

# 33º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Mendoza, 8 al 11 de octubre de 2005

## CIRUGÍA DE TORAX

### COMUNICACIÓN ORAL

CO5 Aula Uspallata / lunes 10 / 14 a 16.15

#### TRATAMIENTO DE ESPACIOS TORÁCICOS POST-QUIRÚRGICOS COMPLEJOS

NAVARRO, RICARDO; CARRANZA, DIEGO

Unidad de Enfermedades Respiratorias. Hospital Privado - Cordoba / Argentina

La obliteración de espacios pleurales infectados consecutivos a procedimientos quirúrgicos en el tórax requiere de múltiples procedimientos durante meses y a veces años y resultan en severa deformidad torácica. *Hipótesis:* La combinación de procedimientos de obliteración puede resolver los espacios en menos tiempo y con mínima deformidad torácica. *Material y Métodos:* Análisis retrospectivo de 12 pacientes con espacios torácicos postquirúrgicos complejos en dos categorías: 1. Empiema post-neumonectomía. 2. Empiema pleural asociado a infección mediastinal ó de pared torácica. *Obj. principal:* Evaluación de efectividad en resolución del espacio. *Obj. secundarios:* Tiempo de tratamiento - Magnitud de deformidad residual. *Procedimiento quirúrgico inicial:* Neumonectomía 7, lobectomía 2, reducción de volumen: 2 By pass aorto-coronario 1 *Tratamiento:* 1. Paciente con pulmón remanente: Toilette de herida acompañada de: drenaje del espacio (2), lobectomía (1) decorticación mas trasposición de musculo dorsal ancho (1) plastica con epiplón (1) 2. Pacientes con neumonectomía: Drenaje declive del espacio mas toracoplastia de 1ª y 2ª costillas (5) seguida de plástica con epiplón. *Resultado:* Dos pacientes fueron perdidos del seguimiento sin tratamiento. Seguimiento promedio, 37 meses (1a 81) Tres pacientes (30%) fallecieron entre 20 días y 9 meses de diagnosticada la complicación por recurrencia neoplásica (1) ó enfermedad intercurrente (2). Mortalidad operatoria a 30 días: 10% (1/ 10). Todos los pacientes que completaron tratamiento obtuvieron obliteración definitiva del espacio y sobrevida prolongada, tanto los portadores de espacios con pulmón remanente, como los tratados con drenaje y epiplón. En 4/5 pacientes, el epiplón fue suficiente como método definitivo de obliteración. Un enfermo requirió además de trasposición de dorsal ancho. Tiempo promedio entre inicio de complicación y tratamiento: 216 días (1a 1085) Tiempo promedio entre inicio del tratamiento y resolución del espacio: 86 días (64 a 110). Sobrevida promedio: 51 meses (11 a 81). La deformidad torácica en pacientes con toracoplastia estuvo limitada a pequeña depresión subclavicular. *Conclusión:* La toracoplastia apical, la epiploplastia y la trasposición muscular aplicados simultáneamente o en un tiempo breve, aceleran la resolución de espacios torácicos postquirúrgicos infectados y resultan en menor deformidad torácica.

#### TUMORES PRIMARIOS DE MEDIASTINO

PATANE, A; POLERI, C; OLMEDO, G; NIEVAS, B; ROSENBERG, M; ROJAS, O; ABDALA, O

Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo:* presentar la serie de lesiones mediastínicas primarias en pacientes adultos de nuestra institución. *Material y métodos:* se revisaron retrospectivamente los registros de todos los pacientes operados con diagnóstico de patología mediastinal desde enero de 1972 hasta diciembre del 2004, excluyéndose del grupo aquellas lesiones originadas en tiroides, paratiroides, esófago, vías aéreas superiores y pulmón. Clasificamos a las lesiones de acuerdo a su localización y tipo histológico. *Resultados:* se reunió un total de 482 casos correspondiendo 178 de éstos a lesiones malignas y 304 a lesiones no neoplásicas de distinta histología. Del total, 374 (77.5%) correspondieron a lesiones tímicas, 29 (6%) a linfomas, 23 (4.7%) a tumores de origen mesenquimático, 14 (2.9%) a tumores germinales, 7 (1.5%) a lesiones quísticas y 35 (7.2%) a otras lesiones. Prevalen la patología tímica, benigna y maligna, seguida en frecuencia por las lesiones granulomatosas ganglionares (infecciosas o no) y los linfomas y esto explica que el 90% de los casos analizados se encuentren localizados en el mediastio anterior. Exceptuando los tumores epiteliales tímicos y los linfomas, con hallazgos radiológicos característicos, el resto de las lesiones tuvieron diagnóstico histológico definitivo posterior a la cirugía. *Conclusiones:* Las

lesiones mediastinales primarias, tumorales y no tumorales, constituyen una entidad infrecuente (3% de las lesiones torácicas) y un grupo histopatológico heterogéneo, dada la diversidad de estructuras que se encuentran en el mediastino. Debido al alto número de pacientes atendidos con diagnóstico de Miastenia Gravis, las lesiones más frecuentemente halladas corresponden a patología tímica, seguidas en frecuencia por los linfomas y en tercer lugar por los tumores de origen mesenquimático.

### ÍNDICE DE TRABAJO SISTÓLICO DE VENTRÍCULO DERECHO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

GOMEZ, C; FAVALORO, R; BERTOLOTTI, A; COMIGNANI, P; OSSES, J; CANEVA, J; NEGRONI, J  
 Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro.  
 F. Universitaria René G Favalaro - Buenos Aires / Argentina

Los pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica se caracterizan por presentar dilatación severa de ventrículo derecho y en ocasiones con disfunción sistólica. La disminución temprana de la dimensiones del ventrículo derecho (VD) después de la tromboendarterectomía (TE) sugiere que la dilatación de VD es en parte post carga dependiente. *Objetivo:* Determinar la implicancia de la tromboendarterectomía pulmonar en el índice de trabajo sistólico de ventrículo derecho (ITSVD) como un marcador posible de mejoría intraoperatoria y su grado de correlación con parámetros preoperatorios.

*Materiales y Métodos:* Se consideraron 20 pacientes consecutivos entre 11/1992 y 9/2004. La edad media era de  $45.9 \pm 13$  años (media  $\pm$  desviación estándar). Eran de sexo masculino 12 pacientes (60%). La clase funcional era de  $3.6 \pm 0.6$ . La presión media en la arteria pulmonar fue  $55.9 \pm 13$  mmHg, la resistencia vascular pulmonar total era de  $1200.9 \pm 456$  dina-seg/cm<sup>5</sup>. La ITSVD fue  $17.22$  gr-m/m<sup>2</sup> La TE se llevó a cabo con anestesia general balanceada, monitoreo invasivo, eco transesofágico. La técnica quirúrgica empleada fue de Daily modificada. Se utilizó el test t. para muestras apareadas. Se evaluó la mejoría mediante  $M = \text{ITSVD post} - \text{ITSVD pre}$  *Resultados:* El ITSVD pasó de  $17.22 \pm 8.79$  gr-m/m<sup>2</sup> a  $10.44 \pm 6.88$  gr-m/m<sup>2</sup>, con  $P < 0.01$ . El ajuste lineal entre M y la presión arterial pulmonar media pre TE dió un coeficiente de correlación lineal  $R = 0.657$  significativo o frente a cero con  $P < 0.01$  Los parámetros del ajuste fueron: pendiente =  $-0.46$  y ordenada al origen =  $18.99$ . *Conclusión:* El ITSVD es un marcador intraoperatorio de mejoría post TE y su descenso tiene correlación lineal con la presión arterial media pulmonar pre operatoria indicando mayor efecto cuando mayor es la presión pulmonar media.

*Referencia:* Leon C, Chow, MD, Howard C, Dittrich, MD, Brian D, Hoit, MD, Kenneth M. Mosser, MD, and Pascal H. Nicod, MD, Doppler Assessment of Changes in Right-Sided Cardiac Hemodynamics After Pulmonary Thromboendarterectomy, *Am J Cardiol* 1988;61:1092-1097 Deborah Shure, MD; Thromboendarterectomy: Some Unanswered Questions, *Ann Thorac Surg* 1996;62:1253-4

### TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. INDICADORES GASOMÉTRICOS

GOMEZ, C; FAVALORO, R; BERTOLOTTI, A; COMIGNANI, P; OSSES, J; CANEVA, J; NEGRONI, J  
 Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro. F Universitaria R. G. Favalaro - Buenos Aires / Argentina

Los pacientes con insuficiencia respiratoria terminal sometidos a transplante pulmonar unilateral (TPU) suelen presentar, durante la asistencia ventilatoria mecánica, mayor riesgo de bolutrauma y barotrauma La hipercapnia permisiva es una alternativa *Objetivo:* Identificar indicadores gasométricos intraoperatorios como resultado de mejoría inmediata post implante. *Materiales y Métodos:* Entre junio 1994 y Septiembre 2004 se realizaron 79 trasplantes pulmonares, 48 pacientes fueron unipulmonares, las indicaciones fueron fibrosis pulmonar 18pacientes y enfisema pulmonar 30 pacientes. Se trasplantaron 4 pacientes en situación de emergencia, 5 en calidad de urgencia y 39 pacientes en situación electiva. Cuarenta y cuatro TPU fueron sin Circulación extracorporea bajo anestesia general balanceada, ventilación unipulmonar, monitoreo invasivo, eco transesofágico, monitoreo respiratorio. Modo ventilatorio: Volumen control, volumen corriente 4-7ml/kg, frecuencia respiratoria = 20 respiraciones por minuto, fracción inspirada de oxígeno 1, presión meseta = 30. Se dividió la población en dos grupos según la patología, para identificar posibles indicadores de mejoría gasométrica. Se utilizó el test t. para las variables gasométricas pre y post trasplante. Resultados Significativos para presión arterial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>), Bicarbonato (Bic) y Exceso de base (EB) en enfisema pulmonar.

#### Basal Final

Medida	Media DE	Media DE	Significación
PaCO <sub>2</sub>	$62,21 \pm 10,98$	$52,09 \pm 10,21$	$P < 0,0005$
Bic	$31,08 \pm 4,56$	$27,66 \pm 6,1$	$P < 0,002$
EB	$5,53 \pm 4,74$	$2,87 \pm 4,59$	$P < 0,0001$

*Conclusiones:* La Paco<sub>2</sub>, Bic y EB fueron indicadores de mejoría intraoperatoria en el enfisema pulmonar.

*Referencias:* R.G. Pearl, MD, PhD, Baillieres, The Lung In Anaesthesia and Intensive Care Clinical Anaesthesiology International Practice and Research, Abril 1996 Vol.10/Number 1.

## **PUNCIONES Y PUNSIONES BIOPSIAS GUIADAS POR ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA DE PATOLOGÍA TORÁCICA. NUESTRA EXPERIENCIA**

AIZENSCHER, D G; PIBIDA, J C; MORAÑA, E J; MENDEZ, N A; GANCEDO, E A; SAWICKI, M A; AREVALO OLMEDO, J; OLENCHUCK, A

Htal de Infecciosas F.J.Muñiz - Buenos Aires / Argentina

Presentamos nuestra experiencia en la utilización de la ecografía como método guía en el abordaje percutáneo tanto diagnóstico como terapéutico en patología torácica. Se trata de 32 pacientes en los que se utilizó este método. Los dividimos en dos grupos. El primero de 17 casos, portadores de masas pulmonares pegadas a la pared, en los que se realizó punción biopsia percutánea con aguja tru-cut guiada por ecografía. La utilización de este tipo de aguja, nos permitió obtener muestras tisulares realizando diagnóstico anatomopatológico en 15 de estos casos con la siguiente distribución: 5 Ca. Epidermoides, 1 Adeno Ca., 1 Ca. Anaplásico a cel. gktes y 1 poco diferenciado, 2 Oat-cell, 1 Mesotelioma, 1 MTTs de Oat-cell y 3 MTTs pleurales de Adeno Ca. Los dos casos sin diagnóstico se debieron a escasa muestra pero con alta sospecha de malignidad. En ningún caso registramos complicación alguna. El segundo grupo se trató de colecciones líquidas enquistadas

o de difícil acceso, lográndose su resolución percutánea en: 7 empiemas suspendidos, 1 bulla complicada, 2 abscesos pulmonares, y en los últimos 5 casos se logró diagnóstico de pleuritis tuberculosa. En este segundo grupo tampoco registramos complicaciones inherentes al método. *Conclusión:* Creemos que la ecografía es un excelente método de guía para el acceso percutáneo torácico. Es sumamente económico, práctico y no requiere de grandes gastos ni preparaciones para su realización. Basta con profesionales bien entrenados en la interpretación de las imágenes torácicas, y cirujanos capacitados en el manejo de las técnicas de punción, para que este método adquiera un gran potencial diagnóstico y terapéutico. Lo indicamos en tumores pegados a la pared, en cuyo caso utilizamos la aguja tipo tru-cut, que tiene la gran ventaja de obtener muestras tisulares y no citológicas, permitiendo la correcta tipificación tumoral sin otro gesto. Y bien indicada y guiada, no ha presentado complicaciones. También lo indicamos en la guía de la evacuación o acceso diagnóstico o terapéutico de colecciones de difícil acceso o suspendidas. Por eso es que creemos que es importante plantear esta posibilidad, cuando corresponda indicarla, antes de utilizar métodos más complejos, honerosos o agresivos para el paciente.

## **TÉCNICA SEGURA DE BIOPSIAS TUMORALES TRANSTORÁCICAS SOBRE 96 CASOS**

NOGUERA, MIGUEL ANGEL; DIAZ, OMAR; SALE, HECTOR; LUNA, MARIELA; MEDINA, CRISTINA; DORA, FLORES

Clinica Mayo. Yerba Buena - Tucuman / Argentina

*Antecedentes:* La biopsia transtorácica de tumores pulmonares es una técnica extendida para obtener celularidad apta para estudio anatomopatológico. Sin embargo, las complicaciones de la misma, sobre todo el neumotorax y el hemotorax, hace que muchos médicos sean reacios a realizarla. Al no ser reglada ni uniforme su método, en la literatura se obtienen cifras muy variables de complicaciones, lo que complica el extrapolar los resultados, fundamentalmente al no comprender los mismos tipo de lesiones, ni el abordaje ni el instrumental empleado para la misma.

*Objetivo:* Establecer y mostrar los parámetros de los que se vale nuestro servicio para decidir la realización de una biopsia transtorácica, el método de guía imagenológica, el tipo de instrumental utilizado, presentando 96 casos en los que solo se presentó solamente un caso de neumotórax que requirió tratamiento quirúrgico. *Material y Método:* se realizaron un total de 112 biopsias percutáneas consecutivas a pacientes portadores de tumores torácicos, utilizando guía imagenológica ecográfica o tomográfica en todos los pacientes a excepción de tres que eran portadores de tumores de pared torácica palpables, que se hizo biopsia a ciegas. Se descartaron 16 pacientes por fallas metodológica

o en el seguimiento, presentando los resultados en 96 biopsias percutáneas de tumores torácicos. Se presentan los criterios de selección de la guía imagenológica a utilizar, cuando la misma se considera inaccesible a la biopsia percutánea o es considerada de alta probabilidad de complicaciones (excluyendo el método), y los resultados de las biopsias. Con los parámetros utilizados solamente se presentó posterior a la biopsia percutánea un solo caso de neumotórax que requirió tratamiento quirúrgico, presentándose las complicaciones menores del procedimiento. *Conclusión:* Se presentan 94 pacientes a los que se les realizó una biopsia percutánea de tumores torácicos, con un bajo nivel de complicaciones, basados en la exclusión de pacientes que se consideran de alto riesgo o innaccesibles al procedimiento.

## **RESULTADOS TEMPRANOS Y ALEJADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN EL ENFISEMA AVANZADO**

BERTOLOTTI, A; KOHN, A; ABUD, J; GOMEZ, C; CANEVA, J; OSSES, J; AHUMADA, R; MAJO, R; VIGLIANO, C; FAVALORO, RR

Fundación Favaloro - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* El enfisema pulmonar es una de las enfermedades respiratorias más frecuentes. En etapas avanzadas de la misma, el trasplante pulmonar es una opción terapéutica establecida. *Objetivos:* Evaluar los resultados a corto y largo plazo del trasplante pulmonar en pacientes con diagnóstico de enfisema. *Población y Métodos:* Entre Junio 1994 y Julio 2005, 123 p fueron trasplantados: 60 unipulmonares [UP] (48.7%), 34 bipulmonares [BP] (27.6%) y 29 cardiopulmonares (23.5%). Se analizaron retrospectivamente las características demográficas y clínicas pre-trasplante, la evolución postoperatoria inmediata y la sobrevida a largo plazo de los pacientes con diagnóstico de enfisema. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el análisis de sobrevida. *Resultados:* Cuarenta y un pacientes (31.7%) tenían diagnóstico de enfisema, 7 (17%) por

déficit de alfa-1-antitripsina y 34 (83%) debido a EPOC. Se realizaron 36 trasplantes UP (87.8%) y 5 BP (12.2%), 36 de ellos se encontraban en situación electiva y 5 en emergencia con asistencia respiratoria invasiva. La edad promedio fue de 54±6 años, 26 de sexo masculino (63.4%). Al momento de la evaluación para ingreso a la lista de espera, las características clínicas fueron las siguientes: VEF1 0,616±0,354 L (20±10% del valor predicho); CVF 1,810± 0,711 L (48±18%); PAPm 21±7 mmHg (rango 10-44); pO2 63±13 mmHg; pCO2 47±8 mmHg, distancia recorrida (test de 6 minutos) 198±100 m. La mortalidad hospitalaria fue de 8/41 (19.5%). La sobrevida global a 1 y 5 años fue de 66.6% y 47.3%. La sobrevida condicionada (excluyendo los tres primeros meses) a 1 y 5 años fue de 85.6% y 60.8%. La comparación de la sobrevida en el primer año según el estado clínico previo (electivos vs. emergencias) fue 70% vs. 40% (p=0.3). En un análisis univariado, la PAPm resultó ser un predictor de mortalidad a largo plazo (OR: 1.1; IC 95-75: 1.02-1.18; p=0.01). **Conclusión:** Los resultados del trasplante pulmonar en pacientes con enfisema son comparables a los publicados en registros internacionales. En esta población, la PAPm fue un predictor de mortalidad pos-trasplante.

### MANEJO CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA

ABDALA, FERNANDO; ABDALA, O; ROJAS, O; ROSENBERG, M  
Hospital María Ferrer - Buenos Aires / Argentina

**Antecedentes:** La fístula traqueo-esofágica (FTE) es una entidad poco frecuente que representa un gran desafío tanto en el manejo inicial como en la resolución definitiva. **Objetivo:** Analizar el tratamiento efectuado y los resultados obtenidos en pacientes con FTE. **Material y método:** Análisis retrospectivo de 22 pacientes tratados por FTE entre julio de 1985 y julio de 2005 por el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital María Ferrer. Se analizó la etiología, el tratamiento efectuado y los resultados obtenidos. **Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes cuya edad media fue 35 años. En 17(77%) la etiología fue benigna, siendo secundaria a ARM en el 88%. Los 5 restantes presentaban una neoplasia (60% Ca. de esófago). En 16 pacientes (72%) se observó un cuadro infeccioso severo y 3 (18%) permanecían en ARM al momento del diagnóstico. En 12 casos (72%) se diagnosticó estenosis traqueal asociada. El lapso entre diagnóstico y tratamiento fue de 4,3 meses. En todos los pacientes con etiología maligna se realizó traqueostomía y sostén alimentario con yeyunostomía. De los 17 casos benignos, 15 (88%) se resolvieron quirúrgicamente. Los 2 restantes presentaban un cuadro séptico con inestabilidad hemodinámica que no permitió la cirugía falleciendo a los 2 y 5 días de derivados al hospital. Las operaciones realizadas fueron: En 12 casos (80%) esofagorrafia y traqueoplastia, 2 (13%) esofagorrafia y traqueorrafia y 1 (7%) colocación de tubo de Montgomery. En 6 pacientes con traqueoplastia asociada (50%) se dejó un tubo de Montgomery para proteger la anastomosis en estenosis subglóticas. Cuatro pacientes (27%) presentaron complicaciones. La mortalidad del grupo de las FTE benignas fue 17% (3 pacientes) y en los operados 7% (1 paciente). En todos los casos se trató de pacientes sépticos, en ARM que no pudieron estabilizarse con el tratamiento inicial. En 1 caso se intentó igualmente la resolución quirúrgica; con dehiscencia de la anastomosis traqueal y esofágica y muerte a las 72 horas de operado. **Conclusiones:** El manejo inicial fue similar en todos los pacientes, incluyendo el control del cuadro infeccioso acompañante y maniobras simples para asegurar la vía aérea y la nutrición. La reparación quirúrgica tuvo buenos resultados luego de la estabilización del cuadro agudo en pacientes con patología benigna. La FTE se asoció frecuentemente con estenosis de traquea (72%).

### LA UTILIDAD DE LA VIDEOTORACOSCOPIA EN LA EXPLORACIÓN DE LA VENTANA AORTO-PULMONAR

VOZZI, JUAN MARTIN; OTERO, WALTER GUSTAVO; BERDUC, ALAN DANIEL  
Policlinico del Docente - Buenos Aires / Argentina

**Antecedentes:** La mediastinoscopia tradicional permite explorar los ganglios del mediastino para la correcta estadificación del cáncer del pulmón con una casi nula morbimortalidad, sin embargo existen zonas a las cuales no puede acceder como ser los grupos ganglionares para-aórticos, ventana aorto-pulmonar, paraesofágicos y ligamento pulmonar inferior. La VTC puede acceder a estas zonas sin dificultad con una muy baja morbimortalidad pudiendo de esta manera descartar la presencia de N2 y N3 con metástasis ganglionar y explorar la cavidad pleural. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de la VTC para la exploración de la ventana-aortopulmonar y su morbimortalidad. **Método:** Caso 1º: Paciente de 58 años, tabaq, con tumor de LSD + adenomegalias mediastinales ipsi y contralaterales. Se realizó CTVA con exploración de ventana arto-pulmonar, exéresis de adenomegalia de 2 x 1 cm. Biopsia: Negativa para cél neoplásicas. Alta al 2º día POP sin complicaciones. 2º: Pte de 72 años, tabaq, con nódulo de 1.5 cm. en el LSD + adenomegalias en la ventana aorto-pulmonar. Se realizó CTVA con exploración de cavidad pleural, exéresis de ganglio de la ventana aorto-pulmonar + resección wedge del nódulo pulmonar. Biopsia: Ganglio histiocitosis sinusal + nódulo adenocarcinoma. Alta al 3º día POP sin complicaciones. 3º: Pte de 64 años con imagen tumoral en mediastino posterior + adenomegalia en la ventana aorto-pulmonar + engrosamiento de la pleura parietal izquierda. Se realizó VTC Biopsia de lesión de la ventana aorto-pulmonar y pleural. Siendo positivas para carcinoma de células pequeñas. Talcage de la pleura. Alta al 3º día POP sin complicaciones. **Conclusiones:** En todos los ptes se realizó el diag de las lesiones con éxito, sin complicaciones. La VTC permite la exploración de los grupos ganglionares 5 y 6, los grupos 8, 9 y la cavidad pleural. Es un procedimiento que se puede realizar con casi nula morbimortalidad y con una sensibilidad y especificidad cercana al 100%. Por lo tanto se convierte en una herramienta útil para la estadificación del cáncer de pulmón, especialmente para descartar los N3 y definir así los pacientes que no son pasibles de tratamiento quirúrgico. Permite también evaluar los N2 para identificar a los pacientes que pueden ser sometidos a quimioterapia de inducción preoperatoria.

## **DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO PULMONAR: INCIDENCIA, PREDICTORES Y RESULTADOS**

BERTOLOTTI, A; SHIRAIISHI, J; MOLINARI, L; KOHN, A; ABUD, J; GOMEZ, C; COMIGNANI, P; CANEVA, J; FAVALORO, RR

Fundación Favalaro - Buenos Aires / Argentina

**Objetivos:** Evaluar la incidencia y resultados de la disfunción primaria del injerto pulmonar [DPIP], y establecer posibles variables relacionadas a su aparición. **Población y Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva todos los pacientes receptores de trasplante pulmonar y cardiopulmonar entre octubre de 1990 y diciembre de 2004. Se consideró la DPIP cuando la relación  $PaO_2/FiO_2 < 200$  con presencia de infiltrados en la radiografía de tórax (sin evidencia de falla cardíaca o neumonía). Se compararon variables de los receptores y donantes, de acuerdo a la presencia de DPIP en el postoperatorio inmediato, con el test de  $\chi^2$  o Wilcoxon según correspondiera. Se analizó la supervivencia alejada por el método de Kaplan-Meier. Se identificaron predictores independientes mediante un modelo de regresión logística (OR; IC 95%; p). **Resultados:** Se realizaron 109 trasplantes en el período analizado, 50(45.9%) unipulmonares [UP], 38(21.4%) bipulmonares [BP] y 28(25.7%) cardiopulmonares [CP]. La edad promedio fue de  $41 \pm 14$  años y 64(58.7%) eran varones. La incidencia global de DPIP fue del 32.1% (n=35). En un análisis univariado, las siguientes variables se asociaron con la presencia de DPIP: enfermedad pulmonar séptica de base ( $p < .0001$ ), técnica de trasplante BP ( $p < .0001$ ), peor situación clínica (urgencia-emergencia vs electivos) ( $p = .006$ ), antecedentes de paro cardíaco ( $p = .04$ ) y requerimiento de noradrenalina del donante ( $p = .007$ ), utilización de circulación extracorpórea durante la cirugía ( $p = .001$ ) y tiempo de isquemia fría [TIF]  $> 5$ hs ( $p = .04$ ). La presencia de DPIP se asoció a una mayor incidencia de neumonías nosocomiales (43% vs 28%,  $p = .09$ ) y mayor mortalidad a 30 días (34% vs 8%,  $p = .001$ ). La supervivencia condicional a 1 y 5 años no mostró diferencias significativas respecto al desarrollo o no de DPIP. En un modelo de regresión logística, la técnica de trasplante BP (4.8; 1.8-12.6;  $p = .002$ ) y el TIF (5.7; 1.9-16.3;  $p = .001$ ) resultaron predictores independientes de DPIP. **Conclusión:** En esta población analizada, la DPIP se asoció a mayor morbimortalidad perioperatoria. La técnica de trasplante BP y el TIF  $> 5$  hs resultaron predictores independientes para el desarrollo de DPIP.

## **QUILOTÓRAX NO TRAUMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

BERDUC, ALAN DANIEL; VOZZI, JUAN MARTIN; OTERO, WALTER GUSTAVO; ORALLO, GONZALO

Hospital General de Agudos Gobernador Domingo Mercante. José C. Paz - BS AS / Argentina

**Antecedentes:** El quilotórax es la acumulación de quilo, rico en triglicéridos, en el espacio pleural resultante de una fuga del conducto torácico. Entre las causas más frecuentes de quilotórax se encuentran los linfomas, iatrogénicos post-operatorios, siendo mucho más raros secundarios a TBC. **Objetivo:** Presentar un caso de quilotórax por tuberculosis y revisión de la bibliografía. **Método:** *Caso Clínico:* Paciente de 24 años, masculino, ingresa por dolor torácico, disnea, sudoración nocturna y pérdida de peso. Derrame pleural izquierdo e infiltrado basal derecho. Toracocentesis: abundante leucocitos y piocitos. Se realiza Avenamiento pleural izquierdo + bp pleural. Débito 500-800ml de líquido lechoso. A las 48 hs TG líquido pleural 839 mg%: se interpreta como quilotórax. Se estudia causa probable con TAC de tórax y abdomen con contraste. Comienza con dieta rica en TCM. Bp pleural: Pleuritis granulomatosa crónica activa de tipo tuberculoso. Inicia tratamiento para TBC. A los 15 días del ingreso comienza con alimentación parenteral por no mejorar cuadro. Linfografía: informa quilotórax y que no puede precisar sitio de extravasado. Al día 22º se retira APBA. Alta hospitalaria a los 7 días de la alimentación parenteral. **Conclusiones:** En nuestro paciente el tratamiento fue inicial y finalmente conservador con drenaje, dieta rica en TCM, y luego nutrición parenteral. La indicación quirúrgica depende de la severidad del quilotórax y la lesión originaria. Los diferentes tratamientos, aislados o combinados en general llevan a la curación. En general los pacientes que no responden al tratamiento conservador en alrededor de 15 días son candidatos a cirugía preferiblemente por CTVA. En este caso el intervalo fue mayor, ya que la causa de esta prolongación fue la falta de colaboración del paciente y no una falla del tratamiento.

POSTER

## **PO2 Galería Auditorio / domingo 9 / 14 a 18**

### **TUMOR MEDIASTINAL DE LA VAINA NERVIOSA: PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL DE UN SCHWANOMA MALIGNO**

PATANE, A; BERTOLOTTI, G; ROJAS, O; ROSENBERG, M; ABDALA, O; MORALES, A; POLERI, C

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer - Buenos Aires / Argentina

**Objetivos:** revisar los síntomas paraneoplásicos asociados al schwannoma maligno y mostrar una forma peculiar de presentación de éste tumor en un paciente. **Material y método:** se presenta el caso de un paciente de 56 años de edad, sexo masculino, que consulta por dolores articulares generalizados y que presenta como hallazgo radiológico una masa mediastinal posterossuperior izquierda, cuyo informe anatomopatológico reveló se trataba de un schwannoma maligno. **Resultados:** los tumores de la vaina nerviosa son las lesiones neoplásicas más frecuentes del mediastino posterior, pero aún así justifican sólo el 10 al 35% de los tumores mediastinales del adulto, y su sintomatología depende de la compresión

ejercida por el crecimiento tumoral sobre el nervio de origen, siendo poco habituales otras formas de presentación. Si bien son extremadamente infrecuentes, su diagnóstico se ha incrementado con el advenimiento de la tomografía computada y su tratamiento consiste en la resección completa de las mismas, jugando un rol importante la toracoscopia, no siendo útil en el diagnóstico la congelación intraoperatoria. *Conclusiones:* Son escasos los relatos acerca de formas de presentación atípicas de éstas lesiones, pero considerarlas puede hacer más temprano el diagnóstico y más rápido el tratamiento, teniendo en cuenta que la única chance aparente para éstos pacientes es la resección completa de éstas lesiones, sea por toracotomía o bajo acceso toracoscópico.

#### **TUMORES FIBROSO SOLITARIO PLEURAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, A PROPÓSITO DE UN CASO**

PATANE, ANA KARINA; ABDALA, O; ROJAS, O; ROSENBERG, M; POLERI, C; RAYA, M; ABDALA, F; MORALES, A

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer - Buenos Aires / Argentina

*Objetivos:* presentar el caso de un paciente portador de un tumor fibroso solitario pleural operado en nuestro hospital.

*Material y método:* se presenta el caso de un paciente de 65 años de edad, sexo masculino, que ingresa derivado a nuestro hospital presentando disnea progresiva y diagnóstico presuntivo de secuestro pulmonar. Presenta como hallazgo radiológico una gran masa pleural izquierda asociada a derrame pleural moderado a severo. Se exponen los estudios efectuados para el diagnóstico y los hallazgos intraoperatorios, así como una revisión bibliográfica de la patología.

