naproxeno un mes antes a su internación, lográndose descenso de la fiebre y la VSG con mejoría del estado general. Ingresó por disnea CF IV y tos con expectoración hemoptoica de 4 días de evolución. Presentaba regular estado general, adelgazado, FR 28/min con uso de músculos respiratorios accesorios y auscultación de rales subcrepitantes bilaterales. Laboratorio:EAB: 7,49/33/63/2,3/ Sat:94%; Hto:34%; Hb: 10,6 gr/dl; GB: 13100/ui (N: 70% L: 19%); plaquetas: 471 .000/ui; GOT, GPT, LDH y FAt normales; ANCA, FAN y anti-MB negativos. Orina: hematies 6-10/campo. Rx Tx: opacidades alveolo intersticiales difusas. Se tomaron hemocultivos y se inició tratamiento con ceftriaxone y claritromicina. Requirió ARM con parámctros de SDRA y Pa/FiO, 107. Se realizó FBC con LBA y BTB detectándose solo secreciones heméticas. El directo del LBA no mostró gérmenes. Se inició metliprednisolona 1 gr/día EV por presunción de vasculitis con alveolitis hemorrágica. A las 48 horas del ingreso falleció con progresión del SDRA refractario a altos niveles de

PEEP y disociación electromecánica cardiaca. La necropsia mostró arteritis de Takayasu con compromiso del cayado aórtico y sus ramas principales (sin obstrucción de estas últimas), aorta descendente y abdominal y arterias pulmonares (Tipo IV); tromboembolismo de arterias pulmonares de gran y mediano calibre con signos de falla cardiaca derecha. La histología pulmonar mostró edema intraalveolar con extravasación de hematíes, exudado fibrinoso y membranas hialinas. Existen dos reportes previos en la literatura médica de arteritis de Takayasu con insuficiencia respiratoria de comienzo abrupto y uno con SDRA por neumonía intersticial aguda. El caso presentado es el primero con daño alveolar difuso constatado por patología.

UTILIDAD DEL APACHE II COMO PREDICTOR PRONOSTICO EN PACIENTES CON PATOLOGIA RESPIRATORIA

Fernández R, Vazquez W, Grilli M

Terapia Intensiva, Htal Espanol de Mendoza, Mendoza, Argentina

Objetivo: Evaluar el poder discriminativo y la calibración del "score" APACHE. II en pacientes con patología respiratoria como motivo de ingreso a UTI.

Material y método: Se evaluaron en forma retrospectiva todos los pacientes asistidos en UTI, tomando separadamente el subgrupo de ellos con motivo de ingreso primario en una patología respiratoria crónica descompensada, patología aguda o necesidad de monitoreo de la función respiratoria. Se investigó un período de 4 años comprendido entre 1997 y 2000, se registró edad, sexo, días estada, categoría diagnóstica según las establecidas para el APACHE II, con sus coeficientes de correlación, la coexistencia de enfermedad crónica o insuficiencia de órgano, la mortalidad y las 12 variables fisiológicas que conforman el puntaje fisiológico agudo (PEA) del "score". La capacidad discriminativa se evaluó midiendo el área bajo la curva ROC y la calibración mediante el test de "Goodness of fit" (GOF) de Hosmer — Lemeshow. El valor de significación estadística fue establecido para $p < 0.05$.

Resultados: Fueron ingresados, durante el período estudiado 995 pacientes, 101 con diagnóstico de patología respiratoria. Las características de la población de pacientes respiratorio y de la general se muestran en la tabla 1.

| | No respiratorios | | Respiratorios | | P |
|--------------------------------------|------------------|-------------|---------------|-------|--------|
| | Media | DS | Media | DS | |
| Edad | 58. | 19.95 | 64.69 | 18.18 | 0.004 |
| Estadía | 3.06 | 3.85 | 3.34 | 4.13 | NS |
| PEA | 6.27 | 5.93 | 7.99 | 5.44 | 0.005 |
| APACHE II | 9.88 | 7.06 | 13.24 | 7.15 | 0.0001 |
| Probabilidad de mortalidad intrahosp | 14.13 | 17.08 | 16.69 | 14.72 | NS |
| Sexo | M | 519 (57.9%) | 67 (66.3%) | | NS |
| | F | 375 (41.9%) | 34 (33.7%) | | |
| falla circulatoria | N. | 740 (82.6%) | 79 (78.2%) | | |
| | S | 155 (17.2%) | 22 (21.7%) | | NS |

El área bajo la curva ROC fue de 0.760. El estadístico GOF fue igual a 2.871, siendo estadísticamente significativo cualquier valor por debajo de 15.

Conclusión: El APACHE II, siendo un "score" inespecífico y general demostró una adecuada calibración en el subgrupo de pacientes con patología respiratoria, pero solo un modesto poder discriminativo.

DESCENSO DEL ANION GAP EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS TRATADOS CON BROMURO DE PIREOSTIGMINA, DEBIDO A UNA HIPERCLOREMIA ESPURIA

Gonzalez S, Menga G, Tovo A, Zaltzman, J

Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer" G.C.B.A, Argentina

Objetivo: Analizar caída del Anion Gap (AG) Versus Dosis, en los pacientes tratados con Bromuro de Piridostigmina (Mestinón) debido a una falsa hipercloremia generada por interferencia de bromuro en la determinación del cloruro, medido por el método del electrodo ión selectivo.

Material y Método: Se estudiaron 22 pacientes con diagnóstico de Miastenia Gravis tratados con dosis terapéuticas de Mestinón. En todos los casos se utilizó sangre arterial y la toma de la muestra fue realizada en el pico de acción de la droga. Se estableció que el Ratio de interferencia para el electrodo de cloro fue 3:1. Por tratarse de dos variables cuantitativas utilizamos el coeficiente de correlación (R) para verificar si existe algún grado de asociación entre el AG y la Dosis. Calculamos el cloro esperado para cada paciente en base a los valores de sodio según la siguiente fórmula: $Cl \text{ esperado} = 0.75 \times 4 \times \text{Sodio}$ y lo comparamos con el medido, utilizando un test t para datos apareados, después de descartar la presencia de acidosis metabólica hiperclorémica.

Resultados: El coeficiente de correlación de Pearson entre el AG y la dosis fue $R = -0.83$ ($p < 0.001$). La media del cloro medido fue 110 ± 7 meq/l, La media del cloro esperado fue 102 ± 2 meq/l. El test t para datos apareados muestra que existe una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las de media de cloro.

Conclusiones: Los valores de cloro medido son significativamente mayores que los valores estimados para cada paciente, lo que nos permite concluir que la disminución del AG tan por debajo de los valores normales, se debe a la hipercloremia presente, causada por la interferencia de bromuro. La correlación entre la dosis y el valor de AG también muestra que a medida que aumenta la concentración de Bromuro de Piridostigmina en sangre, disminuye el Anión Gap, ya que la interferencia es mayor.

SARCOIDOSIS TRATAMIENTO INHALATORIO? de la Canal A., Svetliza Ci, Dubra C., Precerutti J., Rodríguez Giménez J., Viudes J.. Hospital Italiano de Buenos Aires.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa que usualmente afecta el tracto respiratorio. El tratamiento más utilizado es con corticoides orales y esta terapia mejora los síntomas respiratorios, los infiltrados pulmonares y la funcionalidad respiratoria.

La utilización de corticoides orales puede producir aumento de peso, retención de líquidos, hiperglucemia hipertensión, osteoporosis, cataratas,

glaucoma ,etc.

La duración del tratamiento puede variar entre 12 y 18 meses.

Otra terapéutica que ha sido demostrada útil por autores como Alberts, Saloos, es la inhalación de Budesonida a continuación de periodos cortos de corticoide oral.

Objetivo: Evaluar utilidad de Budesonida inhalatoria en el tratamiento de Sarcoidosis en Estadio II

Material y Métodos: Se incluyeron 3 pacientes de sexo femenino de 54, 50 y 32 años de edad. EL diagnóstico de Sarcoidosis se efectuó por biopsia fibrobronoscópica y en un caso también por biopsia ganglionar.

La radiografía de tórax y la TC de tórax demostraron Estadio II de la enfermedad. La enzima de conversión se encontró elevada en todos los pacientes.

La capacidad de difusión de monóxido de carbono fue normal.

Se inicio el tratamiento con Meprednisona oral (40mg/día 1 semana, 30mg/día 1 semana. 20mg/día 4 semanas, 16mg/día 4semanas, 10mg/día 2 semanas). Luego se cambió 1200_g de budesonida inhalada hasta completar 18 meses. Las pacientes fueron controladas clínica y radiológicamente en forma mensual y con tomografía computada y enzima de conversión cada 3 meses.

Resultados: Durante los 3 primeros meses de tratamiento corticoide oral las lesiones pulmonares mostraron disminución de su extensión. Cuando se rotó a tratamiento inhalatorio con budesonida tanto en el control de los 3 y los 6 meses siguientes las imágenes radiológicas no mostraron mejoría sino que aumentaron su extensión y la enzima de conversión se mantuvo elevada. Por lo tanto se decidió suspender terapéutica inhalatoria y completar tratamiento con corticoide oral Mejorando las lesiones.

Conclusión: Si bien el número de pacientes es escaso (debemos considerar lo poco frecuente de esta patología en nuestro medio), la utilización de corticoides inhalatorios en el tratamiento de Sarcoidosis no fue de utilidad.

FIBROSIS PIJEIMONAR IDIOPATICA

A.Fernandez; A. K. Piedrabuena J Segovia C. Kotai;

M. Fernández Casares; A. Monteverde

Hospital Nacional Dr. A Posada.s, Sección Neumonología Bs. As. Argentina.

Objetivos: Analizar la experiencia en un hospital general, en el estudio y seguimiento de pacientes con diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática (EPII), con pautas de estudio y tratamiento preestablecidas. **Materiales y Métodos:** En todos los pacientes se realizó historia clínica, radiografía de tórax, funcional respiratorio, TAC de tórax de alta resolución. Fibrobroncoscopia con BAL y BIB y posterior biopsia quirúrgica si aún hubieran dudas diagnósticas Se analizó la evolución a los 12 y 24 meses de seguimiento. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides orales. **Métodos estadísticos:** test Student y test de Fisher, para comparar variables numéricas y no numéricas respectivamente. **Resultados:** Se evaluaron 18 pacientes con EN desde agosto de 1997, con seguimiento durante 24 meses o fallecidos en dicho término. A los 12 meses, 3 pacientes permanecían estables funcionalmente, 8 habían empeorado y 7 fallecieron. A los 24 meses, un paciente discontinuó el seguimiento, y los pacientes restantes habían empeorado funcionalmente.

| Evolución 24 meses Total | Fallecidos | Vivos | P | |
|--------------------------|-------------|-----------|-------------|--------|
| N | 18(13M/5F) | 7 (7MJOP) | 10 (5I.5SF) | |
| Edad(años) | 64.72±9.39 | 69.4±10 | 61.7±7.76 | 0.078 |
| T de evolución(m) | 21.25(5-60) | 13.8±7.5 | 26.3±19 | 0.092 |
| FVC % | 59±13.1 | 51.6±12 | 63.4±11 | 0.070 |
| 51.00% | 46.75±5.16 | 36±5.69 | 51±10.35 | 0.0034 |
| Saturación | 93.52±2.80 | 90.7±4 | 94±2.20 | 0.070 |
| Test 6mm (desaturación) | 15/18 | 7/7 | 8/10 | 0.48 |

| TAC de tórax | Con Biopsia | Sin Biopsia |
|-------------------|-------------|-------------|
| Paralización | 4/7 | 11/11 |
| Vidrio esmerilado | 4/7 | 2/11 |
| Adenopatías | 3/7 | 2/11 |

La PaO2 fue la única variable significativa entre pacientes con y sin biopsia (80.80+ 9.53 vs 64.80 + 12.96 respectivamente p 0.03 1).

Conclusiones: En siete pacientes se requirió realizar biopsia quirúrgica por presentar tomografía no concluyente con FPI/NIU Todos los pacientes evolucionaron desfavorablemente a pesar del tratamiento administrado. La DLCO fue la única variable que presentó diferencia significativa entre pacientes vivos vs fallecidos.

EFFECTOS AGUDOS DE LA ADENOSINA,

DILTIAZEN Y EL ILOPROST EN LA

HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA.

Chertcoff J., Salvado A., Scoane L., Carfagna S., Boslo M., Veltri M.

Servicio de Neumología y Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Siendo los vasodilatadores y la respuesta a los mismos esencial en el tratamiento de la hipertensión pulmonar primaria se *analizan* los efectos agudos de la adenosina y el diltiazem administrados por vía endovenosa y los del iloprost inhalado en enfermos con hipertensión pulmonar primaria.

Material y métodos: Tres pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar primaria fueron evaluados hemodinámicamente con colocación de un catéter de Swan-Ganz y tras las mediciones basales se administró sucesivamente iloprost por vía inhalatoria, y luego adenosina en dosis creciente y diltiazem por vía endovenosa repitiéndose las mediciones para valorar respuesta.

Resultados: La adenosina produjo un descenso de la Presión Pulmonar Media (PAPM) entre 7% a 27%, incrementó el índice Cardíaco (IC) entre 3% a 76%, y disminuyó la Resistencia Vascular Pulmonar (RVP) entre 10% a 37%. El iloprost inhalado disminuyó la PAPM entre 16% a 21%

aumentó el IC entre 4% a 29% y disminuyó la RVP entre 21% a 41%. La administración de diltiazem mostró un descenso de la PAPM entre 14% a 20%, pero una caída del IC entre 2% a 38%. y una respuesta variable de la RVP

Conclusiones: Los resultados no fueron homogéneos. La adenosina mostró una respuesta positiva (caída de 20% de la RVP sin modificar el IC) en dos pacientes, el diltiazem utilizado por vía endovenosa produjo una disminución de La RVP pero con marcada caída del IC, quizás en relación con la edades de los pacientes y la vía de administración. Las mejores respuestas se observaron con el iloprost inhalado con un franco descenso de la RVP en los tres pacientes.

Dado la poca disponibilidad y el costo de la prostaclina en nuestro medio creemos importante la búsqueda de otras drogas pan valorar la reactividad vascular en la hipertensión pulmonar primaria en el ámbito de un hospital general.

VENTILACION MANDATORIA INTERMITENTE

SINCRONIZA Y FRESION DE SOPORTE VS. TUBO EN

T EN EL DESTETE DE LA A.R.M PROLONGADA

Piano F, Soto J, Sills N. Duarte D, Smith R, Ubaldini J, Chertcoff J.

Recuperación Respiratoria Buenos Aires. Argentina

Objetivo: comunicar nuestra experiencia en el destete de la Asistencia Respiratoria Mecánica prolongada (A.R.M.p) en un Centro de Cuidados Respiratorios Crónicos (C.C.R.C.) comparando diferentes modalidades. Material y Métodos: se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ingresados al C.C.R.C. entre 09/98 y el 06/02, tomando a quienes el inicio del destete era considerado posible. Se analizaron: edad, sexo, causa de A.R.M., Apache II, Presión Inspiratoria Máxima (Pimax), patología, duración y resultado del destete y mortalidad. Se dividieron Los pacientes en dos grupos: Grupo I (CI) con ventilación mandatoria intermitente sincronizada más presión de soporte (SINIV + PS) y Grupo II (Gil) con tubo en T (T/T) progresivo según criterio del grupo tratante basado en la estabilidad hemodinámica, tiempo previo de A.R.M. en Terapia Intensiva, estado nutricional y presencia de polineuropatía dcí enfermo crítico. Se utilizó la prueba del Chi cuadrado con valor p significativa <0.05. (**p<0,05). Resultados:

| | GRUPO I | GRUPO II | TOTAL |
|-------------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| N=45 | 32(71,1%) | 13(28.8%) | 45 |
| SEXO | 13/19 | 7/6 | |
| EDAD (años) | 60 | 63 | 61 p>5 |
| APACHE | 15 | 14 | 14,8 p>5 |
| Pitmax | -28 | -41 | -39 p>1 |
| Tiempo de destete(días) | 34 | 14 6 | 28 |
| Días deARiviprevios | 45.12 | 46.6 | 45.8 p>5 |
| Dostete entoso | 24(75%) 6(18.7%) | 8(61%) 1(7 6%) | 71% p>S 7(15,5%)* |

-- p<0,05

Conclusiones: **SIMV+PS** modalidad de destete en nuestra población muestra una prolongación importante del tiempo de destete de valor estadístico y una leve tendencia a ser mas exitosa que ci T/T. Los pacientes EPOC muestran mayor dificultad en el destete. La mortalidad del GI mostró significancia estadística.

| PATOLOGIA N° de pacientes | GRUPO I | | GRUPO II | | Total |
|---------------------------|------------|------------|-----------|------------|-------|
| | Destete(+) | Destete(-) | DestetX+) | Destete(-) | |
| EPOC | 6 | 6 | 2 | 3 | 17 |
| PIJUMONAR NO EPOC | 5 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| POSTOPERATORIO | 4 | 0 | 3 | 0 | 7 |
| NEUROLGICO | 8 | 0 | 3 | 0 | 11 |
| INSUFICIENCIA CARDIACA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |

EXPERIENCIA CON INTERFERON GAMMA 1-B EN EL TRATAMIENTO BE LA FIBROSIS PIJEIMONAR IDIOPATICA. Mazzei ME, Cáneva JO,

Osses SM, Mazzei JA

Sección Neumonología, ICYCC, Fundación Favalaro I Cátedra. de Medicina, Hospital de Clínicas, UBA.

Introducción: Las opciones terapéuticas para la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) son escasas y poco efectivas.

Habitualmente la utilización de esteroides con inmunosupresores lleva a una tasa de respuesta que ronda el 10 al 15%.

Objetivo: evaluar un tratamiento alternativo para la FPI. Material y métodos: Se evaluaron 5 pacientes con diagnóstico de FPI con mala evolución clínica refractarios al tratamiento habitual. Se administró Interferón Gamma 1-b 200 _g subcutáneo trisemanal con 8 mg. de metilprednisona VO diariamente.

| Pacierende | Edad | Sexo | Biopsia | Disnea (NYHA) | Meses sintonías al Dco | Meses del Dco al Tto |
|------------|------|------|---------|---------------|------------------------|----------------------|
| APA | 81 | M | No | III | 1 | 2 |
| RRP | 57 | M | Si | IV | 6 | 3 |
| EVE | 74 | M | Si | III | 24 | 14 |

| | | | | | | | |
|----------|---------|---------|----------------|-----------------|------------------|--------------|--------|
| DSP | 74 | P | Si | II | 12 | 26 | |
| PP | 70 | M | Si | IV | 12 | 64 | |
| Paciente | FVC (L) | PVC (%) | Tiempo (meses) | PVC Post Tto(L) | PVC Post Tto (N) | Cambio (L/%) | Estado |
| APA | 207 | 57 | 6 | 2.25 | 61% | 0.18/9% | Viva |
| REP | 1.55 | 30 | 12 | 2.97 | 57 | 1.42/91% | Viva |
| EVE | 1.89 | 40 | 3 | Nd | Nd | Nd | Deceso |
| DSP | 1.28 | 52 | 23 | 0.73 | 21 | -0.55 / 42% | Viva |
| PP | 0.9 | 22 | 7 | 1.10 | 26 | 0.2 / 22% | Viva |

Conclusiones: La respuesta obtenida en este grupo fue aceptable, con buena tolerancia y pocos efectos adversos y sin mayor deterioro de la FVC. Los pacientes con mejor respuesta fueron aquellos con enfermedad de diagnóstico reciente.

NEUMONÍA AGUDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Moyano V, Uribe M, Uribe F., Cazaux A, Camuzzi 5, Lopez A, Perez H, Yorio M, Uribe Echevarria A. Hospital Italiano de Córdoba.

Introducción: La NAC es una patología con significativa morbimortalidad a pesar de la terapéutica actual; al igual que la EPOC. Con la finalidad de conocer las características y evolución de los pacientes EPOC con NAC, se analizaron las neumonías internadas en un periodo de tiempo en el Hospital Italiano. **Objetivos:** 1. Análisis descriptivo de NAC en EPOC en nuestra institución. 2. Correlacionar severidad de EPOC con score de PORT. **Métodos:** Se estudiaron 56 pacientes EPOC de un total de 249 neumonías desde el 2000 al 2002. Se recabaron datos de un análisis retrospectivo. Se determinó media, IC95%, test de Kruskal Wallis y ANOVA. **Resultados:** Del total de NAC el 22,5% correspondieron a EPOC. Edad: 64a. (44-84). Severidad de EPOC: estadio I: 5,76%, IIA: 44.24%, IIB: 32.69%, III: 17,3%. Días de internación media: 9,66d DS ±8.1; en relación al PORT la mediana: parah:6.5, 11:4 III:5,5 IV:8 y V:6 p=NS. La mediana de días de internación en relación a severidad de EPOC: I:6d., IIA:5,Sd. IIB:6d., III:6d. p=NS. La distribución según Score de PORT fue I:16.4%, II:16.4%, III:12,8%, IV:30,9% y V:23,5%. La mortalidad fue del 10,7%. La mortalidad en relación al Score fue: PORT I, II y III 3 3.3%, para IV y V 66.7%. Bacteriología: esputo en 32 pacientes (57,14%), aislamiento en 3 1,25%:(*Pneumococo(Pn)* 33,3%, *Pseudomona aeruginosa (Ps)* 3 3,3%, *Haemophilus influenzae(Hi)* 25%, bacilos gram (-) 8,4%). Hemocultivos en 36 pacientes, 3 (+) *Ps* (2) y *Pu* (1). IRA en 27 pacientes, 8 ARM, 4 VNI. La correlación entre severidad y PORT:p=NS. **Conclusiones :**1. Los pacientes con EPOC representan un número importante en las NAC. 2.La mayoría correspondió a EPOC II y PORT IV - V. 3.Ps predominó en EPOC III. 4. Los pacientes con ARM, correspondieron a PORT TV-V en su mayoría y a EPOC TIE y III, no encontrándose correlación entre ambos scores. 5. No hubo correlación estadísticamente significativa entre severidad de EPOC y Score de PORT.

¿ES EL SCORE DE PORT UN BUEN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) CON NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD (NAC)?

Moyano V, Uribe M, Uribe F, Camuzzi 5, Lopez A, Cazaux A, Feneyra A, Perez H, Uribe A, Yorio M. Hospital Italiano de Córdoba.

Introducción: El score de PORT se utiliza para predecir mortalidad en el paciente con NAC. La EPOC no es considerada por el mismo. Observaciones previas en nuestros pacientes sugieren que el paciente EPOC podría presentar mayor mortalidad que el paciente no EPOC ingresados a través del score de PORT. Hipótesis: El paciente EPOC presenta mayor mortalidad que el paciente no EPOC con NAC estratificado por score de PORT. **Objetivo:** . Comparar la mortalidad del paciente EPOC vs no EPOC con NAC según score de PORT. **Método:** Estudio comparativo caso-control retrospectivo. Los resultados fueron presentados con promedio, DS. IC 95%, OR. Las comparaciones entre los grupos fueron realizadas por Test exacto de Fisher. **Resultados:** Se analizaron un total de 143 NAC, de las cuales 67((47.5% IC 95%(39.1-56.1%)) fueron no EPOC y 74((52.5% IC 95%(43.9-60.9%)) fueron EPOC. La edad media en pacientes no EPOC fue 66,3 (DS±12.6) rango 25-88 y en EPOC 61.2 (1)5±12.1) rango 35-82. La media de días de estada hospitalaria en no EPOC fue de 8.56 días (DS±8.51) y en EPOC 8.59 días (DS±6.13) con una p=NS. La mortalidad según la condición de EPOC vs no EPOC respectivamente en relación al Score de PORT fue en el PORT I de 5.9% (IC95% 0.1-28.7%) vs 0% (OR(-)) con p=NS, PORT 2 7.1%(IC95% 0.2-33.9%) vs 14.3%(IC95% 1.8-42.8%)(ORO.46) con una p=NS, PORT 30% vs 50% (IC95% 26-74%)(ORO.0000) con una p=NS, PORT 4 8%(IC95% 1-26%) vs 9.1% (TC95% 1.1-29.2%)(ORO.86) con una p=NS, PORT 5 44.4% (TC95% 13.7-78.8%) vs 26.3% (IC95% 9.1-51.2)(OR2.24) con una p=NS

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que por no existir diferencias en la mortalidad de ambos grupos el score de PORT puede ser aplicable a pacientes EPOC.

ASPERGILLOSIS PULMONAR CON INVASION PERICARDICA Y AURICULAR.

Borsini F, Bosio M, Spina J.C, Lyons G, Blasco M, Chertcoff J, Quadrelli S.

Servicio de Neumología, Cirugía Torácica y Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Británico de Buenos Aires.

La Aspergillosis invasiva es una importante causa de mortalidad en inmunosuprimidos. La utilidad de un diagnóstico y tratamiento precoz esta claramente establecida. Presentamos un caso de extensión local invasiva atípica. Paciente de 20 años sin antecedentes,

con diagnóstico de Leucemia Mieloblástica Aguda (M2). Recibió quimioterapia de inducción estándar y reinducción por persistencia de la enfermedad. El cuarto día luego de la primera consolidación desarrolló neutropenia prolongada que evolucionó a la aplasia medular. Presentó múltiples infecciones intercurrentes a gérmenes intrahospitalarios multiresistentes requiriendo numerosos esquemas antibióticos y antifúngicos acumulando 3000 mg de Anfotericina B deoxicolato, 2800 mg de Anfotericina B liposomal en 60 días e itroconazol oral durante 21 días. El día 42° de neutropenia, por fiebre persistente se le realizó una TAC de tórax de alta resolución que evidenció formación hipodensa de 28 x 30 mm con densidad de partes blandas (52 UH) a nivel del bronquios lobar y basales del lóbulo inferior derecho, que comprimida la aurícula izquierda y se asociaba a infiltrado en *vidrio esmerilado* (vet fotos 1y2). El día 50° de neutropenia por persistencia de fiebre se repite la TAC de tórax que mostró imagen de densidad de partes blandas de 40 x 30 mm en contacto con ambas aurículas. (vet foto3y4). Se realizó BAL y punción con aguja fina guiada por TAC. Del material obtenido desarrollo Pseudomona Aeruginosa. Ocho días después nueva TAC de tórax (foto Sy 6) evidencio formación redondeada con nivel hidroaéreo en su interior en topografía del lóbulo inferior derecho en contacto con las aurículas. Nuevo BAL reveló en el directo, hifas ramificadas. El cultivo fue negativo. Se inició tratamiento con Caspofungin 50 mg día. Se le realizó lobectomía inferior derecha, observándose en el acto operatorio tejido de aspecto aspergilar en contacto con el pericardio que no pudo separarse de la pared auricular. La patología demostró hifas tabicadas en parénquima pulmonar y pericardio reestado.(fotos 7y8). El tercer día del postoperatorio se le realizó una resonada nuclear magnética cardiaca que puso de manifiesto una imagen que deforma la pared de aurícula izquierda. (foto 9y10). Al cuarto día del postoperatorio desarrolló súbitamente shock hipovolémico. La Rx de Tórax mostró derrame pleural masivo derecho. Se le realizó pleurocentesis diagnóstica, extrayendo sangre incoagulable. Con mala evolución fallece. Creemos interesante el comportamiento invasor local y las posibilidades actuales de diagnóstico por imágenes que permiten acercarnos de manera más exacta a la realidad anatómica existente.

NAC POR ESTAFILOCOCO AUREUS EN JOVENES INMUNOCOMPETENTES

Fernández Gómez, Victoria — Figueroa, Sandra Beatriz

Servicio de Neumonología. Htaí. Centro de Salud “Zenón Santillán” — S.M. de Tucumán.