*Resultados:* el tumor fibroso solitario pleural es una entidad poco frecuente, no asociada a la exposición a asbesto, y con una alta tasa de curación luego de la cirugía, siendo el factor más importante para el diagnóstico la sospecha clínica.

*Conclusiones:* el tumor fibroso solitario constituye un tumor localizado, habitualmente benigno, que justifica el 5% de todos los tumores pleurales. Existen al menos 800 casos publicados en la literatura, y si bien el tratamiento quirúrgico resulta ser curativo, con excelente expectativa de vida para éstos enfermos, en un 10-20 % de los casos éstas lesiones presentan características histológicas de malignidad que obligan a un seguimiento estricto por la posibilidad de recidivas locales o metástasis a distancia.

#### **NEUROFIBROMA GIGANTE INTRATORÁCICO**

AIZENSCHER, DARIO GUILLERMO; MORALES, A; ALCOBA, E

Policlínico Central U.O.M. - Buenos Aires / Argentina

Se presenta el caso de un paciente de 47 años al que se le descubre una tumoración gigante que ocupa casi todo el hemitórax izquierdo, durante el estudio prequirúrgico para realizarle excéresis de un tumor de partes blandas en la rodilla derecha. El paciente sólo refería una muy leve disnea, que fué instalándose paulatina, progresiva y lentamente. Presentaba además dos lesiones de partes blandas, de 1x2cm y de 5x3cm respectivamente en miembro superior derecho. Se biopsia la primera informada como neurofibroma. La presencia de estos tumores, su aparición progresiva en distintas localizaciones, su estudio anatomopatológico y la presencia de algunas manchas café con leche en la piel, confirmaron el diagnóstico de Neurofibromatosis tipo I (Enf. de Von Recklinhausen). El gran tamaño del tumor desviaba el mediastino en forma contralateral. El examen funcional respiratorio arrojaba una CV. de 1.73 (37%) y un VEF1 de 1.17 (30.7%), pese a lo cual se decidió la intervención quirúrgica. Se abordó el torax por amplia toracotomía universal resecando la sexta costilla. Todo el hemitórax izquierdo estaba ocupado por el tumor. Se realizó la excéresis completa del mismo. Dicha maniobra fue muy dificultosa dado el gran tamaño tumoral, pero no existían problemas de adherencias firmes a órganos nobles. El diafragma fué conservado íntegramente. Se comprobó buena expansión del pulmón colapsado antes del cierre de la toracotomía. El paciente fué dado de alta al noveno día postoperatorio sin complicaciones y con una Rx. con pulmón expandido, y con una ostensible mejoría en cuanto a su capacidad respiratoria, que fué objetivada a los 30 días con un VEF1 de 2.09 y una CV de 2.78. *Conclusión:* La neurofibromatosis tipo I o enfermedad de Von Recklihausen es una patología con desorden genético por mutación del cromosoma 17q12. Se expresa con la presencia de tumoraciones múltiples en piel, tcs, lesiones nerviosas centra-les, óseas y en tejidos blandos. Pueden adquirir gran tamaño y tener mitosis escasas. Su comportamiento es benigno pero tienen tendencia a la recidiva local. Se presenta un paciente portador de NFI con gran tumor torácico que fué intervenido exitosamente realizándose su excéresis completa con muy buen resultado funcional postoperatorio precoz y alejado. Decidimos presentar el caso en base al poco frecuente tamaño del tumor y a la difícil pero acertada decisión quirúrgica dados los resultados obtenidos.

#### **TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA**

BARRIONUEVO BUSTOS, OSVALDO MARCELO; TORRES, RAFAEL CARLOS ADRIAN; SARQUIS, JOSE LUIS

Grupo Cooperativo Torácico (GrupCTor) - Villa de Las Rosas / Argentina

*Antecedentes:* Las neoplasias primarias de la pleura son muy poco frecuentes, representando el tumor fibroso solitario sólo el 5 a 10 % de todos ellos. Si bien tienen un comportamiento benigno, en raras ocasiones pueden presentar recidiva local y metástasis a distancia. *Objetivo:* exponer la experiencia propia. *Lugar de aplicación:* estudio multicéntrico. *Diseño:* presentación de tres casos. *Población:* Se estudian tres pacientes tratados entre enero de 1991 y junio de 2005, en diferentes centros privados de la ciudad de Córdoba. *Método:* Se analizan las formas de presentación clínica, métodos de

diagnóstico complementario, su tratamiento y evolución. *Resultados:* los pacientes fueron sometidos a cirugía con diagnóstico preoperatorio de masa torácica compatible con colección líquida tabicada (2) y de timoma (1). Se realizaron dos toracotomías laterales y en un caso se llevo a cabo una VATS. La exéresis fue completa y la evolución postoperatoria satisfactoria. Se confirmó el diagnóstico con el estudio anatomopatológico diferido e inmunohistoquímica. *Conclusiones:* el tratamiento de elección del tumor fibroso de pleura es la resección quirúrgica completa, con el control evolutivo posterior para detectar recidivas. El diagnóstico preoperatorio no siempre se dispone, por lo que la exploración del tórax se convertiría en muchos casos en el único recurso para obtener el diagnóstico de certeza final.

#### **BULLA COMPLICADA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN**

AIZENSCHER, DG; MORALES, A; MENDEZ, N; DIAZ, ME; OLENCHUCK, A  
Htal de Infecciosas F.J. Muñiz - Buenos Aires / Argentina

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino, de 62 años de edad. Portador de EPOC (enfisema bulloso), con grandes bullas apicales dominantes bilaterales, antecedentes de traumatismo torácico cerrado dos meses antes de la consulta a partir del cual evoluciona con dolor torácico y pleurítico progresivos a lo cual se le agrega en el último mes, progresión de su disnea de base y episodios sincopales. Se realizó TAC de cerebro (normal) y rx de tórax donde se objetiva en campo pulmonar superior izquierdo una formación redondeada, con densidad de líquidos, homogénea, de bordes regulares, que ocupa todo ese cuadrante, desplaza traquea y mediastino contralateralmente. Dicha formación ecográficamente demuestra contacto y compresión de grandes vasos y ecogenicidad homogénea compatible con contenido líquido. El EFR era compatible con incapacidad ventilatoria a predominio restrictivo, grado severo. Interpretado como una bulla complicada y dado los valores funcionales se decide realizar punción-evacuación guiada por ecografía. Se evacúan 1500 cc de un líquido crenado, cuyo examen citológico, bacteriológico, y físico químico no es representativo de patología orgánica ni neoplásica. Dada la gran mejoría sintomática, y funcional luego de dicha evacuación se decide realizar resección quirúrgica de dicha bulla. Luego de la apertura de la cavidad pleural se palpa y observa gran masa de L.S.I. con contenido líquido, de aspecto tumoral del que se toma biopsia que informa como resultado adenocarcinoma de pulmón pobremente diferenciado. Se cierra la toracotomía con drenaje que se retiran en 7 días. Siendo dado de alta a los 8 días postoperatorio y derivado a oncología para su correspondiente tratamiento. *Conclusión:* Presentamos este caso como una forma poco sospechada e infrecuente, según nuestra experiencia, de presentación de un adenocarcinoma de pulmón.

#### **REDUCCIÓN VOLUMÉTRICA PULMONAR POR ENFISEMA: HALLAZGOS MORFOLÓGICOS Y CORRELACIÓN FUNCIONAL E HISTOLÓGICA POSTQUIRÚRGICA.**

OLMEDO, G; POLERI, C; MENGA, G; RODRIGUEZ MONCALVO, JJ; ROSENBERG, M  
Hospital .Maria Ferrer. - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo:* Analizar en los pacientes con enfisema pulmonar las características histopatológicas de piezas quirúrgicas correspondientes a cirugía de reducción de volúmenes pulmonares en relación con la evolución postquirúrgica. *Material y métodos:* Realizamos estudio anatomopatológico de las resecciones pulmonares de 12 pacientes con enfisema tratados con cirugía de reducción de volúmenes pulmonares, sin conocimiento de los datos clínicos. Evaluamos las lesiones enfisematosas y alteraciones en los bronquiolos, arterias pulmonares y parénquima pulmonar. Definimos la evolución según los cambios clínicos subjetivos y el examen funcional respiratorio postquirúrgicos: los pacientes con mejoría en los que ambos mejoraron; mala, en los que ambos empeoraron, y c) intermedia, en aquellos que no presentaron cambios o que mejoraron subjetivamente. *Resultados:* La edad promedio fue de 52 años (43 - 62). Ocho pacientes tenían enfisema centrolobular (ECL) y en todos las resecciones fueron bilaterales. Cuatro que fueron mujeres y tenían deficiencia de alfa1 antitripsina, tenían enfisema panlobular (EPL) y sólo en uno se realizó resección bilateral. Los pacientes con mejoría fueron 4 con ECL y 1 con EPL. Los 4 casos de ECL presentaron bullas, 3 fibrosis focal predominantemente subpleural, y 1 leve inflamación bronquiolar e hiperplasia muscular de arterias pulmonares. Tuvieron mala evolución 2 pacientes con ECL y 1 con EPL, y presentaron inflamación bronquiolar, alteraciones vasculares y severa distorsión de los bronquiolos y bronquiolititis respiratoria en 1 caso. No presentaron cambios 2 pacientes con ECL y 2 con EPL, además en 3 casos con fibrosis intersticial focal, 2 con alteraciones vasculares y leve inflamación bronquiolar y 1 con presencia de bullas de pared fibrosa. *Conclusión:* El estudio histopatológico de las resecciones pulmonares por reducción volumétrica en pacientes con enfisema, sugiere que las lesiones bronquiolares estarían asociadas con la mala evolución de los pacientes. El estudio de un mayor número de casos permitirá evaluar su valor predictivo de evolución.

#### **TUMORES NEUROENDÓCRINOS TORÁCICOS**

QUERCIA ARIAS, OLGA ESTELA; URIBE ECHEVARRIA, A; BUSTAMANTE, N; MEDEOT, N; MALDONADO, D;  
CANALIS, G; CASTRO, R; BOCHINFUSO, M; CARDINALI, L; SPONTON, E  
Hospital Córdoba - Córdoba / Argentina

Dentro de los tumores neuroendocrinos de localización torácica nos vamos a referir a los tumores carcinoides. Nuestros objetivos son mostrar la experiencia del servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de neoplasias, a lo largo de 2 años (2002-2004); y establecer un parangón comparativo de todos los casos en cuanto a su presentación clínica, métodos diagnósticos, tratamiento y factores pronósticos relacionados con los hallazgos anatomopatológicos. Presentamos 5 casos, 2 mujeres y 3 hombres, con edades extremas de 33 a 60 años, que consultaron

3 por neumonías a repetición, 1 por disnea de esfuerzo, astenia y debilidad de MI, 1 fue un hallazgo radiológico. Por imágenes, 2 eran nodulos pulmonares solitarios, 2 eran lesiones atelectásicas, y 1 presentó un ensanchamiento del mediastino. Por BFC 3 mostraron lesiones obstructivas endobronquiales, de aspecto característico, en 1 caso dado el estado del paciente fue llevado a cirugía sin BFC previa, y en 1 caso la bfc fue normal. Todos los casos fueron llevados a cirugía, practicándose 2 lobectomías, 1 bilobectomía, 1 nodulectomía y 1 fue a resección de un tumor de timo. Este último caso se informo como un carcinoma atípico, debiendo completar el tratamiento con QT y RTX, los otros tumores fueron carcinoides típicos, no requiriendo otro tratamiento más que la cirugía. *Conclusión:* Los tumores carcinoides son tumores de bajo grado de malignidad, derivados de las cel. de Kulchitsky del epitelio de la VA, representa el 0,6 al 2,4 de todas las neoplasias. Su localización central o periférica explica la forma de presentación. Todas son de quirúrgicas. Su pronóstico está determinado por la AP, siendo los atípicos los de peor evolución, con un comportamiento más agresivo, requiriendo TX adicionales.

## ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO6 Aula Cacheuta / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **INJURIA DE LAS VÍAS AÉREAS POR INHALACIÓN EN VÍCTIMAS DE UN INCENDIO OCURRIDO EN UN LOCAL BAILABLE: UNA VISIÓN A PARTIR DE LA ENDOSCOPIA**

ORTIZ NARETTO, N ; DURE, A; MORETTI, J; BAADE, G; CONFORTI, A; IZQUIERDO, D; VALDEZ, J; GILLI, M; PEREIRO, C; FIGUEROA, JM  
Htal. Francisco J. Muñiz. - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* en los incendios la lesión de las vías aéreas puede producirse por quemadura de las mismas, o por inhalación de partículas suspendidas en el humo. Estudios experimentales han mostrado que los mecanismos del daño, las características anatomopatológicas del mismo, y la evolución son diferentes entre estas dos situaciones. Sin embargo son escasas las referencias médicas sobre la evolución de víctimas de este tipo de lesiones. *Objetivos:* describir la evolución de una población de jóvenes víctimas de un incendio en un ámbito cerrado, e interpretar los mecanismos del daño respiratorio que sufrieron a partir de los hallazgos endoscópicos.

*Población:* 11 jóvenes de una edad media de 22 años, víctimas del incendio ocurrido en el local Cromagnon, que presentaron insuficiencia respiratoria severa y fueron evaluados una o más veces mediante broncofibroscopia. *Material y métodos:* evaluación retrospectiva de historias clínicas y exámenes complementarios. *Resultados:* todos los pacientes requirieron ARM desde su ingreso a los centros de atención. Requirieron de 4 a 30 días de ARM (media 20), con presiones y FIO<sub>2</sub> elevadas. A todos se les realizó fibrobroncoscopia entre el 2° y 6° día. Esta mostraba toda la mucosa tapizada por un material negro que se desprendía fácilmente ante el lavado con sol. fisiol. Y dejaba por debajo una mucosa edematosa y congestiva, no sangrante y sin secreciones. En controles fibroscópicos posteriores se observó secreción viscosa y posteriormente tapones, que en la anatomía patológica y el BAL mostraron abundancia de células inflamatorias. Fibroscopias de control al 4°-5° mes mostraban macroscopia normal, con infiltrado inflamatorio crónico y edema del estroma. *Conclusión:* la evolución clínica y anatomopatológica de estos pacientes sugiere un mecanismo de injuria por inhalación sin quemadura, en el que juegan un papel fundamental los mecanismos de inflamación neurogénica local.

#### **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE COMPLICACIONES BRONQUIALES EN TRASPLANTE PULMONAR UNILATERAL**

RODRIGUEZ GIMENEZ, JA; DE LA CANAL, A; SVETLIZA, G; BEVERAGGI, E; SMITH, D; VASSALLO, B  
Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires / Argentina

*Antecedentes:* La anastomosis bronquial en trasplante pulmonar está expuesta a múltiples complicaciones (estenosis, dehiscencias, malacia) que habitualmente se resuelven por vía endoscópica. *Objetivo:* Presentación de complicaciones bronquiales en trasplante pulmonar unilateral que requirieron tratamiento endoscópico. *Material y método:* Desde 1992 a Julio de 2005 se realizaron 28 trasplantes pulmonares unilaterales, 4 (14,3%) pacientes presentaron complicaciones de la sutura bronquial que fueron tratadas por vía endoscópica.

#### Pacientes Tratamiento Evolución

N° 1: estenosis sutura electrocauterio + prótesis favorable N° 2: estenosis sutura láser avorable N° 3: estenosis distal prótesis favorable N° 4: aspergilosis + malacia dilatación + prótesis retención de + estenosis distal secreciones



*Conclusión:* En nuestra serie hemos registrado un índice de complicaciones bronquiales similar al de los centros con mayor experiencia. Todas ellas pudieron resolverse satisfactoriamente por vía endoscópica utilizando diversas técnicas en forma combinada.

#### **URGENCIAS OBSTRUCTIVAS POR TUMORES PRIMITIVOS DE TRAQUEA. RESULTADOS DEL ABORDAJE CON BRONCOSCOPÍA RÍGIDA**

GRYNBLAT, PEDRO; ABDALA, F; GALINDEZ, F; LOMBARDI, D; ARCE, G; PATANE, K; ROJAS, O; ROSENBERG, M; ABDALA, O

Hospital María Ferrer - Buenos Aires / Argentina

*Antecedentes:* Los tumores primitivos de tráquea, aunque de baja incidencia, pueden presentarse como urgencias respiratorias requiriendo una intervención inmediata en centros que cuenten con posibilidad de resolución endoscópica y equipo quirúrgico especializado.

*Objetivo:* Evaluar la utilidad de la broncoscopia rígida en la urgencia obstructiva traqueal maligna. *Diseño:* Registro prospectivo de pacientes. *Análisis retrospectivo.* *Población y método:* Cinco casos derivados al Hospital María Ferrer con urgencia obstructiva de la vía aérea entre Junio de 2002 y Junio de 2005. En todos los casos se indicó biopsia y desobstrucción mediante broncoscopia rígida para controlar la vía aérea. Se evaluó éxito terapéutico y complicaciones. *Resultados:* Se incluyeron 4 mujeres y 1 hombre cuya edad media fue 45 años. Tres pacientes presentaron carcinoma adenoidequístico, 1 carcinoma pavimentoso y 1 carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. En 3 casos la obstrucción se situaba en tercio traqueal superior, 1 en tráquea media y el restante en tercio inferior. Todos fueron desobstruidos exitosamente con el broncoscopio rígido mediante dilatación, resección con electrocauterio o extracción con endoforceps de 5mm. Ningún caso requirió colocación de stent traqueal ni ARM luego del procedimiento. No se observaron complicaciones operatorias. Tres pacientes fueron posteriormente tratados quirúrgicamente con resección y anastomosis traqueal y los 2 restantes están en plan quirúrgico con vía aérea estable. *Conclusiones:* La broncoscopia rígida es una herramienta efectiva y segura que permitió resolver todas las urgencias obstructivas malignas primitivas de tráquea de esta serie. Se trata de un abordaje bajo visión directa con recursos técnicos variados para llevar a cabo la desobstrucción permitiendo, además, preservar la tráquea distal a la lesión lo que es de capital importancia para una futura resección quirúrgica.

#### POSTER

#### **PO5 Galería Auditorio / martes 11 / 8.30 a 12.30**

#### **ANÁLISIS DE 577 ENDOSCOPIAS EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL**

BELOTTI, MARÍA CECILIA; MIKULIC, H; ANZULOVICH, FBELOTTI, MARÍA C

Hospital Militar Central - Capital Federal / Argentina

*Objetivos:* Evaluación de la morbimortalidad del procedimiento, motivos de consulta que con mas frecuencia condujeron a la ejecución del estudio y la correlación entre la exploración endoscópica y los hallazgos en la radiografía y/o tomografía. *Material y método:* Se analizaron 577 endoscopias entre los años 2000 y 2004 inclusive. El grupo etario se halló entre 17 y 88 años (52 años) y la distribución por sexo fue de 204 mujeres (35,35%) y 373 hombres (64,64%). Se premedicó con atropina en 96 pacientes. Se encontró el antecedente de tabaquismo en 390 pacientes (67,59%). Los motivos de consulta por orden de frecuencia fueron: Lesión ocupante de espacio 110 ptes (19,06%), Hemoptisis 86 ptes (14,90%), Neumonía de lenta resolución 57 ptes (12,65%), infiltrados pulmonares 57 ptes (9,87%), ensanchamiento mediastinal 21 ptes (3,63%), Derrames pleurales 20 ptes (3,46%), Atelectasia 17 ptes (2,94%), Metástasis de tumor extrapulmonar 17 ptes (2,94%), Prequirúrgico de Cáncer de esófago 13 ptes (2,25%), Imágenes quísticas y/o abscesos 13 ptes (2,25%), tos crónica 12 ptes (2,07%) y el resto de los motivos agrupados como miscelánea (eritema nodoso, intubación dificultosa, estridor laríngeo, etc.). Con respecto a la morbimortalidad no se registraron casos mortales en la muestra estudiada, presentándose 24 eventos adversos (4,15%) considerados asociados con el estudio: Desaturación durante el procedimiento a pesar del uso de oxigenoterapia 6 ptes (29,16%), especialmente luego de haberse efectuado BAL, y alteraciones cardiovasculares como hipertensión y arritmias 6 ptes (25%). El resto de los efectos consistieron en broncoespasmo intraprocedimiento (16,66%) y sangrado moderado (16,66%) donde en el 56% se había efectuado biopsia. De las 577 endoscopias, en 262 se hallaron imágenes patológicas y en 178 de éstas se correlacionó con alteración radiográfica y/ o tomográfica. *Conclusiones:* Siguiendo las normas indicadas la fibrobroncoscopia es un estudio de baja morbimortalidad. El motivo más frecuente de consulta fue lesión ocupante de espacio y hemoptisis. El tabaquismo se encontró en alto porcentaje 110 ptes (64,59%) Se observó elevada relación entre hallazgos endoscópicos y alteraciones radiológicas, no debiéndose descartar patología si éstas son normales, dado que esto aconteció en 84 ptes de nuestra muestra. No hallamos mayores complicaciones cardiovasculares con el uso de premedicación con atropina.

#### **FIBROBRONCOSCOPÍA EN LA INJURIA PULMONAR POR INHALACIÓN DE HUMO**

VUJACICH, P; IRRAZABAL, C; SOSA, C; DEL BOSCO, G; CAPDEVILA, A  
Hospital de Clínicas José de San Martín. - C. de Buenos Aires / Argentina

La inhalación de materiales en combustión incrementa la morbilidad y mortalidad en quemados. *Objetivo:* Describir la utilidad de la broncoscopia en la injuria pulmonar por inhalación de humo. *Material y métodos:* Pacientes admitidos en nuestro hospital el 31/12/04 con injuria por inhalación de humo e insuficiencia respiratoria provenientes de incendio en local cerrado bailable. Tres fibrobronoscopios Pentax 15 P. Todos los sobrevivientes que requirieron intubación endotraqueal (IOT) y soporte respiratorio mecánico (ARM) fueron sometidos a fibrobronoscopia en las primeras 30 hs de admisión; repetida diariamente o cada 12 hs, de acuerdo a las lesiones observadas. Se siguieron recomendaciones nacionales e internacionales para procedimientos bajo ARM. Sólo 1 paciente fue estudiado sin ARM. Las lesiones endoscópicas fueron categorizadas en G1, G2 y G3 según la clasificación propuesta por Chou SH y col. (Surg Endosc. 2004); esto permitió dividir la población en 3 grupos. Se registraron: score de injuria pulmonar (IPA) a las 24 hs, días de ARM y evolución. *Resultados:* 13/15 pacientes ingresados a UTI recibieron IOT y ARM. Uno de ellos falleció en las primeras hs no fue estudiado y otro paciente sin ARM lo fue al 5º día. Los 13 pacientes evaluados presentaban lesiones por inhalación de diversa gravedad: 4/13 presentaban lesiones graves (G3), 17/13 moderadas (G2) y 8/13 lesiones menores (G1), estableciéndose 3 grupos. La Rx de Tórax fue normal al inicio en todos los casos. Se realizaron un total de 36 estudios endoscópicos. 7 de 13 pacientes requirieron sucesivas bronoscopias (1 - 10). Las indicaciones fueron: toilette bronquial, rescate bacteriológico, resolución de atelectasias e inspección de vía aérea por barotrauma. Todos los pacientes mejoraron con curación de las lesiones de vía aérea en un máximo de 5 días. El IPA a las 24 hs no mostró diferencias significativas en los tres grupos. La presencia de ARDS fue de 50%, 0 y 75% en los 3 grupos. Los días de ARM fueron:  $4.63 \pm 2.39^*$ , 18 y  $23.25 \pm 18.54^*$  respectivamente ( $p=0.015$ ). *Conclusión:* La broncoscopia resultó útil en el diagnóstico pre-coz, predictor de morbilidad, en pacientes con injuria por inhalación. Si bien el número de pacientes es pequeño existió una relación entre la gravedad de las lesiones endoscópicas y la duración global de ARM, no fue así en cuanto a la presencia de SRDA.

#### COLOCACIÓN DE CATÉTER CON BALÓN COMO TRATAMIENTO DE LA HEMÓPTISIS MASIVA

DEL VALLE, EDUARDO; GARCIA, A; BIGOT, M; TUMMINO, C; MARTIN, G; MONTEVERDE, A  
Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* El concepto de hemóptisis masiva es definido como aquella que es capaz de poner en riesgo la vida. En la literatura no existe una definición aceptada del volumen necesario para que esto ocurra. El sangrado de aprox. 150 ml con la suficiente velocidad para impedir su depuración, puede producir la asfixia. El riesgo de vida en la hemóptisis masiva es secundaria a la inundación hemática del árbol respiratorio, más que a las posibles complicaciones hemodinámicas. Esto obliga a la adopción de medidas terapéuticas urgentes, con el objetivo de detener el sangrado activo y evitar la recidiva de la hemóptisis. Existen distintas técnicas para lograrlo y su elección depende de la disponibilidad de recursos de cada centro y de las características de cada caso. Se trataron en nuestro servicio seis pacientes con broncoscopia flexible y colocación de catéter con balón, logrando el control del sangrado y estabilización para posterior arteriografía bronquial y embolización. Se presenta este caso como ejemplo. *Reporte de un caso:* Paciente de 23 años con antecedentes de .situs inversus total. con neumonías recurrentes y bronquiectasias demostradas por TAC. Comienza quince días previos a la consulta con esputo purulento hemoptoico. Intercurre en forma súbita con hemóptisis masiva por lo que concurre a emergencias y se interna. Se realiza fibrobronoscopia que permite identificar el sitio del sangrado colocando catéter tipo Fogarty con control del mismo. Se retira el catéter 48 Hs después sin repetir hemóptisis. Fue derivado al servicio de Hemodinamia para embolización de arterias bronquiales. *Descripción de la técnica:* Por medio de fibrobronoscopia se realiza la colocación de un catéter tipo Fogarty nº7 en el bronquio del lóbulo sangrante. Utilizamos hilo a través del canal de trabajo como rienda para sujetar el extremo distal del catéter hasta su localización final. Se insufla el balón con 2,5 ml de solución radio-opaca para su control posterior. De esta forma se logra hemostasia y estabilizar al paciente. *Conclusión:* Mediante la realización de broncoscopia flexible y la colocación de catéteres con balón, se puede reconocer el sitio de sangrado y detener la hemorragia, con la estabilización del paciente, que permita en un segundo tiempo la arteriografía y embolización bronquial, o el tratamiento quirúrgico.

#### TOLERANCIA A LA FIBROBRONCOSCOPIA - ACTUALIZACIÓN

MANCINELLI, ANDREA; ALCHAPAR, RAMON; LIN, CHUNG HUI  
Hospital J. N. Lencinas - Mendoza / Argentina

*Obj:* Mejorar la tolerancia de la FBC en pacientes sometidos al estudio, utilizando acupuntura y música que no forman parte de MBE, además de AB. *Mét:* se estudió una población de adultos, de ambos sexos y sin límite de edad, derivados de centros estatales. Este estudio se presentó 2004, arrojando resultados no definidos, por lo que aumentó el nº. Crit. excl.: 1) Pac. con contraind. Cons.Endos. Resp. Soc. Arg. Broncoesofagol. 2) Pac. antec. FBC. Realizó c/ pac. encuesta ant. y desp. FBC, además ex.físico. Cuestionario: edad, sexo, O.S., prof., nacion., enf. crónicas, peso, talla, tabaq., ol, droga, dieta, act. física, religión, nivel escolar, y preguntas ex. FBC, evaluando dolor, miedo, disnea, expectativa ex. Se realizó: TA, FC, FR, Sat. O2 ant., dur. y desp. del ex. Est. es-tad.: población al azar, consentimiento escrito, 102 pacientes e/16 y 94 años (52+- 16), ambos sexos. Realizó e/sep. 2003-jun.2005. 3 grupos: AB, AB+AC, AB+Mu, 34 pac.c/ u. AB: 22 mas.y 12fem., 38% Enf. Crón., 56% tab. +\*, 44% ol+\*\*. (\*+ 20 cig./d. \*\*+ un l ol/d). AB+AC: 25 mas. y 9 fem., 47% Enf. Crón., 59% tab., 50% ol+. AB+MU: 19 fem. y 15 masc., 47% enf. crón., 47% ol+, 44%tab. *Resultados:* Con respecto al dolor, miedo y disnea no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos. Las dificultades post-examen (como tragar y hablar), se vieron en un 91%, 82% y 82% para AB, AB+AC y AB+MU respectivamente. Duración promedio del examen fue de 10',8' y 8' para los grupos AB, AB+AC y AB+MU respectivamente. *Conclusión:* Dolor, miedo y disnea luego ex., no se

observ. diferencias. Lo mismo ocurrió e/ los promedios post-examen de los valores de FR, FC, TA y Sat. O2. No se observó influencia negativa del tabaco, ol y drogas sobre tolerancia al ex. Con el agregado de acupun. y música la tolerancia parece mejorar. Escala grados de tolerancia se basa en datos obt. por observador, como tos escasa, abund., secrec., llanto, colab. paciente, ahogos, mov.de miembros, angustia, salivación, agreg. de mayor dosis de atropina y/o xilcaina. La expectativa previa mejoró notable / con acupun., leve / AB y empeoró con mús. Prueba de ANOVA tipo II datos apareados dde relaciona desv. estándar. y prom. valores (TA,FC,FR) ant., dur. y desp., resultando no significativa la variación e/ ant.y desp. de c/ grupo. Conclusión final, no observamos diferencia importante de la tolerancia entre distintos grupos.

## ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS E INMUNOLOGÍA

### COMUNICACIÓN ORAL

#### CO3 Aula Magna / lunes 10 / 14 a 16.15

##### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA EPOC, EN EL PERSONAL HOSPITALARIO

MAILLO, MARTIN; ROSSELLI, R; BALLINA, A; GONZALEZ VARA, R; BELLO, V; PREDOLINI, N  
Hospital .Dr. José María Cullen. - Santo Tomé / Argentina

La EPOC, es un de las enfermedades crónicas, más prevalentes. Siendo, una frecuente causa de consultas e internaciones en nuestro medio. El personal de salud que día a día, se enfrenta con pacientes que la padecen, deberían conocer al menos, sus características básicas. Como para influir en la prevención, manejo y rehabilitación de esta enfermedad. Este es un estudio de sección cruzada, realizado mediante un cuestionario, previamente validado, en encuestas personalizadas. Desarrollado durante el transcurso de la .Semana Mundial de la EPOC 2004.. Sobre el personal del Hospital .J.M. Cullen. de Santa Fe. Se valoró el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad, de acuerdo al puntaje obtenido al responder 5 preguntas, de 4 categorías relacionadas con la etiología, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la EPOC. Además, se evaluó el real conocimiento de la abreviatura (EPOC). Se encuestaron un total de 164 personas, de las cuales se aceptaron para análisis 156, lo que representó un 13% de la población trabajadora del Hospital. Varones 51 (32.69%) y mujeres 105 (67.31%). La edad promedio fue de 46,36 años (21- 70 años). Según su profesión fueron divididos en: Médicos 18 (11,53%), Enfermeras 38 (24,35%), Técnicos/Administrativos 65 (41.68%) y otros Profesionales 35 (22,44%). Dijeron conocer la EPOC, 104 pers. (64.10%). De estos, encontramos: nivel de conocimiento Muy Bueno en 8 personas (7.69%), nivel Bueno en 14 personas (13.46%), nivel Regular en 37 personas (35.58%), nivel Insuficiente en 45 personas (43.27%). Al preguntar si conocían que significaba la sigla EPOC, respondieron que si, 77 pers. (49.35%), no, 79 pers. (50.65%). Al preguntar, si conocía a la enfermedad por su nombre completo, respondieron si, 98 pers.(62.83) y no, 58 pers(37.17%). P: 0.016. *Conclusión:* Es bajo el nivel de conocimiento sobre la EPOC, en el personal hospitalario. Aún entre los médicos y enfermeros. Sería conveniente, utilizar los términos correctos y no abreviaturas, al referirse a las enfermedades. Creemos conveniente, la implementación de campañas de educación de la población hospitalaria, en cuanto a la EPOC y otras enfermedades crónicas.

##### ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE LA DISNEA EN ASMA. UN NUEVO ÍNDICE

NANNINI, LUIS J; ZAIETTA , GA; GUERRERA , AJ; VARELA , JA; FERNANDEZ, OM; FLORES, DM  
Hospital de G Baigorria - G Baigorria. Rosario / Argentina

La disminución en la percepción de la disnea (PD) se asocia a asma fatal y casi fatal. Esta alteración perceptiva puede medirse con resistencias inspiratorias crecientes o durante pruebas de provocación con metacolina. Sería muy útil un procedimiento más accesible y sencillo para detectar este factor de riesgo. Con el propósito de crear un índice de PD se incluyeron 11 sujetos (4 mujeres) con antecedentes de asma casi fatal (ACF) y 55 sin ACF (14 graves, 18 moderados y 23 leves). Se instruyó a cada sujeto para que realice una apnea voluntaria al fin de la espiración y que señale en la escala modificada de Borg (de 0 a 10) la sensación de disnea pre y post apnea. Se controló el tiempo con cronógrafo y la saturación con oxímetro de pulso. Luego se midió FVC y FEV1. La ecuación para calcular el índice fue:  $FEV1/FVC\% / (\text{tiempo apnea en seg.} / \text{Borg final} \cdot \text{Borg basal})$ . El promedio ( $\pm$  DS) del índice fue significativamente menor en el grupo ACF (n=11;  $5.21 \pm 3.59$ ; vs n=55;  $13.67 \pm 11.08$ ; p= 0.006). No hubo correlación entre la sensación de disnea en la prueba de histamina y el nuevo índice (PS20 en unidades Borg= 2.53; rango= 0 a 5.98). En 18 sujetos se repitió el procedimiento en no menos de 15 días; hallando reproducibilidad según Bland y Altman. El valor umbral con sensibilidad 100% y que mejor discriminó al grupo ACF fue <12. De tal manera que un índice de PD < 12 indicaría baja PD. El coeficiente de probabilidad negativa fue de cero cuando el índice de PD era= 12. Esto es probabilidad nula de tener pobre PD. El área bajo la curva ROC para el nuevo índice y que resume la aptitud del índice en detectar pobre percepción fue de 0,76 (error standard= 0.089). *Conclusión:* Se concluye que este índice de apnea es simple y reproducible. En razón de su coeficiente de probabilidad negativa= 0; cuando el índice es igual o mayor de 12 no habría reducción en la percepción de la disnea en estos sujetos con asma estable.

## ESTUDIO PILOTO PARA LA DETECCIÓN DEL DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

BOCCA RUIZ, X<sup>1</sup>; LAUDANNO, O<sup>1</sup>; SORROCHE, P<sup>2</sup>; BRANTLY, M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clínica Monte Grande. Servicio de Neumología. <sup>2</sup>Hospital Italiano. <sup>3</sup>Universidad de Florida- Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** La deficiencia de Alfa- 1 Antitripsina (AAT) es un desorden hereditario, el fenotipo PiZ es el más asociado a un bajo nivel sérico de AAT, que predispone a enfisema pulmonar precóz y en ocasiones a daño hepático. Se calcula una prevalencia del 2-3% en la EPOC. Sin embargo es una patología infradiagnosticada, la OMS recomienda la detección de los niveles de AAT en pacientes con EPOC y Asma Bronquial.

**Objetivos y Métodos:** Identificar a los pacientes con déficit de AAT y recolectar un dato epidemiológico del fenotipo en pacientes con EPOC. Se incluyeron dos grupos de pacientes ,en el Grupo 1, se les realizó cuantificación de niveles AAT por inmunodifusión radial en sangre venosa ,los individuos con valores por debajo del punto de corte de < 100 mg/dl, fueron enviados para fenotipificación por Isoelectroenfoque (IEF),en el Grupo 2 , se usó la técnica de gota de sangre en papel secante (DBS) sin conocer previamente las concentraciones de AAT, este test permite realizar genotipificación. **Resultados:** En el grupo 1, 64 pacientes (30 hombres,34 mujeres, edad promedio 65 años), en 7 se encontraron niveles bajos de AAT, estos pacientes fueron fenotipificados, usando IEF (pH 42-4.9) de los cuales sus fenotipos fueron; 2 PiMZ,1 PiMS, 3 PiM1, 1 PiM1M2. En el grupo 2, en 7 pacientes se uso DBS (4 hombres,3 mujeres, edad promedio 55 años) se encontró, 1 PiMZ, 2 PiMS ,4 PiMM. En ninguno de los grupos se encontró el fenotipo PiZ. **Conclusión:** Nuestra experiencia confirma la presencia de portadores heterocigotos PiMZ y PiMS, 6/71 pacientes (8.4%). Los pacientes con fenotipo PiMZ presentaron una mayor severidad de la EPOC. Se requiere un programa nacional para lograr la detección de fenotipos PiZ y tener un dato epidemiológico suficiente, debido que Argentina presenta una baja incidencia de esta patología, posiblemente al bajo índice de sospecha y de diagnóstico. Los test de DBS, actualmente son los más usados para los programas de detección por ser métodos más rápidos en la identificación de individuos con déficit de AAT.

## ESTUDIO DE UN PRESUNTO BROTE EPIDÉMICO DE ASMA

ZABERT, GUSTAVO ENRIQUE; CECHINI, M; DELFINO, JP; GONZALEZ, C

Escuela de Medicina UNComahue - Neuquen / Argentina

**Introducción:** Los contaminantes aéreos pueden ocasionar brotes epidémicos de asma por lo que la observación de un número inusual de casos debe alertar a la comunidad sanitaria. El presente reporte describe la investigación realizada con el fin de evaluar la ocurrencia de un presunto brote asociado a polución, basandose en estudio el ISAAC III en Argentina.

**Objetivos:** 1) Explorar diferencias de prevalencia de asma entre los expuestos y no expuestos. 2) Evaluar otros contaminantes aéreos habituales que pudieran condicionar las diferencias de prevalencia. 3) Explorar diferencias de función respiratorias entre las poblaciones. **Métodos:** estudio de casos y controles por la exposición a la fuente de emanación de los polutantes, usando como instrumentos los cuestionarios de ISAACIII, mediciones de VEF1, PEF y COesp **Resultados:** se estudiaron 99 casos y 279 controles de 13 a 14 años reclutados de escuelas identificadas como expuestas y no expuestas con un rechazo menor del 1%. La distribución por sexo fue similar para ambos grupos (hombres 48% y mujeres 52%) y aunque la edad media fue ligeramente menor entre los casos que los controles (13,2 vs 13,9 años t=6,6 p<0.0001) cumple con los criterios de selección del protocolo ISAAC III. La prevalencia de sibilancias en el ultimo año(casos 6,1% y controles 9,3%) y de diagnóstico medico de asma (casos 5,2% y controles 5,5%) no mostraron diferencias significativas. El 11,1 % reconoció fumar, con diferencias entre los casos y controles (8% vs 12,2% p<0,05) asi como el uso combustible de biomasa (casos 61% vs controles 21 % p<0,0001). La medición de COesp se asocio al consumo de tabaco (4,0 vs 7,9 ppm t=3,5 p=0,0004) y al uso de leña como calefacción o cocción (4,7 vs 4,0 ppm NS). El VEF1 fue similar entre ambos grupos (2,58 lt) y si bien el PEF fue menor para los casos (342 lt/min vs. 377 lt/min t=3,3 p=0.01), el análisis de regresión logística lo identificó como asociado a edad, sexo y altura de la población pero no a la exposición.

**Conclusión:** No detectamos diferencias de prevalencia de sibilancias en el ultimo año ni de diagnostico médico de asma. Se detectaron significativas diferencias en consumo de tabaco y uso de leña como combustible, quizás condicionadas por la condición socioeconómica de los grupos. Las diferencias de función pulmonar se explican por las características de la población pero no por la exposición.

## CAMBIOS DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIAS CON EL USO DE TIATROPIO EN PACIENTES CON EPOC

VAZQUEZ DE ARGIRO, N; GONZALEZ, F; FABIO, S; NAVAL, N; AMAYA, R; GIANFRANCISCO, V

Servicio de Neumología Hospital Padilla - San Miguel de Tucuma / Argentina

**Introducción y objetivo:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracterizan entre otras cosas por un marcado atropamiento aéreo. Actualmente se considera que la capacidad inspiratoria refleja el nivel de hiperinsuflación pulmonar, correlacionandose mejor con la disnea de esfuerzo que las mediciones espirometricas habituales. Con el propósito de conocer los cambios en la capacidad inspiratoria, provocado por la administración de tiatropio en pacientes previamente tratados con otros fármacos, se diseño un estudio prospectivo, doble ciego, aleatorizado. **Material y método:** Se estudiaron 20 pacientes con diagnostico previo de EPOC, en estado estable, con signos radiológicos de atropamiento aéreo, a los que una vez rabdomizados y registrada su historia de tabaquismo, severidad, medicación previa. Se recomendó a los pacientes que continuaran con su medicación habitual Se les realizo medición de espirometría y capacidad inspiratoria basal con espirómetro Spiroanalyzer ST-95 Fukuda. Luego se les administro según correspondiera 18 microgramos de Tiatropio o

placebo con dispositivo HandiHaller, monitorizando la respuesta del VEF1, CVF y CI a los 30, 60, 90, 120 minutos post administración de la sustancia. **Resultados:** Se estudiaron 20 pacientes con un rango de edad de 45 a 78 años con un promedio de 64 años de ellos 4 mujeres y el resto varones con un VEF 1 promedio de 24,6 %. En el grupo tiatropio se registro un cambio en positivo de la CI de 53 % contra un cambio del grupo placebo de 49,7%. **Discusión:** Se noto una mejoría en la capacidad inspiratoria con el uso del tiatropio, a pesar de estar previamente tratados con asociación de corticoides inhalados + beta agonistas de acción prolongada. Llama la atención la mejoría registrada en el grupo placebo la cual podría ser adjudicada a que en el diseño de nuestro estudio no se suspendió la medicación de base como en otros estudios previamente publicados. **Conclusión:** A pesar de que los pacientes se encontraban optimizados en su medicación se noto cambio de la CI con el uso de tiatropio

### EPOC CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA: IDENTIFICACIÓN DE UN PATRÓN DE ALTO RIESGO

MAZZEI, MARIANO; MAJO, RAUL; AHUMADA, ROSALIA; ANZULOVICH, FERNANDA; OSSES, JUAN; CANEVA, JORGE  
Capital Federal / Argentina

La hipertensión pulmonar es una complicación frecuente en el EPOC avanzado, pero los valores de presión guardan correlación con el grado de obstrucción. Durante los últimos cuatro años he-mos identificado tres pacientes con EPOC leve a moderado con hipertensión pulmonar severa e insuficiencia respiratoria.

Edad	FVC	FEV1	DLCO	TLC	
Pte 1	74 95%	54%	36%	118%	
Pte 256	96%	60%	26%	114%	
Pte 3	62 88%	60%	28%	88%	

  

	pH	PCO2	PO2	HCO3	FiO2
Pte 1	7.42	33.7	73.9	21.7	0.21
Pte 2	7.45	36.9	40.5	25.4	0.21
Pte 3	7.47	32.5	34.5	23.5	0.21

  

	VD	AP	IC	RVS	RVP
Pte 1	44/7	43/11/28	2.2	1550	280
Pte 2	69/12	77/35/53	1.6	2026	1200
Pte 3	61/7	64/34/44	2.31	2913	1630

  

	TM6M Distancia	Sat. inicial	Sat. Final	O2
Pte 1	299	96%	89%	6 min
Pte 2144		94%	83%	3 min
Pte 3	168	96%	84%	4min

Por lo presentado se evidencia un patron obstructivo moderada a moderado severo, con DLCO baja, sin hiperinsuflación. Los gases arteriales mostraba alcalosis respiratoria con hipoxemia en mayor y menor grado. El patron hemodinamico mostro altas presiones con resistencias pulmonares elevares. La prueba del test de marcha evidencio desaturacion importante. **Conclusión:** En la EPOC severa es común la presencia de hipertensión arterial pulmonar secundaria. Los pacientes descriptos presentaban EPOC moderada e Hipertensión pulmonar, lacual era la causante de la sintomatología respiratoria. LA coexistencia de las dos enfermedades es de difícil tratamiento y de mal pronostico

### POSTER

**PO4 Galería Auditorio / lunes 10 / 14 a 18 hs**

**SINDROME HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA**

REY, ALEJANDRA; PEÑA, S; AUNCHAYNA, M; PIÑEIRO, L  
Clínica Neumológica Facultad de Medicina- Uruguay - Montevideo / Uruguay

La Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) es un síndrome clínico patológico definido por la presencia de de sangre en los espacios alveolares distales sin que se pueda identificar ninguna anomalía endobronquial (1-2). El sangrado proviene de los capilares alveolares, de las arteriolas precapilares y vénulas postcapilares. El síndrome clínico se caracteriza por hemoptisis, anemia y presencia de infiltrados radiológicos pulmonares difusos e insuficiencia respiratoria que puede requerir soporte ventilatorio mecánico. Distintas entidades nosológicas definidas pueden presentarse como HAD. Dado que la presentación de estas entidades puede ser indistinguible, es útil agruparlas como síndrome clínico de HAD e incluirlas dentro de los diagnósticos diferenciales. En este síndrome clínico puede afectar únicamente el pulmón o puede estar asociado con enfermedad de otros órganos especialmente los riñones presentándose como Síndrome Pulmón Riñón, ó con compromiso multisistémico. La extensión del compromiso extrapulmonar es de gran utilidad para la elaboración de un diagnóstico etiológico adecuado (3). Presentamos un análisis descriptivo de 5 casos clínicos que incluimos como síndromes de hemorragia alveolar, de los cuales destacamos la diferente presentaciones clínicas, métodos de confirmación diagnóstica de HAD y las diferentes etiologías determinantes de un mismo síndrome.

**Conclusión:** La presentación clínica de HAD es proteínica, y esta entidad debe ser considerada como un Síndrome clínico con múltiples posibles etiologías. La búsqueda del sangrado alveolar puede ser sospechada por estudios imagenológicos y confirmada mediante el análisis del esputo y/o fibrobroncoscopia. La técnica de difusión del monóxido de carbono no fue utilizada los pacientes comentados. En lo extrapulmonar interesa destacar que todos los pacientes presentaron síntomas. La paraclínica básica incluye: seguimiento de la función renal, examen de orina con sedimento, estudio serológico donde destacamos los ANA, AMBG, ANCA y complemento. La PBR permitió identificar la categoría inmunopatológica. El tratamiento inmunosupresor que incluye corticoides y ciclofosfamida fue el realizado en la mayoría de los, excepto en el caso de presentación por Leptospirosis. Es de destacar que la mortalidad de los pacientes analizados fue cero, lo que contrasta con los datos de la bibliografía internacional (2-8).

#### GRADOS DE SEVERIDAD DE ASMA BRONQUIAL EN ASMÁTICOS EN LA PROVINCIA DE MENDOZA

FAZIO, C; GAROFOLI, A; MANESCHI, E; BARIMBOIM, E; CALLEJA, O; ELIAS, C  
Insares - Mza / Argentina

No existen datos acerca de la severidad del asma bronquial en Mendoza, por este motivo nuestro objetivo fue determinar el grado de severidad en un grupo de pacientes asmáticos de Mendoza, y evaluar el grado de respuesta a broncodilatadores en esta población. *M y M:* Se evaluaron retrospectivamente espirometrías de 192 pacientes asmáticos de más de 6 meses de diagnóstico, de ambos sexos, mayores de 20 años, no fumadores o fumadores de < 10 paq/año, en periodo intercrítico. Se utilizó un espirómetro Cosmed Kit K4 PFT Suite 7.6a. Las espirometrías se realizaron según guías de la ATS (1994). Se evaluó la relación VEF1/ FVC (VEF1%), FEV1 pre y post B2 (200 mcg salbutamol, a los 15 minutos). Se definió obstrucción a una relación FEV1/FVC <70%. La severidad de la obstrucción fue definida en leve (L), moderada (M) y severa (S), según el % del FEV1 (100-70%, 69-50% y <49% respectivamente), y se los distribuyó por sexo en 5 grupos etarios de 10 años cada uno. Se definió respuesta a broncodilatadores (BD) según criterios de ATS, (FEV1 < 12 % y de 200 ml), y se los categorizó en Grado I, II y III (12-20 %, 21-35 % y >36% respectivamente), y no respondedores (<200 ml y/o <12%).

**Resultados:** Se evaluaron 77 mujeres (40,1 %) y 115 varones (59,9 %). La edad media fue de 53.8 años (rango 21 - 73). En las mujeres, 66 (80.51%) predominaron las categorías L y M. En varones, 51 (44,34%) fueron S (p=0,0014). Agrupando sexos se encontró M 36.4%, S 34.3% y L 29.1%. En hombres, 81 (70.4%) eran mayores de 50 años y 46 (56.7 %) fueron S (p=0,0002). En mujeres el 55 % eran > 50 años sin predominar ningún grado de severidad (p=0,935). La respuesta BD fue Grado I (73 % en mujeres; 68 % en hombres), II (18% y 21 %) y III (5 y 8 %) y no respondieron 4 (3%) varones y 3 (4%) mujeres (p=0,52). **Conclusión:** Agrupando sexos se encontró una distribución similar de la severidad del asma bronquial (leve 29,1 %; moderado 36,4 %; y severo 34,3 %). En las mujeres predominaron las formas leves y moderadas (80,5 %) mostrando distribución etaria homogénea. En los hombres predominó la forma severa de la enfermedad (44.34 %) principalmente en los mayores de 50 años (44/51 pacientes -90,2 %). Si bien observamos que la mayor respuesta broncodilatadora correspondió al Grado I en ambos sexos, no es estadísticamente significativa (p = 0.52) requiriendo de nuevos estudios.

#### MEJORÍA FUNCIONAL POST-INFECCIOSA EN EPOC: ¿EFECTO REDUCCIÓN DE VOLUMEN?

BLUA, A; PEREZ, J; CASAS, JP; LOPEZ, AM  
Unidad Enfermedades Respiratorias. Hospital Privado - Cordoba / Argentina

La cirugía de reducción de volumen pulmonar (LVRS) se ha desarrollado en los últimos años como una opción terapéutica válida en pacientes seleccionados, con EPOC severo sin respuesta a tratamiento médico máximo óptimo. Presentamos un paciente con EPOC severo en el que se produjo una neumonía aguda de la comunidad (NAC) en el lóbulo enfisematoso, que evolucionó con retracción del mismo y mejoría clínico-funcional. **Caso Clínico:** masculino de 61 años. Fumador (120 paq./año), bronquitis crónica. Hace 7 años EPOC moderado: VEF1 2 lts (65 %) con disnea clase funcional III. TAC de tórax con enfisema heterogéneo a predominio de lóbulos superiores. Tratamiento con B2 agonistas + bromuro ipratropio. Hace 4 años, continuaba fumando, con progresión de su disnea y reducción del VEF1 (1.24 lts: 42 %). Hace un año NAC en LSD de lenta resolución. Dos meses después VEF1 2.43 lts (84 %). Segundo episodio neumónico, a los 6 meses del anterior con igual localización. Broncofibroscopia normal. Retracción del LSD en la Rx. de tórax. A los 11 meses del primer episodio neumónico en LSD y a los 6 del segundo, la clase funcional de disnea mejoró a grado I y la espirometría mostró un incremento del 54 % de la CVF y del 130 % del VEF 1 con una reducción del 88 % del VR con respecto a la espirometría

basal. La Rx de tórax evolucionó con reducción de volumen pulmonar derecho, engrosamiento pleural apical homolateral, retracción del hilio y LSD. La CVF basal de 2.99 lts (70 %) se incrementó a 3.88 lts (91 %) a los 36 meses y a 4.62 lts (100 %) a los 45 meses post NAC. El VEF 1 basal de 1.24 lts (42 %) se incrementó a 2.43 lts (84 %) a los 36 meses y a 2.84 lts (100 %) a los 45 meses post NAC. La CPT y el VR basales de 7.15 lts y 4.49 lts se redujeron a 6.46 lts y 2.38 lts respectivamente, a los 45 meses post NAC, logrando recorrer en el Test de caminata de 6 minutos (6WT) una distancia de 552 mts (95 %). **Conclusión:** Comentario: Las secuelas retráctiles de la NAC produjeron efectos fisiológicos beneficiosos similares a las que se evidencian en la reducción de volumen quirúrgica. Se evidenció un incremento de los flujos espiratorios con una reducción de la hiperinflación pulmonar, mejoría de la disnea, tolerancia al ejercicio y calidad de vida.

## FISIOPATOLOGÍA RESPIRATORIA

### COMUNICACIÓN ORAL

**CO7 Aula Horcones / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **RESPUESTA DE LAS CÉLULAS BRONQUIOLARES DE CLARA A LA INFLAMACIÓN ALÉRGICA: EFECTO DEL TRATAMIENTO CON BUDESONIDE Y MONTELUKAST**

ROTH, FELIX; URIBE, E; AOKI, A; MALDONADO, CA  
Centro de Microscopía Electrónica - Córdoba / Argentina

Las células bronquiolares de Clara (CC) secretan la proteína CC16 con función antiinflamatoria e inmunomoduladora. Los objetivos de este trabajo fueron: 1-Analizar el compromiso de las CC en un proceso alérgico de las vías aéreas inducido con ovoalbúmina (OVA). 2- Evaluar el efecto del tratamiento posterior con corticoides inhalados (budesonide) e inhibidores de receptores de leucotrienos (montelukast) sobre las características morfofuncionales de CC y la expresión de TGFb1 y EGFR. Se emplearon cuatro grupos de ratones de la cepa BALB/c: Alérgico: animales sensibilizados con OVA y posteriormente sometidos a un aerosol de OVA durante 6 días; Budesonide (Bude): grupo alérgico seguido de nebulización con el corticoide budesonide durante 7 días; Montelukast (MK): grupo alérgico seguido de un tratamiento por 7 días con MK, y Control: se reemplazó OVA por solución fisiológica. A las 24h de concluido cada tratamiento, se realizaron lavados broncoalveolares (LBA) y se tomaron muestras de tejido pulmonar. En el grupo control las CC presentaron forma cupuliforme y gránulos secretorios electrodensos inmunopositivos para CC16. En el grupo alérgico las células mostraron una marcada hipertrofia e incremento en la inmunodetección de CC16, adquiriendo un fenotipo de células calciformes, que además expresaron mucina (Muc5ac). Se detectó aumento en la expresión de EGFR, receptor involucrado en la diferenciación a células calciformes. Por western blot se corroboraron los cambios en la expresión de las proteínas evaluadas. En LBA, el recuento celular demostró un elevado número de eosinófilos, acompañado de un incremento en la expresión de TGFb-1. Tanto Bude como MK revertieron notablemente los cambios morfológicos de CC, el incremento de TGFb-1 y de eosinófilos en LBA. En el grupo MK, CC16 alcanzó niveles semejantes al control, mientras que en el grupo Bude la expresión se mantuvo elevada. **Conclusión:** La inflamación alérgica produce una diferenciación de las CC a células secretoras de mucina que sobreexpresan CC16, posiblemente como un mecanismo para contrarrestar la inflamación. El tratamiento con montelukast fue más efectivo en las condiciones estudiadas, al mejorar no sólo los parámetros inflamatorios sino también restablecer las condiciones morfofuncionales normales de las células bronquiolares de Clara.

#### **UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA COMO CRITERIO DE REVERSIBILIDAD A LOS BRONCODILADORES. ¿QUÉ AUMENTO ES INDICATIVO DE RESPUESTA BRONCODILADORA SIGNIFICATIVA?**

NIGRO, C; DIMARCO, P; PRIETO, EJ; ALAIS, ME; DIBUR, E; DIAZ, M; HASNER, C; RHODIUS, EE  
Hospital Alemán - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** Cuando se interpreta la respuesta de un paciente a los broncodilatadores (BD) se deben considerar factores tales como la respuesta de un individuo sano a los BD, la respuesta de sujetos con obstrucción al flujo aéreo a un placebo inhalado y la variabilidad de la medición de los parámetros evaluados. **Objetivo:** Evaluar la variabilidad de la medición de la capacidad inspiratoria (IC). **Material y Método:** Se estudiaron en forma consecutiva 82 pacientes (33 mujeres - M y 49 varones - V) que concurren al laboratorio pulmonar para realizarse pruebas de función pulmonar. Se analizaron los sujetos que tuvieron al menos tres maniobras de capacidad vital lenta y tres curvas flujo/volumen que cumplieron los criterios de aceptabilidad de la Sociedad Americana del Tórax (71 individuos). Variación de la IC: 1) Absoluta (L) = IC máxima - IC mínima 2) Porcentual (%) = (IC máxima - IC mínima)/IC máxima x 100. Limite superior del intervalo de variación 95% = media + 2 desvíos estándar (distribución normal) o percentil 95% (distribución no normal). Resultados: 24 sujetos tuvieron espirometría basal normal (19M/5V, edad 52±17 años; FVC 102±12% del predicho, FEV1 100±12% del teórico, FEV1/FVC 81±3%), 43 mostraron patrón obstructivo en la espirometría (23M/20V, edad 58±16 años, FVC 87±21% del teórico, FEV1 70±22% del predicho, FEV1/ FVC 64±10%) y 4 patrón restrictivo (3 M/1V, edad 46±26 años; FVC

70±7.5% del teórico, FEV1 76±8% del predicho, FEV1/ FVC 89±7.5%). Variabilidad absoluta y porcentual de la IC: 1) Grupo total (71 sujetos): 0.18 L (IC mediana 95% 0.15-0.2 L, percentil 95% 0.3 L) y 7.3±3.5%. 2) Grupo con obstrucción flujo aéreo: 0.16 L (IC mediana 95% 0.14-0.2 L, percentil 95% 0.27 L) y 7.2±3.6%. 3) Grupo normal: 0.18 L (IC mediana 95% 0.15-0.24 L, percentil 95% 0.4 L) y 7.4 ±3.5%. 4) Grupo restrictivo: 0.16±0.08 L y 8.2±2.7%. **Conclusiones:** Los sujetos con patrón obstructivo en la espirometría tuvieron una variación normal de la capacidad inspiratoria de hasta un 14.4% o 0.27 L. Por lo tanto una respuesta significativa a los BD podría considerarse si el incremento de la IC observado luego de los BD es >= al 15% o > a 270 ML.

### **INTENSIDAD Y LENGUAJE DE LA DISNEA COMO PREDICTORES DEL NIVEL DE BRONCONSTRICCIÓN DURANTE LA PRUEBA DE METACOLINA**

NIGRO, C; ALAIS, ME; PRIETO, EJ; DIAZ, M; HASNER, C; RATTO, P; RHODIUS, EE  
Hospital Alemán - Benos Aires / Argentina

**Objetivo:** Evaluar si la intensidad y los descriptores de disnea pueden predecir la severidad de la broncoconstricción durante la prueba de metacolina (PM). **Método:** Se estudiaron en forma consecutiva 401 sujetos (206 mujeres) entre 12 a 60 años que se realizaron una PM por sospecha de asma bronquial. La PM se realizó con el método de nebulización continua con un protocolo abreviado. La intensidad de la disnea fue medida con la escala de Borg y los descriptores de disnea (DD) fueron seleccionados por el paciente de una lista (DD: 1) Siento el pecho cerrado 2) No puedo entrar bien el aire 3) Me cuesta trabajo respirar/Tengo que hacer más esfuerzo para respirar 4) No puedo sacar bien el aire 5) Falta de aire 6) Siento mi respiración pesada 7) Me siento ahogado 8) Me siento agitado/fatigado). La disnea se evaluó en situación basal y cuando el FEV1 cayó >= 20% o cuando finalizó la PM. Se desarrolló un puntaje de disnea integrado por: Borg > 5 = 1, número descriptores de disnea > 5 = 1, DD3 = 1 (Puntaje de 0 a 3). Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo/negativo (VPP, VPN) y razón de probabilidad positiva /negativa (RPP y RPN) para diferentes puntos de corte del puntaje de disnea. **Resultados:** La intensidad de la disnea y el número de descriptores se asociaron en forma significativa con el porcentaje de caída del FEV1 basal (DELTA FEV1) (Coeficiente Spearman 0.52 y 0.5 respectivamente, p < 0.01). El análisis de regresión logística múltiple mostró que el descriptor de disnea 3 (Me cuesta trabajo respirar/Tengo que hacer más esfuerzo para respirar) se asoció en forma significativa con un bronco-constricción severa definida como un DELTA FEV1 > 45% (Odd Ratio = 5, IC95% 2.5-11, p < 0.001). Un puntaje de disnea > 0 tuvo una S del 94% (IC95% 84-99%), E de 51% (IC 45-66%) y un VPN del 98%. **Conclusiones:** En este modelo experimental los sujetos con un puntaje de disnea > 0 tuvieron una muy baja probabilidad (2%) de tener una broncoconstricción severa (DELTA FEV1 > al 45%). La utilidad de estas observaciones en el contexto de una crisis de asma debe ser validada en estudios clínicos adicionales.

### **LA RESPUESTA A BRONCODILADORES EN EPOC ¿DEBE MEDIRSE CON PARÁMETROS ESPIROMÉTRICOS DE FLUJO O DE VOLUMEN?**

MARTINEZ, P; RODRIGUEZ, D; GRANDVAL, S; OCHOA, V; JOLLY, E  
Hospital de Clínicas - UBA - Buenos Aires / Argentina

El criterio usual para evaluar respuesta a los broncodilatadores es un aumento del FEV1 de al menos 12% y al menos 200 ml. Sin embargo es frecuente encontrar pacientes con EPOC que, sin llenar este criterio, tienen respuesta clínica a los mismos. Se han postulado otros parámetros como la CI (capacidad inspiratoria) o la CV (capacidad vital lenta) para medir la respuesta que podrían resultar más concordantes con la clínica.