El estafilococo como agente productor de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) representa la sexta causa siendo los factores de riesgo: edad: >de 60-65 años, comorbilidades, adicción a drogas endovenosas, inmunodepresión, alcoholismo, empleo de catéteres y prótesis, clásicamente mencionados en las publicaciones. Sin embargo, resulta poco frecuente su descripción en pacientes jóvenes inmunocompetentes no adictos. Asimismo la mortalidad reportada en las distintas series es elevada: 20-84%. A continuación se presentan 6 casos clínicos observados en el periodo de junio a diciembre 2001 con NAC. La edad promedio 27,2 años (rango 19-42), relación varón mujer: 2/1, siendo la puerta de entrada en 2 casos: infección de partes blandas; síntomas gripales días previos a la admisión en 2 casos. La presentación clínica al ingreso fue: fiebre >38°C en 6 pacientes, taquicardia >120 latidos por minutos. hipotensión arterial 80/50mmHg en 2 pacientes, taquipnea en 6 pacientes, tos húmeda productiva y rales crepitantes bilaterales en 5 pacientes. Presenta de sepsis hubo en 4 pacientes, shock séptico y endocarditis en 2 pacientes. Disfunción orgánica: hepática en 3, renal en 2 y gastrointestinal en 1. Los hallazgos de laboratorio fueron: GB.: > 10000 en 4 pacientes, eritrosedimentación elevada en todos los casos, ionograma alterado en 4 casos, hipoxemia y acidosis metabólica en 4 pacientes, hemocultivo (+) para estafilococo metilicilino sensible en 4 pacientes y resistente en 2 pacientes. Los hallazgos radiológicos fueron: opacidades algodonosas difusas en 5 pacientes, derrame pleural en 4, imágenes cavitadas con niveles hidroaéreos bilaterales en 2 pacientes. La evolución fue favorable en el 100%, siendo ambulatorio 1 paciente, internados: 5, en sala de clínica: 3 y en Terapia Intensiva: 2. Ninguno tuvo requerimiento de ARM. La estadía hospitalaria promedio fue de 40 días (rango de 20-60 días). El tratamiento antibiótico fue cefalotina en 5 pacientes, ciprofloxacina en 3 pacientes y vancomicina en 2 pacientes. Por lo expuesto, consideramos que comparando con los pocos reportes publicados en los últimos 20 años, nuestra incidencia de NAC por este germen en este grupo de pacientes es destacable. No observando incidencia estacional aunque si puerta de entrada: (piel) en: 33% de los casos síntomas gripales: 33% y sobrevida: 100% a pesar de la severidad en algunos pacientes, contrastando con la alta mortalidad reportada. Hubo Optima respuesta al tratamiento antibiótico y el bajo nivel socioeconómico the ci comUn denominador en todos los casos.

ASPECTOS CLINICOS E INFECTOLOGICOS EN NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

Marzoratti L., Stok AM., Vega N., Altieri H.H. Hospital Centro de Salud . TUCUMAN . ARGENTINA

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad). Desde 1999 hasta junio 2002.

Resultados: de un total de 170 pacientes entre 14 a 94 años con diagnóstico de NAC, el 57% correspondía al sexo femenino y el 43% al masculino. El 38% pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y el 62% al medio. Como comorbilidades tenían EPOC el 16%, diabetes el 15%, alcoholismo 5%, insuficiencia cardiaca 3%, neoplasias 3%, hepatopatía 1%, BTV 1%, enfermedades autoinmunitarias 1%, sin comorbilidades el 55%. Presentaron NAC previas el 11%. Se trataron en forma ambulatoria el 69%, internado en sala el 30%, en UTI 1% y requirieron ARM el 1%. Se realizaron cultivo de esputo en 27% y BAL en 1% de los pacientes. Los gérmenes aislados fueron: neumococo 12%, haemophilus 12%, klebsiella 2%, TEC 4%, candida 2%. Los antibióticos más utilizados fueron: ceftriaxona 33%, betalactámicos 32%, macrólidos 27%, fluoroquinolonas 17%, imipenem 16%, betalactámicos+IBL 15%. Conclusión: Observamos un porcentaje de internación de 31%, poca recuperación de gérmenes y alto porcentaje en el uso de antibióticos como ceftriaxona e imipenem para NAC.

PREVALENCIA DE CEPAS DE *Sfrepstoecoccus pneumoniae* RESISTENTES A PENICILINA

ASLABOS DE MATERIALES RESPIRATORIOS. PERFIL DE RESISTENCIA A OTROS ANTIMICROBIANOS

Otheguy SM, Gallcgo Mj, Raincri MC

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. E.Finochictto 849. Bs. As

Introducción: La importancia de *Streptococcus pneumoniae* (Sp) como patógeno responsable de infecciones respiratorias se ha visto incrementada por la resistencia observada a penicilina (P) y a otros antimicrobianos, causando fallas terapéuticas.

Objetivo: evaluar la prevalencia de cepas de Sp resistentes a P y la actividad *in vitro* frente a otros antimicrobianos.

Materiales y métodos: durante el periodo comprendido entre enero/2000 y junio/2002 se estudiaron 277 cepas de Sp con ecutivas y no repetidas provenientes de materiales respiratorios. La identificación bioquímica se realizó mediante sernibilidad al disco de optoquina y confirmación serológica Se determinó la sensibilidad *in vitro* pan toclos los antimicrobianos pa el método de difusión en agar según normas NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards) y concentración inhibitoria mínima (CIM) pa difusión cuantitativa en agar y ademas en el caso de penicilina se analizaron los puntos de corte según informe del Drug Resistant Streptococcus Pneumoniae Therapeutic Working Group, CDC Atlanta (DRSPTWG).Se empleó cepa patrón *Streptococcus pneumoniae* ATCC 496 19.

Resultados: según normas NCCLS: P 23/277 (8.3%) resistencia intermedia (RI). y 181277 (6.5%) alta resistencia Las cepas Sp resistentes a P (SPRP) presentaron los siguientes perfiles de resistencia cefotacima (CTX) 10/41 (24.4%), eritromicina(ER)13/41 (31.7%), ofloxacin (OF) 1/41 (2.4%). trimetoprimasulfametoicazol (TMS) 24/41 (58.5%). tetraciciina(TE) 15/41(36.6%), cloranfenicol(CL) 2/41(4.9%) Según DRSPTWG para P 11/277(4%) RI y 7/277(2.5%) alta resistencia Sp semibias a P 236/277(85.2%) presentaron los siguientes perfiies de resistencia E 9/236(3.8%), OF 6/236(2.5%), IMS 25/236(10.6%), TE 27/236 (11.4%), CL 3/236 (1.3%) levofloxacina (LE) 1/236 (0.4%).No se encontraron cepas resistentes a vancomicina, imipenem. linezolid, y rifampicina.

Conclusiones: La prevalencia de cepas SPRP fue 41/277 (14.8%) según NCCLS y 18/277(6.5%) según

DRSPTWG. Se sugiere conocer los valores de EIM para definir ci mo de este antibiótico dado que las neumonías causadas por Sp con CIM=2 ug/ml podrían tratarse con altas dosis de penicilina.

INCIDENCIA DE NEUMONIA AGUDA EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Delorme R., Raimondi G.A., Falcone G. Bolbol M., Ameriso S.F. FLENI. Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Estudiar la incidencia de neumopatía aguda (NA) en pacientes internados por accidente cerebro vascular (ACV) y observar si la misma se asocia a variables determinadas.

Material y Método: Se estudiaron prospectivamente 215 internaciones sucesivas de ACV en 2 años (Junio 99 a Mayo 2001). El diagnóstico de NA se realizó por infiltrado Rx más al menos dos de los siguientes criterios:

fiebre >37.5°C, leucocitosis >10.000, expectoración purulenta, tos y/o disnea. Se tuvo en cuenta la edad, sexo, controles de presión arterial (PA) y de laboratorio de ingreso, localización del infiltrado, factores de riesgo para enfermedad cerebro vascular, territorio vascular anterior o posterior, la existencia de trastorno de deglución, la utilización de sonda nasointestinal (SNE) y la patología pulmonar previa. Se excluyeron pacientes que ingresaron intubados o que por su evolución neurológica requirieron intubación en las primeras horas (n=15). Se utilizó el test de t no apareado para variables continuas y el test de chi cuadrado para la comparación de proporciones. Se aceptó como significativa $p < 0.05$.

Resultados: La edad (media±DS) de los pacientes fue de 63.6±15.9 años. Diez pacientes presentaron NA (4.7%). En nueve ocasiones en lóbulos inferiores. El tiempo de internación fue significativamente diferente para el grupo con NA y no NA (40.7±40.2 y 8.9±7.5 días). No difirió significativamente entre el grupo de pacientes con NA vs no NA la edad, sexo, los valores de ingreso de PA diastólica, hematocrito, plaquetas, urea y Na ni los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, patología pulmonar previa, alcoholismo o ronquidos. Tampoco difirió significativamente la localización posterior del ACV. Difirieron significativamente la PA sistólica (164±33.4 vs 148±26 mmhg), el recuento de blancos (14410±6277 vs 9440±3628), la glucemia (155±81 vs 119±43mg%) de ingreso ,los antecedentes de tabaquismo (80 vs 36%), tabaquismo el día previo al ACV (60 vs 15%), los trastornos deglutorios (50 vs 9%), utilización de SNE (80 vs 6%) y el diagnóstico de ACV hemorrágico (60 vs 19%).

Conclusiones: En este particular grupo de pacientes se observó una baja incidencia de NA. Esta se asoció claramente a pacientes con ACV hemorrágico, antecedentes de tabaquismo, trastornos deglutorios, necesidad de SNE y que a su ingreso presentaron hipertensión arterial sistólica, leucocitosis e hiperglucemia.

PARASITOSIS PULMONARES. PATOLOGIA POCO FRECUENTE?

DIAZ OMAR. BARRIONUEVO J.MENA S. ROVARINI A. SALE H.

Unidad Respiratoria Sanatorio Galeno. Tucumán. Argentina.

En el ultimo año asistimos 5 casos de patología que asociaban Strongyloides Stercoralis y pulmón. Este parásito cosmopolita se desarrolla en Tucumán favorecido por el clima subtropical húmedo y por las condiciones socio económicas de marginalidad y pobreza. Tiene alta incidencia en patología digestiva en niños Nematodo que se localiza en el segmento superior del intestino delgado, relatamos un caso de presentación inusual. Paciente masculino de 29 años derivado de guardia por un cuadro convulsivo 4hs. previas al ingreso. Cefalea, síndrome febril, temblores, disnea y tos seca de 2 días de evolución. Ingres a Unidad Respiratoria con FC:148,ER:36., mala mecánica, crepitantes y sibilantes bilaterales, se ausculta movilización de secreciones que el paciente no podía expectorar: Con SatO2 76%. Francamente adelgazado. Peso estimado 45 Kg. Altura 175 cm. Inyección conjuntival, quemosis bilateral. Mamas marcadas, protesis(?). homosexual, se prostitulle. Refiere sn enana:tos, disnea, flebre y cefalea de 2 semanas con temblores y alteración del sensorio en las Ultimas 12 hs. Dado el cuadro se entuba al paciente y se comienza ARM. Se constata leucocitosis de 28.600 blancos con 97% neutrofilos. Gases en sangre arterial: ph 7.34,C02 21,o2 66,SAT 78%, ECG: taquicardia sinusa. RX Tx: Infiltrados Intersticiales Bilaterales .Se toma muestra para HIV, hemocultivo, Urocultivo, Punción Lumbar y Laboratorio General. Se realizó toma muestrna a través de tubo endotraqueal de lavado con técnica de mini-bat para BAAR, Germenes y Micológico. Paciente fall ece

11 hs. del ingreso a pesar de apoyo inotrópico y ARM.

Resultados: Pundón lumbar: leuco 3, glóbulos rojos, proteínas aumentadas, glucosa normal, HIV positivo. Labado Bronquial: BAAR, gérmenes y micológico negativos. Se detecta Strongyliodes Sterconalis a campo cubierto. hemo y Urocultivos negativos. Urea y creatinina elevadas discretamente con hiponatremia de 117 y potasio 3.7. A neferencia de su familiar directo el paciente no recibió antibióticos previos ,sólo AINES, por lo que el cuadro se interpretó como Síndrome de hiperinfecciónm Pulmonar por Strongyliodes. Por ello concluimos que debe considerarse este organismo entre las causas de patologías sobre todo en pacientes con severos factores de riesgo.

NEUMONIA FOR PNEUMOCYSTIS CARINEI CON PATRON RADIOLOGICO CAVITARIO

Natiello M, Castagnino J. Castro Zorrilla L. Yunis L,
Mosca C A.

Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza". UBA.

División Neumotisiología. Hospital F.J.Muñiz. Bs.As. Argentina

La neumonia por *Pneumocystis carinii* (PCP) puede presentarse con patrones atípicos como por ejemplo:

nódulos, consolidaciones localizadas, derrame pleural, atelectasias subsegmentarias, adenomegalias miliares y mediastinales y cavidades. Presentamos 2 pacientes con manifestaciones radiológicas poco frecuentes.

PACIENTE 1: 23 años, sexo masculino, HEV+. Consultó por tos, expectoración y pérdida de 5 kg en un mes. Rx de tórax: cavidades en vertices. Inició tratamiento antituberculoso. A los 10 días hubo progresión lesional y se suspendió el tratamiento. Espujo inducido: se halló *P. carinii*. Directo y cultivo para BAAR negativo. Comenzó tratamiento con TMT-SMZ con buena evolución. PACIENTE 2: 30 años, sexo masculino, HIV+. Consultó por síndrome febril, tos y expectoración. Rx de tórax: cavidad en LSI. Comenzó tratamiento antituberculoso sin mejoría. Se realizó LBA que fue positivo para *P. carinii*. Directo y cultivo para BAAR negativo. COMENTARIO: LA TBC es la causa más frecuente de cavidades en pacientes HTV/SIDA, especialmente en estadios tempranos de la enfermedad. Otras causas son: micosis, neumonías bacterianas, micobacterias atípicas y PCP. La PCP con patrón cavitario a pesar de ser infrecuente (6%) debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de la TBC.

ASOCIACIÓN ENTRE HAEMOPHILUS INFLUENZAE Y HIV

Monteverde A, Peluffo G, Bavasso E, Flores L, Heres M, Santos A.

Htal. Prof. A. Posadas. El Palomar. Partido de Morón Pcia de Bs. As. Argentina

OBJETIVOS: 1) Determinar si existe asociación positiva entre el aislamiento de *Haemophilus influenzae* en muestras respiratorias y la infección por HIV. 2) Establecer si dentro de la población HIV positiva es más frecuente el hallazgo de cepas B-lactamasa positivas. MATERIALES Y METODOS: Se analizaron en forma retrospectiva todas las muestras respiratorias (espujo, BAL, aspirado traqueal, líquido pleural) ingresadas al Servicio de Bacteriología del Hospital Nacional Profesor A. Posadas, en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 1999 y el 31 de marzo de 2002. Se estudiaron las siguientes variables: aislamiento en las muestras respiratorias de *Haemophilus influenzae* y patrón de sensibilidad de los mismos (resistencia por producción de B-lactamasas), serología para HIV. Estas variables fueron analizadas con el test de chi cuadrado. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Los materiales fueron sembrados en ágar chocolate y ágar sangre. Los *Haemophilus* aislados fueron tipificados por enfrentamiento con factores específicos. La determinación de B-lactamasas fue realizada por tiras de nitrocefin. La serología para HIV fue realizada por método de ELISA. RESULTADOS: Número total de muestras respiratorias: 5.793. Número total de muestras respiratorias en pacientes con serología positiva para HIV: 838 (14,46%) Número total de muestras con aislamiento de *Haemophilus influenzae*: 424 (7,32%). Número total de muestras con cepas B-lactamasa positivas: 37 (8,73%). Frecuencia de HIV(+) en las muestras con aislamiento de *Haemophilus influenzae*: 98/424 (23,11%). Frecuencia de HIV(+) en las muestras sin aislamiento de *Haemophilus influenzae*: 740/5369 (13,78%). Frecuencia de aislamiento de *Haemophilus influenzae* en pacientes HIV(+): 98/838 (11,69%). Frecuencia de aislamiento de *Haemophilus influenzae* en pacientes HIV (-): 326/4955 (6,58%).

$P=0,0001$ O.R.=1.88 IC(95%)=1,47 a 2,40

Frecuencia de HIV(+) en las muestras con aislamiento de cepas productoras de B-lactamasa: 15/37 (40,54%). Frecuencia de HIV(+) en las muestras con aislamiento de cepas no productoras de B-lactamasa: 83/387 (21,44%). Frecuencia de aislamiento de cepas productoras de B-lactamasa en pacientes HIV(+): 15/98 (15,31%). Frecuencia de aislamiento de cepas productoras de B-lactamasa en pacientes HIV(-): 22/326 (6,75%) $P=0,015$ O.R. =2,497 IC (95%) = 1,17a5,29

CONCLUSIONES: 1) Existe asociación positiva en el aislamiento de *Haemophilus influenzae* en muestras respiratorias y la infección por HIV, que se hace más evidente con el hallazgo de *Haemophilus influenzae* B-lactamasa positiva. 2) La resistencia total por B-lactamasa en nuestra población de estudio fue del 8,73%, siendo menor a lo referido en Capital Federal y Gran Buenos Aires.

ABSCESO HEPÁTICO TUBERCITOSO. PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTES HIV POSITIVOS

Abbate, BET; Ricapito, ET, Saab, MA; Frías, A; Ruschioni Martin, C; Taboada, F.

División Neumotisiología, Hospital Muñiz. Instituto de Tisioneumonología "Prof. Raúl Vaccarezza". U.B.A. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La tuberculosis (TB) extrapulmonar es una manifestación frecuente en el SIDA. Pero la presentación como absceso hepático es infrecuente y sólo se describen casos aislados con severa inmunodepresión. Se describe la aparición de un absceso hepático TB en el curso del tratamiento antiTB en un paciente HIV positivo. Caso Clínico: Paciente del sexo masculino de 40 años que se internó por disnea, fiebre, tos con expectoración mucopurulenta y síndrome de impregnación de 1 mes de evolución. Sin otros antecedentes salvo promiscuidad sexual sin protección. Al examen físico: lebril, disneico, síndrome de derrame pleural izquierdo y hepatomegalia. Candidiasis oral. Rx: opacidad en campo inferior y medio izquierdos. Laboratorio: Espujo: BAAR positivo. Punción pleural: líquido purulento con BAAR positivo. Serología hepatitis B, C e HIV: positivos. CD4+:

233/mm3, carga viral: >500000 copias. Se indicó tratamiento antiTB y drenaje pleural con tubo. El cultivo arrojó *M. tuberculosis* sensible a las drogas de primera línea. Durante la evolución se observa dolor abdominal, náuseas, agrandamiento de la hepatomegalia con aumento de FAL, XGT y transaminasas. En una ecografía abdominal se encontró: hepatomegalia roma, heterogénea con imagen líquida de 140 x 59 mm con

puntillado ecogénico en la superficie del lóbulo derecho. Esplenomegalia homogénea y adenopatias isoecoicas en ligamento hepatoduodenal. TAC: hepatomegalia con gran colección líquida. Se realizó punción percutánea guiada por Eco y el estudio bacteriológico que demostró baciloscopia positiva. El paciente continuó tratamiento antiTB con evacuaciones periódicas del absceso, mejorando en forma lentamente.

Discusión: El absceso hepático TB en pacientes 11W positivos es poco común. Se describe con CD4+ muy bajos (<50/mm³) y en solo la mitad se asocia con TB pulmonar. Mejora con el tratamiento con drogas anti TB y, raramente requiere drenaje. Se describen 18 casos con TBMR que fallecieron. Por el contrario, en el paciente que presentamos se acompañó de TB pleuropulmonar. El diagnóstico se sospechó por los hallazgos clínicos y las imágenes eco y topográficas. Se confirmó por medio del cultivo. El recuento de CD4+ fue >de 200/mm³. Requiere múltiples punciones percutáneas guiadas por ecografía para drenaje del absceso además del tratamiento antiTB. A pesar de lo infrecuente de esta forma de presentación de TB se debe tener en cuenta en pacientes HIV positivos con síntomas abdominal e inespecíficos.

ESTRONGILOIDOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO NO HIV

Mufloz, D.; Abuin, J. C.; Alves, L.; Baldini, M.; Abbate, E. H.; Bellegarde, E.

División Tisioneumonología, División Parasitología y toxoplasmosis. Htal. Muñiz. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La estrogoniloidosis es una geohelminthiasis causada por el Strongiloides stercoralis. En contraste con otros helmintos, éste puede completar su ciclo de vida enteramente dentro del huésped humano. En pacientes con compromiso de la inmunidad celular, puede producir autofestación, generando un síndrome de hiperinfección, caracterizado por la diseminación de las larvas a todo el organismo, llegando a comprometer la vida del paciente. Diferentes condiciones se asocian al compromiso de la inmunidad celular, dentro de las cuales se destacan la terapiacorticoidea, enfermedades neoplásicas, desnutrición, TBC y recientemente, el SIDA. Se presenta un paciente de sexo masculino con diagnóstico de TBC, insuficiencia respiratoria y terapiacorticoidea. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 65 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, EPOC severo, que ingresa por insuficiencia respiratoria asociada a TBC. Se inicia tratamiento antibacilar, oxigenoterapia y corticoides sistémicos e inhalados. En el curso de la internación desarrolla diarrea acompañada de eosinofilia periférica. El examen de materia fecal revela la existencia de larvas de Strongiloides stercoralis. Teniendo en cuenta la clínica, epidemiología y tratamiento inmunosupresor, se enviaron muestras de orina y esputo, en busca de síndrome de hiperinfección, revelando también la existencia del parásito. Se inicia tratamiento con ivermectina en dosis semanales de 12mg/kg, con controles parasitológicos sucesivos, lográndose negativizar las muestras, luego de la 4^a dosis y una vez suspendido el tratamiento corticoideo. **Conclusiones:** 1) En nuestra América Latina, es importante detectar y erradicarla infección por Strongiloides stercoralis previamente al inicio de terapias inmunosupresoras en pacientes con una o más de las siguientes características: - Eosinofilia inexplicable, historia de lesiones cutáneas serpiginosas y pruriginosas e historia en los últimos 10 a 20 años de haber residido o viajado a áreas endémicas. 2) La ausencia de eosinofilia periférica descarta la presencia de S. stercoralis. 3) Si bien, la bibliografía internacional recomienda dosis de Ivermectina de 0.2mg/kg durante uno o dos días, algunos pacientes (como el caso expuesto) requerirían mayor número de dosis. Esto podría relacionarse con el grado de inmunocompromiso de cada huésped.

NEUMONIAS BACTERIANAS ADQUIRIDAS EN

LA COMUNIDAD (NAC) EN PACIENTES

MAYORES DE 80 AÑOS

R. Cataldi Amatriain, S. Iriso, H. Buitrago, A. Gonzalez, J. Santos, V. El Haj.

Institución: Hospital Centro Gallego de Buenos Aires. Servicio de Clínica Médica (Internación). Ciudad:

Buenos Aires. País: Argentina.

Objetivo: Evaluar retrospectivamente el comportamiento clínico, analítico y radiológico de las neumonías bacterianas adquiridas en la comunidad en pacientes con pulmones seniles. **Material y Métodos:** Se estudiaron 64 pacientes mayores de 80 años (80-102), de ambos sexos (46 mujeres y 18 hombres) que ingresaron con neumonía aguda de la comunidad (NAC), en el lapso de un año, utilizando un método de corte transversal. Se excluyeron los pacientes mayores de 80 años con neumonía intrahospitalaria y las NAC que ingresaron directamente a unidad de terapia intensiva. Se considera NAC a la infección que, producida por la invasión de microorganismos de adquisición extrahospitalaria, compromete el parénquima pulmonar. **Resultados:** De los 64 pacientes estudiados la edad promedio fue de 88 años. Habían recibido antibióticos previo a la internación en el 34%. Presentaba fiebre al ingreso el 31% y confusión mental el 45%. Antecedentes de demencia en el 34,3%, de EPOC en el 28%, de ACV en el 21,8%. El estado nutricional era entre regular y malo en el 51,6%, presentando hipalbuminemia el 40,6%. El 45% eran pacientes postrados y en el 34,3% se evidenciaron trastornos deglutorios. La hemodinamia fue buena en el 70%. El síndrome neumónico fue incompleto en el 79,6%. Presentaba leucocitosis al ingreso el 78,7% y de los que no tenían leucocitosis el 7,8% lo hizo a las 72 hs. El 29,6% presentó hipoxemia. El rescate de germen se verificó en el 32,5% por esputo o por hemocultivo. El 84% presentó radiología inicial de consolidación, afectando un lóbulo en el 72% de los casos, 2 lóbulos en el 25,9% y más de 2 lóbulos en el 2,1%. La radiología debió repetirse a los 15 días en el 42,6%, hallándose resolución completa en el 7,8% de los casos, imagen mayor al 50% en el 7,8% e inferior al 50% en el 18,7%. Se verificó derrame pleural paraneumónico en el 17,1% y atelectasia en el 4,6%. El 6,2% debió ser asistido en terapia intensiva luego de ingresar al Servicio de Clínica Médica y requirió asistencia respiratoria mecánica. Se evidenciaron complicaciones en el 31%, verificándose 2 óbitos. **Conclusiones:**

La mayoría de los pacientes del estudio tuvo una presentación clínica atípica, pero contrario a lo que sustenta la bibliografía la evolución no fue severa en la mayoría (69% sin complicaciones), hubo menor rescate de germen la comorbilidad más frecuente fue la demencia en vez de la EPOC y existió una baja mortalidad (2 pacientes)

SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS

Gómez LA, Giaccone MD, Albino AI, Padula P, Belio C,

Geuna H, Vasallo A, Vázquez S, Simicich I

HIGA Vicente Lopez y Planes, Gral. Rodríguez, Pcia. Bs. As., Argentina

Objetivo: Reportar dos casos de Síndrome Pulmonar por Hantavirus provenientes del Noroeste del Gran Buenos Aires.

Epidemiología: Casos registrados en 1998 y 2002, ambos varones de 28 y 25 años, con antecedentes de frecuentar zonas rurales. No hubo casos concomitantes.

Caso 1: Proveniente de Pilar, consultó el 12/10/98. con cefalea, fiebre, astenia y mioartralgias, se indicó ATB; a las 24 hs:

nauseas, vómitos y rash cutáneo. El 18/10/98 ingresó en Clínica Médica. con Ceftriaxona + Doxiciclina. A las 12 hs, pasó a UTI con: APACHE II 12 puntos; taquipnea, disnea, taquicardia; hipotensión arterial; hematomas en áreas de punción, crepitantes bilaterales. Hto 46%, Bcos 13600 (N70%). urea 72 mg%, Na 128 meq/L, K 3,5 meq/L, glucemia 197 mg%, TOO 125 U/L, CPK 297 U/L, Plaquetas 23300. PaO₂/FiO₂ 152, HCO₃ 2L9 mEq/L, Sat 02 74,7%, A-a 99. Se indicó expansión, ARM. inotrópicos y corticoides, ELISA p/ Hantavirus: IgM 1/25600; IgO 1/400; IgA 1/400; determinación del genoma viral: PCR (+), linaje viral: Andes Cent Lee. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica e hipotensión sostenida, fallo renal; caída del PaO₂/FiO₂ a 90, falleciendo en FMO.