Para evaluar su utilidad medimos consecutivamente FEV1, CI y VC antes y después de 200 mg de salbutamol en 37 pacientes con EPOC con FEV1 entre 16 y 73% del teórico (equipo Sensormedics). Se consideró respuesta un aumento del 10% y 200 ml en estas variables. Se objetivó respuesta en alguna de las 3 variables en 76% de los pacientes (28/37), que fueron considerados .respondedores.. Se detecto respuesta por el FEV1 en 8/28 (28%), mientras que con la CI respondieron 14/28 (50%) y con la VC 22/28 (79%). Si se analiza en términos de respuesta con flujo vs respuesta con volumen (CV+CI) esta última se presento en 26/28 (93%). **Conclusión:** La respuesta a broncodilatadores en pacientes con EPOC se objetiva mejor utilizando parámetros espirométricos de volumen que de flujo.

### **SEVERIDAD DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR Y RESPUESTA AL EJERCICIO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA**

OSSES, JM; AHUMADA, R; MAJO, R; ANZULOVICH, F; MAZZEI, M; CANEVA, J  
Fundación Favaloro - Capital / Argentina

**Objetivos:** 1) Caracterizar la respuesta fisiológica al ejercicio en pacientes con Hipertensión Pulmonar Primaria (HPP) y su relación con la severidad de la enfermedad. 2) Evaluar la seguridad de la prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP) en pacientes con HPP. **Métodos:** Fueron estudiados prospectivamente 27 pacientes con diagnóstico de HPP en evaluación pre trasplante cardiopulmonar. Se realizó cateterismo cardíaco derecho con mediciones hemodinámicas, test de función pulmonar en reposo, test de marcha de 6 minutos y PECP. **Resultados:** los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la magnitud de la presión pulmonar media (Grupo 1 < 60 mmHg, Grupo 2 > 60 mmHg). Las características antropométricas, hemodinámicas y resultados del PECP se muestran en la siguiente tabla:

Grupo 1                      Grupo 2



	(PAP media < 60 mmHg) (media ± SD)	(PAP media > 60 mmHg) (media ± SD)
Número	17	10
Sexo	14 f / 3 m	10 f
Edad	32 ± 8	38 ± 12
Altura (cm)	160 ± 9	156 ± 6
PAPM (mmHg)	48 ± 10	78 ± 17
PCP (mmHg)	8 ± 4	9 ± 4
Capacidad de Trabajo (%)	47 ± 25	31 ± 12
VO2 max (ml/min)	963 ± 352	514 ± 234
VO2/Kg (ml/kg/min)	17 ± 8	9 ± 5
VO2 AT (%)	33 ± 6	20 ± 11
VO2/FC	7 ± 3	4 ± 3
PaO2 (torr)	83 ± 12	72 ± 23
PaCO2 (torr)	33 ± 5	31 ± 5
P(A-a)O2 (torr)	25 ± 24	40 ± 15
VD/VT	0.31 ± 0.07	0.38 ± 0.07

En el grupo dos un paciente desarrolló hipotensión arterial sintomática y otro paciente desaturación inferior a 85%. **Conclusión:** 1) La limitación al ejercicio en la HPP es cardiovascular. 2) La magnitud de la hipertensión pulmonar se correlaciona con el grado de limitación al ejercicio y el deterioro en el intercambio de gases. 3) La PECP resulta un estudio seguro en la evaluación de pacientes con HPP. 4) La PECP puede resultar un estudio útil en el seguimiento clínico y en la evaluación de intervenciones terapéuticas de pacientes con HPP.

#### PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR EN HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA

OSSES, JM; AHUMADA, R; MAJO, R; ANZULOVICH, F; MAZZEI, M; CANEVA, J  
Fundación Favalaro - Capital / Argentina

**Objetivos:** Evaluar los resultados de las pruebas de función pulmonar en pacientes con hipertensión pulmonar primaria (HPP). **Métodos:** 42 pacientes con HPP fueron estudiados prospectivamente en estado estable. Se realizó espirometría sin y con broncodilatadores, volúmenes pulmonares, capacidad de difusión de monóxido de carbono, test de marcha de 6 minutos, y prueba de ejercicio cardiopulmonar. **Resultados:** 28 (67%) de los pacientes tuvieron test de función pulmonar en reposo dentro de límites normales, 11 (26%) un patrón restrictivo de grado leve, y 3 (7%) obstrucción de la vía aérea de grado leve. DLCO disminuida se observó en 15 (36%) de los casos, en estos pacientes profundas desaturaciones fueron observadas durante el test de marcha de 6 minutos, y en los mismos no se realizó prueba de ejercicio cardiopulmonar. Tabla que muestra los resultados obtenidos en la prueba de ejercicio en 27 pacientes:

	Val. Ref.	(media ±SD)
Pacientes		
Capacidad de Trabajo (%)	>85	39 ± 18
VO2 max (ml/kg/min)	>25	13 ± 7
VO2 AT (%)	>40	26 ± 9
Reserva respiratoria	>30	55 ± 18
Frecuencia respiratoria (r/min)	<50	40 ± 10
VT/FVC	0.54-0.6	0.42 ± 0.10
P(A-a)O2 (mmHg)	<21	33 ± 24
VD/VT	<0.25	0.34 ± 0.05
P(a-ET)CO2 (mmHg)	<0	4.5 ± 2.6
Pulso de oxígeno	>8(F) 12(M)	6.7 ± 2.4
Reserva de frecuencia cardíaca (%)	<15	24 ± 12
Tensión arterial (sistólica/mmHg)	>160	120 ± 34

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes con HPP presentan estudios de función pulmonar normales en condiciones de reposo, sin embargo en este estudio 36% de los pacientes con DLCO baja presentaron desaturación durante el test de marcha de 6 minutos. El test de ejercicio cardiopulmonar pone en evidencia que la limitación al ejercicio en HPP es predominantemente cardiovascular.

## **ANÁLISIS DE LA RESTRICCIÓN DE VOLUMEN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOATRÓFICA (ELA)**

SOBRINO, EDGARDO; PESSOLANO, FA; SUAREZ, AA; MONTEIRO, SG; DE VITO, EL  
Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, UBA. - Cdad de B.A / Argentina

*Introducción:* Las enfermedades neuromusculares cursan con restricción toracopulmonar por diversos mecanismos: Debilidad muscular respiratoria (DMR), cifoescoliosis y alteraciones del parénquima pulmonar. Esto lleva a un patrón restrictivo bien definido en los neuromusculares de reducción de la capacidad pulmonar total (CPT) y aumento del volumen residual (VR) con aumento de la relación VR/CPT. Debido a que la ELA no cursa con cifoescoliosis progresiva, la restricción debería ser una función de la (DMR) y eventualmente de atelectasias distales. Si bien la Pimax se determina a VR, para llegar a ese volumen es necesaria una adecuada fuerza espiratoria. La Pemax se mide a CPT, de manera que se requiere una adecuada fuerza inspiratoria para alcanzar ese volumen. Así ambas presiones máximas son interdependientes. A su vez el estado del parénquima pulmonar y del tórax (compliance tóraco pulmonar) influencia el volumen alcanzado para una fuerza muscular dada.

*Objetivo:* Correlacionar los determinantes de los volúmenes pulmonares con las presiones estáticas máximas en pacientes con ELA sin deformidades de la caja torácica ni enfermedad pulmonar aparente. *Material métodos:* Se estudiaron 14 pacientes (4 mujeres y 10 hombres), edad:  $50.2 \pm 13.9$  (DS) años, con diagnóstico confirmado de ELA. Se midieron volúmenes pulmonares por métodos de dilución con Helio con un equipo Collins/Gs y Pimax, Pemax y Fuerza Global de los músculos respiratorios ( $FMR = (Pimax + Pemax) / 2$ ) con equipo Biopac y transductores de presión Validine. *Resultados:* CPT (litros) vs Pimax (cmH<sub>2</sub>O): correlación positiva,  $r = 0.74$ ,  $p = 0.002$ . RV /TLC vs Pemax (cmH<sub>2</sub>O): correlación negativa,  $r = 0.44$ ,  $p = 0.01$ . CPT vs FMR correlación positiva,  $r = 0.73$ ,  $p = 0.003$ . *Conclusión:* La restricción (disminución de la CPT) se correlacionó positivamente con la debilidad muscular inspiratoria. El aumento de la relación VR/CPT se correlacionó con la debilidad muscular espiratoria. La restricción se correlacionó con la FMR. La relación entre DLCO y Fuerza de Músculos respiratorios no ha sido aún bien estudiada.

## POSTER

### **PO3 Galería Auditorio / Lunes 10 / 8.30 a 12.30**

#### **EVALUACIÓN NEUMONOLÓGICA PRE Y POSOPERATORIA**

STOK, AM; ALTIERI, HH; FIGUEROA, SB; WILLIGS, RM; DANTUR, MC; VEGA, N; DELGADINO, W; ANTELO, L;  
TARCIC, A; LENCINA, V  
Hospital Centro de Salud - SM de Tucumán / Argentina

Los pacientes con compromiso neumonológico y/o ciertos factores de riesgo podrían tener mayor probabilidad de desarrollar complicaciones neumonológicas después de una cirugía abdominal, se realizó el presente trabajo con el objetivo de evaluar cambios en el estado neumonológico de los pacientes pre y posquirúrgica. *Material y método:* Se diseñó un estudio longitudinal, teniendo como población los pacientes operados por cirugía abdominal en el Hospital Centro de Salud Zenón Santillán de SM de Tucumán durante los meses de Mayo y Junio de 2005. Para la recolección de la información se evaluaron a todos los pacientes que se encontraban internados entre las 8 y 9 de la mañana en el período bajo estudio y se observó su sexo, edad, si era tabaquista o no, el tipo de cirugía, tiempo de anestesia, presencia de dolor, frecuencia cardíaca, VEF1, CVF y complicaciones neumonológicas antes de la cirugía y en los dos días siguientes a la misma, siendo estas tres últimas variables las que reflejan el estado neumonológico de los pacientes. *Resultados:* Se estudiaron 103 pacientes, con edades entre 19 y 78 años, con un 56% de mujeres, 44% tabaquistas, el 63% de las cirugías fueron de tipo convencional y el 82% de ella duró < 3hs. El 33% manifestó tener dolor en el examen prequirúrgico. El FEV1 promedio disminuyó después de la cirugía de 84.6% a 74.5% y 75.8% en el 1º y 2º día posteriores a la cirugía, lo mismo pasó con la FVC promedio que fue 87.4%, 78.6% y 78.9% respectivamente. No se detectó que los valores medios de FEV1 y de FVC en el primer o 2 día cambien significativamente según los diversos factores evaluados (tabaquismo, obesidad, tipo cirugía, tiempo duración anestesia, dolor, edad, sexo). La proporción de complicaciones fue de 28% antes de la cirugía y 50% y 47% en el 1º y 2º día posteriores a la misma (atelectasia, derrame pleural). Se detectó que la proporción de complicaciones neumonológicas en el primer y segundo día es significativamente mayor entre los pacientes que presentaron alteraciones neumonológicas en el examen prequirúrgico (Test comparación de proporciones pareadas,  $P=0.0005$  y  $0.0336$  respectivamente). *Conclusión:* El examen prequirúrgico y evaluación posoperatoria neumonológica es de vital importancia en las cirugías abdominales para disminuir el riesgo de complicaciones respiratorias.

#### **AAPO2, PAO2/FIO2 Y AADO2 RESPIRANDO OXÍGENO PURO COMO ÍNDICE DE INTERCAMBIO GASEOSO**

RAIMONDI, GUILLERMO A.; GANDO, S; GONZALEZ, SB  
FLENI - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo:* describir la relación existente entre los diferentes índices de anormalidad de intercambio gaseoso ( $a/APO_2$ ,  $PaO_2/FIO_2$ ,  $AaDO_2$ ) y su correlación con el  $Qs/Qt$  considerado como patrón óptimo del mismo. *Material y métodos:* se analizaron

retrospectivamente los pacientes que tuvieran determinaciones simultaneas de gases en sangre arteriales y venosos mixtos de arteria pulmonar con FIO2 1.0 (Oxímetro OSM2 Radiometer y analizador de gases en sangre ABL 330 Radiometer). El a/APO2, PaO2/FIO2, AaDO2 se calcularon asumiendo un R de 0.8. El Qs/Qt mediante fórmula standard. Se realizaron correlaciones lineales, logarítmicas y exponenciales aceptando la de mejor ajuste. Se aceptó como significativa p<0.05.

**Resultados:** se analizaron 127 casos. No se encontraron diferencias significativas al separar en dos grupos de PaCO2 >=45 y <45 mmHg (n= 45 y 82). Valores medios±DS: Qs/Qt: 0.30±0.16; PaCO2 42.3±11.7 mmHg; Mediana y cuartiles 25 75: PaO2/FIO2= 256 (93-366) mmHg. AaDO2 = 453 (314-572.5) mmHg; a/APO2 0.33 (0.14-0.54)

		r2	p
PaO2/FIO2 vs Qs/Qt	0.679	<	0.01
a/APO2 vs Qs/Qt	0.676	<	0.01
AaDO2 vs Qs/Qt	0.612	<	0.01
a/APO2 vs AaDO2	0.998	<	0.01
AaDO2 vs PaO2/FIO2	0.994	<	0.01
a/APO2 vs PaO2/FIO2	0.999	<	0.01

**Conclusión:** Las correlaciones halladas entre a/APO2 ; AaDO2 y PaO2/FIO2 con r prácticamente 1, eran de esperar por tener valores en común pero de práctico valor descriptivo. Las correlaciones existentes entre Qs/Qt vs a/APO2 , AaDO2 y PaO2/ FIO2 aclaran la relación existente entre la variable del intercambio gaseoso y el shunt.

#### HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES

YANZI, ALVARO; MOYANO, V; ALBIERO, A; YORIO, M; ESCUDERO, A; BABINI, A; LASCANO, C; ALBA, P; ALBIERO, P

Hospital Italiano - Córdoba / Argentina

##### Serie de casos:

**Caso 1:** mujer, 29 años. APP: Crohn, anti-ACL+, disnea II, Ecocardiograma: pericarditis, disnea IV. Ecodoppler: hipertrofia de VD y PSVD 50mmHg. ACL+. TAC helicoidal: TEP. Anticoagulación.

**Caso 2:** mujer, 23 años. APP: LES, compromiso pericárdico, Shrinking Lung, ACL+. Disnea. Ecodoppler: PSVD 20mmHg. Espirometría: defecto restrictivo severo. Nuevo Doppler: 38mmHg. TAC helicoidal: s/p. Angiografía pulmonar: obstrucción de ramas distales bilaterales. Anticoagulación.

**Caso 3:** mujer, 45 años. APP: LES. ACL+. Sepsis x meningococo. ATB con mejoría. 48hs después disnea. Ecocardiograma: aumento de VD, PSAP 40mmHg. TAC helicoidal: TEPA. Anticoagulación.

**Caso 4:** mujer, 58 años. APP: Esclerodermia, ANA+, CREST. Disnea III. Ecodoppler: PSAP 80mmHg. Hipoxemia, O2 domi

ciliario, nifedipina. Disnea IV, doppler 90mmHg. Angiografía pulmonar: prueba vasoreactividad+. Prostaciclina inhalatoria, broncoespasmo, suspende tto. Obito. **Caso 5:** mujer, 33 años. APP: LES, esclerodermia, abortos x 2. Precordalgia, disnea IV. Ecocardiograma: dilatación de cavidades derechas, PSAP 60mmHg. ANA+, SM+, RNP+, ACL+. Anticoagulación, ciclofosfamida, prednisona, sildenafil, hidroxycloquina. **Caso 6:** Mujer, 24 años. APP: TVP durante gestación. ACL+. Anticoagulación. Muerte fetal. AEA: Disnea IV. Ecodoppler PSAP 120 mmHG. Test de la marcha: desaturación. TAC Helicoidal: s/p. Doppler MMII: s/p. ACL+. Angiografía pulmonar: no obstrucción, prueba de vasoreactividad+. Anticoagulación. **Caso 7:** mujer, 31 años. APP: LES. Precordalgia, disnea progresiva, pleuritis, pericarditis. S/dolor, progresa a disnea IV. Ecodoppler: dilatación VD, PSAP 37mmHg. Taquicardia persistente. TAC helicoidal: s/p. Angiografía pulmonar: obstrucción bilateral de ramas distales. Anticoagulación. **Conclusión:** Conclusión: La HTP es una complicación de las enfermedades autoinmunes. Compromete a población joven, a predominio femenino y suele tener un curso fatal. La inflamación alrededor de las lesiones plexiformes, junto a los hallazgos serológicos apoyan la asociación de mecanismos autoinmunes en la patogénesis, así también la trombosis in situ y la tromboembolia.

#### EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA MÁXIMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OSBSTRUCTIVA CRÓNICA MUY SEVERA

SALVADO, A; BORSINI, E; BOSIO, M; BLASCO, MA; SMITH, R; ROSSO, J; CHERTCOFF, J  
Hospital Británico - Buenos Aires / Argentina

En todos los consensos de Rehabilitación Respiratoria es requisito indispensable para ingresar un paciente a un programa

la realización de un test máximo para descartar cardiopatía isquémica asociada y determinar la carga máxima de ejercicio para planificar el plan de entrenamiento. Se recomienda test de marcha de 6' (6MWT), una prueba ergométrica progresiva como algo mínimo, o una prueba de consumo de oxígeno con determinación del umbral anaeróbico (AT) y un Shuttle Test como recomendación máxima. No todos los laboratorios tienen equipamiento para estas determinaciones. El 6MWT es fácil de realizar pero es un test submáximo. La ergometría convencional (EC) en pacientes con EPOC muy severo (FEV1 <35%) generalmente es detenida por disnea al agotar rápidamente la reserva respiratoria, asimismo las cargas convencionales utilizadas en bicicleta hacen que cargas de 300 Kgm = 25 Watts sean extremas para estos pacientes. El test de ejercicio cardiopulmonar en EPOC severo aporta relativamente poca información adicional y si bien puede valorar el estado cardiovascular es fácil que el paciente no alcance el AT y asimismo agote rápidamente su reserva respiratoria aún con cargas mínimas. La administración de oxígeno permiten la mejoría en el tiempo y la carga del ejercicio en pacientes EPOC aún en aquellos no oxígeno dependientes (Fig 1). Estudiamos consecutivamente tres pacientes EPOC estadio IV (Gold 2003), con una EC, un test de ejercicio incremental con protocolo de rampa incremental a 10 Watts y, con una EC con el apoyo de oxígeno y pesas modificadas de 25, 8 y 2 Watts. **Resultados:** se observó una claudicación rápida en la EC, debida a un agotamiento de la reserva respiratoria y a la elevada carga (para este tipo de pacientes), mejoría de la misma en el Test de ejercicio por un intervalo mas pausado en la incrementación del peso, y un aumento de casi el 50 % en la carga cuando se utilizan con progresiones menores y sobre todo el apoyo de oxígeno. (todos los pacientes presentaban desaturación con el mismo tipo de ejercicio).

**Conclusión:** En pacientes con EPOC severo, con desaturación precoz en el ejercicio la evaluación inicial con ergometría, protocolos incrementales con muy baja carga, monitoreados con oximetría, y apoyo de O2 puede ser una herramienta muy útil para la evaluación inicial.

#### **EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS MAYORES CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE (BO)**

COLOM, ALEJANDRO; ANDRADA, G; TEPER, A  
Hospital de Niños R. Gutiérrez - San Miguel / Argentina

En la BO existe una injuria viral severa seguida de insuficiencia respiratoria crónica. Durante los dos primeros años de la enfermedad la función pulmonar se caracteriza por obstrucción severa y fija de la vía aérea y alteración de la retracción elástica pulmonar. El objetivo fue conocer la función pulmonar de niños mayores con BO. Se realizó un estudio de corte transversal donde se evaluaron a los pacientes por medio de espirometría, pletismografía y DLCOsb. Se utilizó un equipo Vmax serie 2, Sensor Medics. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de BO mayores de 5 años, clínicamente estables. Se evaluó la respuesta broncodilatadora (RBD) 30 minutos después de la administración de 200 mcg de salbutamol. Se incluyeron 37 pacientes, 26 masculinos, con una edad media de 8 años (5-17). Los resultados de la función pulmonar fueron: FVC: 65±18%, FEV1: 48±14%, FVC/ FEV1: 66±8, FEF25-75: 25±10%, TLC: 125±27%, VR: 329±106%, RV/TLC: 57±11 y DLCOsb: 79±24%. La respuesta a broncodilatadores no fue significativa (FEV1: 12±10%, FEF25-75: 27±23% y VR: 14±88%). **Conclusión:** Concluimos que a la edad de 8 años los niños con BO persisten con severa incapacidad ventilatoria obstructiva y gran atrapamiento aéreo.

#### **TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR EN LA EVALUACIÓN DE LAS MIOPATÍAS**

SALVADO, A; BORSINI, E; BLASCO, M; BOSIO, M; SMITH, R; QUADRELLI, S; ROSSO, J; BERNACIAK, J;  
CHERTCOFF, J  
Hospital Británico - Buenos Aires / Argentina

Los test de ejercicio permiten detectar patrones que normal-mente no aparecerían en estudios .estáticos.. De esta manera, enfermedades anteriormente denominadas .poco frecuentes. como las miopatías mitocondriales se hacen cada vez más evidentes. Un patrón característico de bajo VO2Max., con umbral láctico muy precoz (corroborado con lactato sanguíneo), un pulso de oxígeno disminuido en ausencia de enfermedad cardiovascular subyacente (que evidencia una baja extracción de O2 a nivel muscular), y, un patrón hiperventilatorio (peak VE/VC02) e hipercirculatorio (max Fc.-Fc. basal / VO Máx. Basal . Vo2 basal) sugieren enfermedad muscular subyacente. ( Fig.1). En nuestro servicio estudiamos consecutivamente a 6 pacientes con diagnóstico de miopatía evaluados para excluir enfermedades cardiovasculares con estudios electromiográficos y, algunos con biopsia de músculo. Ninguno de ellos presentaba un diagnóstico de certeza. (Tabla 1). En los pacientes estudiados el VO2 Max se encontraba marcadamente disminuido (promedio 16 ml/Mg/min) con un valor máximo de 24 considerado como .normal. descondicionado. El Umbral láctico (AT) se encontraba muy marcadamente disminuido, en un paciente no pudo ser determinado, un solo caso mostró un valor del 45% del máximo teórico (normal). La reserva respiratoria siempre estuvo conservada. El espacio muerto VD/VT, medido en forma indirecta se encontraba aumentado indicando .ineficiencia. en el ejercicio, la excepción fueron dos casos que soportaron las cargas más altas. El RQ (cociente respiratorio) fue inferior a 1.15 en 2 casos indicando ejercicio submáximo. Nuestros pacientes detuvieron el ejercicio por causa muscular (Borg 8-9-10 /10), la detención por fatiga resultó mas elevada en reportes previos. (Fig. 2). **Conclusión:** Creemos que el test de ejercicio cardio pulmonar con consumo de oxígeno puede ser extremadamente útil en la sistemática de diagnóstico en los pacientes con miopatía descartando enfermedad cardiovascular como causante de miopatía y, patología respiratoria como causa de disnea.

#### **CORRELACIÓN ENTRE DISNEA Y ANOMALÍAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON**

## **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)**

LIMA, S; PESSOLANO, F; MONTEIRO, S; SUAREZ, A; DE VITO, E  
Instituto de Investigaciones Medicas Alfredo Lanari. - Capital Federal / Argentina

*Introducción:* Los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) presentan compromiso progresivo de los músculos respiratorios durante la evolución de su enfermedad. Algunos autores sugieren que los síntomas aparecen cuando la Capacidad Vital

(CV) cae al 50% de su valor predicho, pero pocos estudios han estudiado la utilidad de la evaluación de disnea en estos pacientes. *Objetivos:* Determinar si la evaluación clínica de disnea es una herramienta útil en el seguimiento de estos pacientes. *Material y Métodos:* Se incluyeron 14 pacientes con diagnóstico de ELA con más de 6 meses de evolución, edad 59±12 años. La evaluación clínica se realizó con la administración de la Escala Funcional para ELA (ALSFRS), consiste en 10 ítems con puntuación de cada ítem de 0 (peor estado) a 4 (mejor estado). Evalúa: Articulación del Lenguaje; Salivación; Deglución; Escritura; Cortar Comida y Manejo de Utensilios; Vestido e Higiene; Rotar y Ajuste de Ropa en Cama; Marcha; Subir Escaleras y Respiración (4=ausencia de disnea. 3=Disnea con ejercicio mínimo: comer, hablar. 2= Disnea de Reposo. 1=Utilización de Ventilación No Invasiva intermitente. 0= Dependencia Total al Respirador) El mismo día de la evaluación de los síntomas se midió: CV; Pimax; Pemax; Sniff; Flujo Pico Clásico y Tóxico; y Gases en Sangre. Los pacientes fueron citados a los 3 o 6 meses. *Resultados:* Tiempo de Evolución al inicio del seguimiento fue de: 36.9±23.18 meses. CV inicial: 2.10± 1.11(lt); Sniff 53± 30.1; Pimax: 52± 34; Pemax: 57± 30.8; Flujo Pico (FP) Clásico: 260± 147; FP Tóxico: 277± 135 y el Score inicial de Respiración ALSFRS: 4, indicando ausencia de disnea. El % de caída (inicio-fin del estudio): CV: 49 ± 21, Score de Respiración: 18 ±

27. No hubo correlación entre el grado de caída de la CV y la aparición de la disnea  $r=0.38$  ( $p > 0.05$ ), tanto para % caída de la CV entre 20 y 50% (n 8) y % de caída >50% (n 6). *Conclusiones:* La evaluación clínica aislada de disnea en estos pacientes no es sensible a los cambios de la CV. En esta población se observó que la aparición de disnea no se correlaciona con el deterioro funcional respiratorio, por lo tanto se concluye que estos pacientes deben ser monitoreados con mediciones funcionales respiratorias objetivas desde el inicio de la enfermedad.

## **EVALUACIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA EN OBESOS DEL PROGRAMA UTOMI**

QUERCIA ARIAS, OLGA ESTELA; URIBE ECHEVARRIA, A; BUSTAMANTE, N; MALDONADO, D; CANALIS, G;  
BOCHINFUSO, M; CASTRO, R; MEDEOT, N; SPONTON, E; CARDINALI, L; ROTTINO, S  
Hospital Córdoba - Córdoba / Argentina

Desde noviembre del 2004 a julio del 2005, estamos evaluando pacientes con obesidad severa, que ingresan al programa UTOMI, donde previa evaluación nutricional, endocrinológica, psicológica, de laboratorio, son llevados a cirugía para su tratamiento. Nosotros realizamos la evaluación funcional respiratoria, por medio de espirometría computarizada, oximetría de pulso y Rx de tórax. El objetivo del presente es mostrar los resultados de estas evaluaciones. Se evaluaron un total de 60 pacientes, 18 hombres y 42 mujeres, entre 23 a 62 años, el 96% presentaron un índice de masa corporal de más de 40, siendo muy severa su obesidad. El peso máximo fue de 250 kgs, y la talla máxima fue 1,83 mts. Por estudio espirométrico de detectaron 10 (17%) espirometrías restrictivas, de las cuales 6 eran moderadas, 3 leves y 1 severa; 15 (25%) eran obstructivas, de gran vía aérea severa 2, moderadas 2, de pequeña vía aérea moderadas 8, leves 1, y severas 3; 35 espirometrías fueron normales (58%). Por oximetría de pulso se detectó hipoxemia en 2 (83 y 89%) y 2 bradicardia (FC 48 y 39). Por sus antecedentes el 7% eran fumadores, el 38% ex fumadores, el 55% eran no fumadores y solo 3 eran fumadores pasivos. Otras enfermedades presentes: apnea del sueño en 4, 1 con CPAP; 2 asma bronquiales, 7 HTA; 2 coronarios; 1 AR; 6 hipotiroidismos; 9 diabéticos y 1 sinusitis. Por Rx de tórax la cardiomegalia estuvo presente en 8 de los casos. *Conclusión:* El análisis de los resultados obtenidos nos permite inferir que la función pulmonar esperada en este tipo de pacientes, no es la más frecuentemente hallada, y que también se permitió evidenciar otras comorbilidades que llevaron a estudios más profundos de este tipo de pacientes, muchos de ellos con obesidades severas, tenían otras enfermedades asociadas y conocidas, bajo tratamiento. Este nuevo enfoque terapéutico implica varias evaluaciones y un tratamiento dietético asociado, evaluando hasta el momento los resultados, que son prometedores por la bibliografía publicada al respecto.

## **ROL DE LA ANESTESIA LOCAL DURANTE LA PUNCIÓN ARTERIAL RADIAL PARA EXAMEN DE GASES EN SANGRE**

LÓPEZ JOVÉ, ORLANDO; FERREIRO, SEBASTIAN; FERNANDEZ ACQUIER, MARIANO  
Hospital Cetrángolo - Buenos Aires / Argentina

*I:* La punción arterial es una práctica frecuente. La información acerca de la necesidad de utilizar anestesia y su influencia sobre el dolor percibido por el paciente y la dificultad en la extracción no es uniforme. Los médicos tienden, asimismo, a no usar agentes anestésicos.

*O:* Hipótesis: El uso de anestesia local reduce el dolor de la punción arterial y hace más difícil la extracción.

*M:* 60 paciente fueron asignados en forma consecutiva a recibir: 1) solución fisiológica (SS); 2) lidocaína 3 cm por encima del sitio de punción (AP); 3) lidocaína en el sitio de punción (AL). Recibieron 1 cc de la solución y se les extrajo sangre 2 minutos después. Luego, fueron interrogados acerca del dolor percibido a través de: 1. puntaje de dolor (escala visual del 1 al 10); 2. comparación del dolor con el de una punción venosa previa (mucho menor, menor, igual, mayor o mucho mayor; de 1 a 5 respectivamente). El operador registró la dificultad en la obtención de la muestra (baja, moderada o alta, según

número de cambios de angulación de la aguja y de punciones).

*R:* 58 pacientes ingresaron al estudio. El dolor referido por los pacientes del grupo SS fue de 2,8 puntos (DS: 1,8; 0-7), en el grupo AP 1,5 (DS: 1,8; 0-7) y en el grupo AL 0,8 (DS: 1,1; 0-4). La diferencia fue significativa entre AP y SS ( $p<0,01$ ) y entre AL y SS ( $p<0,01$ ). No hubo diferencias entre AP y AL ( $p=0,19$ ). Comparando con el dolor de una punción venosa, sólo hubo reducción significativa en AL con respecto a SS ( $p<0,05$ ). El análisis de la dificultad en la toma de la muestra no arrojó diferencias significativas entre ninguno de los grupos.

*D:* Existe oposición entre observaciones previas y lo realizado en la práctica diaria. En este trabajo, el uso de anestesia redujo el dolor de una punción arterial, aunque la media del mismo en todos los grupos fue menor a 3 (dolor inferior a moderado en la escala). Por otra parte, el uso de anestesia inyectable no incrementó la dificultad en la toma de la muestra (ni siquiera al administrarla en el sitio de extracción). Si bien es difícil realizar una consideración general, parece razonable evaluar el uso de anestesia previa a la extracción de gases arteriales ante cada paciente individual. *Conclusión:* El uso de anestesia local reduce el dolor asociado a la punción arterial sin hacer más difícil la obtención de la muestra.

## CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD

CAPONE, LILIAN; CASADO, G

Instituto Vaccarezza - U.B.A. - Avellaneda / Argentina

*Antecedentes:* La actividad sanitaria asistencial implica exposición a agentes patógenos infecciosos (riesgo biológico). Esta situación está agravada por el devenir socioeconómico de la población y por la crisis del sistema de salud; el cual no está preparado para esta situación y sus respuestas son escasas tanto para la sociedad como para el personal de salud que lo sostiene. *Objetivos:* Relevar el grado de implementación de las normativas de bioseguridad en el sistema de salud y dimensionar el conocimiento de su personal en relación a este tema. *Material y métodos:* Se realizó una encuesta estructurada sobre bioseguridad al personal sanitario de 90 servicios de diferentes instituciones públicas del conurbano y Ciudad de Bs. As. (muestra aleatoria). Se observó que en el 86% de los casos existen normas de bioseguridad pero solo se implementan en el 40%. En el 73% del personal no se han realizado los exámenes preventivos de salud como indica la ley. Existe desconocimiento sobre las enfermedades profesionales en el 74% de los encuestados. Solo en el 50% de los servicios hay provisión de elementos de protección al personal. La protección ambiental en los lugares de trabajo es dispar y no está relacionada con el nivel de riesgo laboral. En el 80% de las instituciones no hay políticas de prevención de riesgos biológicos para el personal expuesto. *Conclusiones:* -Faltas en la implementación de normativas vigentes en bioseguridad. -Desconocimiento por parte del personal sanitario con respecto al marco legal que los ampara. -Ausencia de proyectos institucionales sobre bioseguridad que sean factibles de implementarse. -Carencia de sistematización en la vigilancia epidemiológica de salud en el personal sanitario. - Ausencia o inacción de los estamentos responsables legales para la implementación de las normativas de bioseguridad.

## IMÁGENES DE TORAX

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO7 Aula Horcones / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **MEDICIÓN DEL NÓDULO PULMONAR. COMPARACIÓN ENTRE UNA FORMA AUTOMÁTICA Y OTRA MANUAL**

CAPUÑAY, CARLOS; ULLA, MARINA; CARRASCOSA, PATRICIA; MARTIN LOPEZ, ELBA; VALLEJOS,

JAVIER; CARRASCOSA, JORGE

Diagnóstico Maipú - San Isidro BA / Argentina

*Objetivo:* determinar la correlación entre la determinación automática y manual de la volumetría de nódulos pulmonares.

*Materiales y métodos:* treinta pacientes con sospecha de nódulo pulmonar solitario fueron evaluados con Tomografía Computada (TC) con un tomógrafo de 16 filas de detectores (Brilliance 16; Philips Medical Systems) utilizando cortes de 1mm de espesor cada 0.5mm de corrida de mesa.

Las imágenes fueron evaluadas en el plano axial para identificar el nódulo y luego reprocesadas en una estación de trabajo. Las imágenes fueron analizadas por dos especialistas diferentes en forma ciega. El especialista 1 realizó el análisis con un software automático de detección de nódulos y el especialista 2 realizó la cuantificación utilizando las imágenes bidimensionales y reconstrucciones 3D. Se determinó el volumen del nódulo y sus diámetros (x,y, z). Se correlacionaron ambos resultados utilizando el índice de Spearman. *Resultados:* se diagnosticaron 33 nódulos. Para el volumen el índice Rho fue de 0.972 (0.945, 0.986). Para los diámetros x,y y z el índice Rho fue de 0.953 (0.907, 0.977), 0.944 (0.888, 0.972) and 0.966 (0.931, 0.983) respectivamente. *Conclusión:* fue buena la correlación entre la determinación automática y manual para la medición de nódulos pulmonares.

## POSTER

### **PO2 Galería Auditorio / domingo 9 / 14 a 18**

#### **MANIFESTACIONES TORÁCICAS DEL CÁNCER DE MAMA: ENSAYO ICONOGRAFICO**

ROSSI, SANTIAGO; KWELLER, N; CONDESSE, S  
Centro de Diagnostico Dr Enrique Rossi - Bs As / Argentina

*Objetivo:* Demostrar las manifestaciones torácicas del cancer mama con especial énfasis en tomografía computada.

*Material y Método:* Retrospectivamente se estudiaron las tomografías de tórax de las pacientes con cáncer de mama y sospecha de progresión de enfermedad y-o complicación post tratamiento. *Conclusión:* El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres, secundando al carcinoma pulmonar en número de muertes. El tórax es un sitio común de enfermedad metastásica en pacientes con cáncer de mama. La tomografía computada es el método de elección en las pacientes con sospecha de progresión de enfermedad o complicaciones asociadas. Las complicaciones pueden dividirse en dos grupos, las relacionadas con la diseminación tumoral (compromiso de la pared torácica, adenopatías, linfangitis carcinomatosa, embolismo tumoral, diseminación endobronquial y metástasis pulmonares) y aquellas relacionadas con el tratamiento (trasplante de médula osea, radioterapia, quimioterapia y cirugía) así como complicaciones idiopáticas. El reconocimiento del espectro clínico radiológico de estas manifestaciones es de utilidad en el diagnóstico y tratamiento.

#### **ENFERMEDADES PULMONARES RELACIONADAS CON EL CIGARILLO: ENSAYO ICONOGRÁFICO**

ROSSI, S E; GUTIERREZ, H; AZLOR, R; PORETTI, VN; CASTIGLIONE, T  
Centro de Diagnostico Dr. E. Rossi - Buenos Aires / Argentina

*Objetivos:* Demostrar las principales enfermedades pulmonares asociadas al cigarrillo *Materiales y métodos:*

Retrospectivamente se evaluaron las tomografías computadas realizadas en nuestro centro de pacientes fumadores.

*Conclusión:* El cigarrillo es una de las principales causas prevenibles de morbi-mortalidad. Históricamente es bien conocida la relación del tabaquismo con el enfisema y el carcinoma broncogénico. En la actualidad y teniendo en cuenta el auge de la tomografía computada de alta resolución se han considerado nuevas afecciones pulmonares intersticiales difusas asociadas a dicho hábito. Entre estas se encuentran la bronquiolitis respiratoria asociada al cigarrillo (Br), bronquiolitis respiratoria asociada al cigarrillo con enfermedad intersticial (Br-ILD), neumonía intersticial descamativa (DIP) así como la histiocitosis de las células de Langerhans. Las enfermedades pulmonares asociadas al cigarrillo presentan características clínico-radiológicas distintivas. El conocimiento de las mismas permite un correcto diagnóstico y eventual tratamiento.

#### **TRAQUEOBRONCOMEGALIA (SÍNDROME DE MOUNIER KUHN)**

SPUCHES, L; PADIN, C; PRONOTTO, R; RETA, E; SANTAMARINA, M; BARIMBOIN, E  
Hospital Central de Mendoza. Carrera de Neumonología. Univ. Nacional de Cuyo Mendoza / Argentina

Paciente de 23 años internado por tos, expectoración purulenta, fiebre y disnea nocturna, en el Servicio de Clínica Médica. A P: fumador 3.5 paquetes/año. Presentó infecciones respiratorias frecuentes desde los 13 años incluyendo una Neumonía adquirida en la comunidad un mes previo al ingreso. A F: padre fallecido a los 39 años por neumonía y hermano con probable asma bronquial. E F: Eunufrido. Signos vitales normales. Presenta múltiples tatuajes. Leve disminución del murmullo vesicular en base izquierda con escasos estertores gruesos. Res-to del examen s/p. Analítica: Hemograma normal, VSG 3 mm, GOT 41U, GPT 65U. Ig: A, G y M normales, Ig E 70 U (vn 100 U). C:96 U CH50, C3: 72mg/dl (vn 50 - 120), C4: 14mg/dl (vn 20

-50). ECG: normal. Rx de tórax y TAC helicoidal con contraste oral: Tráquea, carina y bifurcación dilatadas con imágenes sugestivas de divertículos traqueales. En la espiración se observa colapso importante de bronquios fuentes y tráquea. En ambas bases pulmonares, bronquiectasias que predominan en el segmento basal posterior de LII. Zona de atrapamiento aéreo en base pulmonar derecha. Ecocardiograma: normal. Espirometría: FVC 4.60 L (89%), FEV1 3.51 L (84%), FEV1/FVC 76.3, FEF 2575% 2.88L (63%). // Postbroncodilatador: FVC 4.58 L, FEV1 3.70L, FEV1/FVC 80.7. Incapacidad ventilatoria obstructiva de grado muy leve sin respuesta al broncodilatador. Broncofibroscopia: abombamiento de la parte posterior de la tráquea durante la espiración, con laxitud de las membranas interanillos traqueales, compatible con patrónseudodiverticular. *Conclusión:* Enfermedad caracterizada por atrofia de las fibras longitudinales elásticas con adelgazamiento de la muscularis mucosa. Esto resulta en dilatación de las porciones membranosas y cartilaginosas de tráquea y bronquios fuente. Algunos pacientes desarrollan herniación de mucosa entre los anillos traqueales, llevando a diverticulosis y retención de secreciones. Se han descrito formas familiares con herencia recesiva y formas adquiridas. La vía aérea distal a bronquios de 4 o 5 orden es normal. Presentan aumento de expectoración, tos ineficiente, bloqueo del clearance mucociliar, retención de moco, neumonías y bronquiectasias. En la Rx de tórax los diámetros de tráquea, bronquio fuente derecho e izquierdo que excedan los 3.0 cm, 2.4 cm y 2.3 cm, respectivamente, son diagnósticos de traqueobroncomegalia.

## **HEMATOMA EXTRAPLEURAL. CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA INTRATORÁCICA**

NOGUERA, MIGUEL ANGEL; BARRIONUEVO, JORGE; COCCIOLLI, VERONICA; DIAZ, OMAR; SALE, HECTOR; FLORES, DORA

Clinica Mayo. Yerba Buena - Tucumán / Argentina

Paciente de 68 años de edad, de sexo masculino, con antecedentes de EPOC, el cual padeció dos horas antes de la consulta, de una caída de altura (aprox. 4 mts.). Ocasionándole un politraumatismo siendo el mas severo el traumatismo cerrado de tórax con fracturas óseas palpables, equimosis, hematoma y enfisema subcutáneo todo en la región antero-superior izquierda del tórax.

Al ingreso además del dolor presentaba disnea leve, secundaria aparentemente a la falta de expansión torácica, gasometría con leve alcalosis respiratoria compensada, saturación del 92%. Se coloca un drenaje pleural con el que se obtiene liquido hemático en escasa cantidad (250ml), ocluyendose en pocas horas. Las radiografías realizadas mostraron en 24 hs la expansión de la imagen suspendida lateral, interpretada en la primera rx como compatible con contusión pulmonar, siendo posteriormente derivado al observar el aumento de la imagen y deterioro clínico del paciente. Al ingreso se realizo una TAC mostrando la imagen extrapleural clara, una punción con aguja 14G mostro que el mismo se hallaba coagulado, programandose la cirugía. Se aborda por toracotomía oligotraumática por cuarto espacio, observandose contusión pulmonar, colapso pasivo y se evacua el hematoma extrapleural secundario aparentemente a las fracturas costales en continuidad con el mismo. A los dos días de postoperatorio se observa velamiento total del pulmón izquierdo, la nueva TAC muestra atelectasia total con oclusión del bronquio fuente izquierdo. La FBC no puede eliminar el tapón mucoso, recurriéndose a broncoscopia rígida. Se realiza nueva FBC para descartar lesión bronquial subyacente. El paciente se recupera satisfactoriamente, siendo dado de alta a los 6 días de postoperatorio. *Conclusión:* El hematoma extrapleural representa una muy inusual forma de hemorragia intratorácica, se presenta la imagenología de un paciente con una historia clínica inusual.

## **AMILOIDOSIS NODULAR PULMONAR SIMULANDO TUMOR DE PULMÓN**

GUTIERREZ, LILIANA CRISTINA; GUTIERREZ, CARLOS GUILLERMO

Hospital Central Mendoza - Mendoza / Argentina

*Introducción:* Grupo de entidades clínicas de etiología no aclarada, con la característica común de la existencia de un depósito extracelular de proteínas de estructura fibrilar (amiloide) en una o varias localizaciones, que provoca alteraciones diversas según la cuantía del depósito y/o el órgano comprometido. Afecta a ambos sexos por igual, edad promedio 65 años (primarias) y 49 años (secundarias) *Objetivo:* Descubrir un caso de amiloidosis nodular pulmonar cuyo diagnóstico diferencial fue neoplasia pulmonar primaria. *Caso clínico:* Varón de 70 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial e Insuficiencia Renal Crónica que consulta por síncope. Laboratorio: anemia microcítica, VSG 20 mm, proteinograma normal, uremia y creatinina elevadas. RX: masa hilar izquierda. TAC de Tórax: formación sólida hilar izquierda que rodea los bronquios del lóbulo superior, medio e inferior, de contornos irregulares de 6,4 cm de diámetro anteroposterior, parcialmente calcificada. En el lóbulo superior y medio derecho se observan dos imágenes de aspecto nodular, la mayor de 1,8 cm. Los elementos vasculares u mediastínicos de características normales. 1º fibrobroncoscopia 19/02/05: pulmón derecho normal, pulmón izquierdo se observa en el espaldón de división del superior e inferior y del lingular infiltrados con importante disminución de la luz. BAL: no células atípicas. Biopsia: pared bronquial con proceso inflamatorio crónico 2º fibrobroncoscopia 14/04/05: cuerdas vocales móviles, traquea centrada, carina fina y móvil, bronquio fuente izquierdo congestivo, lóbulo inferior normal. Se observa infiltración de la mucosa de los espaldones de división de la lingula y del lóbulo superior de aspecto mamelonado. Citología: neoplásica negativa. BIOPSIA: pared bronquial con depósitos amiloides. El paciente se encontraba sin semiología respiratoria y continua asintomático. *Tratamiento:* hemodialisis trisemanal. *Conclusión:* Amiloidosis broncopulmonar tres formas de presentación: 1- Septal alveolar difusa 2- Traqueo Bronquial 3- Parenquimatosa nodular: masas solitarias o múltiples dentro del parénquima de hasta 9 cm de diámetro de crecimiento muy lento. RX: nódulos únicos o múltiples calcificados y cavitados con ganglios hiliares. Cuadro clínico: asintomático.

## **NEUMOTÓRAX CRÓNICO CALCIFICADO**

NOGUERA, MIGUEL ANGEL; DIAZ, OMAR; SALE, HECTOR; FLORES, DORA; LUNA, MARIELA; MEDINA, CRISTINA

Clinica Mayo. Yerba Buena -Tucuman / Argentina

Se presenta el siguiente caso clínico de una paciente de 77 años, a la cual en 1948 se le diagnostico tuberculosis pleuropulmonar, siendo internada en el Hospital Nicolás Avellaneda, centro de referencia para esa patología en dicho momento. Como complicación de su enfermedad, según refiere desarrollo un derrame pleural tabicado, el cual fue tratado en dicha oportunidad, realizandosele bajo anestesia local una pleuroscopia y adhesiolisis pleural con electrocauterio a través de la misma, sin colocacion posterior de drenaje pleural. A la paciente se le explicó que su pulmon no se había expandido correctamente, quedándole una .burbuja. de aire, que se resolvería espontáneamente, lo cual no ocurrió estando ella internada en el hospital por el termino de 12 meses, siendo posteriormente trasladada a otro hospital cordobés, permaneciendo otros 12 meses internada, retornando posteriormente a su hogar. La paciente permaneció en controles



durante aproximadamente los 3 años posteriores a su internación, no necesitado tratamiento neumonológico hasta 2004. Al consultar al servicio derivada por médico de cabecera se observó la presencia de una imagen de densidad cálcica, en forma de gorro frigio, apical superior derecho, correspondiendo al espacio pleural con el antecedente de la paciente. Se muestran las RX de torax tomadas, y la Tomografía de control de la paciente, en la que se observa la imagen con calcificación periférica, interpretada por imagenología, antecedentes y cuadro clínico como un neumo-torax crónico de 56 años de evolución calcificado. *Conclusión:* Se presenta la imagenología de un inusual caso de neumotorax crónico calcificado de 56 años de evolución.

#### **MANIFESTACIONES PULMONARES DE LAS ENFERMEDADES DEL COLÁGENO**

ROSSI, S; LOPATA, A; MONTES, A; GUTIERREZ, H  
Centro de Diagnóstico Rossi - Bs As / Argentina

*Objetivos:* Demostrar las manifestaciones pulmonares de las enfermedades asociadas al colágeno, destacando la utilidad de la tomografía computada de alta resolución. *Material y método:* Retrospectivamente se evaluaron las tomografías computadas de torax en pacientes con enfermedad del colágeno. *Resultados:* Las colagenopatías son un grupo heterógeno de desordenes mediados inmunológicamente que afectan frecuentemente al pulmón. Las manifestaciones intersticiales más frecuentes incluyen a neumonía intersticial usual (UIP), neumonía intersticial no específica (NSIP), neumonía criptogénica organizativa (COP), neumonía intersticial linfocítica (LIP), neumonitis intersticial aguda (AIP) y daño alveolar difuso entre otros. Los hallazgos de TCAR (tomografía computada de alta de resolución) pueden ayudar a diferenciar la neumonitis intersticial asociada a las enfermedades del colágeno de la neumonitis intersticial usual (UIP) presentando un patrón reticular fino y menor panalización. Las colagenopatías pueden presentar afectación de la pequeña vía aérea incluyendo bronquiectasias, bronquiolitis obliterante y/o bronquiolitis folicular. Se observan también otras manifestaciones asociadas como engrosamiento o derrame pleural, hipertensión pulmonar y alteraciones esofágicas. *Conclusión:* La tomografía computada de alta resolución es una herramienta diagnóstica útil para caracterizar y evaluar la extensión de las enfermedades intersticiales difusas asociadas a las colagenopatías.

#### **DERRAME PLEURAL CRÓNICO. EVOLUCIÓN IMAGENOLÓGICA DE 10 AÑOS**

NOGUERA, MIGUEL ANGEL; DIAZ, OMAR; SALE, HECTOR; FLORES, DORA; LUNA, MARIELA ; MEDINA, CRISTINA  
Clínica Mayo. Yerba Buena - Tucuman / Argentina

Paciente de 82 años de edad, de sexo masculino, a la cual en 1994 se le diagnostica tuberculosis, acompañado de derrame pleural grado dos izquierdo, y se le realiza entre otras medidas, toracocentesis evacuadora y biopsia pleural, encontrándose en la misma bacilos ácido alcohol resistentes. Realiza tratamiento específico antituberculoso por 9 meses, disminuyendo el derrame pleural, negándose la paciente a realizar ningún procedimiento invasivo más. No tuvo desde entonces recaídas, llegando a la consulta asintomática. Se presentan las radiografías y tomografía de 1994, en la cual se observa claramente el derrame pleural, con características de líquido libre, homogéneo, con una paquipleura periférica e imagen sólida periférica en lóbulo inferior en contacto con el derrame que se interpretó en su momento como la lesión primaria. Seguidamente se observa una tomografía de 1996 en la cual se observa el cambio volumétrico, una mayor densidad de la paquipleura y la disminución de la imagen pulmonar. En 1997, se observa de similares características al año anterior, siendo más notable la paquipleura más notorio en pleura parietal, y el cambio de densidad del líquido pleural. En 2004, la imagen a cambiado notoriamente, observándose como la paquipleura primitiva dio paso a una calcificación pleural difusa periférica no continua, mayor en la plura visceral, con disminución y sin calcificación de la imagen pulmonar. Los controles de esputo son negativos en busca de BAAR, negándose el paciente a métodos invasivos, basada en el hecho de estar asintomática hace más de 10 años. *Conclusión:* Se presenta un caso de derrame pleural crónico, de 10 años de evolución en el cual se observan los cambios imagenológicos del mismo, desde un derrame fluido, hasta la cronificación y la calcificación periférica del mismo.

#### **CALCIFICACIONES PULMONARES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

CASTELLO, LEDDA; SCHEINFELD, G; VUJACICH, P; BERENQUER, R; OLMEDO, G  
Hospital de Clínicas José de San Martín - Buenos Aires / Argentina

La calcificación pulmonar es un hallazgo comúnmente asintomático, de causa idiopática ó secundaria a diversas enfermedades sistémicas y/o pulmonares. Caso clínico: Varón, 23 años con antecedentes de diarrea crónica. Realiza examen preocupacional y como hallazgo en la Rx de tórax se describen calcificaciones pulmonares nodulares difusas, por lo cual consulta. No presentaba síntomas respiratorios. Se realizó TAC tórax que demostraba múltiples imágenes nodulares de densidad cálcica, bilaterales. EFR: restricción leve. DLCO: normal. Se realizó fibrobroncoscopia: normal y biopsias transbronquiales (BTBs) en las que la anatomía patológica informó: depósitos intraalveolares e intersticiales de amiloide. Aislados depósitos cálcicos sin laminación concéntrica. Laboratorio: Función renal normal. Calcio 8,5 mg/dl, fósforo 3,5 mg/dl, vitaminaD3 38,8 ng/dl, PTH 28,2 pg/ml, calcitonina 22 pg/ml. En busca de calcificaciones extrapulmonares se solicitó ecocardiograma, ecografías renal y testicular: sin alteraciones. Ecografía de tiroides: nódulo 18x16x17 mm en lóbulo

derecho, cuya punción -aspiración diagnosticó: cáncer medular de tiroides. Ante la sospecha de metástasis del carcinoma medular de tiroides se decidió realizar sobre BTBs técnica de inmunohistoquímica que resultó positiva para células parafoliculares de tiroides, rodeando los depósitos de amiloide, confirmando el diagnóstico. *Conclusión:* La calcificación metastásica pulmonar de causa maligna es un hallazgo infrecuente y se describen las secundarias a cáncer de mama, paratiroides, mieloma múltiple, linfoma, leucemia, sarcoma sinovial y coriocarcinoma. Hasta la fecha no se han encontrado reportes en la literatura de metástasis de carcinoma medular de tiroides como causa de calcificación pulmonar.

#### **APORTE DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDECTOR EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

CAPUÑAY, CARLOS; CARRASCOSA, PATRICIA; ULLA, MARINA; MARTIN LOPEZ, ELBA;  
CARRASCOSA, JORGE  
Diagnostico Maipu - San Isidro BA / Argentina

*Introducción:* la necesidad de un rápido y certero diagnóstico en el tromboembolismo pulmonar para instaurar un tratamiento adecuado, exige un método de diagnóstico acorde. El objetivo del trabajo es describir el aporte de la Tomografía Computada Multidetector en el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. *Material y Método:* cuarenta estudios realizados en pacientes con sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar fueron evaluados por TCMS como primer método diagnóstico. Los estudios se realizaron con un equipo de 16 filas de detectores (Brilliance 16, Philips Medical Systems), utilizando cortes de 1mm de espesor cada 0.5mm corrida de mesa, luego de la inyección de 100ml de contraste endovenoso a través de una vena del pliegue del codo utilizando una bomba inyectora. Un programa de inyección automática del contraste se utilizó para sincronizar la adquisición de las imágenes y lograr una adecuada opacificación de las arterias pulmonares. Las imágenes fueron evaluadas en una estación de trabajo utilizando la forma .cine., reconstrucciones multiplanares y en máxima intensidad de proyección para determinar la presencia y localización de los émbolos. *Resultados:* se encontraron resultados negativos en 29 pacientes. En los 11 pacientes restantes se diagnosticó tromboembolismo pulmonar, solamente en las arterias principales en 6 pacientes, en arterias lobares y segmentarias de primer orden en 3 pacientes y en arterias segmentarias de segundo o mayor orden en 2 pacientes. *Conclusión:* la TC multidetector, con su mayor resolución espacial y temporal, ha permitido una mejor visualización de las arterias pulmonares periféricas de menor calibre y la posibilidad de detectar pequeños defectos de relleno en la luz de las mismas. El método surge como una herramienta diagnóstica útil para el diagnóstico de esta entidad clínica.

## **INFECCIONES RESPIRATORIAS**

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO4 Aula Plunerillo / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **DÍAS DE INTERNACIÓN RELACIONADOS Y NO RELACIONADOS CON EL EPISODIO DE NEUMONÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

GONZALEZ IBAÑEZ, L; VIDELA, A; CORRAL, G ; CORRAL, J; BENCHETRIT, G; RODRIGUEZ, E; DE VEDIA, L;  
RODRIGUEZ, M; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Hospital Austral - Bronx / United States

Las guías argentinas para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) recomiendan que los pacientes deben ser dados de alta al momento que el paciente alcanza la estabilidad clínica y se inicia la terapia oral. En estos pacientes los días de internación son relacionados al episodio de NAC. Las mismas guías indican que algunos pacientes en los que se comenzó la terapia oral necesitan permanecer en el hospital, no debido a la NAC, pero debido a otras razones. En estos pacientes los días de internación son no-relacionados al episodio de NAC. El objetivo de este estudio fue evaluar que proporción de pacientes con NAC, después de realizado el paso a la vía oral, tienen días de internación relacionados o no-relacionados con el episodio de NAC. Se realizó un análisis secundario de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes son ingresados en la base de datos de CAPO de 10 centros en Argentina. De un total de 183 pacientes, los días de internación relacionados al episodio de NAC fueron documentados en 78 pacientes (43%). Los días de internación no-relacionados con la NAC fueron documentados en 105 pacientes (57%). El retraso en el alta hospitalaria después de realizado el pasaje a antibióticos orales fue debido a enfermedades comorbidas en 57 pacientes (31%), razones sociales en 29 pacientes (16%), y debido a la necesidad de completar estudios complementarios en 19 pacientes (10%). *Conclusión:* Este estudio indica que en una proporción importante de pacientes hospitalizados con diagnóstico de NAC que han sido rotados a antibióticos orales, la duración de la internación es por otras razones diferentes del episodio de NAC. Para poder disminuir los días de internación en los pacientes con NAC será necesario entender mejor las razones no relacionadas al episodio de NAC que prolongan la estadía hospitalaria.

#### **¿QUÉ DICEN LOS SCORES DE SEVERIDAD DE NEUMONÍA Y QUE HACEN LOS MÉDICOS?**

VIDELA, A; O FLAHERTY, M; CASANOVA, M; CAMARGO, A; GOLDARACENA, N; BLEDEL, I; GILS, J; PEREZ

CHADA, D  
Hospital Universitario Austral - Pilar / Argentina

*Antecedentes y objetivos:* Se han descrito varios scores de severidad para neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Evaluamos las decisiones de internación en relación a índice de severidad de neumonía PSI y score de la guía de la AAMR y comparamos la concordancia al clasificar pacientes. *Material y métodos:* Cohorte retrospectiva obtenida por revisión de las historias clínicas computarizadas de pacientes adultos de NAC no neutropénicos por diagnóstico clínico e infiltrado radiológico entre el 1/6/2000 y 1/5/ 2004 individualizados mediante el diagnóstico por ICD-9 relativos a neumonía. Se calcularon los scores con información disponible en historias clínicas e información sobre internaciones, internaciones tardías y estado vital al mes. Se emplea la mediana y rango para describir los scores.

*Resultados:* De 522 casos individualizados se excluyeron: 2 por falta de diagnóstico radiológico y 2 por neutropenia. Edad 46 años  $\pm$ 16, 49,7% femeninos. PSI: 40 (7 - 184). No se pudieron calcular ambos scores en 2 casos por falta de datos. 102 casos requirieron internación (19,8%), 13 en UCI (2,5%). Se produjeron 7 muertes en el mes de seguimiento (1,4%) todos internados y en grupos de alto riesgo, uno de ellos internado tardamente. PSI internados: 85 (16-184) no internados: 35 (7-110) ( $p < 0,01$ ). No se encontraron diferencias en la proporción de pacientes internados en clases de bajo riesgo de ambos scores (7.78% PSI 5.77% AAMR,  $p=0.07$ ). Tampoco se encontraron diferencias en las clases de riesgo intermedio (72.37 vs.77.06  $P=0.08$ ). Si se encontraron diferencias en las clases de alto riesgo (100 vs. 88,89%  $p < 0.01$ , test de MacNemar). Se halló buena correlación global entre ambos scores ( $\kappa$  0.72, IC: 0,64 -0,79) pero la correlación fue menor para pacientes no internados (0.46) que internados (0.62). En el caso de discrepancias, la puntuación de los scores de PSI fueron influida mayormente por la edad y los de AAMR por características clínicas, comorbilidades y alteraciones de laboratorio. *Conclusión:* En una población predominantemente joven y de bajo riesgo los scores de PSI y AAMR mostraron buena correlación, aunque no fueron equivalentes. La conducta de internación impresiona estar mas relacionada al PSI que al score de AAMR en pacientes de alto riesgo, y no en bajo riesgo.

#### **LA FALTA DE ADHERENCIA A UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD PODRÍA ASOCIARSE A RESULTADOS DESFAVORABLES**

O FLAHERTY, M; VIDELA, A; CASANOVA, M; CAMARGO, A; GOLDARACENA, N; BLEDEL, I; GILS, J; PEREZ CHADA, D  
Hospital Universitario Austral - Pilar / Argentina

*Objetivos:* Correlacionar la adherencia a guías de práctica con la evolución posterior en neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) en un Hospital General en la que se emplea una Guía de Práctica Clínica (GPC). *Material y métodos:* Cohorte retrospectiva obtenida por revisión de las historias clínicas computarizadas de pacientes adultos de NAC no neutropénicos por diagnóstico clínico e infiltrado radiológico entre el 1/6/2000 y 1/5/ 2004 individualizados mediante el diagnóstico por ICD-9 relativos a neumonía. Se calcularon los scores con información disponible en historias clínicas e información sobre internaciones, internaciones tardías y estado vital al mes. Se emplea la mediana y rango para describir los scores.

*Resultados:* De 522 casos individualizados se excluyeron: 2 por falta de diagnóstico radiológico y 2 por neutropenia. Edad 46 años  $\pm$ 16, 49,7% femeninos. PSI : 40 (7 -184). No se pudieron calcular ambos scores en 2 casos por falta de datos. 102 casos requirieron internación (19,8%), 13 en UCI (2,5%). Se produjeron 7 muertes en el mes de seguimiento (1,4%). El tratamiento mas frecuentemente empleado en ambulatorios fue claritromicina como droga única (52%) seguido de levofloxacina (15,57%), y beta lactámicos asociados a inhibidores de beta lactamasa (BLIBL)(15,4%). En pacientes internados se empleó mas frecuentemente ceftriaxona (56%) seguidos de BLIBL (25%) y levofloxacina (4,9%). En este grupo se usaron combinaciones con macrolidos en 34%. El tratamiento fue acorde a la GPC en 74.2% de los casos. La adherencia a la GPC fue mayor en pacientes internados (2,7 vs. 26% de incumplimiento,  $p < 0.05$ ). Se produjeron fracasos, recaídas, internaciones tardías y necesidad de segundo tratamiento en 70 casos (13%). Los resultados desfavorables se asociaron a falta de cumplimiento de la GPC (OR ajustado por severidad por PSI: 4,06 (IC:1,39-11,78). *Conclusión:* Se producen frecuentes incumplimientos de la GPC en el manejo antibiótico de la neumonía. Estos incumplimientos se relacionan con evolución desfavorable independientemente de la severidad del cuadro.

#### **ETIOLOGIA BACTERIANA DE LAS EXACERBACIONES EN DIFERENTES GRADOS DE SEVERIDAD DE EPOC**

OTHEGUY, STELLA; GALLEGGO, MJ; RAINERI, MC; SCHIAVI, EA  
Hospital Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer - Buenos Aires / Argentina

Las infecciones bacterianas son una de las principales causas de exacerbaciones(E) en EPOC. Los microorganismos responsables varían según los distintos estadios de severidad de la enfermedad. Conocer esta distribución en nuestro medio permite la selección adecuada del tratamiento antimicrobiano empírico. *Objetivo:* estudiar la distribución de bacterias aisladas en muestras respiratorias(MR) y su perfil de resistencia(PR),en E de EPOC,para los diferentes estadios de la enfermedad (clasificación GOLD según FEV1). *Métodos:* análisis retrospectivo de 255MR (esputos) de pacientes adultos cursando E de EPOC,sin otras patologías asociadas, durante el período enero-diciembre/2004. La actividad antimicrobiana in vitro se determinó según normas NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards). En esta serie no se realizó búsqueda de *Mycoplasma spp* y *Chlamydia spp*. *Resultados:* 185 muestras (M) (72.5%) de pacientes ambulatorios (PA) correspondieron a los estadios II, III y IV: 118 hombres (H) /67mujeres (MU), edad: 61  $\pm$  28 años y 70 M (27.5%) de pacientes internados(PI) correspondieron a los estadios III y IV: 49H/21MU edad: 63  $\pm$ 25 años. Se encontró flora habitual en

37.3% MPA y 24.3% MPI.

germen aislado	Sp	MO	Hi	Ps	EN	Sa	Ac
PA-FEV1 >50% 49/185	14.4%	10.2%	10.2%	2%	2%		
PA-FEV1 30-50% 47/185	12.8%	17%	27.6%	6.4%			
PA-FEV1 <30% 89/185	20.2%	7.9%	21.4%	14.6%	5.6%	5.6%	
PI-FEV1 30-50% 14/70	21.4%	7.2%	14.3%			21.4%	
PI-FEV1 <30% 56/70	16.1%	5.4%	8.9%	14.3%	7.1%	23.2%	3.6%

Spneumoniae ( Sp) Moraxella catarrhalis (Mo) Haemophilus influenzae (Hi) Pseudomonas aeruginosa (Ps) Enterobacterias (EN) Staphylococcus aureus (Sa) Acinetobacter spp (Ac).

*PR antimicrobiana:*

Sp2.5%R intermedia a Penicilina/Mo100% productores de  $\beta$ actamasas (PBL)/Hi 28%PBL/ SaMPA 50%metilino resistentes (MER)/SaMPI 87.5% MER Ps4% R a Fluorquinolonas (F) y Aminoglucósidos (AG) EN 10% R a F y AG 60%R Ampicilina(AM) y Cefalosporinas 40% R AM/sulbactam (AMS) Ac 50% multiR (sólo Sensible a AMS) *Conclusión:* Se modifica la flora a medida que empeora el estadio de la enfermedad. Los bacilos gram negativos presentan patrón de sensibilidad no hospitalario. Sa es más frecuente en MR de exacerbaciones de PI(p 0.001)

POSTER

#### PO4 Galería Auditorio / lunes 10 / 14 a 18

##### VALORACIÓN PROSPECTIVA DEL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN VERSUS EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DAVIDOVICH, ANDREA; GENE, R; LUNA, C; GOFFREDO, D  
Hospital de Clínicas José de San Martín., UBA - Ciudad de Buenos Ai / Argentina

El diagnóstico de NAC es frecuente motivo de internación, condicionando conductas de estudio y tratamiento. En ciertos casos, tal diagnóstico no es confirmado y ha motivado retraso en la identificación y tratamiento de otras entidades y uso innecesario de antimicrobianos que aumentan los costos, pueden producir efectos adversos y contribuyen a la selección de variantes bacterianas resistentes. *Objetivos:* evaluar la prevalencia de sobrediagnóstico de NAC para prevenir errores y mejorar la calidad de atención, estimando los diagnósticos que no coinciden con el de egreso, en pacientes internados provenientes de guardia y evaluando la sobrevaloración de infiltrados radiológicos al momento de la internación. *Material y métodos:* Se incluyeron pacientes mayores de 18 años provenientes del Servicio de Emergencias internados en Clínica Médica y Unidades de Cuidados Especiales con diagnóstico de NAC. Se excluyeron pacientes inmunocomprometidos. Período de estudio: 1 de octubre de 2004 al 30 de marzo de 2005. *Diseño:* Observacional, transversal, prospectivo y exploratorio. *Resultados:* Se estudiaron 78 pacientes luego de excluir a 4, sexo M/F: 39/39, edad: 78,0  $\pm$  12,3 (22-97), mediana: 80,5 años. El residente de guardia consideró que existía infiltrado pulmonar en 72 pero un experto opinó que la RX era compatible con NAC en 50. Treinta pacientes (38,5%; IC 95%: 27-49%) fueron dados de alta con un diagnóstico alternativo y 48 pacientes (61%; IC 95%:50-72%) con diagnóstico de NAC. *Conclusión:* 1) 38,5% de los pacientes con diagnóstico de ingreso de NAC egresaron con un diagnóstico alternativo. 2) Los pacientes presentaron como diagnóstico alternativo al alta: EPOC exacerbado (13%), insuficiencia cardíaca (9%) y bronquitis aguda (5%). Otros diagnósticos fueron TEP, Cáncer de pulmón, metástasis pulmonares. 3) De los 78 pacientes que ingresaron con diagnóstico de NAC, el residente de guardia reportó un 92% de infiltrados radiológicos compatibles con NAC, de los cuales solo un 64% fue avalado por el experto.

##### NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

BERTOGLIO, OSCAR JUAN; YIGUERIMIAN, L; SETTECASE, C; DAVIDOW, J; BAGILET, D; SALVETTI, ML  
Centro Medico Ipam (Bertoglio Oscar Juan) - Rosario / Argentina

La neumonía por Pneumocystis es una de las infecciones más frecuentes en pacientes con Inmunosupresión; pero excepcional en huéspedes inmunocompetentes. En este trabajo se comunica el caso de un varón de 52 años que se internó por dolor escapular derecho de 10 días de evolución. Al ingreso se encontraba subfebril, presentaba disminución del MV en el tercio superior del hemitórax derecho; leucocitosis y en la RxTorax opacidades heterogéneas en el tercio superior del campo pulmonar derecho. Una TAC de tórax demostró la presencia de una opacidad de bordes indefinidos en el segmento

apical del lóbulo superior derecho. Ante la sospecha de neoplasia se le efectuó una punción aspirativa cuyo estudio citológico fue compatible con un proceso supurado sin hallarse células atípicas. Se inició tratamiento con levofloxacina 500 mg/día, pero a las 36 horas presentó progresión clínica y radiológica con extensa consolidación y aparentes imágenes cavitarias, por lo que se realizó una broncofibroscopia con BAL y se agregó clindamicina. A los pocos días se informó la presencia de quistes de *Pneumocystis* en esta muestra, se rotó entonces el tratamiento a T + S y el enfermo presentó una evolución favorable, con lenta resolución radiológica. La serología para HIV fue negativa y todos los estudios realizados (CD4-CD8-Inmunoglobulinas) no pudieron demostrar ningún trastorno inmune subyacente. Se estudió en busca de neoplasia oculta u otros trastornos que pudieran generar inmunodepresión, no presentando anomalías, en el seguimiento a los 9 meses. **Conclusión:** Si bien su presentación es muy rara, (muy pocos casos mencionados en la literatura médica) la neumonía por *Pneumocystis* puede ocurrir en pacientes inmunocompetentes. Por lo tanto, ante un paciente, que presenta una neumonía de curso atípico y sin microorganismo identificado o bien no responde favorablemente al tratamiento empírico inicial, debe investigarse la presencia de *Pneumocystis*, por el medio más adecuado, quizás broncoscopia con BAL, por su mayor rendimiento, a pesar de que no presente signos de inmunosupresión o enfermedad subyacente.

### **NEUMOPATÍA LIPOIDEA**

BUSTOS, DANIELA; RODRIGUEZ PEREYRA, GABRIELA  
Hospital A. Gutierrez - Venado Tuerto / Argentina

La neumopatía lipoidea es una enfermedad caracterizada por la presencia de material lipídico, tipo vacuolas en el alveolo, cuya confluencia forman áreas infiltrativas difusas. Se pueden distribuir a lo largo de todo parénquima pulmonar y se manifiestan clínicamente como un síndrome de condensación. **Objetivos:** Presentar un caso clínico con esta rara enfermedad, con un seguimiento de cinco años. **Caso clínico:** Varón de 64 años que ingresa en el servicio de neumonología del hospital A. Gutierrez de Venado Tuerto, provincia de Santa Fe, por fiebre, tos, expectoración mucopurulenta, dolor torácico. Antecedentes de fumador de jerarquía, utilización de gotas nasales aceitosas (nafazolina) por más de treinta años, síndrome depresivo, hta. Rx tórax: Áreas infiltrativas en ambas bases pulmonares a predominio izq. Con broncograma aéreo. Lab. leucocitosis (neutrofilia) ves elevada, pxef: hipogammaglobulinemia leve. Tto: atb con buena evolución. Persistencia de imágenes radiológicas. Est. func. resp.: incapac. ventilatoria restrictiva leve, sin cambios bdac. Bcf con bal: presencia de material lipoideo en el citológico. Bacteriología germen comunes, hongos, baar negativo. Tac torax: opacidad basal izq. De baja densidad con la presencia de bronco-grama aéreo, pleura engrosada a dicho nivel. En el sector paracardiaco derecho se observa otra área de similares características que contacta con la pleura por un delgado tabique. Paaf: presencia de macrófagos en encaje con inclusiones de material lipoideo sugestivo de neumopatía lipoidea negativo células neoplásicas. Presenta múltiples recaídas con sobreinfecciones (1 o 2 episodios por año) que son tratados con atb, mucolíticos, corticoides orales, kinesioterapia respiratoria. Actualmente buena evolución profilaxis con vacuna antineumococcica, antigripal, seroglobulin, controles anuales con tac y paaf. **Conclusiones:** es una patología poco frecuente, relacionado con el uso indiscriminado de gotas nasales con vehículo aceitoso. La manifestación clínica de presentación es la de un síndrome de condensación, con reagudizaciones infecciosas y buena evolución. Los controles clínicos y tomográficos deben ser periódicos debido a las complicaciones frecuentes que puede presentar dicha enfermedad.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PRESENTES EN LOS PACIENTES QUE SE INTERNAN CON PRESUNCIÓN DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, Y SUS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

DAVIDOVICH, ANDREA; GOFFREDO, D  
Hospital de Clínicas José de San Martín. - Buenos Aires / Argentina

Debido a su baja sensibilidad y especificidad, la historia clínica y el examen físico son considerados subóptimos para confirmar o excluir el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Es de esperar que en algunos pacientes hospitalizados con dicho diagnóstico, los síntomas como tos, producción de esputo y fiebre, puedan explicarse por un diagnóstico alternativo. Asimismo, puede haber nuevos infiltrados radiológicos debido a otras entidades. En una de las guías más aceptadas y validadas en nuestro medio (Guía Práctica elaborada por el comité intersociedades) se utilizan los criterios descritos por Fang y col en 1990 para definir el diagnóstico clínico de NAC. Se ha propuesto que la proporción de pacientes con diagnóstico de NAC en quienes se han encontrado los criterios diagnósticos de acuerdo a las guías locales puede ser usada como indicador de calidad de atención médica. Los objetivos de este trabajo son: 1-Estimar la prevalencia de los pacientes con diagnóstico de neumonía en guardia externa que cumplieron con los criterios diagnósticos propuestos por Fang y col. 2-Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados. 3- Evaluar la tasa de mortalidad global. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años provenientes del Servicio de Emergencias internados en Clínica Médica y Unidades de Cuidados Especiales con diagnóstico de NAC. Se excluyeron pacientes inmunocomprometidos. Período de estudio: 1 de octubre de 2004 al 30 de marzo de 2005. **Diseño:** Observacional, transversal, prospectivo y exploratorio. **Conclusión:** 1) La prevalencia de los pacientes con diagnóstico de NAC en guardia externa que cumplieron con los criterios diagnósticos propuestos por Fang y col fue del 60% (IC 95% 48-71%). 2) La proporción de hombres y mujeres que se internaron con diagnóstico de NAC fue la misma. 3) El promedio de edad de los pacientes estudiados fue significativamente mayor para las mujeres. 4) La tasa de mortalidad global para los pacientes internados con diagnóstico de NAC fue del 15% (IC95% 9-25%).

## **MICOBACTERIOSIS PULMONAR. PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICO/RADIOLÓGICA**

GUTIERREZ, M; REY, R; MONTOTO, M; VICENTE, A; LONGO, L; VILLAR, H; HOFFMAN, M  
Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú - Saenz Peña. Bs. As. / Argentina

*Objetivos:* actualización de las distintas formas de presentación clínico/radiológicas de la enfermedad pulmonar provocada por micobacterias ambientales en pacientes HIV negativos. *Resumen:* en nuestro país, no hay datos acerca de la incidencia y forma de presentación de esta patología en pacientes HIV -. Decidimos realizar una actualización de las distintas formas clínico/radiológicas en que puede presentarse esta enfermedad. *Epidemiología:* Distribución mundial, fuente de infección: inhalación o ingesta de micobacterias aerosolizadas (agua, polvo). No hay transmisión interhumana. Factores predisponentes en tabla 1. *Características clínicas/radiológicas:* se pueden dividir en dos grandes grupos: 1) hombres de 50 o más años de edad, con enfermedad pulmonar preexistente. 2) Mujeres de 60 años o más, generalmente sin enfermedad pulmonar previa. Pacientes del grupo 1, presentan imágenes cavitarias en lóbulos superiores. Clínicamente tienen síntomas constitucionales que incluyen pérdida de peso, fiebre, tos y hemoptisis: presentación clásica. Pacientes del grupo 2 presentan múltiples imágenes nodulares, bronquiectasias y ocasionalmente consolidación focal. Síntomas constitucionales menos pronunciados: presentación no clásica. *Características bacteriológicas:* bacilos ácido alcohol resistentes, con características distintas del Mycobacterium tuberculosis. Con el advenimiento de nuevos sistemas para cultivo de micobacterias (MGIT 960 Becton Dickinson Argentina), se han acortado los tiempos de detección a la vez que aumentaron los % de recuperación de micobacterias. Se realizan tests bioquímicos para confirmar la especie, y test de sensibilidad por C.I.M. Se deben cumplir determinadas pautas clínico/radiológico/ bacteriológicas que fueran enunciadas por la American Thoracic Society en 1997, para hacer diagnóstico de micobacteriosis pulmonar (Tabla 2.) *Conclusión:* La enfermedad provocada por micobacterias ambientales, es una patología de diagnóstico fundamentalmente bacteriológico, ya que la presentación clínica y radiológica, resulta muchas veces indistinguible de la tuberculosis pulmonar. Es capital contar con sistemas de detección rápidos y confiables, junto con profesionales experimentados, para instituir el tratamiento adecuado, ya que las micobacterias ambientales son resistentes a la mayoría de los tuberculostáticos.

## **MODELO EXPERIMENTAL DE INFECCIÓN CON PSEUDOMONA AERUGINOSA EN PULMÓN DE RATA**

PONCE, ANDRES ALBERTO; PESSAH, OSCAR  
Instituto de Fisiología Humana; Fac Cs Med; UNCba - Córdoba / Argentina

*Antecedentes:* en neumonía y fibrosis quística se producen infecciones pulmonares por Pseudomona aeruginosa (PA), una bacteria oportunista Gram-negativa, con inflamación y predominio de neutrófilos. Neutrófilos activados en el espacio alveolar liberan radicales libres y varias enzimas proteolíticas con el consiguiente daño tisular. La persistencia de estas infecciones hacen que esta sea considerada una enfermedad inflamatoria crónica. La fisiopatología de tales condiciones incluyen: alteraciones en la hemodinámica y en el recambio de la matriz extracelular; pérdida de la arquitectura tisular y una disrupción en el funcionamiento normal de los tejidos. Con el tiempo, la PA se ha transformado en la bacteria que causa más infecciones y resulta difícil luchar contra ella. Es por ello que nuestro objetivo fue establecer un modelo experimental en animales infectados con PA en pulmón y así poder a posteriori estudiar los mecanismos que intervienen en los procesos inflamatorios a nivel pulmonar y la aplicación de terapéuticas adecuadas. *Materiales y Métodos:* ratas adultas cepa Wistar (12/12hs; 22 °C) fueron anestesiadas e intubadas en posición supina a 60 grados por instalación intratraqueal de 1 a 100.000 de CFU de PA, conjuntamente con 500 µM de azul tripan, mediante la visualización con un otoscopio. Posteriormente se realizaron la histología pulmonar de los animales infectados y en los controles. Las PA fueron donadas por el Servicio de Infectología del Hospital Rawson de la Provincia de Córdoba y obtenidas de pacientes con fibrosis quística. Las bacterias fueron procesadas previamente a la infección en el Laboratorio de la Cátedra de Microbiología, FCM, UNCba. *Conclusión:* De los resultados obtenidos se puede concluir que:  
-con este modelo experimental, se logra la correcta infección de PA en pulmón de rata, mediante un sistema eficaz y no traumático. - la utilización de un colorante específico, como es el azul tripan, otorga una herramienta efectiva para asegurar que ha sido correcto el procedimiento. - este esquema experimental puede ser utilizado para a) evaluar terapéuticas para el tratamiento de la infecciones pulmonares y b) entender los procesos moleculares que participan en los procesos inflamatorios.

Proyecto subsidiado por SECyT - Córdoba 2005.

## **NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD. VALIDACIÓN DEL SCORE PSI**

ALVAREZ BERTEA, JP; MORTALONI, S; GOMEZ PORTILLO, JM; AÑO, A  
Hospital El Carmen. Maipú - Mendoza / Argentina

*Introducción:* En 1997 Fine & col. idearon un score (PSI) con la intención de identificar grupos de pacientes con bajo riesgo de muerte. Basandose en la edad, la presencia de comorbilidades, las anormalidades del examen físico y del laboratorio, se asigna a los pacientes a una clase de acuerdo al riesgo. Nuestra intención es aplicar dicho score a todos los pacientes que se internan con diagnóstico de NAC analizar los resultados y compararlos con los obtenidos en las cohortes de validación. *Pacientes y método:* Se realizó un estudio prospectivo, no randomizado de aplicación del score PSI a todos los pacientes ingresados desde la guardia con diagnóstico de NAC. Se realizó el seguimiento hasta el alta, registrándose días de interna-

ción, días de tratamiento endovenoso, resultados de los hemocultivos y cultivos de esputo y condiciones de alta. **Resultados:** En la tabla 1 se presentan las características de nuestra población comparadas con el estudio PORT. Se observa que hay una diferencia en la edad de los pacientes, siendo el 95% de nuestros pacientes mayores de 50 años. En la tabla 2 se comparan los datos del Estudio PORT, contra los resultados obtenidos en nuestro pacientes. En cuanto a la mortalidad, podemos observar una amplia diferencia en las clases III, IV y V. Esto se podría explicar, al menos en parte, al escaso número de pacientes de nuestra muestra. **Perfiles clínicos por clase:** Los pacientes clase I eran jóvenes, edad media de 30 años, sin comorbilidades. Los pacientes de Clase II tenían una edad media de 58 años al igual que en el estudio PORT, y a diferencia de este último, presentaban en su mayoría al menos 1 factor de riesgo, y un tercio presentaba dos. Los pacientes de Clase III en el eran menores que los del PORT y la mayoría tenía 2 factores de riesgo. En las clases IV y V, nuestros pacientes presentaban mas comorbilidades y factores de riesgo. El promedio de estadia fue de 9.23 días. **Conclusión:** Destacamos la menor cantidad de pacientes jóvenes y la mayor prevalencia de factores de riesgo comparándolos en todo momento con el estudio PORT. Observamos significativas diferencias en la Clase III, lo que la incluiría junto a las clases de mayor riesgo. Cabe aclarar la naturaleza preliminar de estos resultados ya que se planeó un estudio a largo plazo. El mayor número de pacientes nos ayudará a disminuir los sesgos y confirmar nuestros hallazgos.

#### **NOCARDIOSIS PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARTÍN, GABRIEL; CHIAPELLA, M; TUMMINO, C; SERRANO, R; DEL VALLE, E; MONTEVERDE, A  
Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas - Lomas del Palomar / Argentina

**Introducción:** Las Nocardias son bacterias Gram positivas, áci-do-alcohol resistentes, aerobias, no formadoras de esporas. La principal especie que produce compromiso pulmonar es *N. asteroides*. La mayoría de los casos reportados de enfermedad pulmonar se adquieren por inhalación del microorganismo a partir del suelo contaminado. A nivel radiológico produce una imagen de consolidación homogénea del espacio aéreo, no segmentaria, siendo frecuente la cavitación. Es considerada patógeno invasor oportunista en pacientes con enfermedad subyacente (linfoma, transplantados, proteinosis alveolar) pero es una causa relativamente rara en el SIDA. Describimos el caso de un paciente de 38 años de edad, sexo masculino con antecedentes de tabaquismo, etilismo, conductas de riesgo para infección por HIV y pérdida de peso de 15 Kg. en el término de 3 meses. Ingres a este hospital por cuadro de fiebre, tos con expectoración muco-purulenta y mal estado general de 2 semanas de evolución (tratado previamente en forma irregular con claritromicina sin respuesta); con imagen en radiografía de tórax de condensación segmentaria en base derecha con cavitación múltiple. Durante su internación se diagnosticó infección por HIV y es medicado con múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro sin resolución del cuadro. Se realiza FBC con BAL con aislamiento de *Nocardia* sp por lo que se instaura tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol con buena respuesta. **Conclusiones:** El motivo de presentación de este caso es que la nocardiosis pulmonar es causa relativamente rara de infección oportunista en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La misma debe sospecharse en pacientes con neumonía cavitada sin respuesta al tratamiento antibiótico habitual. Los procedimientos diagnósticos invasivos deben ser considerados tempranamente en huéspedes inmunocomprometidos ya que la enfermedad puede ser rápidamente progresiva.

#### **ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES. CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN**

ALAIS, ME; NIGRO, C; RATTO, P; PRIETO, EJ; RHODIUS, EE  
Hospital Aleman - Buenos Aires / Argentina

**Objetivo:** Describir las características de una población de pacientes adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad fibroquística (FQ). **Material y Método:** Se revisaron las historias clínicas de 30 pacientes evaluados en los últimos dos años en el Centro de FQ del adulto perteneciente al Servicio de Neumonología del Hospital Alemán. **Resultados:** 30 pacientes (19 mujeres y 11 varones), edad media  $24 \pm 7$  años (13 a 42 años) e índice de masa corporal  $20 \pm 3$  Kg/M<sup>2</sup> (14 a 25 Kg/M<sup>2</sup>). Pruebas de función pulmonar basal: FVC  $61 \pm 12\%$ , FEV<sub>1</sub>  $47 \pm 21\%$ , FEV<sub>1</sub>/FVC  $61 \pm 12\%$ , RV  $196 \pm 69\%$ , TLC  $101 \pm 16\%$  y RV/TLC  $47 \pm 14\%$  del predicho, respectivamente. En 12 pacientes el diagnóstico se realizó después de los 12 años (rango 15 a 28 años) con prueba del sudor, estudios genéticos y espermograma. Hubo 24 con insuficiencia pancreática exócrina y 7 con diabetes. Los hallazgos en la TAC de tórax fueron los siguientes: bronquiectasias (29), tapón mucoso (6), imagen en árbol podado (2), bullas (10) y consolidación peribronquiectásica (2). En la TAC de senos paranasales se observó pansinusitis en 23 sujetos. La bacteriología del esputo mostró: *Stafilococcus aureus* -SA (7), *Pseudomona aeruginosa* . Ps Ae (2), *Pseudomona mucoides* . Ps Mu (3), *Burkholderia cepacia* (BC) (2), SA+PsMu (10), SA+BC (3). Entre los motivos de internación más comunes se encuentran la infección respiratoria, la insuficiencia respiratoria y la desnutrición. Las causas de muerte fueron: progresión de la enfermedad (7), bronquiolitis obliterante posttransplante pulmonar (1), sepsis en el postoperatorio de lobectomía (1) y colangiocarcinoma (1). **Conclusiones:** La enfermedad FQ es un diagnóstico que se suele considera exclusivamente en la niñez, sin embargo, mas del 40% de la población con FQ a nivel mundial son mayores de 18 años. De tal manera, se debe pensar en FQ en adolescentes y adultos jóvenes con bronquiectasias de causa desconocida y sinusitis e infecciones bronquiales a repetición.

#### **ALTERNARIA ALTERNATA Y NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLES: ¿CAUSA O COINCIDENCIA?**

FAZIO, CRISTIAN; GAROFOLI, A; BARIMBOIM, E; CALLEJA, O; ELIAS, C  
Insares (Instituto de Salud Respiratoria) - Mendoza / Argentina

La *Alternaria alternata* es un hongo filamentoso, oportunista de la familia feohifomicosis, que se encuentra en el medio ambiente. Coloniza piel y mucosas y es responsable de infecciones en piel, alveolitis alérgica extrínseca y puede exacerbar el asma bronquial. El desarrollo de una infección por este hongo depende de tres factores: virulencia, tipo y cantidad de exposición y del estado inmunológico del paciente. Presentamos a un individuo de sexo femenino, 26 años de edad, inmunocompetente que presentó dolor torácico en .puntada de costado., de 3 horas de duración, cediendo espontáneamente. Durante la evolución la paciente se mantuvo asintomática. Como antecedentes presenta quiste congénito frontal izquierdo, fibroadenoma mamario operado (2001), micropoliquistosis ovárica bilateral. Familiares oncológicos de relevancia (adenocarcinoma de intestino, LMC, Ca mama). En la Rx de tórax se evidenció un nódulo de 1,5 cm en campo pulmonar superior izquierdo. Laboratorio de rutina normal, VSG 43 mm/1<sup>o</sup>H; Ig E 222 UI/ml. Marcadores tumorales e inmunológicos normales. PPD y HIV no reactivos. Se realizó TACAR observando imágenes nodulares múltiples en ambos campos pulmonares, y vidrio esmerilado periférico (uno de ellos con contacto pleural, LSI), sin adenomegalias mediastinales. Ante estos hallazgos se decide realizar FBC y BAL en la que se evidencian grumos de color grisáceo, regular cantidad de leucocitos. Gram Nicolle: aislados diplococos Gram positivos. Ziehl Neelsen: Negativo. Se envían muestras para anatomía patológica, cultivo bacteriológico y micológico (a dos laboratorios diferentes). Se decide obtener biopsia por videotoracoscopia y se repite TACAR para extirpar la lesión en LSI. Este nuevo control tomográfico (30 días después) muestra resolución total de lesiones pulmonares. Se reciben cultivos del BAL y en ambos cultivos desarrolló *Alternaria alternata*. La paciente manifiesta que aparecen en las paredes de su casa zonas de humedad que se fueron incrementando hasta formar extensas manchas. Debido al antecedente, se decide tomar muestras de las paredes para su análisis. El cultivo del material obtenido encontró: *Alternaria alternata*. **Conclusión:** Se presenta un caso de presentación inusual de *Alternaria alternata* en una paciente inmunocompetente: ¿relación causal o simple coincidencia?

#### LESIONES PULMONARES CAVITARIAS EN HUESPED INMUNODEPRIMIDO, VIH +; RHODOCOCCLUS EQUI

CAPPELLETTI, C; CALI, S; KEVORKOF, G V; ADAMO, D; VITTORI, M E  
Hospital Tránsito Caceres de Allende - Córdoba / Argentina

**Objetivo:** comunicar el hallazgo de un caso de *Rhodococcus equi* El *Rhodococcus* es un coccobacilo, aerobio estricto e intracelular, el 1<sup>o</sup> caso diagnosticado en el hombre en el 1967 y en relación con HIV/SIDA en el 1986. Vías de contagio aérea, digestiva y cutánea y como factor de riesgo la inmunodepresión. Dentro de las manifestaciones clínicas se describen la neumonía, abscesos, osteomielitis/artritis, endoftalmítis e infección de heridas. **Caso Clínico:** 17 diciembre 2004. Paciente de sexo masculino de 34 años, argentino. Soltero HSH. Residencia Córdoba Capital. Consulta por tos productiva mucopurulenta de 60 días de evolución y hemoptoica 5 días previos al ingreso, con dolor puntada de costado izquierdo, disnea clase funcional II, fiebre de 39° vespertina, sudoración nocturna, astenia, anorexia y pérdida de peso de 17 Kg en los últimos 2 meses. Neumonía en el 2001, internado en UTI. Tabaquismo de 8 paq/año. Al ingreso afebril con rales crepitantes 1/3 superior de pulmón izquierdo. Laboratorio Hto 29%, Hb 9,8 g%, VCM 79 fl, HCM 26 pg, VSG 57 mm/1<sup>o</sup> h. GB 2600/ ml (Ns 62%, L 30%). Baciloscopia de esputo dos muestras, negativas. Serología VIH reactivo. Rx torax: imágenes cavitarias infraclaviculares con exudado perilesional. **Problemas clínicos:** Síndrome consuntivo. Síndrome febril prolongado. Neumonía cavitada de evolución subaguda. Anemia normocítica normocromica. Leucopenia, linfopenia. **Inmunosupresión:** Diagnóstico realizado por hemocultivo y cultivo de esputo *Rhodococcus equi*.

**Conclusión:** Comentario: en el paciente inmunodeprimido (HIV o quimioterapia) con neumonía crónica y Rx de torax mostrando cavitación c/s nivel hidroaéreo, se plantean entre otros los siguientes diagnósticos diferenciales: Tuberculosis, Bacterias piogénicas: *P. aeruginosa*, Aspergillosis, *Cryptococo neoformans*,

a. *P. Carinii*, *Nocardia asteroides*, *Rhodococcus equi*, Embolia séptica en adictos, Micobacterias atípicas: *M. kansasii*. La infección por *Rhodococcus* es posible, aunque muy infrecuente, en personas inmunocompetentes, se ha encontrado en en MEDLINE desde sus inicios, hasta 1986 sólo 22 casos de infecciones en humanos. La extensa difusión de VIH ha contribuido a aumentar el número de infecciones por este organismo, existiendo hasta mayo de 2002, 183 casos comunicados. El 70% de los casos en pacientes con sida y solamente 19 en inmunocompetentes.