Caso 2: Proveniente de Luján. Comenzó el 25/01/02 con fiebre, cefalea, astenia, vómitos. mioartralgias, tos seca y disnea; se internó con Ceftriaxona + Doxiciclina. El 31/01/02 se derivó a UTI; con disnea, taquipnea, taquicardia, TA 120/60mmHg, crepitantes bilaterales. APACHE II: 6 puntos, Hto 39%, blancos 11800 (N 72%), plaquetas 54200, urea 20 mg %, creatinina 1,2 mg %, TOO 172 U/L, TOP 96 U/L, FOH 157U/L, albúmina 4,6mg%, Na 144meq/L, PaO₂/FiO₂ 168, CO₃ 19,6mEq/L, SatO₂ 92%, A-a 158. Evolución satisfactoria, sin compromiso hemodinámico ni renal, no requirió ARM. A las 48 horas aumentaron las plaquetas: 224000 y el PaO₂/FiO₂: 300; persistiendo infiltrados radiológicos, acidosis metabólica leve y leucocitosis hasta el alta. ELISA p/ hantavirus: IgM 1/1600; IgG 1/12800.

En ambos: Rx: infiltrado intersticioalveolares bilaterales; serología p/ Clamídias, HIV, Micoplasma y Dengue negativos; miniBAL, hemo y urocultivos negativas.

Comentario: Ambos ocurrieron en el NO del Gran Bs As, residían en zonas urbanas y habían frecuentado áreas rurales; presentaron similar compromiso respiratorio al ingreso. El índice de gravedad APACHE II fue superior en el case 1. La diferencia en la evolución fue señalada por la hipotensión arterial, la inestabilidad hemodinámica y el compromiso renal. No hubo evidencias de contagio interhumano.

NIEHMÓNIA DE LA COMUNITAD EN ADULTOS

Fabio, S.; Altieri, H.; Amaya, R.; Naval N.; Pérez A.;
Stok A. M. Hospitales: Angel C. Padilla, y Centro de
Salud San Miguel de Tucumán – Argentina-

Objetivo: En 1.997 se diseñó en nuestro país una guía de manejo clínico y terapéutico de las neumonías de la comunidad en adultos. Los Servicios de Neumonología e Infectología de los Hospitales Padilla y Centro de Salud, de Tucumán. con el auspicio de las Sociedades Científicas respectivas, difundieron en el año 2.000 esta guía con el objetivo de evaluar su aplicabilidad y validar su uso en nuestro medio.

Material y Método: utilizamos una cartilla de presentación explicativa de los términos claves del consenso, posters con un diagrama de manejo clínico y terapéutico de los tres grupos de neumonías, y una ficha de registro de datos.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables estudiadas.

Resultados: registramos 174 pacientes, 52 % hombres y 48 % mujeres; el 53 % eran menores de 55 años, y el 47 % mayores de esta edad. Agrupados según consenso, el 35 % pertenecían al grupo I, el 56 % al grupo II, y el 9 % al grupo III El 89 % se internó (N = 155). La radiografía de tórax se realizó en todos los casos; y de los exámenes microbiológicos recomendados, el esputo se realizó en el 35 % de los pacientes grupo II, y en el 46 % del grupo III Al 73 % de éstos últimos se les tomó hemocultivo. En cuanto al tratamiento, lo recomendado se pudo cumplir en el 31 % de los pertenecientes al grupo I, en el 74 % del grupo II. y en el 33 % del grupo III

Conclusiones: un alto porcentaje de pacientes grupo I se internó en el Hospital como consecuencia directa de falta de recursos económicos para manejo ambulatorio, a los que en su gran mayoría se les indicó cefalosporinas de 3^{ra} generación, ó betalactámicos con inhibidor de betaactamasa La falta de macrólidos no permitió cumplir correctamente con la recomendación para el grupo III.

NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD (NGC) POR HANTAVIRUS (HSP)

Dr. Camilletti, J; Berenger, R; Alonso, N; Perclmuter, H.
Clinica IMA, S.A. Adrogué, Pcia. de Bs.As.

CASO 1: Paciente de 56 años masculino, antecedentes de haber estado trabajando 20 días previos a su internación en la ciudad de Pergamino, en sistemas de refrigeración. El 27-12-1999 ingresó en el servicio de cuidados intensivos CUTE, por presentar disnea grado III-IV y fiebre, cuadro de cinco días de evolución. Radiografía de Tórax (RxTx) presentó lesión intersticio alveolar bilateral (IA). Tomografía de Tórax (TAC DE Rx) derrame pleural e infiltrados LA bilaterales. Ecocardiograma B: derrame pericárdico moderado, signos de hipertensión pulmonar, FSVI deterioro moderado. Presentó deterioro hemodinámico y ventilatorio que requirió asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y alto requerimiento de inotrópicos, leucocitosis (GB) 10.000/mm³, hematocrito (HTO) 45%, bilirrubina total (BT) 0.60, recuento plaquetario (RP) 120.000, glucosa (GL) 140 mg/dl, urea (U) 36 mg/ dl, cloro (CL) 109 mEq/l, potasio (K) 4 mEq/l, sodio (Na) 149 mEq/l. Requirió catéter de Swan Ganz (CSG), tensión arterial media (TAM) 30 mmHg, PAFIO2185, presión media pulmonar (PAMP) 17 mmHg., presión capilar pulmonar (PCP) 16 mmHg. Gasometría: pH 7.10, Pco232, po2124, HCO3 39, EB2L, SAT. 96%, FLO2 0.9% PEEP 10cmH2O. Serología para HV Elisa LgM positiva, LgG negativa. Tratamiento con Ceftriaxona – Ciprotloxacin. El paciente fallece a las 24 hs. de ingreso

CASO2: Paciente de 43 años, femenina, antecedente de haber vacunado en la zona de Burzaco, durante febrero del 2002. Consultó por fiebre y disnea grado III —IV de cinco días de evolución. Ingresó a UTL, el 09-03-2002. con RxTx con infiltrados bilaterales intersticiales, TAC de Tx: múltiples infiltrados bilaterales, alto requerimiento de inotrópico. TAM 40 mmHg, PAFIO2 <200, gb. 5200tMM3. hto.40%, RP 47.000/mm³, GL. 88mg/cl, U 38 mg/cl, Na 138 mEq/l, K. 3.4 mEq/l, BT 0.60 mg/dl. PH7.50, PCO2 22, P02 56, HCO3 17, EB4, SAT 92% FIO20.5% requirió de AVM. Presentó fallo renal U 60 Creat. 1.3. CSG: PAMP27 mmHg, PCP 14 mmHg. Serología para HV Elisa IgM positiva, LgG positiva. La

paciente presentó buena evolución, egreso a los 23 días de internación.

CONCLUSION: Frente a un paciente con NOC, con cuadro clínico compatible con SPH, se debe incluir entre los estudios diagnósticos la serología para HIV, aún cuando los afectados residan en medios urbanos, dada la posibilidad que el reservorio tenga residencia peridomiciliaria.

EVALUACION DE NEUMONIA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD EN ADULTOS (NAC): PERIODO 2.000-2.001

Egues, S.; Cappa, V.; Gonnet, N.; Gutiérrez, S.; Supaga, M. Hospital San Vicente de Paúl (H.S.V.P.) — Oran — Salta

Introducción: La neumonía adquirida de la comunidad, es la 5ª causa de muerte en mayores de 60 años en nuestro país. Tiene una incidencia de 10—15/1.000 hab., con una tan de internación 258/100.000 hab. (1.000/100.000 en mayores de 65 años). En nuestro hospital las NAC representan la 5ª causa de internación general, no existiendo ninguna evaluación epidemiológica en nuestro medio, sobre las mismas. **Objetivos:** Evaluación de un periodo de dos años (2.000-2.001) de los datos sobre la práctica médica en el diagnóstico y tratamiento de las NAC:

Categorización-Tratamiento-Evolución-Días de internación. Material y método: Estudio retrospectivo de un periodo de dos años: 01/01/00 al 31/12/01; en el Servicio de Clínica Médica. Datos extraídos del Libro de Internación, Historias Clínicas, Ficha de evaluación adaptada de la Universidad de Tucumán sobre NAC en Adultos, Normas sobre NAC del Servicio de Clínica Médica, adaptadas de la Guía Práctica para la Argentina. **Resultados:** De 290 pacientes que ingresaron con diagnóstico de NAC, 42,8% eran femeninos; 57,2% masculinos; con mayor incidencia (17,2%) en el grupo etáreo de 14-24, (r.14—101). Las comorbilidades (44,5%) en orden de frecuencia son Insuficiencia cardíaca, Diabetes, Alcoholismo, Hipertensión Arterial, Insuficiencia renal crónica, EPOC, Asma bronquial y Tabaquismo. Según Normas corresponden: 34,1% al (grupo I- 40% al (grupo II-25,9% al (grupo III como diagnóstico de ingreso. **Terapéutica:** Solo en el 35,5% se utilizó esquema antibiótico según normas (Grupo I el 50,6%; Grupo II el 67,7%, y Grupo III 1,3%). En un 16,8% hubo rotación de antibiótico. **Días de internación promedio:** Grupo I: 7 días, Grupo II: 9 días, Grupo III: 9,7 días Un 7% de los pacientes sufrieron complicaciones; el 5,5 % fueron derivados a UTI, y un 3,1 % a Salta por estudios de mayor complejidad. **Mortalidad:** del 3,7% en los pacientes con NAC. Hubo identificación de gérmenes en un 14,8%. Del total de las NAC un 11% fueron TBC como diagnóstico de egreso. **Conclusión:** Las NAC siguen siendo una de las causas más importantes de morbimortalidad, representando el 17,5% del total de las internaciones y el 10% de las muertes en nuestro Servicio. El uso de fichas de evaluación nos permitió categorizar a los pacientes según normas y evaluar la práctica médica, observando incorrecta elección de antibiótico (64,5%); los factores que contribuyeron a este hecho fueron prescripción inadecuada, falta de abastecimiento hospitalario y el disminuido poder adquisitivo de los pacientes; determinando mala evolución (7%) debiendo efectuarse reiterados cambios en los esquemas antibióticos, incrementando los días de internación (r:1-31 días; md 9,9). Se sugiere la necesidad de la difusión y aplicación de normas para lograr mayor impacto sobre la eficacia y disminución de costos sanitarios.

MORBIMORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN PACIENTES COINFECTADOS POR HIV- 1 DURANTE EL PERIODO 1999-2001.

Autores: Ruano S.M., Romano M.L., Bucci Z.B., Cusmano L.G.

División Promoción y Protección de la Salud. Hospital de Infecciosas F.J.Muñiz
Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de egreso por tuberculosis (TBC) y HIV-1.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo analizando las historias clínicas de los pacientes con ambas patologías que egresaron del Hospital F.J.Muñiz, durante los años 1999-2001.

Para el análisis de los datos y la construcción de gráficos se utilizó el programa Excel 2000.

Resultados: En el trienio en estudio, 2493 pacientes egresaron con diagnóstico de TBC. De ellos, 1254 presentaron coinfección con HIV-1 (50.3%). De los pacientes egresados con ambas patologías, un 37 % provenían de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 62 % de la Provincia de Buenos Aires y el 1% del interior del país.

La relación hombre/mujer fue de 2.76. La localización más frecuente fue la pulmonar 68.3 % de los casos, la extrapulmonar 19.8% y la forma diseminada 11.9%. Los grupos de edades más afectados fueron los comprendidos entre 22 y 30 años (39.6%) y entre 31 y 39 años (41.6%) de los casos.

La letalidad por TBC y HIV-1 del trienio fue de 16.7%, siendo la tasa más alta la correspondiente al año 2001 (21%). La letalidad por TBC en coinfectados fue para el periodo de estudio de 7.5%. **Conclusiones:** La TBC representó la primera causa de internación en nuestro hospital. Ambas patologías (TBC /HIV-1) afectaron al grupo de edades económicamente activas, con un fuerte impacto en el ámbito familiar y social.

La localización pulmonar continuó siendo la forma predominante de la enfermedad, con el riesgo potencial de diseminación de la TBC en la comunidad.

La tasa de letalidad de TBC/HIV-1 fue dos veces mayor que en los pacientes no co-infectados.

ASPERGILLOSIS PULMONAR NECROTIZANTE CROMCA : PRESENTACION DE 1 CASO, SEGUIMIENTO Y REVISION DE LA LITERATURA

VICTORIO CF (1);Abramson H (2);Falcoff Nora (3)

(1)Centro de Medicina Respiratoria - C. del Uruguay - Entre Ríos — Argentina (2)Servicio de Cirugía - Hospital del Tórax Dr. A. A. Cetrángolo - Vicente López - Buenos Aires — Argentina (3)Servicio de Anatomía Patológica - Hospital Municipal "B Houssay" - Vicente López - Buenos Aires — Argentina

El término Aspergillosis involucra a una variedad de manifestaciones de la infección producida por el hongo *aspergillus*. A nivel respiratorio existe una modalidad localmente invasiva denominada Aspergillosis Pulmonar *Necrotizante Crónica* (APNC). descrita a comienzos de la década del '80 Biender et al, Medicine 1982;61:109; se trata de un proceso infeccioso indolente que involucra el parénquima pulmonar caracterizado por la invasión local de especies del hongo *Aspergillus* usualmente *A. fumigatus*. A diferencia del aspergilloma, que es la forma más frecuente y mejor reconocida de infección pulmonar por este hongo, la APNC se caracteriza por invasión local del parénquima pulmonar, sin que sea necesaria la presencia de una cavidad preexistente. Dado lo reciente de su descripción, no se sabe con certeza cuál es la verdadera incidencia de esta forma de presentación de aspergillosis pulmonar, más teniendo en cuenta que en raras ocasiones, una forma puede cambiar a otra (por

ejemplo, un aspergilloma que da lugar al desarrollo de una aspergilosis pulmonar invasiva, de elevada mortalidad). En el caso de APNC, el diagnóstico requiere la confirmación histológica de invasión tisular por el hongo. Dado que el diagnóstico requiere la exclusión de otras entidades de presentación similar (TBC, infección por micobacterias atípicas, histoplasmosis cavitaria crónica) y que el rédito diagnóstico de las muestras obtenidas a través de biopsia transbronquial o punción/aspiración percutánea es bajo, en ocasiones es necesario proceder a la biopsia pulmonar a ciclo abierto o mediante toracoscopia. Se presenta aquí el caso de 1 paciente de 17 años de sexo femenino, que consulta a fines de 1999 por episodios de tos productiva recidivante de 4 meses de evolución. Al examen presentaba síndrome de condensación incompleto en campo medio de hemitórax izquierdo, y la Rx de tórax mostraba infiltrados alveolares bilaterales, infiltrados nodulares, adenopatías hiliares y mediastinales. Al no obtenerse diagnóstico etiológico con el examen de muestras de secreciones bronquiales y tejido obtenidos mediante esputo y fibrobroncoscopia, se realizó biopsia pulmonar a través de cirugía toracoscópica asistida por video, estableciéndose el diagnóstico de Aspergilosis Pulmonar Necrotizante Crónica. En marzo de 2000 inicia tratamiento con itraconazol 200 mg/d que mantiene hasta la actualidad, con buena evolución clínica y mejoría radiológica aunque sin resolución definitiva de las imágenes. Del análisis de la literatura surge que: a) no existe a la fecha una duración determinada del tratamiento, el cual al ser suspendido da lugar a la reactivación del cuadro clínico b) a los 2 años de iniciado el tratamiento, el 73% de los pacientes estaban vivos, y las muertes registradas obedecían a otras causas diferentes de la infección por aspergillus.

ATELECTASIA LOBAR: FORMA DE PRESENTACION DE TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL

VICTORTO CF (1); BECHELLI J (1); LOPEZ ARAOZ A. (2); BERGNA M (2); BRACCO R (2); SCARINCI M (2)

(1) Centro de Medicina Respiratoria .C. del Uruguay .Entre Ríos .Argentina

(2) Servicio de Endoscopia Respiratoria .Hospital del Tórax "Dr. A.A. Cetrángolo" .V. López .Buenos Aires .Argentina

La tuberculosis endobronquial, frecuente forma de presentación de esta enfermedad previo a la aparición de una quimioterapia eficaz, se ha convertido prácticamente es una rareza en nuestros días. Sin embargo, en ocasiones podemos encontrar un caso, que inicialmente nos orienta a pensar en otra entidad, como el cáncer de pulmón.

Se presenta el caso de 1 paciente de 67 años, de sexo femenino que consulta en enero de 2001 por tos crónica. Además disnea clase funcional 2 y pérdida de peso. Al examen presenta submatidez, abolición de las vibraciones vocales y disminución del murmullo vesicular en campo superior izquierdo. La Rx de tórax revela la presencia de un velo denso homogéneo sin broncograma aéreo que involucra la casi totalidad del hemitórax izquierdo . compatible con atelectasia de lóbulo superior izquierdo . con una imagen redonda de bordes netos de mayor densidad que se proyecta sobre el hilio izquierdo. Se realiza fibrobroncoscopia y se establece el diagnóstico de tuberculosis endobronquial mediante el análisis histológico del material obtenido. Se inicia tratamiento con 4 drogas (H-R-Z-S) que la paciente cumple durante 6 meses. Presenta buena evolución clínico/radiológica con resolución de la atelectasia lobar, persistiendo a los 18 meses una pequeña imagen fibrótica residual en vértice izquierdo. Se ofrece una revisión de la literatura acerca de esta forma inusual de presentación de la tuberculosis en nuestros días.

EFFECTO MODULADOR DE LA DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) SOBRE LA INHIBICION DE LA RESPUESTA PROLIFERATIVA ESPECIFICA IN VITRO. INDUCIDA POR CORTISOL (GC), EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR (TBC).

Bay ML, Mahuad CV, Bozza V, Wojdyla D, Farroni MA, Vogue C, Bottasso OA.

Instituto de Inmunología, Facultad de Ciencias Médicas, UNR y Servicio de Tisiología del Hospital Intendente Canasco de Rosario, Argentina.

La TBC es uno de los problemas de Salud Pública más importantes del tercer mundo, situación agravada por la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana. Las nuevas modalidades terapéuticas orientadas a prevenir o a favorecer su curación requieren del conocimiento y entendimiento de los mecanismos inmunológicos involucrados y de su interacción con otras respuestas del huésped.

Objetivo: Dado que el sistema neuroendócrino puede modular la respuesta inmunitaria, nos propusimos estudiar el efecto de dos hormonas esteroideas (OC y DHEA), sobre la respuesta *in vitro* de linfocitos T de pacientes con TBC de distinta severidad. Material y método: Las células periféricas mononucleares de 12 sujetos sanos (Co; 38.8±9.8 años, media ± SD) y 29 con TBC (47.8±18.8 años) de distinta severidad (10 leves -Le-, 11 moderados -Mo-, 8 severos -Se), se enfrentaron con sonicated de *M. tuberculosis* (ST-10 ug/ml) en presencia de GC (10⁻⁶ ó 10⁻⁷ M) y/o DHEA (10⁻⁷, 10⁻⁶ ó 10⁻⁹ ó 10⁻¹⁰ M). Se cultivaron 5 días, por triplicado, y la incorporación de ³Htimidina se determinó como cuentas por minuto (cpm). Se calcularon índices (IST): cpm cultivo con ST + hormona / cpm cultivo con ST y se analizaron mediante un modelo de coeficientes aleatorios considerando Grupo (Co, Le, Mo y Se) como efecto fijo y dosis de DHEA como efecto aleatorio. Se incluyó en el modelo una covariable para cpm basal (cultivos sin estimular) y se evaluaron las interacciones dosis de hormona por grupo. Resultados: Los tratamientos con DHEA no modificaron la proliferación linfocitaria entre Co y TBC por severidad. La presencia de GC 10⁻⁶ inhibió la proliferación tanto en Co como TBC (p<0.01). Cuando se combinó GC 10⁻⁶ con las distintas dosis de DHEA, los IST entre Co y TBC fueron significativamente superiores en los severos (Le p=0.1629, Mo p=0.1975, Se p=0.0037). Conclusiones: El tratamiento con DHEA es capaz de revertir la inhibición de la blastogénesis inducida por el GC sólo en los TBC severos, lo que constituye la primera demostración del efecto favorable de DHEA, que de corroborarse *in vivo* plantearía la posibilidad de delinear nuevos esquemas de terapia adyuvante.

COMPORTAMIENTO DE LA GLUCOSA EN LOS DERRAMES PLEURALES DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA

Musacchio H, Barea S, Garcia M.

Hospital Iturraspe- Ext.de Cátedra de Clínica Médica- UDA Santa Fe (UNR)

OBJETIVO:

Establecer el comportamiento de La glucosa en los derrames pleurales de etiología tuberculosa (TB) y su comparación con Los exudados de otras causas

MÉTODOS:

Se estudiaron 115 pacientes consecutivos portadores de derrame pleural con características de exudado. Se agruparon según su etiología en tres grupos: Tuberculosis (TB), Neoplásico (NP) e Inflamatorio (INFL). Se determinó la glucosa plasmática (GP) y la glucosa del líquido (GL), así como la relación entre ambas (GP/GL).

Se calculan las correlaciones bivariadas entre La CTP/GL, la LDH y las proteínas del Líquido pleural. Se utilizó test T para muestras no apareadas y ANOVA de una vía, según correspondiera.

RESULTADOS:

La edad media fue 48±19 años; el 56% eran varones y el resto mujeres. La etiología fue TB en 39 (34%) pacientes, NP en 32 (28%) e INFL en 44 (38%)

En el 45% de los pacientes la GP fue mayor de 1,10 g/l. La GL fue menor en los TB que en los NP (0,73±0,42 g/l vs. 1,14±0,77 g/l; p<0,05) y también fue menor la GP/GL en La TB en comparación con el resto de los exudados (0,65±0,36 vs. 0,86±0,54). La GP/GL se correlacionó significativamente con la LDH r=0,42; p=0,02

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, Los exudados de causa TB mostraron una moderada disminución de la GL así como de la relación GP/GL.

TEJBERCULOSIS FLETJROPERLCMWICA PRESENTACION DE TRES CASOS

Cappa. A; Gutiérrez, S; Egües, S; Supaga, M.

Sector de Tisiología- Servicio de Clínica Médica

Residencia de Medicina Familiar. Hospital San Vicente de Paúl - Orán - Salta

Introducción: La tuberculosis es considerada como una epidemia mundial, siendo la primera causa de muerte por un solo agente infeccioso en el grupo etáreo más productivo (15 a 59 años). En Argentina hay 14.000 casos nuevos por año, La provincia de Salta tiene el 8 % de estos casos, siendo Orán La zona de mayor incidencia en la Provincia. En un análisis retrospectivo de 10 años (1991 —2001) La forma pleural es la presentación más frecuente de Tuberculosis extrapulmonar (60 %) y dos casos de Pericarditis Tuberculosa (0.3 %) en ese periodo. Objetivos:

Comunicación de tres casos de Tuberculosis extrapulmonar severa e infrecuente (asociación de derrame pleural y pericárdico), ocurrido en un periodo de cuatro meses Noviembre 2001 — Febrero 2002. Material y métodos:

Revisión retrospectiva de Historias Clínicas, Fichas de tratamientos y Archivos de Notificación Programa de TBC. Resultados: Los tres casos son de sexo masculino, edad promedio de 59 años, con un rango de 47 a 62 años que ingresaron al servicio de Clínica Médica y UTI. Comorbilidades: Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Renal Crónica terminal en hemodialisis, Alcoholismo y Desnutrición. Cuadro Clínico: hipotensión arterial, taquicardia, disnea IV, tos, dolor torácico, edemas, febrícula, postración y La coexistencia de poliserositis: ascitis, derrame pleural y pericárdico. Radiografías: imagen en botellón, cardiomegalia grado III y IV, derrame pleural derecho moderado. E.C.G: con ondas de bajo voltaje y trastornos de La repolarización ventricular. Ecocardiograma derrame pericárdico severo. Tóracocentesis y pericardiocentesis: líquidos exudativos común a todos Los pacientes. En un paciente se obtuvo cultivo para Koch (+) de líquido pericárdico. En otro paciente, biopsia pleural compatible con proceso inflamatorio crónico inespecífico, y en un tercero biopsia pericárdica con lesiones granulomatosas compatibles con Tuberculosis. Policultivos para gérmenes comunes: (-). Serología para HIV: (-). Terapéutica tratamiento específico para TBC Categoría I, Corticoterapia, Albúmina humana, Diuréticos y tratamiento correspondiente a La enfermedad de base. Con evolución favorable hasta la fecha Conclusión:

Consideramos que Las enfermedades de base fueron Las responsables del compromiso de la inmunidad celular, favoreciendo la reactivación endógena, y el desarrollo de formas severas extrapulmonares; asociado a la alta enfermedad de la zona y al deterioro socioeconómico actual.

MASAS PULMONARES EN TUBERCULOSIS. PRESENTACION DE DOS CASOS.

Abbate EH; García, A; Taboada. F; Frias, AT; Mufioz, D

Division Neumotisiología, Hospital Muñiz. Instituto de Tisiología "Prof. Raúl Vaccarczza", U.B.A. Buenos Aires, Argentina

Introducción: El patrón radiológico de masa pulmonar es raro en la tuberculosis. Esta presentación atípica es más común en pacientes con enfermedades concomitantes. Describimos dos casos de tuberculosis pulmonar (TB) que se presentaron radiológicamente como masas y fueron sometidos a procedimientos invasivos para realizar diagnósticos diferenciales.

Caso T: Varón de 19 años que se interna por dolor torácico y leve pérdida de peso de 4 meses. Además refería recientes episodios aislados de hemoptisis. Sin otros antecedentes de importancia. Examen físico: 37° C y disminución del MV en el pulmón izquierdo. Rx de tórax: masa en pulmón izquierdo con probable derrame pleural mínimo Hto: 32%, GB:

9800/mm³, VSG 110 mm. Baciloscopia de esputo al ingreso: negativa; HIV y PPD 2UT negativos. ECG normal Ecografía torácica. Imagen bipocóica de 7 X 4 cm, engrosamiento pleural con escaso líquido. EER Obstrucción intratorácica variable leve. TAC: radiopacidad parahiliar y basal y derrame pleural heterogéneo con nódulos subpleurales. Punción pleural: exudado. 2 baciloscopia de esputo: 5 BAAR c/100 campos.

Se comenzó con tratamiento anti TB. El diagnóstico se confirmó por la biopsia pleural: granuloma tuberculóide y el cultivo de esputo positivo para M tuberculosis. Mejoró clínicamente. desaparecieron lentamente las opacidades radiológicas y la PH) fue positiva luego de dos meses de tratamiento.

Caso 2: Varón de 21 años se internó por tos, hemoptisis, pérdida de peso y sudoración vespertina de 5 meses. Sin otros antecedentes de importancia. Examen físico: adelgazado, disminución del MV en pulmón derecho. Rx de tórax:

opacidades redondeadas derechas. Hto: 39%, GB: 5600/mm³, VSG: 25 mm, yGT: 112 U, Plaquetas: 560000/mm³. 11EV y PPD 2UT negativos. TAC: masa y nódulos en pulmón derecho. Derrame pleural mínimo. FBC: sin lesiones. Punción biopsia transtraqueal y transcarina: hematias, linfocitos, sin células atípicas. Baciloscopia de esputo: 1 bacilo por campo. Cultivo: *M tuberculosis*. Mejoría clínica y radiológica con el tratamiento anti TB. Luego de 2 meses PPD: positiva.