#### AGENTES OPORTUNISTAS EN PROTEINOSIS ALVEOLAR

GRANDVAL, S; PROMENCIO, F; JUNEMAN, A; SCRIMINI, S; VUJACICH, P; GENE, R  
Servicio de Neumonología. Hospital de Clínicas José de San Martín Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** La Proteinosis Alveolar (PA) es un trastorno poco frecuente, que se caracteriza por la acumulación de un material lipoproteínico celular en los espacios alveolares. Puede observarse una forma 1<sup>o</sup> (ideopática). El tipo 2<sup>o</sup> puede asociarse a infecciones pulmonares, inhalación de polvos inorgánicos, trastornos hematológicos e infección por HIV. La presentación clínica es inespecífica, generalmente con tos y disnea. La principal complicación de la PA es la sobreinfección con gérmenes oportunistas. Presentamos el caso de una paciente en la que se estableció el diagnóstico de PA asociada a infección por micobacterias no tuberculosas. **Caso Clínico:** Paciente de 67 años de edad, sexo femenino, oriunda de Olavarría, sin antecedentes personales de importancia, ingresa a clínica medica por disnea progresiva a CF IV, asociada a tos con expectoración amarillenta, fiebre, pérdida de peso de 15 Kg., de 1 mes de evolución. Como antecedentes de la enfermedad actual, la misma se encontraba en estudio por Enfermedad Intersticial de 3 años de evolución, por lo cual fue sometida a varios estudios complementarios: FBC con BAL no Diagnostica. TAC tórax patrón de Crazy paving. Biopsia



toracoscópica: NIU. Posteriormente comenzó tratamiento con prednisona 40mg y azatioprima 50mg. A su ingreso se constata febril, taquipneica, regular mecánica ventilatoria, semiología de condensación en base izquierda, acropaquia, muguet. Rx de tórax con opacidades bilaterales con patrón alveolar. Leucocitosis con desviación a la izquierda, hipoxemia, LDH y VSG elevados. Se realiza la revisión del taco de Biopsia pulmonar con Diagnóstico anatomopatológico de Proteionosis alveolar. Se realiza FBC con BAL el cual presenta aspecto lechoso microscópico. Examen directo BAAR positivo, con desarrollo de Micobacteria no tuberculosa de rápido crecimiento. Presento evolución tórpida con requerimientos de ARM e inotrópicos. *Conclusiones:* La identificación de infecciones sobreañadidas y su correcto tratamiento constituyen la mejor arma de que disponemos para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con Proteionosis Alveolar.

### COMPARACIÓN DE RESISTENCIA BACTERIANA ENTRE AISLAMIENTOS DE CULTIVOS DE MUESTRAS RESPIRATORIAS DE PACIENTES INTERNADOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, GUARDIA Y CONSULTORIOS EXTERNOS

GALLEGO, MARIA JOSE; RAINERI, MC; OTHEGUY, SM  
Hospital de Rehabilitacion Respiratoria Maria Ferrer - Bs.As / Argentina

Se compararon los perfiles de resistencia (PR) de las bacterias aisladas de muestras respiratorias (MR) de pacientes(P)según su procedencia: internados(I) en unidad de cuidados intensivos(UCI), en sala(IS), guardia (G) y consultorios externos (E). *Métodos:* durante el año 2004 se realizó un análisis prospectivo de los cultivos de MR(secreciones bronquiales, aspirados traqueales,esputos y lavados broncoalveolares) de P en UTI,IS,G y E con aislamientos de bacilos Gram negativos y Staphylococcus aureus.Se excluyeron los cultivos de pacientes con diagnóstico de fibrosis quística y bronquiectasias. Antibióticos (A) estudiados según normas NCCLS fluorquinolonas (FQ), aminoglucósidos (AG), cefalosporinas de 3º/4º generación (CEF3/4), piperacilina (PIP), carbapenemes (CA), colistin (COL), minociclina (MIN), trimetoprimasulfa-metoxazol (TXS), ampicilina (AMP), ampicilina/sulbactam (AMS), cefalotina (CEF), eritromicina (ER). Para Staphylococcus aureus (SA) se indica metililino resistente (MER) o metililino sensible (MS). *Resultados:* 318 cultivos 122/318 cultivos Pseudomonas aeruginosa :PR: 21UCI: 52% FQ,48% AG ,14% CEF3/4 ,19% PIP ,14% CA(1\*/ 3cepas),0%COL 40 IS:47% FQ, 37% AG,30% CEF3/4, 30% PIP,12% CA (4\*/ 5cepas),7% COL 17 G: 0%R 44 E: 14%

\* cepas R sólo a Imipenem

83/318 cultivos SA :PR:

26 UCI 73%MR 27%MS-4/7cepas(c)R a E

29 IS 70%MR 30%MS-4/8(c)R a E

8G 25%MR 75%MS-2/6(c)R a E

20 E:35%MR 65%MS-2/13(c)R a E

41/318 cultivos Acinetobacter spp:PR:

24UCI: 100% FQ, 92%AG, 100% CEF3/4, 100% PIP, 67%CA, 8%COL, 1.3%MIN, 100% TXS, 67% AMS

15 IS: 93% FQ, 73%AG, 100% CEF3/4, 100% PIP, 53% CA, 13%COL, 7%MIN, 87% TXS, 33% AMS

2 E: 50% FQ, 50% AG, 50%CEF3/4, 50% PIP, 0%CA, 0% COL, 0%MIN, 0% TXS, 50% AMS

61/318 enterobacterias PR:

6UCI: 50%FQ, 16% AG, 33%CEF3/4, 50%PIP, 0%CA, 100% AMP\*\*, 100%(CEF1<sup>a</sup>)\*\*, 50%TXS, 100%AMS\*\*

18 IS 22%FQ, 22% AG, 30%CEF3/4, 33%PIP, 0%CA, 83% AMP\*\*, 77%(CEF1<sup>a</sup>)\*\*, 30%TXS, 30%AMS\*\*

10G 20%FQ, 0% AG, 0% CEF3/4, 10%PIP, 0%CA, 100% AMP\*\*, 50%(CEF1<sup>a</sup>)\*\*, 11%TXS, 18%AMS\*\*

17E 4%FQ, 4% AG,4% CEF3/4,7%PIP, 0%CA,63% AMP\*\*, 45%(CEF1<sup>a</sup>)\*\*, 50%TXS, 100%AMS\*\*

\*\*Se excluye Serratia spp por resistencia natural a estos A

*Conclusión:* Las bacterias aisladas de MR de P internados en UCI e I presentan PR significativamente más elevado que en G y E como se indica en la literatura.

### OPORTUNIDADES PERDIDAS DE INDICACIÓN DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL Y ANTINEUMOCOCCICA EN POBLACIÓN ADULTA PORTADORA DE EPOC Y ASMA BRONQUIAL

GIUGNO, EDUARDO; PACE, S; MALAMUD, P; MORANDI, V; BERGNA, M  
Vte. Lopez / Argentina

Las guías internacionales y nacionales recomiendan la aplicación de vacuna antigripal en asmáticos y vacuna antigripal y antineumocócica en EPOC. Se reconoce su indiscutible eficacia pero subrayamos que su indicación y aplicación no es la esperada. *Objetivo:* Determinar las oportunidades perdidas de indicación de vacunación en población adulta, portadora de Asma y EPOC en Hospital de Tórax Dr. Antonio A Cetrángolo. *Material y método:* Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. El periodo encuestado abarcó desde 01/01/2004 a 30/06/ 2005.La encuesta se realizó de mayo a julio 2005

dirigida por el neumólogo en pacientes asistidos en Consultorio e Internación Clínica. Se encuestaron 126 pacientes. La edad promedio fue 55 años. 60 eran EPOC y 66 eran asmáticos. De los 126 encuestados, 116 correspondieron a pacientes en Consultorio, el resto en Internación. Recibieron indicación de vacuna antigripal 73 pacientes, de los cuales 53 fueron vacunados. No recibieron indicación 53 pacientes. Recibieron indicación de vacuna antineumocócica 42 pacientes, de los cuales 33 fueron vacunados. No recibieron indicación 84 pacientes. En el periodo encuestado los 126 pacientes realizaron 399 consultas a guardia, 878 en consultorios y 38 en internación, lo que arroja un total de 1315 oportunidades. 751 oportunidades corresponden a los 66 pacientes a los que no les fue indicada la aplicación de vacuna antigripal y antineumocócica. *Conclusión:* 66 pacientes no recibieron indicación alguna de vacunación, habiendo consultado en 751 oportunidades entre 01/01/2004 y 30/06/2005. 7 son las oportunidades perdidas por paciente para indicación de vacunación en ese periodo de tiempo. Los datos aportados demuestran la falta de indicación por parte del médico en las poblaciones EPOC y Asma Bronquial para las vacunas mencionadas, pese a las claras recomendaciones existentes a la fecha tanto en las guías nacionales como internacionales.

#### **RHODOCOCUS EN INMUNOCOMPETENTE**

LENGE, LORENA; FEOLA, M; CASUSO, A; RAMIREZ, H; SANCHEZ RUBIANCO, L  
Hospital Durand - Ramos Mejia / Argentina

C J. varón de 30 años, argentino, residente en la provincia de Chaco, que consulta al servicio de Neumología en junio/05 por hemoptisis de 72 hs. de evolución. Refiere antecedentes de lobectomía inferior izquierda por bronquiectasias en el año 1993. *Antecedentes patológicos:* Bronquiectasias congénitas. No refiere antecedentes laborales. El examen físico no revela datos positivos. Rx de tórax: Disminución del volumen pulmonar izquierdo, lesiones cavitarias con nivel hidroaéreo en base homolateral. Pleura s/p. Mediastino s/p. Laboratorio Hto 44%, Hgb 14.6, GB 7700 (N 28%, L 44%), ERS 2 mm., Prot 7,20. Col 130, Gluc 110, Urea 31, Cr 1.21, TGO 40, TGP 89, FAL 14, Bil normal. Examen de esputo para BAAR directo negativo, cultivo pendiente resultado. Serología para HIV negativa. TAC de tórax: Retracción del hemitórax izquierdo, evidenciándose por debajo del hilio pulmonar y anexo a la pleura mediastínica, pequeñas formaciones cavitadas y un infiltrado nodular de aproximadamente 27 mm de diámetro que podrían corresponder a bronquiectasias infectadas. En dicho pulmón se detectan pequeñas formaciones bullosas aisladas y trazos fibróticos supradiaphragmáticos de aspecto secuelear. Hemitórax derecho de características tomográficas normales. No se observan signos de derrame pleural. Fibrobroncoscopia: no se observaron signos de sangrado en la mucosa bronquial, ni lesión endobronquial hasta bronquios de 4° orden. Se realizó lavado broncoalveolar. Bal: 1500 elementos por cc, PMN 68%, Eo 5.4% y abundantes hematíes. Baciloscopia directa positiva 1 X, pendiente cultivo, tinción de kinyoun positiva para Rhodococcus. Se inicia tratamiento con bactrim y antifímicos *Conclusión:* R. Equi es un patógeno pulmonar común en bovinos, porcinos y equinos, que puede detectarse en humanos. Es más frecuente en individuos inmunocomprometidos. El microorganismo es un habitante normal del suelo y se adquiere por inhalación. Los hallazgos radiológicos consisten en áreas de consolidación, a veces cavitada. La enfermedad pulmonar es de comienzo insidioso con fiebre, tos productiva y dolor torácico. La bacteria puede aislarse en sangre, lavado broncoalveolar, cepillado bronquial y aspiración con aguja fina transtorácica y en tejido obtenido por biopsia de una masa endobronquial. La infección localizada puede tratarse con un curso corto de antibióticos.

#### **TUBERCULOSIS MILIAR, CONDENSACIÓN PULMONAR Y HEPATOPATÍA GRAVE**

MATTAR, DANIEL; BAROLI, VIVIANA; GELVEZ, MARCELA  
Htal. Marcial Quiroga -San Juan / Argentina

Paciente de 44 años, sexo masculino. Antecedentes de etilismo moderado a severo, Enfermedad Celíaca. Fue tratado desde 3 años a la fecha por Linfoma No Hodgkin avanzado, con radioterapia y quimioterapia hasta hace un año con remisión completa. Diez días antes de su ingreso a nuestro centro fue tratado convencionalmente por neumonía que no mejora y refiere deterioro general progresivo. Decide concurrir a nuestro Servicio de Tisiología (Htal. Marcial Quiroga- San Juan). Ingresó lúcido, ansioso, desnutrido moderadamente, icterico, exoftalmos, subfebril, TA 100/60, FC.: 86, FR: 16, Sat. O2: 90%; mal estado dental, no adenopatías; aparato respiratorio: subcrepitantes bilaterales aislados; Ap. Cardiovascular sp.; abdomen blando, depresible, leve dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia moderada. Lab.: Gl.: Blancos 4400, Ns:67, Lin. 25, E: 3, M:5, Gl. Rojos: 3950300, Hb.: 12, Hto.: 35, plaquetas 135000, Bilirr. Tot 3,3gr., BD: 2, Bl: 1,3, Got: 95, GPT: 120, F. Alc.: 680, Albúm. 2,2, T. Quick: 54%, 16 seg, Pseudocolinesterasa: 2240. Baciloscopia ++. Resto en límites normales. RX de Tórax: Con infiltrado miliar bilateral, predominio basal y condensación en lóbulo medio derecho. Ecografía abdominal: Hepatomegalia difusa, adenopatía en región hiliar, no ascitis. Hematología sugiere que el Linfoma se encuentra en remisión completa. Serología para Hepatitis B, C y HIV negativos. En sus primeros tres días tiene franco deterioro general, disnea, fiebre; se decide pese a su compromiso hepático el tratamiento para TBC sin Pirazinamida, se agrega corticoides por la posibilidad de infiltrado hepático y pulmonar linfomatoso. Al 3° día hay una dramática mejoría, normaliza progresivamente valores de laboratorio, mejoría de la condensación pulmonar y TAC muestra hígado normal, sin adenopatía, resto sp. Alta el día 20 de su internación. *Conclusión:* A diferencia de lo descrito en la literatura, una TBC miliar, sí puede acompañarse a demás de una imagen de condensación y dar baciloscopia ++. Otra conclusión: un compromiso hepático importante asociado, si bien puede corresponder a otras etiologías como en este caso, por daño etílico o infiltrado linfomatoso, es fundamental pensar en el origen tuberculoso de la lesión y se debe actuar por lo perentorio y grave de esta infección, en el tratamiento tuberculoso inmediato, aun sin tener la confirmación absoluta hepática.

## HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS

ZUKER PEDERNERA, EDUARDO MARTIN; ALLONES, A; RUIZ, F; ABAL, S; PERRETA, F; ORTIZ, M; FREIRE, P; BERNACHEA, P; GIGLIO, D  
Hospital E. F. Erill - Pilar / Argentina

*Caso clínico:* B.H. 29 años. Sexo masculino. Paciente que comienza 5 días previos con fiebre 40° C, tos seca y disnea progresiva, consulta en esa oportunidad a sala periférica, donde es medicado con Amoxicilina 500 mg. cada 8 hs., cumple tratamiento, con mala respuesta, las disnea se hace de reposo, continua con fiebre elevada, consulta por guardia externa, donde se realiza gasometría arterial con PO2 34,1 Sat 68%, se interpreta como insuficiencia respiratoria aguda y se decide pase a UTI. Ingres a UTI en mal estado general, disneico, taquipneico, mal perfundido, taquicárdico, se le realiza Rx. de tórax, que muestra un infiltrado alveolar difuso, se realizan nuevo E.A.B. con máscara 35% PO2 37,5 Sat. 72,7 %, se toman hemocultivos y se separa plasma y orina para el estudio de serología para micoplasma y chlamydia. Se decide intubación orotraqueal, durante la maniobra se observa sangre roja rutilante proviniendo desde tráquea, luego de la intubación el paciente presenta una hemóptisis masiva, que no cedía, se le realizan transfusiones con plasma y glóbulos rojo desplasmatisados. No responde al tratamiento falleciendo a la hora de su ingreso al hospital. Luego de fallecido se toma biopsia de pulmón por punción que se envía al instituto de Junín dando por resultado MATT + para Leptospira y TR +. Un nuevo tratamiento que debe ser estudiado más profunda-mente con estudios randomizados, pero es prometedor según los resultados iniciales es el uso de desmopresina en pacientes con hemorragias pulmonares masivas, falla respiratoria, shock, y disfunción orgánica múltiple, la hemoptisis rápidamente cesó y 5 pacientes de 6 que presentaban esta cuadro se recuperaron (AJCCM Vol. 167 pp. 726-728, 2003). *Conclusión:* En nuestro país se han detectado casos aislados de Leptospirosis, es importante la epidemiología y se las zonas endémicas y la actividad de los pacientes especialmente actividades rurales, formar a los médicos de atención primaria para detectarla precozmente antes que desarrollen las formas renal o pulmonar y evitar las complicaciones, como en este caso mortales. Se debe instaurar el tratamiento con desmopresina ya que se han encontrado resultados prometedores.

## NEUMONIA NEUMOCÓCCICA BACTERIÉMICA, ESTUDIO DE 159 PACIENTES

GENTILE, JORGE; HERNANDEZ, C; SPARO, M; MERCAPIDE, M; RODRIGUEZ, E  
Hospital Santamarina - Tandil / Argentina

*Introducción:* La NNB es la enfermedad invasiva más frecuente por *S. pneumoniae* siendo su mortalidad del 20 al 50%. *Objetivos:* Conocer la frecuencia de la NNB en nuestro medio, comparar las características de sobrevivientes y fallecidos, identificar factores de riesgo *Material y métodos:* Desde enero de 1995 a diciembre de 2004, se estudiaron en forma prospectiva los pacientes adultos con NNB ingresados a nuestro hospital *Resultados:* Pacientes N= 159 masculinos =101. Incidencia= 2.1 casos/1000 admisiones. Edad media; 58 años (18-97) Tiempo entre síntomas y consulta: 3.2 días. Síntomas predominantes: fiebre 80%, tos 61% Dolor torácico 45% disnea 44% Expectoración 38%. Clínica extrapulmonar 42%. Comorbilidades más frecuentes: tabaquismo, EPOC, etilismo e Insuficiencia cardíaca. Radiología: Infiltrado lobar 60% Difuso 38% Unilateral 73% Bilateral 19%. Distribución del PSI: I 20% II 28% III 27% IV 22% V 1.8%. *Complicaciones:* Requerimiento de UTI 25% (41) Derrame pleural 19% (30), Insuficiencia respiratoria 11%, (18) Empiema 8% (13) Recurrencia (4.7%) (3). *Mortalidad:* 14%.(23 pacientes) El 65% en las 72h del ingreso. El 95% tenía comorbilidad. El 100% recibió tratamiento concordante, (4.7h) En los sobrevivientes se detectó con más frecuencia ( $p<0.05$ ); fiebre, dolor torácico e infiltrado lobar, y en los fallecidos; Comorbilidad general, Insuficiencia cardíaca, Disnea, Trastornos del sensorio, e Infiltrado difuso en Rx. Tras el análisis multivariado permanecieron la fiebre OR=0.30 y el dolor torácico OR=0.20 como síntomas protectores y la disnea OR=6.6 como agravante. El *S. pneumoniae* fue aislado de esputo (7) Líquido pleural (5) y LCR (3). Se detectaron 4 cepas (2.5%) no susceptibles a penicilina. 3 con resistencia intermedia CIM 0.48-0.96 y 1 con CIM de 2ug/ml. La totalidad de los aislamientos de los fallecidos fueron susceptibles a penicilina. 147 pacientes recibieron monoterapia y 22 tratamiento combinado. *Conclusiones:* La incidencia de NNB es 2.1/ 1000 ingresos. Las presentaciones no respiratorias son frecuentes. La presencia de disnea se asocia con mala evolución, en tanto que la fiebre y el dolor torácico pueden considerarse factores protectores. La escasa resistencia a penicilina, permite el uso de los antibióticos betalactámicos como tratamiento empírico de inicio.

## MEDICINA DEL SUEÑO

### COMUNICACIÓN ORAL

**CO6 Aula Cacheuta / lunes 10 / 14 a 16.15**

**EFFECTO DEL ENTRENAMIENTO DOMICILIARIO CON CPAP PREVIO A REALIZAR LA AUTOTITULACIÓN**

GALLEGO, CLAUDIO; DIBUR, E; DI BARTOLO, C; SALOMONE, C  
Servicio de Neumonología. Policlínico Bancario - Florida. Bs As / Argentina

Una proporción de autotitulaciones (AT) resultan inadecuadas (iAT) para establecer la presión eficaz de CPAP y deben repetirse. El estudio evalúa si el entrenamiento domiciliario con CPAP disminuye el número de iAT. Un grupo de pacientes (GC) realizó la AT luego del diagnóstico de síndrome de apnea del sueño, otro grupo (GE) la efectuó luego de usar CPAP nasal a 8 cmH<sub>2</sub>O durante 30 a 60 días. Se excluyeron aquellos con comorbilidades cardíacas, respiratorias o neuromusculares significativas. Las AT se realizaron con equipo Autoset (ResMed) el cual mide flujo nasal, esfuerzo tóraco-abdominal, SpO<sub>2</sub>, frecuencia cardíaca, posición corporal y aplanamiento de la curva inspiratoria (ACI). El equipo varía la presión de CPAP en forma automática según registre cese de flujo aéreo o ACI. La P95 corresponde a la presión que sólo es excedida en el 5% del tiempo de registro (TR) luego de excluir los periodos con fuga (F) >0.4l/s. Utilizamos 2 definiciones de AT adecuada (aAT): 1ª: TR>6h y F<0.4l/s>5h; 2ª: Índice de apneas (IA)<5/h, F<0.4l/s >=85% del TR y T90 (% del TR con SpO<sub>2</sub><90%) <= 5%. Comparando GC (20 pacientes, 2 mujeres) vs GE (20 pacientes, 1mujer), no encontramos diferencias significativas en edad (59±12 vs 62±10años), IMC (32±4 vs 32±6kg/m<sup>2</sup>), Índice de apneahipopnea (IAH) (42±22 vs 41±18/h) ni somnolencia medida por Epworth (13±5 vs 10±5). Comparando las AT (GC vs GE): IA (1.3±2 vs 0.3±0.5/h, p=0.07), IAH (8±7 vs 6±4/h, p NS), TR (6.5±1.3 vs 6.9±0.9, p NS), % de TR con F<0.4l/s (74±29 vs 88±22%, p=0.06), Epworth pre AT (13±5 vs 8±6, p <0.005), P95 (10.9±3 vs 10.2±2, p NS). La 1ª definición de aAT fue cumplida por 10 pacientes (50%) del GC y 17 (85%) del GE (p=0.04), la 2ª por 9 (45%) del GC y 16 (80%) del GE (p=0.05). **Conclusión:** En conclusión, en el grupo de pacientes estudiados el entrenamiento domiciliario previo a la AT disminuyó significativamente el número de autotitulaciones inadecuadas.

### DETECCIÓN DE SOMNOLENCIA DIURNA CON UN NUEVO TEST DE RESISTENCIA AL SUEÑO

LARRATEGUY, LD; PAIS, C; MOLINA, F; LARRATEGUY, LI  
Servicio de Neumonología Hospital San Martín Paraná - Paraná / Argentina

**Introducción:** La somnolencia diurna excesiva es un síntoma común, con una alta prevalencia del 10 al 20% de la población general. Incrementa el riesgo de accidentes de tránsito y deteriora la calidad de vida. Puede detectarse con escalas visuales o cuestionarios, siendo la escala de somnolencia de Epworth, la más conocida. Existen también test objetivos, como el test de latencias de sueño múltiples (MSLT), el test de mantenimiento de la vigilancia (MWT) y el test de OSLER (Oxford Sleep Resistance test). Estos test requieren infraestructura adecuada y personal entrenado haciendo difícil su empleo en la práctica diaria y en grandes poblaciones. **Objetivo:** Evaluar la efectividad y aplicación clínica de un nuevo test de resistencia al sueño, basado en el Test de OSLER (Bennett et al, J Sleep Res, 1997), con un equipo llamado TRES-Paraná, para el diagnóstico de somnolencia diurna excesiva. **Material y método:** Se realizó el nuevo test de resistencia al sueño a 20 pacientes, 10 (2 M y 8 H) promedio 18 en el Epworth, con diagnóstico de SAHOS grave (8), Narcolepsia (1), Síndrome de piernas inquietas grave (1) y a 10 personas normales (5 M y 5 H) sin patología del sueño conocida, con promedio 4 en el Epworth. Se utilizó un equipo portátil, con memoria, de fácil manejo, desarrollado por la empresa CARDIOCOM, que enciende una luz un segundo cada tres, dentro de anteojos oscuros, aislando el ruido ambiente con auriculares, que permite utilizarlo en cualquier lugar. El paciente debe activar un dispositivo levantando su dedo índice cada vez que ve la luz. El estudio se detiene automáticamente con un beep cuando el paciente ha cometido 7 errores o a los 20', lo que ocurra primero (Krieger et al, 2004). Se realizó una sola sesión a cada paciente entre las 8.00 y las 10.00 AM, (Mazza et al, 2002). La prueba fue realizada en diferentes ámbitos: consultorios privados y hospitalarios, salas de internación y domicilio del paciente. **Resultados:** Los pacientes con patología de sueño conocida, con Epworth > a 10, cometieron 7 errores a los 8:11 minutos promedio, mientras que todos los pacientes con Epworth normal, terminaron el estudio a los 20' sin cometer 7 errores. **Conclusión:** Obtuvimos resultados similares a los publicados con el test original. Este equipo permite realizar estudios en cualquier ámbito, sin infraestructura especial ni personal experto.

### POSTER

### PO3 Galería Auditorio / Lunes 10 / 8.30 a 12.30

#### EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA DOMICILIARIA

MONTIEL, GUILLERMO; TOLEDO, A; LOMBARDI, D; IRUSTA, J; PRADOS, N  
Terapias Médicas Domiciliarias - Capital Federal / Argentina

La asistencia respiratoria domiciliaria (ARMD) tiene por objetivos prolongar la vida, disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida. El objetivo fue evaluar la evolución de los pacientes con ARMD seguidos por nuestro equipo. Se estudiaron todos los pacientes que ingresaron a ARMD entre los meses de agosto 2003 y junio 2005. Se incluyeron 26 pacientes, 58% de sexo masculino, edad promedio 35 + 25 años. Las causas de insuficiencia respiratoria fueron neuromusculares 77%, EPOC 16% y cifoescoliosis 7%. La CVF fue 976 + 397 ml, la PiMx -44 + 13 cmH<sub>2</sub>O y la PeMx 42 + 15 cmH<sub>2</sub>O.

El tiempo de ARMD fue de 3,1 + 2,8 años (mediana 2, cuartiles 1,2 -4,75).

Los equipos utilizados fueron respiradores volumétricos 31% y BiPAP 69%. En el 58% se utilizó VNI a presión positiva.

Las horas diarias de ARM variaron entre 8 y 24 (promedio 14

+ 7 hs). La calidad de vida se evaluó de acuerdo a la actividad extradomiciliaria, tomando como parámetros de la misma tiempo de salida y tipo de tarea realizada. El 62% realizan actividad extradomiciliaria (trabajo o estudio), permaneciendo 7 + 2 hs fuera de su casa. El 65% presentó alguna complicación. Neumonía asociada al respirador en 31%, bronquitis 22%, neumonía aspirativa en 13%, infección del botón en 9%. Sólo 3 pacientes requirieron internaciones para manejo de complicaciones. La mortalidad del grupo fue 8% (2 pacientes). Dada la heterogeneidad del grupo etario, se decidió comparar las características de los pacientes pediátricos (menores a 13 años) y adultos. Se observó en los niños una mayor prevalencia de ARM invasiva (niños 83% y adultos 30%  $p < 0.02$ ). El tiempo diario de ARM fue mayor en el grupo pediátrico (21 + 7 hs vs 12 + 6 hs  $p < 0.02$ ). También se observó una tendencia en el grupo de niños a mayor mortalidad (16 vs 5%), mayor internación (16 vs 10%), menor actividad extradomiciliaria (33 vs 50%) y menor tiempo fuera del domicilio (50 vs 65%). *Conclusión:* La ARM fue efectiva con una baja morbimortalidad y baja incidencia de internaciones institucionales. Se observó que el grupo pediátrico presenta un compromiso más severo con parámetros de calidad de vida menores.

## MEDICINA OCUPACIONAL

### COMUNICACIÓN ORAL

#### CO7 Aula Horcones / lunes 10 / 14 a 16.15

#### EL TABAQUISMO ES UN FACTOR PREDISPONENTE DE DISLIPEMIA

UGO, KARINA

Hospital Militar Río Gallegos - Río Gallegos / Argentina

*Objetivos:* Determinar que la dislipemia es incrementada entre los adultos tabaquistas *Materiales y métodos:* Estudio prospectivo que incluye a 280 adultos masculinos pertenecientes a al Ejército Argentino quienes fueron sometidos al reconocimiento médico anual y se tuvo en cuenta si eran fumadores o no, edad, índice de masa corporal (IMC=peso/talla<sup>2</sup>), la ergometría, espirometría, y datos de laboratorio como colesterolemia. Todos los datos fueron evaluados por test de Fisher, chi-cuadrado y un valor de p menor de 0.01 fue considerado significativo. *Resultados:* De los 280 adultos varones evaluados, la media de la edad fue 43 años, la media del índice de masa corporal fue de 28 y la media del dopaje de colesterol en sangre fue de 214 mg/ dl. Entre los 280 adultos incluidos, 159 (57%) eran fumadores y 121 (43%) eran no fumadores. Entre los fumadores 11 tenían un IMC menor o igual a 25 y 2 (18%) tuvieron un colesterol en sangre superior a 212 mg/dl. Entre los no fumadores 5 tenían un IMC menor a 25 y el dosaje de colesterol era inferior a 212mg/dl. Entre los fumadores 96 tenían un IMC entre 26 a 28 y 40 (42%) cursaban con colesterolemia superior a 212mg/dl. Entre los no fumadores 83 tenían un IMC entre 26 y 28 y 23 (27%) cursaron con colesterolemia superior a 212mg/dl. Entre los fumadores 52 tenían un IMC superior a 28 y 31 (60%) contaban con dosaje de superior a 212 mg/dl. Entre los no fumadores 33 tenían un IMC superior a 28 y 21 (63%) con colesterolemia mayor a 212 mg/dl. *Conclusiones:* Entre adultos varones el tabaquismo incrementa la colesterolemia entre aquellos con un índice de masa corporal inferior a 28. (test de Fisher chi cuadrado 8, p menor a 0.01). Mientras que en aquellos con un índice de masa corporal mayor a 28, la colesterolemia se ve incrementada por la obesidad entre los no fumadores. (test Fisher chi-cuadrado 15,9,  $p < 0.01$ ).