Discusión: Si bien los infiltrados en los lóbulos superiores, característicos de la TB post primaria, son la forma de presentación más común en adultos, los patrones inusuales pueden verse en el 30% de los pacientes. Cuando se observa una masa pulmonar se plantea el diagnóstico diferencial con neoplasias. Sin embargo, puede corresponder a TB, especialmente en adultos jóvenes.

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN HIV NEGATIVOS: ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES ASISTIDOS EN EL INSTITUTO R. VACCAREZZA Y EL HOSPITAL F. J. MUNIZ.

Palmero D, Ambroggi M, Brea A, De Lucas M, Fulgenzi A, Martinez D, Mosca C, Musella R, Natiello M, Abbate E. Instituto R. Vaccarezza, Hospital Muñiz, Bs. As.

Objetivos: describir las características demográficas, clínicas, bacteriológicas; la respuesta terapéutica y los resultados del seguimiento de una cohorte de pacientes HIV negativos con tuberculosis multiresistente (TBMR), analizando los factores asociados al éxito y/o fracaso del tratamiento.

Material y método: estudio prospectivo de los pacientes diagnosticados o derivados al Hospital Muñiz-Instituto Vaccarezza con diagnóstico bacteriológico (método de las proporciones y pirazinamidasas, para 8 drogas) de TBMR en un cuatrienio (1996/99) y con seguimiento por Consultorio Externo de TBMR hasta el 30/6/02. Análisis por regresión logística de variables relacionadas al éxito (alta) o fracaso terapéutico. Alta, abandono, fracaso, recaída, transferido son definidos según OMS.

Resultados: fueron estudiados 114 enfermos, de edad promedio: 36,1 años (DS:13,1); 52,6% de sexo femenino. Residían en capital: 30,7%; conurbano: 46,5%; interior del país: 22,8% Veintiuno por ciento eran inmigrantes de reciente entrada al país principalmente de Perú y Bolivia. Presentaron formas radiológicas avanzadas en el 57% de los casos. La resistencia fue considerada inicial en 35,9% y adquirida en 64,1% de los enfermos con el promedio a 4,1 drogas (DS:1,35). Se utilizaron esquemas de 3 a 5 drogas incluyendo con mayor frecuencia cicloserina, etionamida, ofloxacina, ctambutol, PAS y aminoglucósidos. Se diagnosticaron comorbilidades en el 33,3% de los casos, principalmente diabetes (11,4%) y etilismo crónico (8,8%) La negativización de los cultivos con el tratamiento instituido fue; alcanzada en 85 pacientes (74,5%) demorando el promedio de 5,2 meses (DS:2,3). Se observó toxicidad en 24 casos (21,1%) principalmente hepática, digestiva, psiquiátrica y del VIII par. Fueron efectuados procedimientos quirúrgicos en 6 casos. Sesenta pacientes (52,6%) fueron dados de alta luego de el tratamiento promedio de 17,5 meses (DS:4,9); 24 (21,1%) abandonaron; 18 (15,8%) fallecieron; 10 (8,8%) continúan en tratamiento y 2 (1,7%) fueron transferidos. De las 60 altas, 50 (83,3%) siguieron controlándose, con el total de 572 días / paciente de seguimiento. Se descubrieron 2 recaídas (3,3%). De las variables exploradas, la regresión logística mostró (datos preliminares) significación estadística para el éxito terapéutico la variable adherencia al tratamiento y para el fracaso el patrón de resistencia a 7 drogas.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes HIV negativos con TBMR pueden ser curados con el régimen terapéutico adecuado a sus patrones de resistencia.

PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON SILICOSIS

Marquez, MC; Emery, N; Penna, G; Capone, L; Abbate, E.

Instituto de Tisiología, Prof Raúl Vaccarezza UBA, Capital Federal

Objetivo: estimar la prevalencia de Tuberculosis (TBC) pulmonar en pacientes con silicosis en los consultorios externos de este Instituto.

Material y métodos: estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se utilizó el sistema de bandas de confianza del 95% con el programa EPI-INFO 6.04.

Se analizaron 109 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Silicosis durante 16 años (1985-2001).

Resultados: sobre el total de 109 historias clínicas registradas, 37 (34%) tuvieron diagnóstico de TBC. La presentación clínica de TBC pulmonar que predominó fue la insidiosa en un 39%.

El diagnóstico de TBC pulmonar se basó principalmente en la radiología (26%), y la clínica (18%). Cabe destacar que la baciloscopia fue positiva en el 14% de los casos.

El diagnóstico de silicosis se efectuó con el antecedente laboral, y la radiología.

Conclusiones: el diagnóstico de TBC pulmonar en pacientes silicóticos es complejo dado la negatividad de los estudios bacteriológicos. siendo muy valiosos los cambios radiológicos como elemento a tener en cuenta para la sospecha de dicha enfermedad.

De acuerdo a nuestra investigación existen puestos laborales conógenos que predisponen a una mayor prevalencia de TBC que otros, esto está ligado al alto grado de contaminación silicógena que predispone al desarrollo de esta enfermedad.

La manifestación de enfermedad en los silicóticos mayoritariamente fue la manifestación de enfermedad tuberculosa.

La radiología y el antecedente laboral son herramientas básicas para el diagnóstico de silicosis. El diagnóstico por imágenes aporta datos fundamentales para ambas entidades.

En nuestro país los pacientes silicóticos deben ser controlados sistemáticamente debido a la mayor prevalencia de TBC y a su forma de presentación.

TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO, DE CORTA DURACION EN TUBERCULOSIS.

ESTUDIO PROSPECTIVO EN BUENOS AIRES, ARGENTINA.

JA PILHEU, V DONATO, I COSOY*, B BIASCO, R BILLONE, F DUBRA*, P PILHEU, M VALDEZ, M ANGRIMAN CAMPOS, L GIOVACINI. LIGA ARGENTINA CONTRA LA TUBERCULOSIS BUENOS AIRES, ARGENTINA

OBJETIVO. Evaluar una modificación del DOTS en pacientes tuberculosos atendidos en una Institución privada. **MATERIAL Y METODOS.** Los pacientes tuberculosos concurren espontáneamente o por derivación. Equipo de atención: in edicos tisioneumonólogos y tres Licenciadas en Trabajo Social (TS.). Cada TS concurre una vez por semana durante el tratamiento, que es ambulatorio, al domicilio del paciente, informado acompañando y conteniendo al mismo y a su grupo familiar El paciente asiste periódicamente a la Institución para su control médico y entrega de medicación, que en ocasiones es administrada en su domicilio por las TS Duración del estudio: cuatro años; fecha de inicio marzo de 1998 con pacientes adultos. Este informe prospectivo refiere a experiencia de cuatro años. **RESULTADOS.** Durante este lapso se atendieron 200 pacientes, 76 varones y 124 mujeres, mayores de 14 años, con tuberculosis pulmonar 172 y extrapulmonar 28, vírgenes de tratamiento (VT) 17.7 y retratamientos (RT) 23. Bacteriología en el esputo positiva (directo/cultivo) en 133, negativa en 43. Antibiogramas 64, sensibles a H R, E, S y PAS en 60, resistente a S en 4. Cinco coinfecciones por VIH. El esquema de tratamiento diario para los VT, fue 2 HRZE 4HR y para los RT diferentes asociaciones medicamentosas durante un año. Durante los cuatro años completaron el tratamiento 179 (89,5%); transferidos a otros centros 17 (8,5%); fallecidos 2 (1,0%) (no por causa tuberculosa.); 2 (10%) abandonos. **CONCLUSIONES.** La supervisión de los enfermos una vez por semana por las TS, ganando la confianza del paciente y de su grupo familiar a través de la información adecuada y el acompañamiento al enfermo, logra una fuerte adhesión al tratamiento y reduce los abandonos.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Navarro Viola por facilitar a las Licenciadas en Trabajo Social, y al Laboratorio Aventis Pharrna por la provisión de RIFATER® y RIFINAH®.

* Fallecidos en el año 2001

COMUNICACIÓN DE UN CASO DE TBC BI LATERAL CAVITARIA EN NIÑA DE 6 MESES

DR. SOLARI J.C. DEL BOCA. R. GAK. M..

BARREIRO, S., ROMEA, M.

Unidad Sanitaria De Vías Respiratorias De Moron Dr. Gennan Argerich” Bs.As. Argentina.
Hospital ‘Velez Sarsfield Sala Pediatría, Cap. Fed. Argentina

Objetivo: Comunicar un caso poco frecuente.

Resultado y conclusión: confirmación rápida del diagnóstico asegura el abordaje terapéutico y la curación del paciente.

Se trata de una niña de 6 meses que por control de contactos del grupo familiar conviviente con el padre atendido por tuberculosis pulmonar con esputo directo para Koch positivo. La niña presenta síntomas (tos, expectoración, fiebre) Rx de tórax opacidad homogénea con hiperclaridad en campo superior hemitorax derecho e infiltrado campo medio izquierdo. Lavado gástrico directo B. Koch positivo. Cultivo positivo sensible H-R-Z-S- (tuberculoestáticos) Interna en sala de pediatría del Hospital ‘Velez Sarsfield’, inicia tratamiento el 30/08/2001 con H-R-Z-S con buena tolerancia. Se efectúa fibrobroncoscopia en el Hospital ‘Ricardo Gutiérrez’ con anestesia general (Mostración Rx de tórax, T.A.C. de tórax. lectura del infonno de fibro) El 5/10/2001. alta médica para continuar tratamiento con HR- ambulatorio autoadministrado hasta completar un año. Alta con Rx de tórax, T.A.C. de tórax, laboratorio completo con monitoreo de función hepática que fue siempre normal.

| AÑO | CASOS | TDO | | ABANDONO |
|------|-------|-----|-------|----------|
| | | Nº | % | |
| 1999 | 65 | 62 | 95,4 | 0 |
| 2000 | 36 | 35 | 97,2 | 0 |
| 2001 | 39 | 39 | 100,0 | 0 |

METAS A ALCANZAR EN TBC

Nieto C.A.N

Objetivo: TBC Es posible TDO 100-Abandono 0?

Material y Método: En el Área Programática Reconquista (125.000 habitantes) fueron tratados entre 1999 y 2001, 140 pacientes en 27 Centros de Salud Periféricos v Hospital Central Reconquista

En los 3 años hubo 140 tratamientos de los cuales 136 fueron TDO.

En 1999 hubo 3 tratamientos autoadministrados que fueron: una maestra rural, una decisión médica y de los padres. uno domiciliado a 11 Km de la primera sala de salud. En el 2000 un tratamiento autoadministrado (La Lola, sin sala de Salud). En el 2001, 0 tratamiento autoadministrado. Abandono 0 en los 3 años analizados. Se destaca que todos los tratamientos y controles hechos lo fueron en Centros de Salud estatales,

independientemente de la edad, condición económica o social del enfermo (Hospitalarios, mutualizados, pre-pagos, particulares). Sobre la base de hacer conocer al paciente en detalle la enfermedad, explicarle en que consiste el tratamiento, el carácter no castigo o no divino de la enfermedad, la gravedad del abandono, asegurarles la curación de su enfermedad, el trato amable y coloquial, la cercanía y comodidad de los Centros de Salud. Todas estas medidas a cargo de un equipo multi disciplinario, permiten una adhesión prácticamente total a realizarlo y su no abandono. Los intentos de abandono son comunicados rápidamente tanto en el Centro Hospitalario como los Periféricos, tomándose las medidas del caso como citación del enfermo. persuasión del mismo, concurrencia a su domicilio nueva entrevista con asistente social o medico.

Resultados: Siguiendo los lineamientos que aconsejan los órganos internacionales es posible llegar a la meta de TDO 100, abandono 0 como lo demuestran las Ultimas estadísticas de nuestra Area Programática.

Conclusiones: La información completa al paciente, el entrenamiento del personal medico y otros como enfermeros, agentes sanitarios, asistentes sociales, psicólogos, hace que trabajando en conjunto se consigan llegar a resultados considerados ideales.

OPCIONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES TBRESISTENTE Y TB-MULTIRRESISTENTE A DROGAS.

Gomez M., Ciminari N. Telesco C., Marchesini M.,

Amigot B., Pelicano C. Programa Integral para el abordaje de la TB; Secretaría Salud Pública de Municipalidadl Rosario, Argentina

Objetivo general: Describir la evolución de los pacientes con diagnóstico de TB-Resistente (RD) y TB Multirresistente (MRD), que realizaron tratamiento con drogas de 1° y 2 línea

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con TB-RD y TB-MRD, atendidos en efectores de la ciudad de Rosario y zonas aledañas. Quienes cumplimentaron al mes de Junio del año 2002, un año de tratamiento con drogas de P y r línea Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de quienes se confirmo el diagnóstico con Prueba de Sensibilidad a drogas. Se elaboró una base de datos en DBF y se procesó la información en el programa SPSS.

Resultados: Se analizaron las historian clínicas de 59 pacientes con TB-RD y TB-MRD que fueron tratados con esquemas terapéuticos opcionales. El 71,2%(42) eran varones, 28,8%(17) mujeres. En el 93,2% (55) la localización fue pulmonar. El grupo etareo, entre los 25 y 34 años, fue donde más casos se presentaron 27,1%(16). En el 32,2%(19) de los pacientes la Resistencia fue inicial y en el 67,8%(40) secundaria o adquirida

Las enfermedades concomitantes mas observadas fueron el HIV 15.25%(9) y la Diabetes con el 10,2%(6). En el 64,6%(38) de los casos la condición final fue de Curado/tratamiento terminado; el 10,2%(6) continua realizándolo; el 11,9%(7) abandonaron y el 13,°o(8) fallecieron, de los cuales 5 se debió a la TB y los 3 restantes a otras causas. Efectos indeseables se presentaron en muy pocos enfermos.

Conclusiones: El alto porcentaje de pacientes con resistencia secundaria esta indicando que errores en tratamientos previos han contribuido ala aparición de la TB-MRD. La buena adherencia obtenida con estas terapias bajo la modalidad TDO. y los escasos efectos indeseables que se produjeron en pacientes con reiterados abandonos previos, contribuyeron a aumentar la eficacia de las mismas.

Creemos necesario, para controlar la farmacoresistencia en TB, lograr una mejor operatividad por parte de los diferentes niveles de atención y un mayor compromiso político frente a esta problemática

TBC. IMPACTO DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (TDO) IMPLEMENTADO DURANTE 8 AÑOS

Nieto C.A.N.

Hospital Central Reconquista- Reconquista- Pcia de Santa Fe- Argentina

Objetivo: Presentar las estadísticas de los casos de TBC diagnosticados y tratados entre 1994 y 2001, en que se inicia la implementación TDO como método para el tratamiento de TBC.

Material y Método: Entre 1994 y 2001 en el Área Programática Reconquista (125.000 habitantes) fueron tratados 517 pacientes en 27 Centros de Salud Periféricos y Hospital Central Reconquista de la siguiente manera:

| AÑO | CASOS | TDO | | ABANDONO |
|------|-------|-----|-------|----------|
| | | Nº | % | |
| 1994 | 106 | 85 | 80,2 | 4 |
| 1995 | 81 | 66 | 81,5 | 4 |
| 1996 | 52 | 51 | 98,1 | 5 |
| 1997 | 64 | 62 | 96,9 | 1 |
| 1998 | 74 | 74 | 100,0 | 1 |
| 1999 | 65 | 62 | 95,4 | 0 |
| 2000 | 36 | 35 | 97,2 | 0 |
| 2001 | 39 | 39 | 100,0 | 0 |

Resultados: Como muestran las estadísticas la implementación del TDO logró un importante impacto en la disminución de casos nuevos de TBC, especialmente reflejados en los últimos 2 años que muestran una marcada disminución con respecto a 1994 en que se inició la metodología, en un porcentaje en las estadísticas del año 2001 de un 64% menos de casos nuevos de TBC.

Conclusiones: La implementación del TDO en nuestro medio en un gran porcentaje de los casos (año 2001, 100%), la búsqueda y seguimiento de los mismos, el bajísimo porcentaje de abandonos (0% en los últimos 3 años). demuestran la alta efectividad de la metodología sugerida por la OMS.

TUBERCULOSIS (TBC) OSTEOARTICULAR (MAL DE POTT)

Supaga, M.; Cappa, A.; Lopez, C.; Gutiérrez, S.; Egues, S.

Sector de Tisiología-Servicio de Clínica Médica

Residencia de Medicina Familiar. Hospital San Vicente de Paúl - Orán - Salta

Introducción: La ciudad de Orán al norte de la provincia; con una población de 77.853 habitantes, con una incidencia de TBC de 152,8 casos /100.000 hab. en el año 2001; y una media de 161,8 casos /100.000 hab. en los últimos diez años. La TBC osteoarticular representa menos del 1% de los casos extrapulmonares diagnosticados, compromete frecuentemente vértebras dorsales y lumbares siendo esta localización más grave por el peligro de compresión medular y paraplejia. En el periodo 1992 a 2001 se notificaron 1.266 casos de TBC y solo 6 con diagnóstico osteoarticular.

Objetivos: Se presentan 4 pacientes adultos con Mal de Pott, diagnosticados en el último semestre. evaluándose forma de presentación, métodos de diagnóstico, terapéutica y evolución. Material y métodos: Revisión retrospectiva de Archivo de Notificación Programa TBC, historias clínicas y fichas de tratamiento. Resultados: Entre los pacientes estudiados predomina el sexo masculino (3:1), rango etario de 29 a 73 años (media 44,7).

Tres pacientes tienen antecedentes epidemiológicos (+). La aparición de síntomas varía desde 1 mes a 1 año. Todos presentaron síndrome de impregnación y dolor vertebral; dos con trastornos neurológicos (paresia, plejia); un caso asociado a TBC miliar y otro con absceso frío en región lumbar con síntomas respiratorios. Con lesiones vertebrales en: columna lumbar(3), cervical(1). Rx Tórax: calcificaciones nodulares y reticulares mínimas amoderadas (3) y miliar(1). Rx de Columna: osteólisis, destrucción de vértebras y acúfiamiento anterior de cuerpos vertebrales (3:4) y disminución del espacio intervertebral. TALC. lesiones osteolíticas que comprometen las emergencias nerviosas y canal raquídeo, saco dural conservado, médula espinal sin lesión visible. RMN: lesión Osea de C2 - C6 con osteólisis y masa heterogénea paravertebral. Biopsia:

Granuloma gigante celular caseificado. Cultivo pan BAAR (+) de punción aspirativa de colección paravertebral (1), en los restantes no se aisló el bacilo. En los cuatro pacientes no se observa progresión de lesiones vertebrales con tratamiento antibacilar correspondiente a Categoría I; y tratamiento ortopédico en dos pacientes. Conclusión: Debido a la alta incidencia de Tuberculosis en nuestro medio, no se puede desestimar la aparición de formas osteoarticulares severas; por lo que se debe considerar como diagnóstico diferencial a la Espondilitis Tuberculosa en pacientes con patología articular dolorosa y persistente.

LEPTOSPIROSIS Y HEMORRAGIA PULMONAR

Uribe R, Uribe M, Cazaux A, Molnar S., Lopez A., Moyano V, Yorio M., Jacob E, Moretti E, Uribe A.

Servicio de Neumología. Infectología y Clínica Médica Hospital Italiano de Córdoba.

Varón de 44 años derivado por insuficiencia respiratoria aguda. Sin antecedentes patológicos, veterinario, contacto 10 días previos con ganado vacuno (vacunación). Presenta 96 horas previas síndrome febril 38,5, mialgias y astenia marcada. Recibe tratamiento con antipiréticos y reposo. Evoluciona febril, con disnea progresiva y esputo hemoptoico. Rx de Tórax: infiltrados pulmonares bilaterales. Laboratorio: Hto 41%, GB 9800, VSG 66, creat 1 mg/dl, Huelson (-). Se diagnostica neumonía y comienza tratamiento con gentamicina 240 mg/d, cefotaxima 2g/d e hidrocortisona 2g/d. Mala evolución. A las 48 hs se deriva a nuestra Institución. Al ingreso TA 90/50, r36, FC 130, FR 40. Palidez y acrocianosis. Taquipneico, crepitantes bibasales. Laboratorio: Hb 8,9, Hto 26, GB 11000 segm92, urea 157, creat 4,8mg/dl, NA 126, k4. APP 82%, KPTT33", plaquetas 308000, GOT 67, GPT 61, bilirrubina 0,50, CPK 58, LDH 610. Hipoxemia severa. Orina completa: Leucocituria. Se toman muestras de hemocultivos e inicia tratamiento con ampicilina 2g ev/6hs y gatifloxacina 400mg/día. Es intubado y conectado a ARM para realizar broncofibroscopia que objetiva sangre fresca y coagulada en ltrbol bronquial, mucosa sana, sin secreciones purulentas. Posterior al procedimiento presenta hemorragias a través de tubo endotraqueal, paro cardiorrespiratorio y fallece a las 8 horas de ingreso. Se reciben resultados: biopsia transbronquial y renal: material insuficiente, ANA(-), ANCA(-), Ac antimembrana basal glomerular(-), IgM Chlamidia pneumoniae (-), IgM e IgG por ELISA para Hantavirus(-), IgM e IgG por ELISA para Dengue(-), Leptospirosis por MAT (+) 1:200 L. Icterohemorragie, 1:400 L. Pomona. Conclusiones: 1-Destacar la importancia del dato epidemiológico en la orientación diagnóstica para una intervención terapéutica temprana y reducir el riesgo de mortalidad. 2-La asociación de hemorragia pulmonar con compromiso renal obliga al diagnóstico diferencial con patología auto inmune.

CORRELACION ENTRE OXIMETRIA Y GASOMETRIA ARTERIAL

Fenoglio D, Arienti R, Estrin A.M, Chiacchiara D, Rarnos H

Htal. de agudos F. Santojanni, Servicio Terapia Intensiva. GCBA. Argentina.

Objetivo: Estimar la significación de las diferencias observadas entre la gasometría arterial y la oximetría de pulso, predecir el valor de la gasometría arterial (G.A) a través de la oximetría de pulso (O.P) y signos vitales.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, que incluyó a 131 pacientes

internados en nuestra terapia intensiva, a los cuales se le extrajo sangre arterial, según técnica clásica, medición de saturación de oxígeno por O.P. signos vitales y laboratorio de rutina.

Las tomas de muestra y mediciones fueron hechas entre 15 y 30 minutos posteriores a la realización del procedimiento en los pacientes (aspiración, inmovilización, maniobras kinésicas).

Se fijaron como criterios de inclusión: pacientes sometidos a asistencia ventilatoria mecánica, con o sin goteo de drogas vasoactivas a dosis inerrópicas.

Se tome como criterio de exclusión: ictericia. bilirrubina >2mg/dl, goteo de drogas vasoactivas a dosis vasoactivas,

antecedentes de enfermedad vascular periférica y signos de mala percusión.

Resultados: Las diferencias observadas entre la saturación de oxígeno por G.A y O.P no son necesariamente de relevancia clínica en la muestra estudiada. pero se puede aproximar el valor de G.A a través de la O.P y signos vitales.

Conclusiones: Confirmamos con nuestros resultados que la O.P es el método útil de monitoreo no invasivo al correlacionarse con los resultados de la G.A. y los valores de presión arterial, siempre que estos se encuentren dentro de valores aceptables con o sin inotrópicos

EXISTE CORRELACION ENTRE LA DIFUSION DE CO Y EL TEST DE LA CAMINATA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR?

DabraC. Precerutti J, Svetliza G., Rodriguez Gimenez, J, Viudes J, de la Canal, A Sección Neumología Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Objetivo: La DLCO es el estudio funcional respiratorio que permite mensurar la gravedad del cuadro. su evolución y la respuesta al tratamiento en pacientes con fibrosis pulmonar. El objetivo de este estudio es tratar de detectar algún grado de relación entre los resultados obtenidos por la DLCO y el Test de la Caminata con oximetría (estudio fue de menor complejidad más accesible)

Material y métodos: Se estudiaron 46 pacientes portadores de fibrosis pulmonar. A todos los pacientes se les realizó: estudio de difusión de CO con un equipo Collins QSR y un Test de la Caminata con medición de oximetría continua a través de un equipo Nonin portátil. Se registró: saturación inicial, saturación final al Test de la Caminata metros caminados y la DLCO.

Se intentó determinar en forma retrospectiva, algún —o— asociación entre las variables independientes (metros caminados. saturación Inicial (SITC) y saturación Final (SFTC) del Test de la Caminata) y la variable dependiente DLCO. Se crearon 2 categorías con las variables de saturación y DLCO respectivamente Para DLCO Grupo 0: >65% y Grupo 1: ≤64% y para saturación Grupo 0: >93% y Grupo 1: ≤92%.

Resultados:

Se encontró solamente asociación entre SFTC y DLCO utilizando la categorización antes mencionada ($P < \chi^2 = 0.0137$). No se halló relación entre saturación inicial o metros caminados y DLCO.

Asociación SFTC y DLCO ODDS ratio: Riesgo de tener DLCO grupo 1 perteneciendo a SFTC grupo: 58 (P= 0020)

La calibración final de la regresión logística por Hosmer Lemeshow fue aceptable.

La capacidad de discriminación de regresión arroja una curva ROC de 0.6765 (discriminación del 67.7%)

Conclusiones y discusión: La saturación al final del ejercicio se correlacionó en forma significativa con la difusión de CO en esta población. Si bien el a no es demasiado grande (46) el OR es la francamente significativo ($p < 0.02$). Los datos preliminares de asociación entre SFTC y DLCO detectados en esta población, serían útiles para la evaluación de la función respiratoria y su seguimiento en aquellos lugares donde no se pueda contar con el equipo de difusión de CO.

EFFECTOS DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA PULMONAR CARDIOGENICO

Lasdica S., Toledo F., Urizar R., Frizza JI., Fainstein D., Casas P., Ontivero M., Bustamante L., Giusani JP., Diaz V. Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca.

Objetivos: evaluar los efectos de la ventilación mecánica no invasiva (VMNT) como tratamiento de primera línea en pacientes que desarrollaron edema pulmonar cardiogénico (EPC) con falla respiratoria aguda hipoxémica (FRAil). Materiales y Métodos: durante 3 años realizamos un estudio prospectivo en el cual incluimos pacientes que presentaban al ingreso o durante su estadía en UCI. EPC y FRAil. La VMNT fue proporcionada con respiradores convencionales con presión de soporte y PEEP, que fue aplicada con mascarillas oronasales sujetadas con a meses de goma. Criterios de inclusión: presencia de rales crepitantes bilaterales, tercer ruido con cadencia de galope, redistribución de flujo en la Rx de tórax, PaO_2/FiO_2 C de 300. saturación arterial de oxígeno (Sat) <a 90% (respirando oxígeno al 50%); frecuencia respiratoria' (FR) > a 30 respiraciones por minuto. Cuando el paciente tenía 3 de los criterios previamente descriptos recolectábamos los datos demográficos. clínicos cardíaca (FC)], radiológicos y de intercambio de gases (pH, $PaCO_2$, PaO_2 / FiO_2 y Sat). Los parámetros clínicos y de intercambio de gases se evaluaron también a la hora y a las 6 horas de iniciada la VMNTI. Como análisis estadístico realizábamos el test de ANOVA de una vía en muestras repetidas y consideramos un nivel de significación del 5%. Resultados: incluimos 18 pacientes cuya edad media fue de 70 (±13) años. El 50% eran de sexo femenino, el

38,9% tenía antecedentes de diabetes, el 72.2% de hipertensión arterial el 55% de coronariopatía y el 50% de EPOC, El APACHE II y el MURRAY de ingreso fueron de 18,8 (+5,5) y 2,3 (±0.3) respectivamente. La media de compromisos de cuadrantes en la Rx de Tórax fue de 2,1 cuadrantes. El pH, $PaCO_2$, PaO_2/FiO_2 al ingreso y luego de seis horas de asistencia con VMNTI fueron de 7.41 (P=NS) y 130.9 (±34) vs. 258,7 (±58) $P < 0.0001$ respectivamente. La FR al ingreso y a las 6 hs fueron de 36,6 (±5,6) vs. 21,7 (±3,5) $P < 0.001$; mientras que la FC fue de 121,2 (±13,4) latidos por minuto al ingresar en estudio y luego de 6 hs. de VMNT fue de 96,7 (±9,4) $P < 0.0001$. El tiempo de recuperación de los síntomas fue de 25,5 (±89) minutos. La duración de la VMNTI y la estadía en UTI fueron de 13 (+0.3) y 3,6 (+1,6) días respectivamente, No fue necesario realizar IOT en ningún paciente. Conclusión: la utilización de la VMNT como tratamiento de primera línea en el EPC con FRAil mejora la oxigenación y es estado clínico del paciente pudiendo evitar la IOT en este tipo de patología. Estos mismos beneficios deberían ser comprobados en pacientes con edema pulmonar por patología coronaria exclusivamente.

Stok AM., Campero G., Willigs NI., Dantur C., Diaz M,
Fabio L.S., Altieri N.H.
Hospitales Centro de Salud y AC. Padilla
TUCUMAN - ARGENTINA

Con el fin de correlacionar entre un método objetivo como el FEV1 y uno subjetivo como el cuestionario de calidad de vida en pacientes asmáticos, estudiamos 84 pacientes entre 18 a 70 años con diagnóstico de asma, no tabaquistas o tabaquistas < 10 pack/years. asistidos por los servicios de Neumología de ambos hospitales. Se les realizó Cuestionario de Calidad de Vida AQLQ (5) y medición espirométrica de FEV1 usando como predictivo ERS.

RESULTADOS: de los 84 pacientes evaluados un 70% correspondía al sexo femenino y un 30% a! masculino. El 64% fueron no tabaquistas. Según los criterios del GINA un 24% tenía asma intermitente, 33% asma leve, 39% moderada y 4% severa El 62% presentaba más de 10 años de diagnóstico de asma y el 75% se encontraba sin tratamiento con corticoides inhalados. Al 42% se le midió un FEV1

> 80% del predicho. un 27% con FEV1 entre 60 y 79%, un 21% con FEV1 entre 40 y 59% y un 10% con FEV1 <40%. El 78% de la población total presentó un Cuestionario de Calidad de Vida < 5. Tanto los pacientes con FEV1 > 80% como el grupo con FEV1 entre 60 y 79% tenían un Cuestionario de calidad de vida < 5 en un 74% en ambos grupos. El AQLQ (S) fue < 5 en el 83% de los pacientes sin tratamiento con corticoides inhalados y en el 67% del grupo con tratamiento.

CONCLUSION: en nuestro estudio no observamos una concordancia entre el FEV1 y el Cuestionario de Calidad de Vida, siendo destacable el alto porcentaje de pacientes con mala calidad de vida aun con valores de FEV1 mayores de 60% del predicho.

PREDICTORES FUNCIONALES DE MORTALIDAD EN ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR AVANZADA EN LISTA DE TRASPLANTE PULMONAR

Cáneva J., Ossés J, Bertolotti A, Presa C, Gómez C, Macchia A, R Favalaro
Sección Neumología y División Trasplante Torácico. Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina

introducción: La enfermedad respiratoria avanzada en la enfermedad intersticial pulmonar es una condición desalentadora con una alta tasa de mortalidad en pacientes en lista para trasplante (Tx) unilateral pulmonar. **Objetivo:** Identificar parámetros funcionales predictores de mortalidad que permitan jerarquizar pacientes dentro de la misma. **Métodos:** entre 12/93 y 09/01 41 pacientes (45 ± 14.3 años, 18 mujeres y 23 hombres) con diagnóstico de enfermedad intersticial pulmonar fueron incluidos en lista de espera para trasplante pulmonar; las características clínicas y funcionales son (media ± SD, % del predicho): FVC 43.3%±14.5; FEV1 42.7%±15.6, DLCOc 28%±18.3; PaO2 (con oxigenoterapia) (media ± SD) 68.1± 22.3 mmHg; PaCO2 42.3±6.6 mmHg; presión media en arteria pulmonar 25.5 ±12.8 mmHg; presión en aurícula derecha 5.3±4.2 mmHg; test de caminata de 6 minutos: distancia caminada 123±133 metros, frecuencia cardiaca basal (Fc) 101±16/min., Fc máxima 111±19/min.: SaO2 basal (con oxigenoterapia) 95%±2.7; SaO2 mínima 89%±8.7; fracción de eyección de ventrículo derecho 33%±1.1; fracción de eyección de ventrículo izquierdo 57%±7. Todos los pacientes fueron seguidos hasta el trasplante, el fallecimiento o la finalización del seguimiento. El análisis de regresión de Cox se aplicó para la estadística. **Resultados:** 12 pacientes fueron trasplantados, 16 fallecieron y 13 permanecían vivos; la media de seguimiento fue 328±432 días. En un análisis univariado donde 14 variables fueron considerados, solo PaCO2 >45 mmHg predijo la mortalidad (OR 2.79: CI 1.13-6.88; p=0.026)

Conclusión: Hay un limitado número de parámetros a ser considerados en enfermedad respiratoria avanzada debido a enfermedad intersticial, con el objeto de seleccionar candidatos en lista de espera de Tx pulmonar unilateral. Solo la hipercapnia > 45 mmHg predijo la mortalidad. Este parámetro podría permitir una prioridad de consideración en estos pacientes.

ESTUDIO PRELIMINAR : MANIFESTACIONES RADIOLOGICAS Y FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Fabio L.S., Gonzalez F., Stok A.M., Cristofari A., Altieri H.H, Gianfrancisco V.
Hospitales A.C. Padilla y Centro de Salud - TUCUMAN - ARGENTINA

Con el objetivo de evaluar los hallazgos pulmonares patológicos en pacientes con artritis reumatoidea, iniciamos un estudio prospectivo determinando las características radiológicas y funcionales (FVC, FEV1, DLCO).

De 18 pacientes evaluados la mayoría eran de sexo femenino (n=14). Presentaban Factor Reumatoideo > 1132 un total de 12 pacientes. Sin nódulo subcutáneo 14 pacientes.. Solo 1 caso tenía PPD > 10 mm.. La radiografía de tórax era normal en el 83%, sólo 3 pacientes tenían un compromiso intersticial. La espirometría fue normal en 89% de los casos y restrictiva en 2 pacientes. El test de difusión de monóxido de carbono fue normal (80 a 120% del predicho) en el 56% de los casos, entre 60-80% del predicho en 11% y encontramos una DLCO elevada en el 33%, de los cuales sólo 1 paciente presentaba antecedentes de asma.

CONCLUSION: Debido a nuestros hallazgos de DLCO elevada en estos pacientes presentamos este estudio preliminar como propuesta de evaluación prospectiva con incorporación de mayor número de casos.

RELACION DEL GRADO DE OBSTRUCCION EN EPOC LA DISNEA, EDAD, ECG, P02, PCO2 Y TEST DE 6 MINUTOS, EN UN CORTE TRANSVERSAL

Vennera M del C, Gonzalez A, Segovia J, Monteverde A.
Servicio de Neumología Hospital A. Posadas Haedo. Buenos Aires

Objetivo: relacionar la obstrucción del flujo aéreo con edad, tabaquismo, disnea, ECG, presión de arteria pulmonar (PAP), P02, PCO2 y Test de 6 minutos, en pacientes con EPOC, en un corte transversal. **Material y métodos.** Se estudiaron 100 pacientes con EPOC estable. Se relacionaron los

valores de VEF1 con las variables arriba mencionadas. Los valores de VEF1 post-b2 fueron clasificados como leves, moderados y severos, según la ATS. El tabaquismo (pack / year). leve 0-40, moderado 40-60, severo >60. ECG patología derecha (P pulmonar, hipertrofia de VD, eje a derecha) o ausencia de la misma. Presión en arteria pulmonar (PAP) por ecodoppler hipertensión > 32 mmHg o normal Hipoxemia P02 menor de 60 mmHg. Hipercapnia PCO2 mayor de 45 mmHg. En el test de 6 minutos se evaluó saturación mínima-máxima y metros caminados, considerándose de saturación <90%. Fueron aplicados los test estadísticos de Kmskal-Wallis para las variables numéricas, y el test de Chi cuadrado para las variables categóricas. RESULTADOS: de los 100 pacientes estudiados 12 tenían EPOC leve, 26 moderados, 62 severos. Se observaron valores significativos de relación con P02, PCO2, Test de 6', ECG y disnea. La relación con la edad fue inversa. La edad es significativamente más elevada en el grupo de EPOC leve; interpretamos que acuden a la consulta los pacientes más afectados, y eso determina la observación La disnea, parámetro más controvertido en la bibliografía, en nuestro caso, se correlaciona con el grado de obstrucción del VEF1

TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR. CARACTERIZACION EN DEPORTISTAS

Medin M, Zorrilla M, Barn A, Mazzei M, Visentini D, Majo R, Ossés J, Cánova J

Sección Neumología. Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina

Introducción: la medición del consumo de oxígeno máximo (VO₂ max) mediante un test de ejercicio cardiopulmonar (test CPX) se ha convertido en una herramienta valiosa para evaluar el rendimiento físico global del ensamble cardiorrespiratorio y muscular periférico en una población determinada. Objetivo: evaluar la respuesta al test de ejercicio cardio pulmonar en una población de sujetos deportistas (tenistas, atletas, futbolistas y basquetbolistas). Material y métodos: se evaluaron 19 sujetos deportistas con edad (media ± SD) 32 ±13 años (rango 14-64), 5 mujeres y 14 hombres, índice de masa corporal (IMC) 26±4.0 kg/m² (rango 20-36), altura 171 cm + 7 (rango 157-182). Tabaquistas: 1. Tests de función pulmonar: FVC (% del teórico)= 110 ± 13 %, FEV1= 109 + 14%, FEV1/FVC= 84 + 5, MVV 120 ± 39%; se aplicó test CPX con la determinación del VO₂ max considerando inicialmente 2 minutos de registro en condición basal de reposo para luego continuar con protocolo incremental de carga hasta la suspensión limitada por síntomas. Se utilizó equipo CPX Cardio 02 (Med Graphics, St Paul, MN). Se realizaron mediciones de los parámetros ventilatorios y metabólicos respiración por respiración, ECG al final de cada período de incremento de carga, con control de la tensión arterial y el nivel de esfuerzo percibido (escala de Borg modificada) minuto a minuto. Resultados: los valores hallados en reposo, al umbral anaeróbico (AT) y al ejercicio max fueron: VO₂ 7± 4, 24 ± 9 y 41 ± 10 ml/kg/min; VE 120 +39,42 ±10,108±27 L/m; RER 0.82±0.1, 0.9±0.10, 1.19±0.11; los siguientes parámetros fueron medidos al reposo y ejercicio máximo: pulso de oxígeno (O₂ /1W) 6±3, 17±3; VT/FVC 0.19± 0.1, 0.50±0.10; VD/VT 0.3±3, 0.1±0.10; Presión arterial sistólica 120 +15, 174±24; diastólica 78+7, 86±9. Las reservas de frecuencia cardíaca al VO₂ max y frecuencia respiratoria fueron 5+5% y 38±11 L; capacidad de trabajo 112 ±19 %. Conclusión: el test CPX en esta población demostró por el VO₂ max y de acuerdo a la clasificación de la American Heart Association (1972) que su clase funcional correspondió a la categoría de bueno.

TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR.

RESULTADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD

PULMONAR RESTRICTIVA PARENQUIMATOSA

Medin M Zorrilla M. Barro A, Mazzei M. Visentini D, Majo R, Ossés J, Cánova J

Sección Neumología. Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina

Introducción: la medición del consumo de oxígeno máximo (VO₂ max) mediante un test de ejercicio cardiopulmonar (test CPX) ha aportado una herramienta más a la valoración de la enfermedad pulmonar restrictiva (EPR)

Objetivo: evaluar la respuesta al test de ejercicio cardiopulmonar en una población de enfermos pulmonares restrictivos parenquimatosos

Material y métodos: se evaluaron 18 pacientes con EPR con edad (media ± SD) 52±15 años (rango 17-75), 7 mujeres y 11 hombres, índice de masa corporal (IMC) 28±6.0 kg/m² (rango 20-41), altura 168 cm ± 0.10 (rango 138-185). Tests de función pulmonar: FVC (% del teórico)= 67± 21 %. FEV1 68 ± 22%, FEV1/FVC= 82 ± 6, MVV 86 ± 22%; se aplicó test CPX con la determinación del VO₂ max considerando inicialmente 2 minutos de registro en condición basal de reposo para luego continuar con protocolo incremental de carga hasta la suspensión limitada por síntomas. Se utilizó equipo CPX Cardio 02 (Med Graphics. St Paul, MN). Se realizaron mediciones de los parámetros ventilatorios y metabólicos respiración por respiración. ECG al final de cada período de incremento de carga, con control de la tensión arterial y el nivel del esfuerzo percibido minuto a minuto y oximetría transcutánea continua.

Resultados: los valores hallados en reposo, al umbral anaeróbico (AT) y al ejercicio max fueron: VO₂ 5±3, 12 ±11 y 19 + 10 ml/kg/min; RER 0.84±0.10, 0.9±0.10, 1.24±0.10. Los siguientes parámetros al reposo y ejercicio máximo fueron: pulso de oxígeno (O₂ /ER) 43±2, 10±4; VT/FVC 0.3 ± 0.10, 3.1±11; VD/VT 0.4±3, 0.3±0.10; Presión arterial sistólica 133 ±19, 160±24; diastólica 84±12 - 92±11. Las reservas de frecuencia cardíaca al VO₂ max y frecuencia respiratoria fueron 15±15% y 30±18 L; capacidad de trabajo 65 ±19%/ny AT fue 45±11. Gases arteriales basales pH 7.42±0.03, PaO₂ 83±13, PaCO₂ 37±1, HCO₃ 21s-2 v en max estherzo pH 7.31±0.10. PaO₂ 75±14, PaCO₂ 36.44. HCO₃ 19±4.

Conclusión: el test CPX en EPR mostró capacidad de trabajo disminuida con AT normal y reserva respiratoria disminuida permitiendo clasificar el grado de deterioro según Weber y Janicki en la población estudiada como **clase B**

TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR.

RESULTADOS EN PACIENTES CON

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA

Zorrilla M, Barro A, Mazzei M, Macchia A, Ossés J, Cánova J

Sección Neumología. Fundación Favalaro. Buenos Aires Argentina

Introducción: la medición del consumo de oxígeno máximo (VO₂ max) mediante un test de ejercicio cardiopulmonar (test CPX) ha aportado una herramienta más a la valoración de la enfermedad pulmonar restrictiva

Objetivo: evaluar la respuesta al test de ejercicio cardiopulmonar en una población de enfermos obstructivos de la vía aérea.

Material y métodos: se evaluaron 99 sujetos obstructivos con edad (media \pm SD) 55 \pm 14 años (rango 13-82), 33 mujeres y 66 hombres, índice de masa corporal (IMC) 26 \pm 5 kg/m² (rango 16.40), altura 166 cm \pm 10 (rango 143-197). Tests de función pulmonar: FVC (% del teórico) = 77 \pm 18 % FEV1 = 50 \pm 18 % FEV1/FVC = 53 \pm 14, MVV

56 \pm 21%; se aplicó test (TX con la determinación del V_{O2} max considerando inicialmente 2 minutos de registro en condición basal de reposo para luego continuar con protocolo incremental de carga hasta la suspensión limitada por síntomas. Se utilizó equipo CPX Cardio 02 (Med Graphics, St Paul, MN). Se realizaron mediciones de los parámetros ventilatorios y metabólicos respiración por respiración, ECG al final de cada período de irrecrimento de carga, con control de la tensión arterial y el nivel de esfuerzo percibido (escala de Borg modificada) minuto a minuto y oximetría transcutánea continua

Resultados: los valores hallados del V_{O2} en reposo, al umbral anaeróbico (AT) y al ejercicio max fueron: 6' 9,12 \pm 5 y 16 \pm 7 ml/kg/min RERO. 81 \pm 0.07, 1.09 \pm 0.60; los siguientes parámetros fueron medidos en reposo y ejercicio máximo: pulso de oxígeno (O₂-R) 4 \pm 2 y 9 \pm 4; 'VD'/VT 0.74 \pm 0.85 \pm 1; Presión arterial sistólica 135 \pm 24, 164 \pm 30 mmHg; diastólica 83 \pm 13, 92 \pm 14; PAraO₂ 6 \pm 12, 25 \pm 15; PaET CO₂ 5 \pm 0, 5 \pm 9. La reserva de frecuencia cardíaca al V_{O2} max y reserva respiratoria (RR) fueron 18 \pm 12 y 27 \pm 20; capacidad de trabajo (CT) 59 \pm 24% AT 44 \pm 19%. Gases arteriales hasales pH 7.43 \pm 0.03, PaO₂ 76 \pm 13, PaCO₂ 37 \pm 6, HCC) 3 25 \pm 3 y al '102 en máximo esfuerzo pH 7.31 \pm 0.13, PaO₂ 100 \pm 13, PaCO₂ 54 \pm 6, HCO₃ 28 \pm 3.

Conclusiones: el perfil observado fue: CT disminuía con AT normal y RR disminuida: la población estudiada en cuanto a la severidad del deterioro por Weber y Janicki, se califica como deterioro leve a moderado (clase B).

TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR.

CARACTERIZACION EN INDIVIDUOS

NORMALES.

Zorrilla M, Medín M, Barro A, Mazzei M, Macchia A, Ossés J, Cánave J
Sección Neumología. Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El test de ejercicio cardiopulmonar (test CP) con la medición del consumo de oxígeno máximo (V_{O2} max) posee aplicaciones clínicas, cardiológicas y respiratorias siendo una herramienta de valor para determinar el acoplamiento cardiorrespiratorio y muscular periférico en una población determinada.

Objetivo: Evaluar la respuesta al test de ejercicio cardiopulmonar en una población de individuos normales con el objeto de adoptarlos como valores de referencia.

Material y métodos: Se evaluaron 46 sujetos normales con edad (media \pm SD) 46 \pm 16 años (rango 13-71), 21 mujeres y 25 hombres, índice de masa corporal (IMC) 27 \pm 4 kg/m² (rango 19-36), altura 169 cm \pm 10 (rango 148-190). Tests de función pulmonar: FVC (% del teórico) = 106 \pm 14 %, FEV1 = 100 \pm 15 %, FEV1/FVC

78 \pm 8, MVV 99 \pm 27%; se aplicó test CP con la determinación del V_{O2} max considerando inicialmente 2 minutos de registro en condición basal de reposo para luego continuar con protocolo incremental de carga hasta la suspensión limitada por síntomas. Se utilizó equipo CPX Cardio 02 (Med Graphics, St Paul, MN). Se realizaron mediciones de los parámetros ventilatorios y metabólicos respiración por respiración, ECG al final de cada período de incremento de carga, con control de la tensión arterial y el nivel de esfuerzo percibido (escala de Borg modificada) minuto a minuto. Resultados: Los valores hallados en reposo, al umbral anaeróbico (AT) y al ejercicio max fueron: V_{O2} 6 \pm 3, 17 \pm 6 y 27 \pm 11 ml/kg/min; RER 0.79 \pm 0.12, 0.86 \pm 0.16, 1.11 \pm 0.13; los siguientes parámetros fueron medidos al reposo y ejercicio máximo: pulso de oxígeno (O₂/HW) 5 \pm 2, 14 \pm 6; VT/PVC 0.22 \pm 0.11, 0.50 \pm 0.12; VD/VT 0.31 \pm 0.07, 0.18 \pm 0.09; Presión arterial sistólica 127 \pm 19, 170 \pm 28; diastólica 81 \pm 11, 92 \pm 16. Las reservas de frecuencia cardíaca al V_{O2} max y frecuencia respiratoria fueron 13 \pm 10% y 42 \pm 15 L; capacidad de trabajo 96 \pm 24 %. Conclusión: El test de ejercicio cardiopulmonar demostró por el V_{O2} max. y de acuerdo a la clasificación de la American Heart Association corresponder a la categoría de Medio.

VARIABILIDAD DE LA pO₂ ARTERIAL ASOCIADA A LA

DISFUNCION VENTILATORIA EN T.B.C. PULMONAR (T.B.C.P.) TZIAVARAS, M. E., BATISTA, L. C. y VISCA, M. HTAL F.J. MUÑIZ, BUENOS AIRES. ARGENTINA

OBJETIVO: Utilizar promedios de indicadores de disfunción ventilatoria (CVF, FEV1, FEF), para explicar estimativamente el resultado de la pO₂ arterial en reposo de varones adultos con T.B.C.P. activa avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1: POBLACION: 641 ingresos al Htal. Muñiz (1/1/96 1/1/00), edad (18-68) TBCP activa avanzada (según Rx de tórax). Diferencia (A-a) O₂ > 20 (reposo). Hemoglobina > 10. Espirometría con evidencia de disfunción ventilatoria y oximetría arterial en reposo. 2: MUJESTRA: (tamaño N=148). 3: DISEÑO: Retrospectivo, observacional, transversal. 4: VARIABLES: CVF, FEV1, FEF, pO₂ arterial (reposo): medidas en escala numérica. Incorporadas en un Modelo de Ecuación de Regresión Múltiple Escalonada donde p⁰² es la dependiente. Se obtuvo el R² significativamente más alto y coeficientes de regresión de las variables explicativas, de estas se eliminaron aquellas cuyos coeficientes fueron estadísticamente no significativos. Quedó sólo FEV1.

TABLA 1 N=148

| VARIABLES | MEDIAS | DESVIOS STD. | I.C. 95% (MEDIAS) |
|--------------------------|--------|--------------|-------------------|
| EDAD (años) | 37 | 14.5 | 34 - 39 |
| TALLA (cm.) | 166 | 7.8 | 165 - 168 |
| CVF (L) | 3.15 | 1.05 | 2.98 - 3.32 |
| FEV1 (L) | 2.45 | 1.04 | 2.28 - 2.62 |
| FEF (L) | 2.44 | 1.14 | 2.19 - 2.68 |
| pO ₂ (mm Hg.) | 79.4 | 11.9 | 77.5 - 81 |

TABLA 2 N=148 Coeficientes de Correlación, para explicar variabilidad de pO₂ arterial

| VARIABLES (X) | PEARSON (r 2) | Prueba t | Nivel de significación (p) |
|---------------|---------------|----------|----------------------------|
| CVF | 0.18 | 5.7 | < 0.001 |
| FEV1 | 0.23 | 6.6 | < 0.001 |
| FEF | 0.17 | 5.2 | < 0.001 |

RESULTADOS: Coeficientes de Regresión para explicar variabilidad de pO₂ arterial

| VARIABLES (X) | COEFICIENTES DE REGRESION | PRUEBA t | (p) |
|---------------|---------------------------|----------|-----|
|---------------|---------------------------|----------|-----|

El 23% de la variabilidad de la pO₂ arterial es (explicada) por FEV₁.

CONCLUSIONES: En la población estudiada el FEV₁ es el indicador de disfunción ventilatoria que mejor se asocia en una relación estadísticamente significativa con pO₂ arterial, $b=5.5$ (IC<0.001) 5.27 a 5.73, pero solo explica el 23% del resultado de ésta. Para obtener información adicional, deberá utilizarse variables diferentes de las incluidas en este informe, para incrementar el porcentaje de la explicación.

EFFECTO DEL FEV₁ SOBRE VARIABILIDAD DE LA pO₂ EN TBC PULMONAR

TZIAVARAS, M.E., BATISTA LC., y VTSCA, M. HTAL. MUÑIZ, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Objetivos: Ponderar el efecto del FEV₁ sobre la variabilidad de la pO₂ y estimar la probabilidad de predecirla a partir del mismo, estableciendo diferencias en dos poblaciones de varones adultos con T.B.C. pulmonar avanzada en actividad. Material y Métodos: La población 641 ingresos al Htal. Muñiz (1/1/96-1/1/00), varones (18-68) con T.B.C. pulmonar avanzada activa. Diferencia (A-a) O₂>20mmHg(reposo). Hemoglobina>10. Espirometría con FEV₁ anormal y pO₂ reposo. Por sorteo aleatorio simple para formar 2 grupos: fumadores y no fumadores, de N=74. Diseño retrospectivo, observacional transversal. Variables: en estudio pO₂(dependiente) y FEV₁(independiente) edad a "controlar". Todas medidas en escala numérica. Se "controló" variable edad con análisis de covarianza, pO₂ se ajustó a edad coeficiente b de Regresión -0.33, t-4.95. p<0.001. Se estableció la diferencia entre los coeficientes b relacionados con FEV₁ en c/grupo. Se calculó en c/grupo el Exponente (in) del coeficiente de regresión b de FEV₁.

DESCRIPCION de las MUESTRAS:

El FEV₁ explica el 22% de la variabilidad de la pO₂ en los no fumadores (R² Ajust. 0,22 F_{2,2}, p<0.001) y en los fumadores, el 17% (R² Ajust. 0,17, F_{1,6}, p<0.0⁰1). El "peso" del FEV₁ sobre la variabilidad de pO₂ es 1.38 veces más en los no fumadores y se puede predecir a partir de él 4.9 veces más ésta, en ellos.

Conclusiones: Se ponderó el efecto del FEV₁ sobre la variabilidad de la pO₂ en ambas poblaciones de varones adultos con TBC pulmonar avanzada y activa, se estableció la diferencia (en los no fumadores es 1.38 veces más) con una p<0.001. La probabilidad de predecir el promedio de pO₂ a partir del FEV₁ resulta casi 5 veces más factible en la población de los tuberculosos pulmonares que no fuman (p<0.001).

UN MODELO DE PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIO PARA PACIENTES CON EPOC SEVERO, CON UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.

Scorza G, Taubenslag N, Jorge E, Gene R., Hospital de Clínicas, UBA, Bs AS.

Objetivo: Describir los resultados de un programa de rehabilitación de 8 semanas que incluye: 8 hs. de educación interactiva y 24 hs de entrenamiento físico, con evaluación de ansiedad-depresión y psiquiátrica, con un cuestionario final sobre conocimientos adquiridos y su impacto en las exacerbaciones severas y/o internaciones desde agosto del 2001 hasta julio 2002. Material y métodos: Durante el periodo abril 2001, julio 2002 se incluyeron en un programa de rehabilitación pulmonar, 21 pacientes. 19 EPOC moderados severos, 2 con restricción severa por secuela de TBC. Se realizó evaluación clínica funcional respiratoria, cuestionario de calidad de vida, St George, BMI, cuestionario ansiedad depresión (HAD) Diagnóstico por DSM IV eje 1 y eje 2, Se realizaron 8 hs de educación. Se propuso tratamiento farmacológico y/o apoyo psicoterapéutico a los pacientes que así lo requerían. Al finalizar se realizaron nuevas evaluaciones y un cuestionario sobre los contenidos del módulo de educación. El 31/7/2002 se constató mediante llamada telefónica, la ocurrencia o no de exacerbación severa y/o muerte. Se utilizó el test de Student para el análisis estadístico. Resultados: Edad 65,14±8,62, BME 25,56±3,69, FEV₁ inicial 0,79±0,19, EEV₁ final 0,83±0,23 p 0,5399 FEV₁/FVC inicial 33,43±11,73, FEV₁/FVC final 34,14±11,64 p 0,843⁹, P_{O2} inicial 75,68±8,14 P_{O2} final 77±8,84 p 0,16191, mets caminados inicial 306,84 ± 122,71 mets finales 380,79±113,02 p 0,0⁶¹²4, HAD A inicial 5,57±4,84 HAD A final 4,52±4,21 p 0,4589, HAD D inicial 5,43±3,52 HAD D final 4,43±2,96 p 0,3246, Borg inicial 4,57±2,16 Borg final 2,71±2,33 p 0,01059, calidad de vida inicial 43,98±17,23, Calidad de vida final 40,21±15,65 p 0,4694. En el HAD 3/21 tuvieron puntaje total entre 8-10 posible depresión-ansiedad, 13/21 puntaje 11-21 ansiedad-depresión probablemente significativa. En el DS14 hubo 9/21 pacientes con "D" en DS14: Personalidad es Tipo D "D", si tanto la afectividad negativa (NT) cuanto la tendencia al aislamiento social (SI) puntúan 10 o más. El puntaje de la evaluación de conocimientos fue: 14, 19±4,84, min9, sobre 30 preguntas no hubo al 31/7/2002, ninguna internación por exacerbación, ni muertes. Conclusiones: Hubo diferencias significativas en los metros caminados, Borg. Si bien 16 de 21 pacientes presentaron ansiedad-depresión recibieron tratamiento, solo 5, hubo buena adherencia durante la duración del programa, el puntaje de conocimientos adquiridos evaluados por el cuestionario final fue satisfactorio. deberá evaluarse a largo plazo, mediante otros instrumentos de evaluación si los conocimientos y pautas de automanejo adquiridas con la educación, persisten en el tiempo.

REHABILITACION EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS

Kosaka, V; Magliola, M; Ruiz Robledo, A.

CIAREC: Clínica de Rehabilitación y Cirugía. BUENOS AIRES ARGENTINA.

Introducción: Presentación de pacientes traqueotomizados internados en "CIAREC", en el periodo de Octubre de 2000 a Junio de 2002, que realizaron rehabilitación motora en piso y en gimnasio sin demanda de oxigenoterapia

Objetivos: Iniciar el tratamiento motor en gimnasio luego de haber superado la IRA, en pacientes traqueotomizados. Educar y entrenar con distintos patrones musculares y respiratorios en sus ABC (actividades básicas cotidianas). Mejorar la tolerancia al esfuerzo, las AVD (actividades de la vida diaria) y optimizar la calidad de vida Material y Método: Se evaluaron 29 pacientes traqueotomizados. 11 mujeres y 18 hombres, con

traqueotomía quirúrgica y precutánea, con cánulas de fonación y con cánulas con balón. En la variable edad, se utilizaron medidas de síntesis: tales como, en tendencia central, la media fue de 56.06; el modo fue multimodal, (35-36-56-58-72) y la mediana de 56.57. En cuanto a medidas de dispersión, el desvío estándar fue de 16.7692. El rango de edad entre 24 y 83. El desvío estándar de los días de interacción en terapia intensiva fue de 33.1809. Se dividió en 3 grupos: Neurológico, quemados y otros. En todos los grupos se realizaron movilizaciones pasivamente, activas asistidas y ejercicios libres (colchoneta, paralela, rampa, escalera, bicicleta y cinta). Todos los pacientes tuvieron control por oxímetro de pulso en actividades de gimnasio. Resultados: Cumplidos los 25 meses de internación y tratamiento de AKR (asistencia kinesica respiratoria) y AKM (asistencia kinesica motora), fueron evaluados 29 pacientes, de los cuales 19 concurren al gimnasio, 10 recibieron tratamiento kinesico en la habitación y 5 obitaron. En el ingreso a la institución, el promedio de consumo de oxígeno fue de 3 litros con una SAT 02 98-99%, luego de 2 o 3 semanas de rehabilitación se logra disminuir la FIO2 a 0.2 1% conservando la SAT 02 de 98-99%. En la habitación se realizaron ejercicios de rehabilitación motora combinado con PMR (patrón muscular respiratorio). De los 19 pacientes que concurren al gimnasio, 13 lograron una marcha óptima y funcional, 6 pacientes no lograron la marcha debido a patologías neurológicas de base. Conclusión: Estos pacientes traqueotomizados y con insuficiencia respiratoria también pueden realizar tratamiento kinesico en gimnasio logrando así favorables resultados.

USO DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE PULMON

Mazzei M, Cáneva J, Osses J, Gómez F, Visentini D, Klein F, Gómez C, Favalaro R. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro.

Introducción: Los pacientes en lista de espera para trasplante de pulmón (PLETxP) son una población en insuficiencia respiratoria crónica. El manejo de la insuficiencia respiratoria aguda sobreimpuesta y el trasplante de pulmón durante la crisis han sido el punto de nuestro análisis.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los PLETxP internados durante un período comprendido entre Julio de 1998 a julio 2001 por insuficiencia respiratoria aguda sobreimpuesta.

Resultados: Se internaron 14 pacientes que requirieron ventilación no invasiva (VNT), 4 de los cuales requirieron ventilación invasiva (ARTM). Las causas del ingreso a PLETxP, su evolución posterior y la causa del deterioro fueron:

Conclusión: Los PLETxP son una población en la que la VNT tiene utilidad (éxito en el 71%). Las causas de exacerbación más frecuentes fueron neumonía en el 43% de los casos e infección canalicular en el 38%. Durante la internación se trasplantaron 10 pacientes (71%), 2 de los cuales se encontraba en ARMI, 8 fueron dados de alta. Las causas de fallecimiento en los trasplantados fueron neumonía en dos casos y en el restante injuria de reperfusión.

PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA CRONICA DOMICILIARIA (OCD) EN PACIENTES ADULTOS EN LA PROVINCIA DE NEUQUEN EVALUACION Y ANALISIS DE COSTOS PERIODO 2000-2002.

Ciruzzi J, Hornann S, Bernardino A, Toia C, Schiro D. Sección Neumonología del Hospital Castro Rendón NEUQUEN ARGENTINA.

Introducción En Neuquen en el año 2000 se crea un programa de control de la prescripción de la OCD para el Subsector Público con los siguientes objetivos: evaluar la correcta prescripción, el control de tratamiento y costos. Material y Métodos: Desde noviembre del año 2000 hasta abril del 2002 se evaluaron un total de 90 pacientes, mayores de 14 años (M.63 F.27) sin obra social atendidos en el subsector público sus edades oscilaron entre 21 y 87 años con una media de 65 años la metodología consistió en prescribir oxigenoterapia en un centro único en el Hospital Castro Rendon donde fueron derivados todos los pacientes con potencial indicación de OCD y se citó a aquellos pacientes que estaban utilizando este tratamiento a fecha abril del 2000. Se considero paciente en control óptimo al que concurrió a los 30 días y a los 6 meses control subóptimo no concurren al control de tratamiento o no utilizaron el equipo asignado por lo menos 2 semanas continuas, perdidos a aquellos pacientes de los que no se obtuvo información por más de 30 días. altas: a los que cesaron en la indicación o fallecieron. Los costos económicos fueron evaluados en pesos no sufriendo cambios en los mismos a abril del 2002. Resultados:

Se realizaron en el periodo 2000-2002 un total de 210 controles siendo las prescripciones totales de OCD 90, los sistemas indicados fueron: tubos de 02 13., Concentradores 37 y sistemas de oxígeno líquido 46, la Pao2 promedio fue de 60 mmhg. Durante el período el total de Abandonos fue 0, perdidos 3, altas 26 y control óptimo 61, los pacientes tuvieron una distribución urbana 78 (87%) rural 12 (13%). La concurrencia estimada para la primera citación fue del 95% los diagnósticos fueron EPOC: 66 (73.3%), Restrictivos: 10, Paliativos 11, Hipertensión Pulmonar: 3 El costo mensual promedio es de \$ 41.125 y la proyección a 5 años es de (n90) \$ 2.467.500. Conclusiones: 1) La centralización de la prescripción de OCD permitió conocer información precisa en el Subsector Público 2) El conocimiento de los costos y su proyección justifica mejorar aún más este programa de control. 3) El control fue óptimo en el 67,7% de los pacientes evaluados. 4) La proporción de oxígeno líquido indicado predomina sobre el uso de concentradores y tubos de 02. 5) El diagnóstico de EPOC fue el más frecuente (73,3%). 6) La distribución de los pacientes fue predominante en el área urbana de la provincia(87%).

ES LA OXIMETRIA NOCTURNA UNA HERRAMIENTA DE SCREENING VALIDA EN SINDROME DE APNEA DE SUEÑO?

Dibur F.; Gallego C.W.; Gamberale A.; Leston J.M. Sanatorio Otamendi y Mioli — Buenos Aires - Argentina

Objetivos: Evaluar diferentes parámetros derivados de oximetría nocturna (OX) contra resultados de polisomnografía (PSG) para diagnóstico de síndrome de apnea de sueño (SAS).

Material y métodos: Se estudiaron 202 pacientes adultos que realizaron PSG, registrándose simultáneamente la OX en la memoria de un oxímetro Novamatrix 520A. La OX fue analizada mediante el software Novacard W (ver.1 .0; tiempo de promediación 12 S.), valorándose: patrón de desaturaciones repetitivas (SAW) observado visualmente, sin límites en % ni en número de desaturaciones (Se compararon dos observadores independientes); saturación basal, mínima, máxima y media; % del tiempo de registro por debajo de 90% (T90) y de valores 4, 3 y 2 % inferiores a la Saturación basal; y número de desaturaciones superiores a 3 y 4%, calculándose los índices de desaturación (IDES3%o e IDES4%) como eventos / hora tiempo total de registro.

Resultados: Se excluyeron 6 registros debido a mala calidad del trazado de OX. Se analizaron 196 pacientes (Masc 152;Fem44); 78 (39.8%) con un índice de perturbación respiratoria (RDI) ≥ 10 y 95 (48.5%) ≥ 5 .

El patrón SAW fue sumamente reproducible entre observadores (Kappa = 0.86), hallándose los siguientes valores de sensibilidad (S), es especificidad (F), valor predictivo positivo (PPV) y valor predictivo negativo (NPV):

Conclusiones: La elevada S y NPV del patrón SAW permitirían utilizar su ausencia para excluir pacientes del estudio con PSG. Asimismo, IDES4 ≥ 10 muestra una alta F y PPV, pudiendo plantearse titulación de CPAP, auto titulación o estudio de noche dividida sin PSG diagnóstica previa, realizándose PSG en los pacientes que no cumplan uno ni otro criterio.

EPIDEMIOLOGIA DEL TABAQUISMO EN LA CIUDAD DE CORDOBA. FACTORES DE RIESGO: HTA, OBESIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA

Kevorkof GV, Nigro DR, Vergottini JC, Chehin E

Cátedra de Medicina Interna . Unidad Hospitalaria N° 5 . Facultad de Ciencias Medicas . UNCba . Hospital Transito Cáceres de Allende . Córdoba . Argentina.

El tabaquismo constituye la causa principal de enfermedad coronaria (EC), es el principal factor de riesgo (FR) modificable y actúa sinérgicamente con los demás (FR) especialmente con hipertensión arterial (HTA), obesidad (OB) y sedentarismo (S). OBJETIVOS: determinar la prevalencia de fumadores (F), no fumadores (NF) y ex fumadores (EF). Conocer la prevalencia de (F) entre ambos sexos. Determinar la prevalencia de (F) (NF) y (EF) en relación a (HTA), (OB) y actividad física (AF). MATERIAL Y METODOS: se realizó un estudio descriptivo simple, transversal y correlacional. La muestra estuvo constituida por 6281 individuos, 3710 mujeres y 2571 varones entre los 15 y 85 años. La selección se realizó por muestreo aleatorio simple y fue diseñada para ser representativa para cada una de las 17 seccionales de Córdoba. Recolección de datos 1994. con encuesta domiciliaria de preguntas cerradas con selección múltiple, datos de filiación, hábito tabáquico. La tensión arterial (TA) se determinó con tensiómetro de mercurio, se consideró (HTA) a las cifras 140/90 mm Hg. La (OB) se calculó con el índice ponderal (IP), se consideró (OB) al IP >30 . Se consideró (S) al trabajo con (AF) escasa y no sedentario (NS) al que realiza (AF) moderada a intensa, al deportista profesional y no profesional. Análisis estadístico: inferencial con pruebas de hipótesis, considerándose $p < 0.05$ y $p < 0.01$ como significativas. RESULTADOS: en la ciudad de Córdoba fuma el 35% de la población, 5% son (EF), el 44% son varones y el 28.6% son mujeres ($p < 0.01$). Son normotensos el 62.25% de los (F) y el 59.61% de los (NF) ($p < 0.05$). Son hipertensos el 62.10% de los (EF), el 37.75% de los (F) y el 40.39% de los (NF) (EF vs F/NF $p < 0.01$)(NF vs F $p < 0.05$). El 35.9% de los (NS) y el 32.6% de los (S) fuman ($p < 0.05$) El 7.8% de los (S) y el 4.2% de (NS) son (EF) ($p < 0.05$). Son (OB) el 20.22% de los (EF), 9.35% de los (F) y el 10.42% de los (NF) (EF vs F/NF $p < 0.01$)(p NS en NF vs F). CONCLUSIONES: las prevalencias del tabaquismo en Córdoba son altas y similares al resto de las ciudades del cono sur. Similar a otros estudios epidemiológicos, la (TA) en reposo de los (F) es $<$ que los (NF). La aparición de tolerancia condicionaría el desarrollo de (I-ETA). En nuestro medio, a diferencia de los países desarrollados, fuman más los (NS), con mayor prevalencia de (EF) en los (S). Los (EF) experimentan un incremento de (TA), este hecho podría ser atribuido al incremento de peso. Los (EF) tienen (IP) $>$ que los (F) y (NF), se les debe recomendar (AF) para evitar HTA, recaídas y ligero incremento de peso que experimentan.

PREVALENCIA DE SIN TOMAS RESPIRATORIOS EN ADOLESCENTES

Stok A.M., Raya P., Figueroa S., Perpignal L.,

Roncaglia C., Altieri H.H.

Hospital Centro de Salud . TUCUMAN- ARGENTINA

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de síntomas respiratorios en adolescentes de distintos niveles socioeconómicos mediante una encuesta autoadministrada, validada, realizada en colegios de la ciudad capital de Tucumán. De un total de 947 adolescentes entre 12 a 18 años, el 35% correspondía a un nivel socioeconómico alto, el 31% medio y el 34% bajo. El 48% eran de sexo femenino, el 52% masculino. Se encontró que el 19% eran fumadores con predominio en la clase media. Presentaron ataque de asma el 13% con más frecuencia en nivel socioeconómico bajo (46%). 13% tenía tratamiento antiasmático. Otros hallazgos fueron: sibilancias en el 28% (sin diferencias en los distintos niveles socioeconómicos) de estos 5⁴% presentaban disnea Tos nocturna en el 13%. Opresión torácica en el 19%. Disnea nocturna en el 16% de los rasos, con mayor frecuencia en el nivel alto (46%).

Conclusión: el síntoma más frecuentemente observado es latos nocturna seguido por sibilancias. Mayor

frecuencia de ataque de asma en clase socioeconómica baja Inferimos que existiría un sub diagnóstico de asma al observar poca indicación de

tratamiento antiasmático con respecto al porcentaje de síntomas tales como los nocturnos, sibilancias, opresión torácica disnea.

HABITO DE CONSUMO DE ANTIOXIDANTES Y CALCIO EN TABAQUISTAS

Guida R., Pace S., Rey S., Garcia K.

Objetivos: Evaluar en fumadores el diagnóstico nutricional por peso (BMI) y el consumo estimado de calcio y antioxidantes, y su relación con los paquetes año fumados. **Material** y **Método**: Se evaluó al todo el grupo de personas que concurren al curso completo de inducción al cese de tabaco que funciona en el Htal. Dr. A.A. Cetrangolo, en el período octubre 2001-agosto 2002 a través de una encuesta cualitativa; orientada a conocer datos antropométricos, frecuencia de consumo de alimentos fuente de calcio y antioxidantes y cantidad de paquetes / año. **Resultados**: Se incluyeron 29 mujeres (M) y 29 hombres (H). Se obtuvieron datos del *diagnóstico nutricional* relacionado con cantidad de paquetes / año. La mayoría de la población estudiada presentó normopeso y sobrepeso. Obesidad solo se observó en el 18,2% de M y en el 26, 8% de H; estando ausente en los que fumaban más de 39 paquetes / año. Solo 2 M presentaron bajo peso y fumaban menos de 40 paquetes / año. El 50% de las M que fuman entre 40-60 paquetes / año y el 100% de las que fuman más de 60 presentaron normopeso. En los H el 45,5% de los que fuman entre 40-60 y el 66,6% de los que fuman más de 60 paquetes / año presentaron también normopeso. El consumo de *calcio* se estimó a partir de la ingesta de lácteos. Aquí se dividió a la población en dos grupos etáreos, mayor y menor de 50 años para ambos sexos teniendo en cuenta la variación en las R1)A para este mineral. Solo la minoría, el 27,5% de las M y el 3,4% de los H, cubre con las recomendaciones. Tanto en los H como en las M, el menor consumo se encontró en los que fumaban hasta 39 paquetes / año. La ingesta de *antioxidantes* se estimó a partir de frutas y hortalizas. No se llegó a cubrir las porciones diarias recomendadas en el 75,9% de las M y 96,5% de los H. En las M se observó que a menos paquetes / año mayor era la ingesta de frutas y verduras. En los H no es posible evaluarlo ya que solo uno cubre con las recomendaciones. **Conclusiones**: Encontramos bajo porcentaje de población adelgazada, pero también menor obesidad y sobrepeso en aquellas personas que fuman más de 39 paquetes / año, lo cual podría sugerir una tendencia a la disminución de peso a medida que aumenta el consumo de tabaco. Si bien la mayoría de la población no cubrió las recomendaciones de calcio, no encontramos ninguna relación de proporción al hábito tabáquico, hecho que se hará más relevante en el grupo de M debido a los cambios hormonales de la menopausia. Como se desconocen las recomendaciones de antioxidantes en la población fumadora, nos basamos en las de la población normal. Teniendo en cuenta que en fumadores se recomienda aumentar el consumo de frutas y hortalizas, la baja ingesta en esta población es más crítica.

DANO A LA SALUD POR TABAQUISMO EN ALUMNOS SECUNDARIOS

Hasper I, Feola MA, Voullat S, Rombolá A, Casuso AL,

Lopez JA, Vunis A, Giorgetti M, Ribeiro S, Gatti H,

Calero S, Selener A., Cohen Saban I, Fernandez J, Macucho M.E, Volinsky J, Arnedo S, Castellano T, Sienna Z, Zagalsky P. Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud." Secretaría de Salud. GCBA.

Se realizó una encuesta anónima randomizada en alumnos de 1° año de 37 colegios de enseñanza media de la Cdad. de Bs. As., con el objeto de observar los factores relacionados con daño a la salud por el tabaco. Se encuestaron 1391 alumnos, su edad promedio era de 14.0 años. Del total 48.9% con No Fumadores (NE), 28.8% habían fumado alguna vez (EF) y el 22.3% con fumadores (F). El humo de otros le molestaba al 68.3% del total, al 40.0% de los F, al 67.1% de los EF y al 81.9% de los NE ($p=0.0000$). El daño grave a la salud debido al fumar activo fue reconocido el 78.7%; por los F en el 65.6%, por los EF en el 81.1%, y por los NF en el 83.4% ($p=0.0000$). El daño grave a la salud debido al fumar pasivo fue reconocido por el 42.2%; los F en un 36.8%, por los EF en el 46.2%, y por los NF en el 42.4% ($p=0.005$). Entre los F habían tenido catarros a repetición el 13.2%, entre EF el 8.2%, y entre los NF el 4.7% ($p=0.0000$). No hubo diferencias entre F, EF, y NF entre jóvenes con o sin asma o alergia respiratoria. Los asmáticos con el 13.6% del total, y los alérgicos el 3.9%. Recordaban alguna actividad educativa sobre tabaquismo el 36.7% sin diferencias entre F, EF y NF. En cuanto al rendimiento educativo, era malo en el 4.8%; 14.7% entre los F, 5.6% entre los EF, 2.6% entre los NF. Era regular en el 19.0; 27.5% entre los F, 17.1% entre los EF, 16.1% entre los NF. Era bueno en el 47.5%; 48.9% entre los F, 50.7% entre los EF, 44.9% entre los NF. Era muy bueno en el 28.7%; 14.7% entre los F, 26.6% entre los EF, 36.4% entre los NF ($p=0.0000$). Cabría analizar si el menor rendimiento educativo entre los F es causado por el tabaco en sí, por su uso para compensar un déficit de atención, o si existen otras razones para ello. Este hecho estaría instalando ya entre los jóvenes la relación que se ha observado entre menor incidencia de tabaquismo y mayor nivel educativo en los adultos. Los de peor nivel educativo deberían ser objeto de una especial consideración sobre déficit de atención y su corrección profesional, así como de prevención del tabaquismo. La desinformación, la negación, o las conductas de riesgo, podrían explicar que entre los que padecen asma, o alergia respiratoria, no exista menor nivel de exposición al tabaco. El mayor número de los catarros entre F constituye en data precoz de daño. Los F tienen menores conocimientos o negación sobre riesgos de daño a la salud por el tabaquismo activo y pasivo

FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL TABAQUISMO EN NIÑOS ESCOLARES

Hasper I, Feola MA, Rombola A, Choc B, Macucho

ME, Valls G, Incenella I, Masri P, Selener A, Voullat S

SubComisión Hospitalaria Tabaco o Salud. Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Argentina

Se efectuó una investigación sobre tabaquismo entre los alumnos de 6° y 7° año de los colegios primarios dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto de evaluar los factores relacionados con el inicio del fumar.

Se realizó una encuesta aleatoria en un total de 978 niños, siendo 504 varones (51.5%), 458 mujeres (46.8%). de un universo de 42.271 alumnos. Un colegio fue elegido al azar de cada uno de 20 distritos escolares (sobre 21 en total); con un 95% de confianza y un margen de error del 1.4%.

Los datos fueron procesados en el programa estadístico EPIINFO 5.

Las edades se hallaban entre 10 y 15 años con una media de 12.4. Del total fumaban el 4.6%, siendo entre los varones 6.9% y entre las mujeres 2.2% ($p=0.0005$). con RR= 3.3 en los varones. El 17.8 % consumía mal de 10 cigarrillos por día, y el 17.8% lo hacía desde más de un año. Silos agrupamos pa edades, de los de 10 y 11 años fumaba el 32%; de los de 12 y 13 el 43%, y de los de 14 y 15 el 14.9% ($p=0.002$). De los que tenían un amigo que fumaba el 9.8% eran F, con un RR=13.8, comparados con los que no lo tenían, entre los que el 0.8% eran F ($p=0.0000$). Con una frecuencia según establecimiento educativo entre 0.0% y 22.2% de fumadores, fumaba el 133% de los qua asistían a colegios de doble escolaridad y el 2.7% de los qua lo hacían a escolaridad simple ($p=0.0000$). Sin diferencias entre fumadores y no fumadores. el 36.1% de los alumnos encuestados desconocía que el consumo de tabaco ocasiona dependencia. el 97.0% manifestó que el tabaco es perjudicial para la salud, el 65.8 % tenía alguno de sus padres fumador, el 23.0% algún familiar enfermo por el consumo de tabaco, el 62.7% conocía la prohibición de no fumar en las escuelas, el 78.9% creía que no se obedecía. Los factores relacionados con el inicio de fumar serían el sexo masculino, la mayor edad (alumnos de edad mayor de la esperada, los amigos fumadores. y los colegios de doble escolaridad. Esto último podría estar relacionado con un mayor tiempo de contacto con los compañeros amigos fumadores, un menor tiempo de contacto con el propio hogar. o tal vez con el nivel socioeconómico, dado que en esos colegios se brinda alimentación y es preferido por los sectores de menores recursos.

UTILIZACION DE DOS CONCENTRACIONES DE. PPD (2 Y 20 UT) EN LA INVESTIGACION DE REACTIVIDAD TUBERCULINICA EN ALUMNOS DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA.

Brian C. Inwentarz S, Palmero D, Abbate E. Instituto Vaccarezza, Hospital Muñiz, Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: el ingreso al dicho clínico para el estudiante de medicina significa ha potencial exposición al riesgo de tuberculosis. Ha sido demostrado el aumento de positividad de ha reacción tuberculínica con el transcurso de los años pasados en dicho ciclo. En el presente trabajo se investiga ha utilidad del empleo de PPD 2 y 20 UT para determinar ha prevalencia de reactividad tuberculínica en los alumnos de la Universidad del Salvador provenientes de distintas Unidades Hospitalarias(UH), que cursaron Neumología en la Cátedra de Tisiología durante 2001 y 2002.

Material y método: se utilizó PPD 194 provista por el Instituto Malbrán en concentraciones 2 UT y 20 UT aplicada según técnica de Mantoux. Se tomó como línea de corte para la positividad un diámetro de ha induración mayor de 10mm. La PPD 20 UT fue aplicada inmediatamente en caso de negatividad de ha reacción con PPD 2 UT.

Resultados: fueron estudiados en 2001 y 2002 un total de 158 alumnos, 110 (69.6%) de sexo femenino, rango de edades: 21-23 años, nivel socio económico mediano-año. y provenientes de 6 diferentes UH (A-F), todos presentaban cicatriz del BCG. Presentaron induraciones >10mm con ha PPD 2 UT 31 alumnos (19,6%). La utilización de ha concentración 20 UT agregó 51 alumnos más con reactividad >10mm (36,1%) desglosados en: 10-15 mm: 28; 15-20 mm: 17 y >20 mm :12. Con la combinación de ambas concentraciones 88 alumnos (55,7%) fueron tuberculínico positivos (Test de Fisher, $p=0,0016$). Analizados según la UH de procedencia, el rango de PPD>10mm osciló entre un 36,4% (UH "B") hasta el 68,4% (UH "D") aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=8.63;p=0,1244$).

Conclusiones: la utilización de dos concentraciones crecientes de PPD (2 y 20 UT), una práctica no citada en la bibliografía internacional actual nos permitió detectar en ha población de estudiantes analizada una proporción significativamente superior de reactividad tuberculínica positiva. El empleo según normas internacionales de la PPD 2 UT provista pa el Instituto Malbrán no habría detectado a más de un tercio de los alumnos con respuesta > 10mm, el uso combinado de ambas concentraciones de PPD detectó un 51,9% de reacciones > 10mm. No se hallaron diferencias en la proporción de reactores tuberculínico entre las diferentes UH de origen.

EPIDEMIOLOGIA Y BACTERIOLOGÍA DE NEUMONIAS ADQUIRIDAS DE LA COMUNIDAD —ANO 2002

División Neumotisiología. Hospital Tornú Buenos Aires
De Salvo MC, Rey DR, Lenge L, Trespach M, DelgadoG, González JA, LandriscinaAJ

Objetivo: Conocer la epidemiología y la bacteriología de las Neumonías adquiridas de la comunidad asistidas en la División Neumología del Hospital Gral. de Agudos Dr. F. Tornú durante Enero-Junio de 2002.

Material y Métodos: Se investigaron 61 historias clínicas de los pacientes asistidos y protocolizados en el semestre mencionado. Se analizaron edad, sexo, la asociación con tabaquismo y drogadicción, evolución clínica y tipificación del germen mediante cultivo de esputos.

Resultados: Estudiadas 61 historian clínicas protocolizadas -14 pacientes hospitalizados (23 %) y 47 ambulatorios (77 %)-, las mismas presentaron los siguientes resultados: la edad promedio fue de 52 años, de los cuales 34 (56%) son de sexo masculino y 27 (44%) de sexo femenino. En 25 casos existía tabaquismo asociado (41%) en 1, drogadicción a marihuana (1.6%). La evolución fue favorable con resolución en 60 casos (98.35%) y deceso en 1 (1.6%). En 29 casos (47.5%), se pudo tipificar el microorganismo: H. Influenzae 18 (29.5%), Str. Pneumoniae 6 (9.9%), Kl. Pneumoniae 2 (3.3%) y F. Coli, Estafilococo coagulasa negativo y Str Viridans en 1 de cada uno (1.6%). En 32 casos (52.5 %), el estudio bacteriológico no logró tipificación de germen.

Discusión: La presente serie exhibe respecto a mortalidad, valores similares a lo de otras publicaciones. Es de resaltar la predominancia del rescate de Hemophilus Influenzae sobre Streptococcus Pneumoniae, a diferencia de lo observado en la bibliografía sobre el tema.

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE ABANDONO DEL TABAQUISMO EN UNA POBLACION GENERAL

R.Smith; S. Quadrelli; J. Rosso; J. Bernaciak; M. Blasco; A. Salvado; M. Bosio; J. Chertcoff
Unidad de Tabaquismo. Servicio de Medicina Respiratoria. Hospital Británico de Buenos Aires.

Objetivos: Valorar la eficacia de un programa de tratamiento del tabaquismo combinando bupropión con terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y terapia grupal conductual en una población de pacientes de un hospital general.

Material y métodos: Un total de 151 pacientes (91 masculinos y 60 femeninos) con edad media de 44 años, número de cigarrillos día 35,3 (5-80). test de Fagerstrom: 8,9 (6-10) recibieron tratamiento con bupropión, parches y chicles de nicotina con dosis de aplicación dependientes del grado de puntuación del test de Fagerstrom combinados con terapia grupal de tipo conductual en todos los casos. Se los contacto telefónicamente al año para conocer su estado actual con respecto al habito. Resultados: El índice de abstinencia fue del 87% al mes y del 54% al año de seguimiento. El índice de abstinencia fue del 87% al mes y del 54% al año de seguimiento. No se pudo predecir el éxito y/o el fracaso del programa de tratamiento al ingreso de los pacientes por ninguna de las variables incluidas en el estudio (presencia de síntomas, estado funcional, test de Fagerstrom, dosis y tiempo de consumo, etc). Se observó muy escasa presencia de efectos secundarios leves y ausencia de graves.

Conclusiones: La combinación de uso del bupropión mas nicotina mejora los índices de abstinencia. Creemos que éstos resultados se deben a la eficacia del tratamiento combinado y al papel fundamental que juega el apoyo y la contención psicológica en donde predominan los mecanismos de motivación. Detectamos un alto índice de dependencia a la nicotina con un elevado número de cigarrillos diarios en el grupo de pacientes incluidos en el programa, y una baja incidencia de efectos secundarios en el grupo de pacientes tratados

DIAGNOSTICO ESPIROMETRICO. UNA ENCUESTA.

Gómez Tejada BA, Faure C, Aruj P. División Neumonología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.

La espirometría es una herramienta esencial en el diagnóstico neumonológico. La FVC registrada participa necesariamente en el diagnóstico de obstrucción (FEV1/ FVC reducido) y en la exclusión de restricción. Nos hemos preguntado a) ¿existen zonas grises en la clasificación espirométrica, para los médicos?, b) ¿se detectan mediante una encuesta?. c) ¿existen patrones funcionales problema?

Métodos: evaluamos la calificación funcional de 6 espirometrías obtenidas en el laboratorio pulmonar, restrictiva:1, obstructivas:4, 1 con obstrucción de la vía aérea superior, y 1 variante fisiológica) por parte de 20 médicos. Pertenecían a hospitales universitarios: 2/3 de servicios Neumonología y 1/3 fueron clínicos.

Las encuestas incluían valores numéricos de las variables funcionales, curvas flujo-volumen y volumen-tiempo de 6 espirometrías. Las respuestas (m. choice) se asentaron anexas a la clasificación de la ATS (1991); antes fueron definidas las esperadas (correctas), con el staff. Empleamos una proporción (1-IRC): índice respuestas no coincidentes, para cada caso funcional. El error estándar y los Intervalos de Confianza (IC) se calcularon con PRIMER para: a) tipo y grado del patrón funcional; b) tipo del patrón funcional; c) tipo y grado del patrón funcional en casos problema, alto (1-IRC) encuestados; d) índice teórico (calidad laboratorio 15:100).

Resultados:

Conclusiones del índice de respuestas no coincidentes está incrementado en espirometrías con patrón obstructivo (FEV1/FVC < 60%), con FEV > 90% pred. y FV > 100%, 2) así, varios encuestados definen el grado de obstrucción en forma no coincidente 0 como una variante fisiológica., 3) es probable que ante maniobras de FVC cercanas a los 10" (hasta el Vol. Residual) y con aquel patrón, estos sujetos obstructivos posean un grado heterogéneo de severidad, no dependiente del FEV1%. (recomendado por la ATS para calificar la obstrucción), 4) según nuestros datos, el uso de FEV1/FVC mantiene, junto al trazado flujo-volumen, utilidad en este contexto.

EVALUACION INTICIAL EN LA CRISIS ASMATICA

Lombardi, D., Rizzo, O., Casvo, M., Rodriguez, J, Castro, P., Venesio, C, Varela,, M., Anconetani, J. "Hospital María Ferre". Buenos Aires. Argentina

Objetivo: La crisis asmática es una causa frecuente de consulta en los Servicios de Emergencia Aunque la mayoría de los pacientes presentan una respuesta rápida al tratamiento broncodilatador, un pequeño grupo requiere tratamiento más prolongado o internación. El objetivo de este estudio es evaluar que datos obtenidos al ingreso son de mayor utilidad para separar estas poblaciones.

Material y método: Se incluyeron en este estudio 484 consultas por crisis asmática que fueron atendidas en la Guardia Externa del Hospital María Ferrer durante el mes de julio del 2001. El 57% correspondió al sexo femenino y la edad promedio fue de 42+15 años (X±Ds). Se dividió a los pacientes en 2 grupos: 1) alta dentro de las primeras 6 hs., y, 2) Internación o permanencia en Guardia más de 6 hs.

Resultados: Los pacientes con peor evolución presentaban una edad mayor (45+15 vs. 40±15 p<0,001), mayor frecuencia de antecedente de internación en UTI (17 vs. 7% p< 0.01), ARM (14 vs. 4% p<0,05) y concurrencia a guardia en el último año (32 vs. 22% p<0,05). También se observó en este grupo mayor número de pacientes que utilizaban esteroides sistémicos e inhalatorios (sistémicos 14 vs 5% p<0,01 e inhalatorios 44 vs 28% p<0,001).

La frecuencia cardiaca fue significativamente mayor en el grupo con peor pronóstico (104±18 vs. 97±15 p<0,01), mientras que la Sat.02 y el VEF1 de ingreso fueron menores (Sat 02 94,0±2,8 vs. 95,7±2,6 % p<0001 VEF1 33±12 vs. 50±17% del teórico p<0,001).

Conclusiones: De acuerdo a lo observado en la evaluación a) ingreso en los pacientes asmáticos que consultaron por exacerbación a la Guardia Externa, los factores que predicen una permanencia prolongada (>6 hs) son: 1) edad > 45 años, 2) antecedente de internación en UTI o ARM, 3) concurrencia a guardia en el Último año, 4) requerimientos mayores de esteroides sistémicos o inhalatorios para el control del asma, observándose que los pacientes que utilizan menos medicación responden más rápidamente, 5) frecuencia cardiaca > 104 por minuto, 6) saturación de O2 < 94% .y, 7) VEF1 < 33% del teórico.

ASMA EN CENTROS DE REFERENCIA DE BUENOS AIRES ARGENTINA

Maspero J F., Teper A., Saenz C., DeGennaro M., Navarra F., Ferreira S., Rovira F., Pascansky D., Apelbaum G., Buenos Aires. Argentina

Introducción: El impacto del asma bronquial y la importancia relativa de muchas de sus características fueron evaluadas a través de uso de datos obtenidos por el programa Proair cuyo objetivo era la obtención de información demográfica, epidemiológica y clínica de los pacientes atendidos en centros de referencia en la ciudad de Buenos Aires

Materiales y métodos: Se obtuvo información acerca de la demografía, síntomas, su patrón y severidad asignada y real, con morbilidades, distribución social, ingresos, educación, tipo de tratamiento recibido de las fichas clínicas de 457 pacientes asmáticos que entraron en el programa PROAIR desde 11/00 a 6/01 (cork transversal)

Resultados: En el 43% de los casos el paciente era el primer hijo de la familia. De acuerdo al médico tratante el 11% de los pacientes tenían asma severa, 28.97% asma moderada y 27.18% asma leve persistente, el 32.8% asma intermitente. Sin embargo el 44% utilizaba B2 agonista diariamente, 53,4% referían asma por ejercicio, 65% de los pacientes tuvieron visitas de emergencia y 33,16% al menos una internación por asma en el año previo. Solo el 49% recibió alguna medicación de control el último año y 37% nunca recibió esteroides inhalados y el 67% no recibió material educativo ni participó en programas educacionales. Solo el 25 % de los casos tenía visitas programadas de control. El 60% ignoraba la diferencia entre medicación de control y de rescate. Los ingresos del grupo familiar eran de \$500 o menos en 56.6 % de los pacientes, la mayoría viven en casas húmedas con contaminación por hongos (51%), contaminación ambiental (50.4%) por calefacción a gas o kerosén. En 61.88% hay una o más mascotas. El nivel educativo es bajo, el 51.2% solo colegio primario y 33% secundario. Condiciones comorbidas: rinitis en 53.64%, sinusitis en 21.6% y dermatitis atípica en 19.5%. Se halló asma menstrual en 11% de las mujeres y asma por aspirina en 5%. Había reflujo ácido en 10.4%.

Conclusión: Hay discordancia entre los niveles de severidad asignados por los médicos y otros indicadores. Se registraron coexistencias frecuentes. Además es evidente la existencia de factores económicos y culturales que pueden afectar la morbilidad y limitar el acceso a la atención médica y a los medicamentos.

ASMA EN ARGENTINA, CARACTERÍSTICAS LOCALES (PROAIR)

Apelbaum G., Saenz C., Teper A., De Gennaro M.

Navarra F., Ferreira S., Pascansky D., Maspero J F. Buenos Aires. Argentina

La alta prevalencia mundial del asma (>10%) tiene muy alto impacto en la salud y en la economía comunitaria.

De allí la importancia de conocer las características: edad, sexo, nivel de severidad, síntomas nocturnos, días perdidos, factores precipitantes, acceso a la atención, entre otros.

Material y Métodos: PROAIR, fue diseñado para obtener información sobre las características de la población asmática en centros de referencia. Fueron evaluados los registros de 457 pacientes ambulatorios, basados en cuestionario especializado, examen físico y evaluación funcional. **Resultados:** N =457 (212 < de 15 años); sexo femenino 43% en < de 15 años y 73% en > 15 años Severidad: asma intermitente 32,8%, asma persistente leve 27,18%, moderada 28,97% y severa 11,5%. Se hallaron síntomas nocturnos en 62% en > 15 años y 38% en <15 años; 65% tenían una visita de emergencia; 33.16% tenían al menos una internación hospitalaria en el último año; S 1,02% habían perdido días laborales o escolares. Usaban Beta2 agonista diariamente el 49%; solo el 49% había recibido tratamiento continuo en el año previo. 49% usaban medicación de control y 27% con enfermedad persistente no recibían tratamiento continuo. Los fumadores activos eran 28,4%; solo el 24% habían asistido a programas educativos, tenían instrucciones escritas el 36,1% y solo el 45,73% tenían buen acceso a la atención médica. **Conclusiones:** 1) Más del 40% mostraron asma moderada y/o severa, tenían síntomas nocturnos y habían perdido días laborales o escolares 2) Aproximadamente 1/3 de los asmáticos con enfermedad persistente no recibían tratamiento continuo 3) Un alto porcentaje de los asmáticos eran fumadores activos 4) Solo un bajo porcentaje de los asmáticos estudiados tenían instrucciones escritas o habían recibido programas educativos.

HAY TAQUILFRLAXIA DE LOS RECEPTORES β_2 CON TERAPIA COMBINADA EN ASMA? Zaietta GA, Flores DM, Nannini L J. Neumonología, Hospital de G. Baigorria. UNR. ROSARRO.

La terapia inhalatoria con un solo dispositivo de budesonide y formoterol simplifica el tratamiento del asma, aunque existen dudas sobre la taquifilaxia en la acción broncodilatadora por el uso reglado de formoterol. Con el objetivo de evaluar el efecto broncodilatador del salbutamol durante tratamiento con budesonide inhalada versus formoterol+budesonide (YB), se estudiaron en forma abierta y cruzada 14 sujetos (7 hombres) con asma que concurrían al hospital. Tenían una edad promedio de 50.6 DS (± 17) años y 29(± 17) años de asma. Al ingresar al estudio tenían un FEV₁ 1.9(± 1.1)L(64,7% teórico ($\pm 2S$ 5))y según GINA 10 eran severos y 4 moderados. En forma cruzada se indicaba ya sea budesonide polvo 800 μ g o la combinación YB. Al cabo de 3 semanas se evaluó la respuesta broncodilatadora con salbutamol 200 y 400 μ g a 10 min y a 20 min del FEV₁ basal. Se analizó la planilla diaria, el uso de B2 de rescate y se completó el cuestionario de calidad de vida de E. Juniper. En la etapa con YB recibieron una dosis significativamente menor de budesonide, a pesar de lo cual no hubo diferencias en todas las variables analizadas. El cambio post salbutamol fue mayor durante budesonide (p= 0,13), aunque no significativo. Más aún, 5.2(± 4.6)hs antes de la espirometría habían recibido formoterol e igualmente las respuestas >12 % fueron 7 en etapa budesonide y⁴ con YB (Fisher's exact test p= 0.44 NS).

| | Budesonide | | FB | |
|-----------------------------------|------------|-----------------|------|------------|
| Días de tratamiento | 17 | ± 3 | 19 | ± 5 |
| FVC litros | | 3,11 $\pm 1,55$ | 3,24 | $\pm 1,47$ |
| FEV ₁ %teórico | | 75 ± 25 | 76 | ± 22 |
| FEV ₁ basal litros | | 2,17 $\pm 1,23$ | 2,18 | $\pm 1,19$ |
| FEV ₁ post 200 μ g | 2,35 | $\pm 1,27$ | 2,31 | $\pm 1,19$ |
| FEV ₁ post 400 μ g | 2,36 | $\pm 1,19$ | 2,32 | $\pm 1,24$ |

Se concluye que la terapia combinada evitaría la taquifilaxia broncodilatadora descripta para el formoterol.

REPERCUSION DE LAS INFECCIONES EN EL CONTROL Y GRAYEDAD DEL ASMA

HIGA "P. Fiorito" –Avellaneda Dres. Martinez Cortizas M.A., Melnyk P.

Se realizó el seguimiento de 20 pacientes, con antecedentes de asma bronquial y rinosinusitis crónica atópica. que consultaron en el Consultorio Externo de Neumonología, del S. de Clínica Medica y del S. de O.R.L. del H.I.G.A."P. Fiorito" de Avellaneda, por presentar reagudización de los síntomas rinosinuales y de hiperactividad bronquial (disnea, sibilancias y tos persistente con escasa o nula expectoración), clasificándolos como asma leve a moderada, asociado a cuadros de astenia y mialgias, afebriles en el momento del examen clinico. Se instituyó tratamiento con Beta 2 agonistas y corticoides inhalatorios en dosis, de 800 mcg/d. incrementándose en 5 de los casos hasta 1200 mcg., no lográndose una reversión efectiva del cuadro, evaluado con espirometrias, previas y durante el curso del tratamiento, siendo significativa la persistencia de latos. La Rx. de tórax, mostró mayoritariamente un refuerzo del intersticio pulmonar. No se efectuaron maniobras invasivas para la recolección de secreciones bronquiales dado las alteraciones espirométricas, con caídas significativas del VEF1. No se recogieron muestras de esputo representativas. La serología para Mycoplasma pn., Chlamydia ps. y Chlamydia pn., obteniéndose datos positivos por encima de 1/64, en 14 casos, siendo en 4 de ellos positivo en forma conjunta. La asociación de claritromicina a razón de 1 g./día, durante 21 días, corrigió el cuadro clínico, declinando los valores serológicos en el control efectuado en los 30 días posteriores. Teniendo en cuenta el incremento en la prevalencia de la enfermedad asmática en la población mundial y paralelamente la mayor frecuencia del reconocimiento de las infecciones del tracto respiratorio por parte de los agentes mencionados, en particular la Chlamydia pn., capaz de generar infecciones crónicas, resulta atractiva la hipótesis, de que dicho mecanismo, podría estar involucrado en la intensificación o en el mantenimiento del fenómeno inflamatorio propio de la enfermedad asmática, obligando esto a evaluar del tratamiento corticoideo sostenido.

FIBROBRONCOSCOPIA: REVISION Y CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA

Stok A.M., Valdivieso O., Willigs M., VegaN., Nazea D.,
Canizo M., Altieri H.H., Fabio L.S.
Hospitales Centro de Salud y A.C. Padilla
TUCUMAN .ARGENTINA

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de las fibrobronoscopias (FBC) realizadas en ambos hospitales en el periodo de enero 1997 a diciembre 200. De un total de 610 estudios se incluyeron 457 cuyas muestras fueron enviadas a anatomía patológica. RESULTADOS: Del total de 457 pacientes entre 11 a 86 años, el 68% correspondía a sexo masculino y el 32% al femenino. El 56% eran tabaquistas. El motivo de consulta fue 48% tos crónica., 21%o hemoptisis, 21% imagen radiológica patológica, 23% síntomas generales (fiebre, pérdida de peso, etc.), 49% otras (disnea, derrame pleural, neumonia de lenta resolución, etc.). Presentaba imagen radiológica patológica el 91% de los pacientes; en un 56% se observó lesión endoscópica de las cuales un 22% era sospechosa de malignidad, con localización predominante en ambos lóbulos superiores. El método fibrobronoscópico mas usado fue el lavado en un 97%, el cepillado en 54%, la biopsia directa 34% y solo 1% de biopsia transbronquial. El 34% del diagnóstico anatomo patológico corresponde a material inflamatorio, un 19% a patología neoplásica con predominio de carcinoma epidermoide en un 11%, adenocarcinoma 4%. carcinoma de células grandes 2%, a células pequeñas 1% y metastásicos 1%, no se obtuvo diagnóstico en el 18% de los casos. Del total de la población se obtuvo diagnóstico anatomo patológico por lavados en un 65%, por cepillados 38% y por biopsias 24%.

CONCLUSION: en nuestro estudio observamos que el motivo de pedido mas frecuente de FBC es tos crónica, a pesar del alto predominio de imagen radiológica patológica en la población estudiada. Del 22% de lesiones endoscópicas observadas como sospechosas de malignidad se confirmó el diagnóstico anatomo patológico de neoplasia en un 19%. El método fibrobronoscópico más utilizado fue el lavado. Coincidente con la literatura la patología neoplásica prevalente fue el carcinoma epidermoide.

PUNCION TRANSBRONQUIAL EN PATOLOGÍA TUMORAL

Del Valle E, Garcia A, Bigot M, Asquinever Y, Lencioni M.
Hospital Nacional Prof Dr. A Posadas Pcia. de Bs.As.

OBJETIVOS: analizar nuestra experiencia en punciones transbronquiales (PTB) para diagnóstico de patología tumoral con compromiso de mediastino, en pacientes sin lesión endobronquial.

MATERIALES Y METODOS: se analizaron retrospectivamente 811 bronoscopias flexibles efectuadas entre enero de 2000 y junio de 2002. De ellas 267 tenían diagnóstico presuntivo de patología maligna. A 40 de estos pacientes que no presentaban lesión endobronquial se les realizaron

un total de 43 PTB. La decisión de efectuar la punción fue tomada por la evaluación de la TC de tórax, o por hallazgos endoscópicos sugestivos de compromiso mediastínico. Se punzaron adenopatías cuyo diámetro menor era mayor a 10 mm, o tener en contacto con traquea o bronquio según la TC. La punción fue el primer procedimiento para evitar la eventual contaminación de la muestra. Se utilizó aguja de Mill-Rose N° 22. El material obtenido fue extendido y fijado, y la aguja lavada para su análisis citológico inmediato. La muestra obtenida fue considerada insatisfactoria cuando el material analizado era acelular o contenía células de la vía aérea. También se realizaron lavado bronquial y esputo postbroncoscopia.

RESULTADOS: De los 40 pacientes que no mostraban lesión endobronquial biopsiable se obtuvieron RIB oncológicamente positivas en 17 (42,5%). En 13 de estos fue posible aclarar la estirpe tumoral. Fue necesario repetir el procedimiento en tres pacientes, en dos de los cuales la segunda punción fue positiva. En 9 pacientes (22,5%) la RIB fue el único método que dio diagnóstico. No se evidenciaron complicaciones relacionadas al procedimiento.

CONCLUSION: según nuestra experiencia la PTB debería realizarse en aquellos pacientes con sospecha de enfermedad maligna que no presentan lesión endobronquial biopsiable. La presencia de adenopatías o tener en contacto con traquea o bronquios en la TC, o los hallazgos endoscópicos sugestivos de compromiso mediastínico son útiles para dirigir la punción. Al no ser posible predecir un resultado citológico positivo del lavado bronquial o del esputo post broncoscopia, la PTB puede ser el único procedimiento que brinde un diagnóstico rápido y seguro en un número apreciable de pacientes.

PAPILOMATOSIS LARINGEA CON TRANSFORMACIÓN NEOPLÁSICA

Autores: *Roberto M. Duré, *Alvaro E. Ortiz Naretto, +Juan C. Rodríguez, W Alejandro Olenchuck, Augusto Fulgensi y © Marisa Vescovo (Hospital "F.J. Muñoz" *médicos del Servicio de Endoscopia

Peroral y +Jefe de Servicio, W jefe de cátedra de Anatomía Patológica y 'Jefe de Clínica Neumológica y ©medica de sala 39).

Se presenta una paciente de 23 años. con una traqueotomía definitiva por obstrucción laríngea secundaria a tumoración (foto 1) de 12 años de evolución. Se le realiza resección de la formación laríngea en forma mecánica y con electrocauterio (foto2) con lo que se libera la vía aérea superior (VAS) permitiendo la adecuada ventilación retirando la cánula con lo que recupera la ventilación fisiológica por las VAS.

El diagnóstico anatomopatológico fue papilomatosis laríngea. Presenta luego una mejoría de la clase funcional, con mejor calidad de vida.

El compromiso pulmonar distal (alveolar) se presenta solo en el 1 a 2% de los casos y se caracteriza por imágenes nodulares múltiples homogéneas las cuales son de crecimiento lento. Esta característica se evidenció en nuestra paciente en la evaluación radiológica inicial.

En su evolución presenta en la radiografía simple de tórax una imagen cavitada, y por presentar pérdida de peso con síndrome de impregnación se decide realizar una nueva biopsia endoscópica. El diagnóstico anatomopatológico evidenció un carcinoma epidermoide semidiferenciado.

Conclusiones: se presenta una paciente con evolución característica de la papilomatosis laríngea y siembra broncogénica con transformación maligna. Las causas más frecuentes de la malignización se

asocian a la papilomatosis múltiple y al tiempo prolongado (años) en su evolución, ambas características se presentan en nuestro caso.

TERAPIA CON LASER ENDOBRONQUIAL: APLICACIONES Y BENEFICIOS

VICTORIO CF(1); Lopez Araoz A(2); Bergna M(2);

Bracco R(2); Scarinci M(2)

(1)Centro de Medicina Respiratoria - C. del Uruguay E. Ríos - Argentina

(2)Servicio de Endoscopia Respiratoria - Hospital del Tórax "Dr. A.A. Cetrángolo" V. Lopez - Buenos

Aires - Argentina

Después de más de 25 años de uso del láser en la endoscopia respiratoria, su principal indicación sigue siendo el tratamiento paliativo de la obstrucción de la vía aérea central por tumores malignos primarios o metastásicos. Tras la re-permeabilización de la vía aérea, los pacientes tratados mediante esta técnica experimentan de manera casi inmediata un gran alivio de la disnea, con mejoría de su Status Performance, duración de la sobrevida y calidad de vida. Se presentan 2 casos de pacientes con obstrucción de la vía aérea por lesión tumoral tratados mediante la aplicación de Nd:YAG láser. y mejoría de los parámetros antes señalados.

Caso 1: paciente de 71 años, sexo masculino. con antecedentes de tabaquismo e hidatidosis pulmonar. Adenocarcinoma en lóbulo inferior izquierdo (LII), con obstrucción completa de bronquio lobar. atelectasia de LII y neumonía post-obstruccion. Disnea de reposo y Status Performance: 4 (postrado en cama las 24 hs)

*Caso 2: paciente de 76 años, sexo masculino. con antecedentes de carcinoma renal operado 9 años antes. Metástasis endobronquial en división superior de bronquio izquierdo, con obstrucción completa y atelectasia de lóbulo superior izquierdo. Disnea de reposo y Status Performance: 4.

En ambos casos se procedió al tratamiento de las lesiones con láser endobronquial. Se re-permeabilizó la vía aérea sin complicaciones. Ambos pacientes mejoraron de manera casi inmediata su disnea, logrando una clase funcional I-II, y su Status Performance pasó a ser I (ambulatorio). Esto les permitió volver a realizar las actividades comunes de su vida diaria, hasta su deceso a causa de la progresión de la enfermedad de base.

TRAQUEOBRONCOMEGALIA:

PRESENTACION DE TRES CASOS

Bergna M., Cresta S., Carbone S., Bracco R.,

Scarinci M., Lopez Araoz A.

Servicio de Broncoscopia del Hospital Antonio Cetrángolo. Vicente López — Buenos Aires

Propósito: Comunicar nuestra experiencia con tres casos de Traqueobroncomegalia.

Objetivo: Describir la forma de presentación, sus manifestaciones clínico radiológicas y de función respiratoria. Valorar los avances en el campo de las imágenes y el tratamiento

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Pacientes: Se describen tres pacientes adultos de sexo masculino, de 62, 69, y 61 años de edad. que ingresaron en el hospital presentando (1) aumento de Disnea, (1) Hemoptisis, (1) Neumonía. Todos presentaban tos y expectoración purulenta.

Método: A todos se les efectuó Rx de tórax evidenciando un aumento de calibre traqueal. La Tomografía computada de tórax confirmó el diagnóstico de traqueobromcomegalia, y evidenció en dos casos la presencia de divertículos en la pared posterior del tercio superior de la tráquea. Dos pacientes presentaron bronquiectasias Se realizó Fibrobroncoscopia a los tres pacientes, que permitió corroborar estos hallazgos y evaluar las alteraciones dinámicas como la traqueobromcomegalia en dos casos. Se efectuaron Espirometrías a los tres pacientes mostrando todos una caída de la Capacidad Vital Forzada leve a moderada y un patrón obstructivo severo. Todos los pacientes fueron tratados en forma conservadora y sintomática, mas ventilación no invasiva en dos casos.

Conclusiones: La baja incidencia de esta patología en el contexto de la consulta hospitalaria coincide con la bibliografía internacional. La dificultad para encontrar un tratamiento eficaz para estos pacientes es un rasgo de esta enfermedad. El tratamiento óptimo no está consensuado. Hay reportes de colocación de prótesis sin resultados concluyentes. Las imágenes tridimensionales y la broncoscopia virtual son un aporte en el estudio de esta p

CURSO PAPA TECNICOS EN NEUMONOLOGIA. NUEVO ENFOQUE EDUCACIONAL EN MEDICINA RESPIRATORIA

Di Loretto M, Zorrilla M, Mazzel M, Ossés J, Cáneva J

Sección Neumonología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICYCC). Fundación Favaloro.

Buenos Aires. Argentina

Introducción: En la última década se han producido importantes avances en la tecnología de la exploración de la función pulmonar asimismo como la incorporación de la informática en los procesos diagnósticos. En este escenario **aparece** la figura del técnico en Neumonología necesaria para el rendimiento de una unidad respiratoria acorde a las exigencias actuales. objetivo: exponer las características de un curso orientado a la formación y actualización de técnicos en Neumonología dependiente de un servicio polivalente en Medicina Respiratoria inserto en **un** instituto universitario. Material y método: en los años 2001 y 2002 se realizaron 2 cursos teórico-prácticos de 1 semana de duración, a doble turno, con actividades teóricas en el horario matutino y prácticas por la tarde; se aplicaron técnicas de enseñanza-aprendizaje modernas con diferentes recursos técnicos y **con** enfoque participativo. El cupo máximo considerado fue de 30 alumnos por curso. Se dividieron los capítulos de enseñanza en cuatro áreas temáticas: Laboratorio Pulmonar, Métodos invasivos en Neumonología, Medicina del Sueño y Esterilización. Para los trabajos prácticos los alumnos fueron divididos en 4 grupos de trabajo rotativos para esas áreas temáticas. El desarrollo se basó en un programa y los contenidos se reflejaron en un syllabus suministrado a los asistentes. Resultados: 48 alumnos totalizaron los 2 cursos; 36 mujeres y 12 varones: edad 35 ± 10.6 años (rango 19-65). Formación previa: 21 enfermeros en Neumonología: 16 técnicos en Neumonología, 2 médicos, 2 kinesiólogos y 7 con título secundario.

Procedencia: 12 de hospitales públicos, 8 de instituciones privadas, 5 de empresas privadas, y 23 no identificados institucionalmente. Area geográfica de origen: Buenos Aires: 38, Neuquen 3, Santa Fé 2, Río Negro 1. Mendoza 2. Entre Rios 1 y Córdoba 1. Conclusiones: la aplicación para esta figura al área de Neumonología exige capacitación formal para su inserción en cualquier ámbito del país lo que comprende la necesidad de disponer de programas y métodos de enseñanza dogmáticos para la sólida formación de los técnicos.

EDEMA PULMONAR FATAL LUEGO DE TRATAMIENTO VASODILADOR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD VENOOCCLUSIVA Y ESCLEROSIS SISTEMICA

Casas JP, Salomone O, Robles AM, Mercado JA, Sanchez C, Caeiro F, Saurit V, López AM. Hospital Privado de Córdoba Córdoba Argentina

La enfermedad pulmonar intersticial y la hipertensión pulmonar (HP) son las manifestaciones pulmonares más frecuente en pacientes con esclerosis sistémica. La enfermedad veno-oclusiva pulmonar (EVOP) es una variante inusual de HP que ha sido asociada a diferentes condiciones, entre ellas la esclerosis sistémica fue descrita en un caso publicado previamente (1). Cateterismo cardíaco derecho y test de vasorreactividad pulmonar forman parte de la evaluación y manejo de los pacientes con HP. En EVOP ha habido reportes de prolongación en la sobrevida con vasodilatadores, aunque su uso se ha asociado a edema pulmonar. Describimos un caso de edema y hemorragia pulmonar fatal como complicación del uso de vasodilatadores en un paciente con hipertensión pulmonar y esclerosis sistémica.

Caso: Paciente de sexo femenino de 42 años con antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial e hipertensión pulmonar asociadas a esclerosis sistémica. La paciente fue internada por fallo cardíaco derecho. Se realizó TAC de tórax que mostró agrandamiento de vasos pulmonares, engrosamiento septal bilateral, vidrio esmerilado predominantes en lóbulos interiores, algunos quistes sub-pleurales, adenomegalias mediastínicas y pequeño derrame pericárdico, sin cambios con tomografía realizada 6 meses antes. Un cateterismo cardíaco derecho mostró presión de arteria pulmonar (PAP) de 68 / 23 (48) mmHg. Se realiza test de vasorreactividad con dosis crecientes de Oxido nítrico, presentando a 100 ppm una caída del 50% en la PAP media. Se realiza titulación de dosis con nifedipina que se detiene en 60 mg por hipotensión sintomática. Se inició tratamiento con nifedipina 60mg cada 8 hs. y warfarina. A las 48 hs presentó fallo respiratorio agudo con esputo hemoptoico e infiltrados pulmonares alveolares bilaterales y difusos. Falleció 7 días después, la necropsia reveló hemorragia alveolar, fibrosis septal y cambios vasculares compatibles con enfermedad veno-oclusiva pulmonar.

Conclusiones: la enfermedad veno-oclusiva pulmonar debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con hipertensión pulmonar. asociada a esclerosis sistémica. El test de vasorreactividad debe ser realizado con extrema precaución en este tipo de pad entes.

SINDROME DE POLAND, REPORTE DE TRES CASOS

KAPLAN P., Sivori M., Mendez J., Saenz C.
Unidad Neumotisiología. Hospital Ramos Mejía
Buenos Aires, Argentina

El síndrome de Poland es una anomalía congénita poco frecuente de la pared torácica caracterizada por la ausencia del pectoral menor, hipoplasia o ausencia de la mama o del pezón, hipoplasia del tejido subcutáneo, ausencia de la porción costoesternal del pectoral mayor y ausencia de algunos cartílagos costales y costillas. Puede asociarse a sindactilia o anormalidades óseas en el miembro superior ipsilateral. Presentamos tres pacientes portadores de este síndrome.

Se trata de dos varones de 54 y 25 años y una mujer de 52, no tabaquistas, asintomáticos. El paciente varón joven tiene además pectus excavatum mientras que el otro paciente masculino está actualmente en tratamiento por sarcoidosis cutánea. Los tres tienen espirometrías normales, no tienen otros antecedentes respiratorios, ni otros síndromes asociados. Los tres tienen ausencia de glándula mamaria con pezón y areola presentes, ausencia de pectoral menor e hipoplasia de pectoral mayor. Creemos que la infrecuente aparición de este trastorno de caja torácica amerita el comentario de estos casos.

NEUMONIA EOSINOFILICA AGUDA. (NEA)

DIAZ OMAR. AVELLANEDA M. BARRIONUEVO
J. MENA S. RI VETTI D. SALE H.
HOSPITAL DE CLINICAS NICOLAS AVELLANEDA,
TUCUMAN. ARGENTINA.

La concurrencia de infiltrados pulmonares y eosinofilia se produce en variadas entidades clínicas, encontrándose dentro de los Síndromes de Eosinofilia Pulmonar como causa de insuficiencia respiratoria la Neumonía Eosinofílica Aguda. Un caso. Pcte. 19 años. M.C: Fiebre, Disnea. Tos, Dolor Retroesternal opresivo y quemante que aumenta con la tos. Hiporexia intensa que junto con la disnea evolucionan en los últimos 7 días. Sin antecedentes patológicos. Consulta por guardia 48 hs. previas al ingreso medicándolo con claritromicina.

Al ingreso: Adelgazado, severo compromiso del estado general, T:39.3°C. FR:34, FC:126, roncus bilaterales con crepitantes finos diseminados en campo posterior, 19.300 blancos, eosinófilos 27%(521/1) VSG: 115, PH:7.37, CO₂:34, O₂:67, SAT:87%, Rx. Tx: Infiltrados retículo alveolares difusos en parche a predominio de lóbulos superiores.

Al 3° día permanece febril, con O₂ permanente alcanza 92% de saturación O₂, FR:28, GB:16.200, con 16% eosinofilia, VSG:81, se confirman infiltrados por TAC TX, se realiza fibrobroncoscopia y lavado bronquial. Se agrega esteroides al tratamiento.

El lavado bronquial muestra: 36% de eosinófilos, 9% linfocitos, reacción inflamatoria, algunos glóbulos rojos.

Franca mejoría a las 48 hs. Cumple 7 días de Claritromicina y se suspende. No desatura. Continúa tratamiento con prednisona 60 mg/día. Al día 11 paciente con 11.200 blancos, eosinófilos 7%, VSG:31, SO₂:94% con aire ambiente. Serología para hongos, HTV y BAAR negativos. Sin daño renal evidente. Alta a los 18 días, sin lesión radiológica.

La presencia de eosinofilia con infiltrados pulmonares y desaturación con caída de la P_{O2} son de utilidad en la consideración de esta patología poco frecuente.

EVALUACION DE PACIENTES CANDIDATOS

A TRANSPLANTE PULMONAR:

EXPERIENCIA DE 4 AÑOS.

Echazarreta, AL; Curró, MF; Echazarreta, DF; Boccio, E.

Area de evaluación de trasplante cardiopulmonar. HIEA y C "San Juan de Dios" de La Plata. C.U.C.A.L.B.A

Se presenta la experiencia de un área de evaluación de candidatos a trasplante pulmonar (TxP) o cardiopulmonar (TxCP) en un Hospital Público de la Pcia. de Buenos Aires. Se analizó un período de 45 meses comprendido desde el 1/10/98 (inicio de las actividades del área) hasta el 1/7/02. Se describirán las principales características de los pacientes evaluados para eventual TxP o CP. En dicho período se evaluaron 54 pacientes, (28M/26H; edad 43.5±12.7 años [Umedia±DS]). Los mismos presentaban las siguientes patologías de base: EPOC (n=19); hipertensión pulmonar primaria (n=11); hipertensión pulmonar asociada a enfermedad mixta del tejido conectivo (n=1); bronquiectasias (n=5); fibrosis pulmonar idiopática (FPI) (n=8); FP asociada a esclerodermia (n=2); silicosis (n=3) y TBC residual (n=5). 43 de las evaluaciones fueron programadas y 11, derivaciones de urgencia (estos pacientes fueron rápidamente enviados a centros transplantológicos encargados de realizar la evaluación de urgencia, el eventual Tx y seguimiento posterior); cabe mencionar que de los 11 pacientes derivados de urgencia 6 fallecieron durante la evaluación, 4 se encuentran en lista de espera y 1 abandonó el programa. La evaluación se inició por consultorio externo. Allí se obtuvieron muestras de sangre para serologías, Rx de tórax y senos paranasales, gases en sangre y espirometría. Luego de dicha entrevista inicial, se programó la evaluación de los pacientes en un área específica de internación. Como producto de dicha evaluación (n=43) se concluyó que 18 pacientes fueron aptos (A), 21 no aptos (NA) y 4 no aptos transitorios (NATH). De los NA las causas fueron:

Psicológicas n=11; Edad avanzada n=2; Enfermedad sistémica activa n=1, VDRL+ n=1; BAAR+ n=1; óbito durante la internación n=1; abandono del programa n=2; valvulopatía severa n=1 y traqueobroncomalacia n=1. Causas de NAT: tabaquismo activo n=1; sin criterios médicos de inclusión n=1; desarrollo de angor n=1 y blastoma ovárico n=1. De los pacientes A: 12 fueron incluidos en lista de espera (6 fallecieron sin lograr el trasplante, 4 están actualmente en lista de espera y 2 fueron transplantados [Uno de ellos obitó]) y 6 aguardan ser incluidos en la misma. Los

principales parámetros investigados en la población estudiada fueron: Serologías; perfil psicológico y social; exploración funcional respiratoria y gasométrica completas; imágenes, ecocardiograma, hemodinamia, radiocardiograma y centellograma V/Q, entre otros.

PERFIL DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE PANECO V LA DISNEA COMO SINTOMA PRINCIPAL

Bogiaizian D., Verta C., Coccia L., Rey Bekford V., Raggio S., Soukoyan G., Asociación AYUDA, Cdad. de Buenos Aires

Objetivos: De los Trastornos de Ansiedad, el Trastorno de Pánico es el que más aparece en consulta de distintas especialidades médicas.

Este estudio descriptivo exploratorio tiene como propósito identificar los perfiles sintomatológicos físicos predominantes en el espectro Pánico-Agorafóbicos y, fundamentalmente, evaluar la relevancia de la sensación de disnea y la forma en la que se presenta y relaciona con los demás síntomas en estos pacientes para facilitar el diagnóstico diferencial.

Material y Método: Participaron 250 pacientes. de los cuales 195 (78%) son mujeres y 55 (22%) son hombres, cuyas edades oscilan entre los 18 y 57 años de edad y pertenecen a la clase media. Se les administraron al momento de admitirlos los siguientes cuestionarios: EDA (Entrevista Diagnóstica de Admisión), CSC (Cuestionario de Sensaciones Corporales) y CCA (Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas). Se correlacionar en la sensación de disnea con las otras sensaciones físicas y análisis de frecuencia

Resultados: el 51% de los pacientes con Trastorno de Pánico con Agorafobia refieren una preocupación severa frente a la sensación de disnea. Se hallaron correlaciones altamente significativas entre la sensación de disnea y los síntomas de la áreas cardiológico y neurológica, no ocurriendo lo mismo para los del área gastroenterológica. Además, correlacionó significativamente con el temor a morir asfixiado y con el nerviosismo.

Conclusiones: En resumen. los resultados del estudio indicarían una alta incidencia de la sensación de disnea en los Ataques de Pánico y alto grado de estrés, producto del temor a morir asfixiado. Además dentro del espectro Pánico-Agorafóbico, se observan asociaciones con otros síntomas que pueden favorecer el diagnóstico diferencial con patologías del área médica.

DERRAME PLEURAL EN NIÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO

Andreottola M., Heffess O., Ramos M., Reches B.

Hospital del Niño de San Justo, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Establecer la incidencia de esta patología, su etiología y evolución en pacientes de nuestro medio.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de niños internados en nuestro Hospital con diagnóstico de Neumonía con derrame en los años 97, 98,99,00 y OR.

Resultados: De un total de 16.333 neumonías solo 106 fueron con derrame (0,6%).

De las neumonías con derrame 72 no tuvieron rescate de germen (68%) y 34 sí (32%). De las que tuvieron rescate de germen la distribución fue la siguiente: *Streptococo Pneumoniae* 29 (85%), *Estafilococo Aureus* 2 (6%), *Adenovirus* 1 (3%), *Influenza A* 1(3%), y *Haemophilus Influenzae* 1 (3%).

De los casos de neumonía por *Streptococo Pneumoniae* se encontraron 13 resistentes a la Penicilina. La resistencia de este germen a la Ceftriaxona se detectó en 5 casos(20%), y 20 fueron sensibles (80%). Las complicaciones se encontraron en 20 casos (18%), y fueron las siguientes: neumotórax 9 casos (45%), paquipleuritis 8 casos(40%), fistulabroncopleural 2 (10%), y enfisema subcutáneo 1 (5%).

Conclusiones: Fueron aislados en el año 97 3 casos de *Streptococo Pneumoniae* resistente a la Penicilina, en el año 98 2 casos, en el año 99 4 casos, en el 00 2 casos y en el 01 2 casos. La resistencia a la Penicilina en los años 97,00 y OR se determinó por disco de Oxacilina. De los casos de resistencia en el 97 en 1 se realizó la CIM para la Ceftriaxona siendo resistente. En el 98 la CRM para la Ceftriaxona mostró resistencia intermedia en 1 de los 2 casos. En el 99 hubo 1 caso altamente resistente, y 1 con resistencia intermedia En el 00 no hubo casos de resistencia a la Ceftriaxona y en el 01 se detectó 1 caso con resistencia intermedia por la CRM.

EXACERBACION AGUDA DE BRONQUITIS CRONICA

Altieri H.H., Vega N., Stok AM, Marzorafti L.

Hospital Centro de Salud TUCUMAN - ARGENTINA

OBJETIVOS: Evaluamos 49 pacientes con exacerbación aguda de bronquitis crónica, que hayan presentado al menos una exacerbación en el último año, con el fin de determinar aspectos clínicos e infectológicos.

RESULTADOS: De los 49 pacientes estudiados correspondían al sexo masculino el 92% y al femenino el 8%. Eras tabaquistas de < 10 pack/years (ply) el 4%, de 10 a 20 p/y el 2% y > de 20 p/y el 94%. El 26% tenía menos de 5 años de evolución de su EPOC, el 39% tenían entre 5 a 10 años y el 35% más de 10 años de evolución. Los síntomas por los cuales consultan son: disnea el 98%, tos el 100%, aumento de la expectoración el 69%, cambio del color del esputo el 69%, fiebre el 43%. Presentaban antecedentes de menos de 2 exacerbaciones en el último año el 35% y más de 2 exacerbaciones el 65%. Se internaron por exacerbación de su EPOC en el último año sólo el 14%. Se le realizó cultivo de esputo al 63% de los pacientes, de los cuales se obtuvo positividad en el 55%, correspondiendo a neumococo el 29%, *haemophilus* 16%, *moraxella* el 10%. Se realizó medición de FEV1 a 24 pacientes, de los cuales tenían FEV1 > 80% del predicho el 4%, FEV1 60-79% en el 13%, FEV1 40- 59% en el 33% y FEV1 <40% en el 50% de los casos.

CONCLUSION: de los pacientes que consultaron por exacerbación aguda de bronquitis crónica la mayoría son tabaquistas severos con más de 5 años de evolución de su EPOC. El gran porcentaje de los pacientes presentan FEV1 <60% del predicho. Los síntomas prevalentes coinciden con los evaluados por Anthonisen. Observamos alta recuperación bacteriológica en esputo.

ENFISEMA BULLOSO NO OBSTRUCTIVO:

A PROPOSITO DE 1 CASO

VICTORIO CF (1); Parra F (2); Parra H (2)

(1)Centro de Medicina Respiratoria - C. del Uruguay - E. Ríos - Argentina

(2)Centro Tomográfico Uruguay - C. del Uruguay - E. Ríos - Argentina

El enfisema bulloso es una de las varias formas de presentación del enfisema, aunque aún existen una serie de preguntas sin respuesta acerca de su etiología, patología y aspectos Funcionales, para los cuales se has propuesto una serie de modelos animales de investigación. El término “*bullo*”, se empieza en aquellos casos en los que el espacio enfisematoso alcanza un diámetro de más de 1 cm. y específicamente la entidad conocida como *enfisema bulloso gigante adiopático*, se caracteriza por la presencia de grandes bullas que ocupan al menos 1 tercio del hemitorax. y comprimen al parénquima pulmonar circundante. Si bien es muy frecuente, como en los otros tipos de enfisema, su asociación con el antecedente de tabaquismo, se presenta aquí el caso de 1 paciente de 39 años, de sexo masculino. sin antecedentes de tabaquismo, en el que tras un episodio de traqueobronquitis prolongada, se realiza una radiografía de tórax, observándose una imagen hiperclara con ausencia de trama pulmonar en el campo superior derecho. Se completa la evaluación con una TAC de tórax detectándose un enfisema bulloso localizado predominantemente en lóbulo superior derecho, sin rasgos de obstrucción en la espirometría. Se presenta el seguimiento espirométrico (ver tabla) y topográfico de 4 años de evolución. El paciente se encuentra asintomático y desarrolla una vida normal desde el punto de vista socio-laboral y deportivo, sin ningún tipo de limitaciones a causa del enfisema, realizando controles médicos anuales. Dado que son cada vez más frecuentes Los reportes de una mayor incidencia de cáncer de pulmón en pacientes portadores de enfisema bulloso,

RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES

CON OBSTRUCCION CRONICA AL FLUJO AEREO Diaz, V.; Barimboim, R*; Paramo, M.; Reginatto, L.;

Fachinelli, C.; Instituto de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. *Cátedra de Clínica Médica. FCM. UNC

Objetivo: Investigar el predorninio de rasgos de personalidad en pacientes con OCFA a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS). Metodología: Sujetos: Grupo OCFA: N=16 hombres, 13 EPOC y 3 Asma Bronquial. Edad x 68.93 (rango 54-79 años), 3 no fumadores. Datos funcionales: FVC x67.9 (DS +/17.76), FEV 1 x36.59(DS+/-20. 15), FEV 1/FVCx40. 16 (DS+/-14.44), MVV x44.52 (DS+/-25.34), (todos expresados como porcentajes del predicho), Sat.02 x91.56(DS+/-3.84). 5 pacientes utilizan oxigenoterapia. Nivel socioeconómico medio. Grupo Control: N=43 hombres. Edad x72.3 (rango 63-8 1). No fumadores, sin patologías crónicas. Nivel socioeconómico medio. Instrumentos: a cada sujeto se le aplicó: Entrevista personal, MIPS (Milion, 1997), 180 items que exploran 12 pares de rasgos referentes a Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas Interpersonales y Cuestionario Respiratorio de Saint George (SGRQ, Jones, 1991). Análisis estadístico: Anova-Manova con Test HSD de Tukey. Resultados: MIPS:

Grupo OCFA respecto al grupo control presenta como significativos los siguientes rasgos: Metas Motivacionales: modificación p<0,01. Modos Cognitivos: sensación p<0,01, sistematización p<0,01. Conductas Interpersonales: vacilación p<0,05, discrepancia p<0,001, conformismo p<0,001. Grupo Control respecto al grupo OCFA presenta como significativos los siguientes rasgos: Metas Motivacionales:

acomodación p<0,01. Modos Cognitivos: sensación p<0,01, intuición p<0,001, afectividad p<0,001, innovación p<0,0001. Conductas Interpersonales: vacilación p<0,05, discrepancia p<0,001, sometimiento p<0,0001. SGRQ: Síntoma: x 40.7%, Actividad: x61.2%, Impacto: x29,6%, Total: x41.2%. Conclusiones:

Se infiere que estos pacientes presentan: 1- Capacidad para modificar su ambiente en función de sus necesidades 2- El procesamiento de información lo harían en base a sensación, es decir, con preferencia de material concreto y tangible y sistematización, considerando normas preestablecidas. 3- Serían personas que no confían en sus habilidades sociales, discrepando o conformándose con lo establecido según lo requieran las circunstancias. Estos datos podrían ser de utilidad para evaluar adherencia a los tratamientos y evaluación para inclusión en los grupos de rehabilitación respiratoria

| | CVP | VEF1 | VEF1/CVP | PEF 25-75% | |
|-----------------|------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| ANALISIS DE LOS | 1998 | 5.81(107.7%) | 4.43(100.6%) | 76.27(93.3%) | 3.61(80.7%) |
| INTERNADOS | 2000 | 5.87(110.0%) | 4.64(103.1%) | 78.93(95.2%) | 4.03(87.0%) |
| | 2002 | 6.07(115.6%) | 4.67(105.9%) | 76.90(93.1%) | 3.82(84.5%) |

POR EXACERBACION AGUDA DE EPOC EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Scorzo G, RoviraF, Gando 5, Gene R, División Neumonología, Hospital de Clínicas, Bs Aires.

Objetivos: Describir las características de pacientes internados por exacerbación

aguda de EPOC, durante el periodo 1/1/2000-11/11/2001, evaluar lamortalidad en un seguimiento hasta los 12 meses.

Material y metodos: Se analizaron retrospectivamente 54 internaciones en 35 pacientes en el Hospital de Clínicas cuyo diagnóstico de egreso fue exacerbación aguda en EPOC.

Resultados: Edad 76,14 +/- 8,46,sexo femenino 2, masculino 33,BMI 21,35+-9,32, 24 fumadores activos pack year 62,52 +/- 42.94, ex fumadores 22, nunca fumadores 3, sin seguimiento neumonológico previo, solo 14 pacientes usaban broncodilatadores inhalatorios previamente. P02 58,6+-13,95, PCO2 45,83+-15,17 pH 7,38+-0,07, FEV1 1,00 +/-0,5, FIEV1% 41% Edemas en MMII 17/54 (3 1,48%) Comorbilidad:

Insuficiencia cardiaca 22/54 (40%), depresiOn 22(40%).

Dias de internación en sala: 9,46+-7,7, dias de internación en UTI: 2,11+-5,36.Muertos en la internación:

5(14,27%), muertos en el seguimiento: 16 (45%), internados en UTI: 19, con ARM: 9, con ventilación no invasiva: 2, muertos en ARM: 2. Criterios de exacerbación: Aumento de disnea 48, aumento del esputo 26, cambio del esputo 17. Número de criterios: 1: 17 pacientes, 2: 23 pacientes, 3: 8 pacientes. Status Muertos internados: Ejercicio limitado: 1, limitado autovalido: 4, postrado: 1. Status muertos en el seguimiento: ejercicio limitado: 5, limitado autovalido: 5, no autovalido: 2, postrado: 1, muertos con O2 domiciliario: 7. Los antibióticos más usados fueron: ceftriaxona-claritromicina: 16, levofloxacina: 11, amoxi-clavulánico: 10, ceftriaxona: 4. Solo 24 pacientes usaban previamente B2 o ipratropium, no tenían atención neumonológica, ni habían realizado rehabilitación.

Conclusiones: Coincidiendo con otras publicaciones, la mortalidad por exacerbación es alta, en la internación y al año, los pacientes, eran pacientes con EPOC severo, edad avanzada, y un BMI bajo, heavy fumadores 62,52+-42,94, la comorbilidad más frecuente fue la insuficiencia cardíaca y la depresión, más de la mitad tenían edemas de miembros inferiores, como expresión de Cor pulmonar descompensado. Los pacientes carecían en su mayoría de atención neumonológica previa y medicación adecuada. En el futuro se debería tratar de brindar tratamiento, rehabilitación pulmonar y educación, a los pacientes en riesgo y así prevenir la internación y mayor mortalidad.

SITUACION DE LA REHABILITACION PULMONAR EN ARGENTINA

ROBERTO BENZO, LILA RICCI

1Sección de Rehabilitación Pulmonar, AAMR. Division of Pulmonary & CCM. West Virginia University; 2Departamento de Matemática, Universidad Nacional de Mar del Plata Argentina

Objetivo: relevamiento de la situación de la Rehabilitación Pulmonar (RP) en Argentina. Método: se realizó una encuesta referida al conocimiento y disponibilidad de RP durante el XXVII Congreso Argentino de Medicina Respiratoria.

Resultados: Se recolectaron 196 encuestas de 300 (65.3%) entregadas. El 62.9% de los encuestados vive a menos de 500 km de la ciudad de Buenos Aires (BA). El 91.7% conoce la RP pero solo un 48.6% dispone de ella. El 33% dispone de equipos para medir consumo de O₂. El 91.0% dispone de espirometría computada y 82.7% de oximetría de pulso. El 70.5% conoce las pruebas evaluativas de ejercicio, 38% los instrumentos para la medición de calidad de vida y 75.7% las escalas de medición de disnea. El 39.4% dispone de programa para dejar de fumar. Se encontró asociación significativa entre lectura de consensos sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la prescripción de un tratamiento correcto (p=0.021). Quienes disponen de un programa RP y de equipamiento para medición de consumo de O₂ viven significativamente más cerca de la ciudad de Buenos Aires (p0.003 y p0.002). El conocimiento de instrumentos de medición de disnea, calidad de vida y ejercicio, poseer espirometría computada y oximetría de pulso no resultaron asociados con la distancia a BA (pNS).

Conclusión: El conocimiento sobre RP, consensos de tratamiento de la EPOC y sobre las pruebas de evaluación de pacientes para RP está bien difundido pero la aplicación de RP está asociada con la cercanía a los centros con mayores recursos, en este caso BA.