#### TUBERCULOSIS EN LOS TRABAJADORES DE SALUD DE HOSPITALES ARGENTINOS, ENCUESTA ALAT

PALMERO, D; ALVAREZ, R; AMIGOT, B ; CHIRICO, C; DOVAL, A; ESTRADA, S; FEOLA, M; GAITAN, C; GONZALEZ, C; GUERRA, A; LOTERO, C; MARTINEZ, M A; NAHABEDIAN, S; ORTIZ, M C; PUTRUELE, A; WELKE, S

Asociación Latinoamericana de Tórax - CABA / Argentina

La TBC, fácilmente transmisible por vía aerógena representa un riesgo ocupacional en los trabajadores de la salud (TS), prevenible mediante medidas de control (administrativas, ambientales y protección respiratoria personal). Se diseñó una encuesta para investigar TBC en TS en Argentina y la situación de las medidas de control en el cuatrienio 2001-2004. *Resultados:* fueron encuestados 16 hospitales públicos seleccionados al azar (8 de capital y conurbano y 8 del interior del país). Respondieron 15, con un total de 15.276 TS para 3.819 camas. Fueron informados 2.295 egresos por TBC (X=573 egresos/año). En el período estudiado se diagnosticaron 68 ca-sos de TBC en TS (incidencia anual promedio: 111,3/100.000 TS) con una edad promedio de 43,5 años. La ocupación de los TS enfermos fue: 51,5 % enfermería; 16,2% profesionales no médicos y/o técnicos; 10,3% médicos; 10,3% personal de limpieza y/o mantenimiento; 8,8% administrativos y 2,9% camilleros. Presentaron localización pulmonar 95,6% de los TS enfermos; 91,2% de los casos fueron confirmados bacteriológicamente y 8,1% presentaron TBC multirresistente (M. tuberculosis resistente como mínimo a isoniacida+ rifampicina). Eran diabéticos el 11,7% y 4,4% HIV +. Se investigó la aplicación de: a) medidas administrativas: demora promedio en la baciloscopía del paciente internado (1,5 días); internación de pacientes con TBC en (según disponibilidad de camas): salas generales (4 hospitales), habitaciones individuales (8), habitaciones de aislamiento (7); control periódico de los TS (1); b) medidas ambientales (según disponibilidad de camas): ninguna (2), ventanas abiertas (7),

extracción forzada de aire (6), filtrado HEPA (3); c) uso de protección respiratoria personal: ninguna (13,3%), barbijos quirúrgicos (26,7%), filtros N-95 (60%). *Conclusión:* La incidencia anual de TBC en TS es 3,7 veces mayor que la de la población general, siendo el personal de enfermería el más afectado. La aplicación de medidas de aislamiento, ambientales y de protección respiratoria personal es variable y en algunos hospitales inexistente. Este estudio pretende servir como base para una toma de conciencia de los responsables de las políticas de salud hospitalarias sobre el problema.

## POSTER

### **PO2 Galería Auditorio / domingo 9 / 14 a 18**

#### **TUBERCULOSIS EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD**

CRAGNOLINI DE CASADO, G; CAPONE, L; AMBROGGI, M; POGGI, S; NATIELLO, M; VESCOVO, M; MOSCA, C; ABBATE, E  
Instituto .Prof. Dr. Raúl Vaccarezza..UBA - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo General:* Analizar las características epidemiológicas de los pacientes trabajadores de la salud con diagnóstico de tuberculosis.

*Material y Métodos:* Estudio retrospectivo, descriptivo. Universo: la totalidad de pacientes con diagnóstico de tuberculosis que consultaron en el servicio de consultorios externos del Instituto de Tisiopneumología .Profesor Dr. Raúl Vaccarezza .en el periodo comprendido entre el 1º de enero de 1990 y el 31 de diciembre del 2004. Análisis: revisión de historias clínicas. Periodo analizado :9167 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, 177(1.95 %) trabajadores de la salud. Edad: entre 19 y 74 años, media: 36 años.Nacionalidad: argentinos (93,8%). PPD: mayor a 10mm: 83,2%.Localización:pulmonar (81,5%),pleural (6,8 %) y ganglionar (4,4%) Formas pulmonares cavitarias: 35,7%. Confirmación bacteriológica 129 (72,8 %); 117 (90,6%) con sensibilidad a las cinco drogas principales (isoniacida, rifampicina, etambutol y estreptomycin) y 12 (9,4%) algún tipo de resistencia. De ellos 8 (66,6%) compatible con patrón de cepa Muñiz (Cepa M). Ocupación en orden de frecuencia:enfermera, médico, técnico, instrumentadora.Adhesión al tratamiento: 99,4%. *Conclusión:* El personal de Salud que asiste a pacientes con tuberculosis presenta un riesgo aumentado de infección y/o enfermedad tanto a bacilos sensibles como multirresistentes El porcentaje de enfermedad fue del 1.95% sobre el total de diagnósticos para el período en estudio. Mayor número de ca-sos del sexo femenino: 73 %. Las formas pulmonares se observaron en el 82,4 %, encontrándose formas cavitadas en el 35,7% de los pacientes lo que muestra claramente la ausencia de medidas preventivas en la vigilancia sanitaria del personal, ya que son formas graves y crónicas Casi un 10% de los pacientes con confirmación bacteriológica presentaba algún tipo de resistencia a las drogas,observándose en el 66% de los resistentes un patrón de resistencia compatible con la cepa Muñiz, lo que demuestra la transmisión nosocomial de la enfermedad.Se hace imperioso en nuestro país establecer las medidas de bioseguridad adecuadas que nos permitan prevenir el daño , el control administrativo eficiente para que ellas se cumplan y una reevaluación de la Ley de Riesgos de Trabajo que considere en todo el personal de Salud a la tuberculosis como enfermedad profesional.

## **NEUMONOLOGÍA CLÍNICA**

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO1 Aula Bustelo Norte / lunes 10 / 14 a 16.15**

##### **CAÁNCER DE TRÁQUEA**

GONZALEZ, JOSE ANTONIO; GIANNATTASIO, J; SCAFATI, M; DERQUI, R; DE SALVO, M; REY, D  
Htal. Enrique Tornu - Capital Federal / Argentina

*Caso clínico:* Paciente de sexo masculino de 63 años que consulta por tos con expectoración hemoptoica y disnea C F II de 1 mes de evolución sin fiebre ni pérdida de peso. El examen físico presentaba buen estado general con buena mecánica ventilatoria e hipoventilación generalizada y tumoración cervical pética de 4 cm. de diámetro. La Rx de Tórax mostraba ensanchamiento del mediastino superior. La biopsia de la tumoración cervical reveló infiltración en tejido conectivo de carcinoma epidermoide semidiferenciado. Bruscamente, presenta severa dificultad respiratoria con estridor que necesitó la colocación de stent traqueal. Evoluciona desfavorablemente con tiraje y obstrucción al flujo aéreo. La FBC evidenció estenosis supra stent. por crecimiento tumoral. Presentó neumonía nosocomial como intercurrentia, por lo cual requirió ARM.

*Conclusión:* La incidencia de los tumores traqueales es baja (menos del 0,1%), de los cuales el 80% son malignos. Predominan el carcinoma epidermoide y el cistodenoide siendo más frecuente en hombres con antecedentes de tabaquismo, en la 5ª.-6ª. década de la vida. Los síntomas habituales son tos, disnea, hemoptisis, disfonía, broncoespasmo y

estridor. La falla respiratoria aguda por importante obstrucción de la luz traqueal, obliga a la colocación de un stent. El diagnóstico habitualmente es tardío, dado que los síntomas no son específicos, y la Rx de Tórax puede ser normal. La presencia de hemoptisis induce a sospechar patología traqueal. Los estudios por imágenes ayudan al diagnóstico, fundamentalmente la TAC helicoidal pues detecta lesiones más pequeñas. La broncoscopia identifica lesiones extrínsecas o intrínsecas: sirve para obtener material diagnóstico y permite realizar procedimientos terapéuticos, debiéndose hacer bajo condiciones óptimas por el alto riesgo de compromiso de la vía aérea. La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo, pudiendo complementarse con quimioterapia y radioterapia. La resección endoscópica con láser es paliativa constituyendo un tratamiento definitivo en aquellos pacientes con enfermedad metastásica, contraindicaciones de cirugía y en tumores localmente invasivos. Los procedimientos con láser y/o la colocación de stent mejoran la permeabilidad de la vía aérea y permiten otros tratamientos.

#### **TROMBÓLISIS CON ACTIVADOR PLASMÁTICO DEL PLASMINÓGENO, EN UN MODELO DE TROMBOSIS DE VENA FEMORAL EN CONEJOS**

ZABERT, IGNACIO; JOISON, AGUSTIN; MUÑOZ, JUAN; LAVALLE COBO, AUGUSTO;  
ROSTAGNO, GONZALO; RUIZ NAVELLO, MATIAS; SILLEM, GUILLERMO;  
JUANEDA, RODRIGO; PETITTO, MARIANO

Universidad Católica de Córdoba - Córdoba / Argentina

*Antecedentes:* La Trombosis Venosa Profunda (TVP), es una patología altamente prevalente, de difícil diagnóstico y con graves complicaciones. En la actualidad, los objetivos del tratamiento de esta enfermedad se enfocan en conseguir el control de ésta y evitar las complicaciones tanto de la patología como de su tratamiento. *Objetivo:* Analizar los resultados obtenidos con la nueva fracción proteica con actividad fibrinolítica, en un modelo de trombosis de la vena femoral en conejos. *Material y Métodos:* El trabajo se realizó en el Laboratorio de Cirugía Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba. Es un registro prospectivo de datos, en una población de 15 conejos New Zealand. Para la formación del trombo, se aisló la vena femoral y se generó la trombosis, colocando sobre la vena un trozo de papel de filtro embebido con cloruro férrico. Se evaluó y registró seriamente el flujo venoso, tanto en la pretrombosis como a los 10, 20 y 30 minutos, mediante Eco-Doppler. Comprobada la trombosis se inició la trombolisis. *Resultados:* El grupo A, luego de la aplicación de APP, el análisis por eco-Doppler determinó la reperfusión en 15/15 animales (100%). En tanto el grupo B, que se aplicó placebo, la reperfusión fue negativa (0/4 conejos) ( $p=0.001$ ). *Conclusión:* Posterior a la inducción de la trombosis con cloruro férrico, en la vena femoral, la infusión de APP (lote A) mostró reperfusión 11/11, mientras que el resultado en la infusión de placebo (lote B) fue 0/4. El registro con doppler vascular de la trombosis y fibrinólisis resultó ser un método sensible y específico.

#### **CÁNCER DE PULMÓN. UTILIDAD DE DOS MÉTODOS NO QUIRÚRGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES CON ALTA SOSPECHA DE MALIGNIDAD**

DOUGLAS NAZARENO, NICOLÁS GUSTAVO  
Hospital E. V. Barros - La Rioja / Argentina

*Objetivo:* Identificar la utilidad diagnóstica, en nuestro medio, de procedimientos no quirúrgicos como la Broncofibroscopia (BFC) y la Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) en pacientes adultos con lesiones pulmonares sospechosas de tener un origen maligno. Describir la frecuencia y severidad de sus complicaciones. *Material y Métodos:* Se incorporaron prospectivamente, entre Febrero y Noviembre de 2004, pacientes con lesiones pulmonares radiológicas o tomográficas catalogadas como sospechosas de malignidad. Se obtuvieron un total de 22 enfermos en condiciones de ser analizados (18 hombres y 4 mujeres). Las lesiones se consideraron como sospechosas de acuerdo a criterios relacionados con los antecedentes del paciente y el aspecto morfológico de la lesión. Se seleccionaron para BFC aquellas que fueran centrales o en las que por TAC se detectara el signo del bronquio. Las que no reunían estas características fueron sometidas a PAAF. Solo se utilizó anestesia local y el material de citología fue analizado en el momento. *Resultados:* Se llegó al diagnóstico de cáncer de pulmón en 19 de los 22 pacientes. De ellos el 63% (12) fueron detectados por BFC, en tanto que por PAAF se diagnosticaron el 37% (7). No se pudo determinar la etiología en 3 pacientes pero ninguno de ellos tenía cáncer de pulmón cuando se les realizó una cirugía con fines diagnósticos. La sensibilidad calculada para la BFC fue de 92% y su especificidad de 100%. Para la PAAF la sensibilidad resultó de 100% y la especificidad de 50%. Las complicaciones se registraron en un 14% de los casos. Estos eventos fueron de resolución rápida y espontánea. Un 21% de las neoplasias fueron detectadas en etapa temprana. Las restantes pertenecían a estadios no quirúrgicos. Aquellos con enfermedad temprana fueron sometidos a cirugía y el diagnóstico fue confirmado en todos los enfermos y los que el cáncer se detectó por BFC. En los diagnosticados por PAAF la cirugía cambió el resultado (falso positivo por PAAF) en un caso. *Conclusión:* La BFC y la PAAF tuvieron un elevado rédito diagnóstico en nuestro medio basado en la selección adecuada del paciente, la realización del procedimiento por personal capacitado y del estudio histopatológico por profesionales entrenados. Resultaron, asimismo, procedimientos seguros, con complicaciones infrecuentes y de escasa severidad.

#### **VALOR PREDICTIVO DE LA MICROALBUMINURIA (MI) EN EL EPOC REAGUDIZADO**

VAZQUEZ, JORGE ALEJANDRO ; ADDUCCI, MC; GODOY MONZON, D; BRUZZESE, KE; VILAS, MF

Hospital Italiano De San Justo - Buenos Aires / Argentina

**Objetivo:** Evaluar la capacidad predictiva de la presencia de Mi en el Departamento de Emergencias (DE) en los pacientes con reagudización de EPOC. **Material y Método:** Se evaluaron todos los pacientes (p) mayo-res de 40 años con diagnóstico de EPOC que consultaron por reagudización entre Abril y agosto del 2004. los p fueron internados o dados de alta según criterios clínicos convencionales registrándose la necesidad o no de ARM y los dados de alta fueron seguidos por una semana o hasta que se debieron internar. Al momento de la 1ª consulta se tomo una muestra de orina para evaluar el nivel de Mi. Asimismo se registraron los datos demográficos, la gasometría arterial, y se confeccionó el score APACHE II. Se valoró la necesidad de internación y de ARM. El nivel de Mi fue medido como relación microalbu-minuria/creatininuria. Las diferencias entre grupos fueron valoradas con el test de diferencia de proporciones **Resultados:** Fueron analizados 128 p de los cuales 35 fueron excluidos a causa de presentar comorbilidades que podrían cursar potencialmente con proteinuria (ej: HTA, DBT, etc.). a los 93 p restantes se los dividió según el nivel de Mi fuera > a 10.0mg/mmol. Y se obtuvieron los siguientes resultados:

N: 93, edad: 73.8±3.87 hombres: 56 (60.2%), APACHE II:8.3±3.6, PaO<sub>2</sub>: 65.7±2.05, Mi/Creat: 6.5±3.1 Del total de 93p, 38 presentaron Mi> 10mg/mmol. De éstos 28 fueron internados y 21 requirieron ARM. De los 55p restantes solo 16 requirieron internación y de éstos 4 fueron respirados. Se internaron 44 p correspondiente al 47.3% de las consultas IC95%:37.1-57.4 La proporción de p internados con Mi>10 fue de 0.74 y la de p con Mi <10 fue de 0.29 test de diferencia de proporciones:0.45±0.1053. IC95%:0.243-0.656, p<0.0001 Un total de 25 p requirieron ARM. De ellos 21 p (0.84) presentaron Mi elevada. La proporción de p con Mi elevada que requirió ARM fue 0.75 y la de p con Mi normal fue de 0.25. Test de diferencia de proporciones:0.5±0.155.IC95%: 0.196-0.804 p=0.004 **Conclusión:** 1. El aumento de los valores de Mi al momento de la primer consulta por EPOC reagudizado es un buen predictor de la necesidad de internación. 2. El aumento de los niveles de Mi al ingreso se asocian con mayor necesidad de ARM y con mayor gravedad. 3. El nivel de Mi al ingreso puede diferenciar dos poblaciones con diferente evolución.

#### **VENTILACIÓN NO INVASIVA, RILUZOL Y SOBREVIDA A 5 AÑOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)**

SIVORI, MARTÍN LUIS; RODRIGUEZ, G; SICCA, R; PASCANSKY, D; SAENZ, C  
Hospital .Dr.J.Ramos Mejia. - Avellaneda, Pcia BsA / Argentina

Existen pocos estudios que reporten el impacto de la ventilación no invasiva (VNI) y el riluzol sobre la sobrevida en pacientes con ELA. **Objetivo:** Determinar la sobrevida de pacientes con ELA, y el impacto que tienen la VNI y el riluzol. **Material y Método:** 120 pacientes con ELA (definición CADITELA, El Escorial) fueron derivados por Neurología para su evaluación respiratoria (espirometría, gases en sangre, pico flujo tosido -PFT- y presiones bucales estáticas máximas), y seguidos entre Diciembre 1999 y Diciembre 2004. Fueron evaluados cada tres meses. Los criterios de indicación de riluzol y VNI fueron según normativas internacionales. Se tomaron como variables a analizar que pudieran afectar la sobrevida, el cumplimiento de la VNI y riluzol. Se utilizaron las curvas de Kaplan-Maier para el cálculo de sobrevida y prueba de comparación de proporciones, siendo estadísticamente significativa p< 0.05. **Resultados:** En 98 pacientes (82% del total) se obtuvo información de sobrevida. Al inicio del seguimiento, edad promedio fue 53.5±12.8 años; 58% sexo masculino; FVC 68.3±30.9%; PFT74.6±35.4%; PaO<sub>2</sub>:65.2±8mmHg; PaCO<sub>2</sub> 47.7±4.9 mmHg; Pemax: 66.9± 43.7 mmHg(37.2%); Pimax: 54.3±3 mmHg (52.5±27%). La media de sobrevida fue 12.2±9.4 meses, siendo la sobrevida al primer año del 78%, al segundo 51% y al tercero 34%. 46 pacientes (46.9%) les fue indicada VNI, de los cuales sólo la pudieron cumplirla, 29 (63%). La media de sobrevida fue 15.4±11.8 meses para el grupo VNI cumplida vs.9.3±6.39 meses para los que no la pudieron hacer (p< 0.05). Comparando la sobrevida, a los 18 meses, se observó diferencias significativas para el grupo VNI (55% vs. 19%, p< 0.05). 45 pacientes recibieron riluzol (sobrevida: 13.9±9.4 meses), y el resto 11±9.4 meses (p=NS), observándose diferencias a los 24 meses de tratamiento para los que recibieron riluzol (p< 0.05). Analizando ambas intervenciones asociadas vs.cada una aislada, no se observó diferencias en la sobrevida entre ellas (p=NS), y recién a los 24 meses, se observó diferencia favorable al grupo que realizó VNI aislada (p< 0.05).

**Conclusión:** Se determinó que en pacientes con ELA con marcado compromiso muscular y respiratorio inicial, sólo menos de la mitad de los indicados tiene acceso a la VNI, y que ésta mejora la sobrevida luego de los 18 meses de tratamiento.

#### **FIBROSIS QUÍSTICA EN PACIENTES ADULTOS. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN HIGA ROSSI - LA PLATA**

GRANERO, NOEMI ROSANA; HENDRIKSEN, B; SASIAIN, M; ZURITA, S; MORAN, M; IBARRA, S; PAL, A; PISTORIO, V  
HIGA Rossi - La Plata / Argentina

La siguiente comunicación propone compartir la experiencia adquirida por un Equipo Multidisciplinario constituido por: Neumólogos, Clínicos Nutricionistas, Psiquiatra, Trabajadora Social, Kinesióloga y Enfermera, desde el año 2000 hasta la actualidad. Un total de veinticinco pacientes adultos con Fibrosis Quística fueron transferidos en forma progresiva en su gran mayoría derivados después de un período de Transición mayor a un año, pautado entre el equipo pediátrico, el equipo de adultos, el paciente y su familia. Dicha derivación se estableció desde el Servicio de Neumotisiología del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, donde se constituye el Centro de Fibrosis Quística de la Provincia de Buenos Aires, hacia nuestro Servicio de Neumonología. **Objetivo:** Caracterizar dicha población de pacientes a partir del seguimiento realizado a lo largo de 5 años, en relación a Valoración de la Función Pulmonar, Estado Clínico-nutricional, Complicaciones



Digestivas, Bacteriología, Tratamiento Kinésico, Adherencia, Seguimiento Psicológico, Situación So-cio-económica y Características de la transición.

### **DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN DE PACIENTES ASMÁTICOS. SEGUIMIENTO CON REGISTRO SOBRE BASE DE DATOS POR INTERNET**

PAMPLIEGA, RICARDO MARTÍN

Pampliega Ricardo Martín - Vicente López / Argentina

*Objetivo:* Control del asma mediante tratamiento por vía inhalatoria. Medidas para facilitar su implementación. *Material y métodos:* Adaptamos normativas (GINA) a nuestra tarea diaria de atención ambulatoria (1), durante un periodo de 17 meses. Utilizamos un sistema de registro electrónico de datos conectado por internet (Sinergis)(2). Incluimos pacientes adultos ambulatorios de ambos sexos, que cumplen criterios internacionales para ser considerados asmáticos diagnosticados por el médico. Se los clasifico en asma continua moderada y grave o asma intermitente con exacerbación estacional. Según su capacidad y coordinación del flujo inspiratorio se los asigno a usar distintos dispositivos a polvo seco duales, enseñándole su uso. Se implementaron además acciones educativas. *Datos:* Se siguieron durante 17 meses 180 pacientes: 96 mujeres y 84 hombres. No tuvieron internaciones por asma. *Resultados:* Sobre la base de la información reunida clasificamos a estos pacientes según su perfil de riesgo de exacerbaciones alto o bajo (3), dándoles a los primeros un seguimiento diferencial (4). *Conclusión:* El asma correctamente diagnosticada requiere control de sus síntomas, lo cual se logra con tratamiento inhalatorio dual con polvos secos. Ello a su vez hace necesario implementar medidas que faciliten el cumplimiento de las indicaciones. En el caso de los pacientes con perfil de riesgo aumentado de exacerbaciones, resulta fundamental clasificarlos para darle un seguimiento diferente que facilite el cumplimiento del tratamiento.

### **EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MARÍA FERRER EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES VÍCTIMAS DEL INCENDIO DE CROMAÑÓN**

MORERO, J; LOMBARDI, D; RODRIGUEZ, C; DEL OLMO, R; MENGA, G; OTERO, C; TANCO, S; BILLONE, R; SCHOTTLENDER, J; BETTA PELLA, M; RODRIGUEZ MONCALVO, J; SCHIAVI, E

Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer - Buenos Aires / Argentina

En el incendio ocurrido en República Cromañón la causa principal de morbimortalidad fue la asfixia y la inhalación de humo tóxico, el cual se ha descrito que puede ser causa de daño pulmonar. En el HRRMF consultaron pacientes que presentaron síntomas posteriores a la exposición, pero que no requirieron, en su gran mayoría, internación. El objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas, radiológicas y funcionales de los pacientes expuestos, debido a la escasa información hallada en la literatura médica. Se atendieron en el Hospital 182 pacientes (68% de sexo masculino). La edad promedio fue de 22 + 6 años. El 41% refería antecedentes de tabaquismo y el 17% de asma. El 27% presentó pérdida de conocimiento y 63% salió del local sin ayuda. El 55% de los pacientes requirió atención en el Hospital durante el primer mes posterior al suceso. 38% (69 pacientes) estuvo internado. De ellos el 36% sólo requirió observación en Guardia y el 29% atención en UTI. La complicación presentada con mayor frecuencia en los pacientes internados fue la neumonía (13%). Requirieron ARM 13 pacientes. Los síntomas iniciales fueron: tos (64%) con expectoración negruzca, disnea (48%), sibilancias (13%), rinorrea (10%) e hipertermia (7%). El patrón espirométrico hallado con mayor frecuencia fue el normal (72%), mientras que el 20% presentó un patrón obstructivo y 8% restrictivo. La medición de Sat O2 fue 96,5 + 2,6%. Siendo menor a 90% sólo en 4 pacientes. Se realizó medición de COHB en 20 pacientes con una mediana de 1,2 (cuartiles 0,7 - 2,15). Se hallaron imágenes patológicas en la radiografía de tórax del 34% de los pacientes (infiltrado intersticial difuso en 50%, infiltrado alveolar localizado en 19%, infiltrado alveolar difuso en 12%) El Servicio social realizó 101 encuestas. Se halló que el 87% no presentaba en forma completa las necesidades básicas satisfechas, el 80% vivía en conurbano bonaerense, y sólo 9% presentó un nivel de contención y apoyo insuficiente. *Conclusión:* De acuerdo a la evaluación realizada la mayoría de los pacientes presentaron síntomas significativos relacionados a la exposición, a pesar de lo cual no se objetivaron alteraciones funcionales respiratorias de importancia.

### **INJURIA POR INHALACIÓN DE HUMO. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES CON SEGUIMIENTO A 6 MESES**

GOFFREDO, DIEGO H.; GIMENEZ, M; JUNEMANN, A; VUJACICH, P; GENE, R  
Hospital de Clínicas - Capital Federal / Argentina

*Objetivo:* Describir las complicaciones observadas en pacientes con injuria pulmonar por inhalación de humo. *Material y método:* Se evaluaron durante 6 meses pacientes expuestos a intoxicación con gases de combustión en lugar cerrado (Tragedia de Cromañón). Se registraron datos clínicos y valores espirométricos en todos los pacientes. Volúmenes pulmonares, DLCO, radiografía y TACAR de tórax en casos seleccionados. *Resultados:* Se evaluaron 46 de 48 pacientes, se excluyeron 2 fallecidos. Edad promedio de 22,2 años (rango 15 a 36 años). 17 internados en unidad de cuidados intensivos (UCI). 8 en clínica médica y 21 ambulatorios. En los 6 meses de seguimiento presentaron las siguientes complicaciones:  
Requirieron ARM 13 pacientes, 9 cursaron SDRA.  
Neumonía 17 episodios (33%). Todas se presentaron durante la internación. 16 (94%) episodios en los pacientes UCI. 1(6%)

en clínica médica y ninguna en ambulatorios.

Sinusitis 8 (17%) tanto en agudo como dentro del seguimiento, sin diferencias entre las poblaciones (3 UCI, 1 Clínica, 4 Ambulatorios).

Complicaciones pleurales 8 (17%). 5 derrames pleurales (4 UCI, 1 Clínica) y 3 Neumotórax por barotrauma. Una paciente que tuvo ambas complicaciones evolucionó con un empiema tabicado que requirió drenaje quirúrgico.

Atrapamiento aéreo en TACAR 5 (10%) compatible con bronquiolitis constrictiva. 4 pacientes de UCI y 1 de clínica médica.

Granulomas de la vía aérea 4 (10%). Dos pacientes requirieron resección quirúrgica, uno de ellos en dos oportunidades.

Bronquitis aguda 2 (4%). Ambos episodios luego del alta (1 UCI, 1 Clínica).

Se observaron complicaciones en 16 (94%) de los pacientes de UCI, en 2 (25%) de los pacientes de clínica y 1 (5%) de los ambulatorios.

Hubo una diferencia significativa en el desarrollo de neumonía y de atrapamiento aéreo en la TACAR en los pacientes de UCI vs el resto de los pacientes ( $p < 0,05$ ).

*Conclusión:* La mayoría de las complicaciones se presentaron cercana a la tragedia, con mayor incidencia en los pacientes de UCI. Las infecciones fueron la complicación más frecuente.

Deben tenerse en cuenta otras complicaciones menos frecuentes y poco sospechadas como la bronquiolitis constrictiva.

#### **MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA NEUMONÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

PRIETO, R; PERALTA, M; DE VEDIA, L; MARTINEZ, J; RODRIGUEZ, M; LUNA, C; MARZORATI, L ; GONZALEZ, J; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Hospital Muñiz / Argentina

Uno de los resultados más importantes evaluados en los estudios clínicos de tratamientos antibióticos en neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la mortalidad. Si bien la tasa de mortalidad total para pacientes hospitalizados con NAC es en el rango del 15 al 30 %, no todas estas muertes son relacionadas directamente al episodio de infección en sí mismo. La mortalidad atribuible a la NAC es aquella constituida por el número de pacientes que mueren como consecuencia directa de la neumonía. El objetivo de este estudio fue calcular que proporción de la mortalidad total en los pacientes hospitalizados con NAC debe considerarse como mortalidad atribuible a la NAC. Se realizó un análisis secundario de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes se ingresan en la base de datos de 10 centros participantes en Argentina. En todos los pacientes que murieron durante la internación del episodio de NAC, un análisis más exhaustivo fue realizado para definir si la muerte fue relacionada con la NAC o no relacionada con la NAC. De un total de 249 pacientes hospitalizados con NAC, 43 pacientes fallecieron durante la internación. De estos 43 pacientes, la muerte fue relacionada con el episodio de NAC en 29 pacientes, y no relacionada con la NAC en 14 pacientes, dando una mortalidad atribuible a la NAC del 67% de todas las muertes. *Conclusión:* Este estudio indica que si bien la mortalidad atribuible a la NAC fue alta, en 1 de 3 pacientes hospitalizados con NAC que mueren la muerte no está directamente relacionada con la neumonía. Cuando se evalúa la mortalidad como resultado clínico en estudios de pacientes hospitalizados con NAC, los investigadores deben presentar datos sobre la mortalidad total y también datos sobre la mortalidad que es directamente atribuida a la NAC. Cuando se evalúan los resultados clínicos en los estudios de tratamiento antibiótico en NAC, la mortalidad atribuida a la NAC debería ser preferida sobre la mortalidad total.

#### **LAS ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA NEUMONÍA SON USADAS INFRECUENTEMENTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

FIGUEROA, S; MARZORATTI, L; CORRAL, G; CORRAL, J ; MARTINEZ, J; DE VEDIA, L; RODRIGUEZ, E; VIDELA, A; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Sanatorio 9 de Julio / Bronx NY / Argentina

Debido a que los pacientes hospitalizados con neumonía de la comunidad (NAC) se consideran de alto riesgo para rehospitalización por gripe o neumonía, las guías Argentinas de NAC enfatizan las medidas de prevención. El objetivo de este estudio fue definir en que proporción de pacientes hospitalizados con NAC se cumplen las medidas de prevención sugeridas en las guías nacionales. La información fue obtenida de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes son ingresados en la base de datos de CAPO de 10 centros que participan en Argentina. Las medidas de prevención para NAC fueron evaluadas utilizando los siguientes indicadores: 1) la proporción de pacientes que recibió la vacuna anti-neumo-coccica, 2) la proporción de pacientes que recibió la vacuna antigripal, y 3) la proporción de pacientes en los cuales la educación acerca de dejar el hábito de fumar fue realizada. De un total de 109 pacientes con datos disponibles sobre vacuna antineumococcica, el cumplimiento de las guías fue documentado en 29 pacientes (27%). De 130

pacientes con datos disponibles acerca de la vacuna anti-gripal, el cumplimiento de las guías fue documentado en 62 patients (48%). De 52 pacientes con datos disponibles acerca de la educación para dejar de fumar, el cumplimiento con las guías fue documentado en 31 pacientes (60%). *Conclusión:* Este estudio indica que en un número importante de pacientes con NAC no se efectúan las medidas preventivas sugeridas en las guías nacionales. Es necesario desarrollar nuevas estrategias para mejorar la vacunación y la educación para dejar el hábito de fumar en los pacientes hospitalizados con NAC.

#### **SEVERIDAD DE LA NEUMONÍA AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

ORTIZ PONCE, M; GIACCAGLIA, V; LUNA, C; ZUCCHI, R; BENCHETRIT, G; RODRIGUEZ, M; GONZALEZ, J; DEVEDIA, L; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Hospital de Clinicas - Bronx NY / Argentina

Las guías argentinas para el manejo de pacientes hospitalizados con neumonía de la comunidad (NAC) sugieren el uso del índice de severidad de neumonía (PSI) como una herramienta para evaluar la severidad de la neumonía y para guiar al médico acerca de la necesidad de internación. Los pacientes con un bajo riesgo de clase (I and II) deben ser considerados para tratamiento ambulatorio. El objetivo de este estudio fue investigar que proporción de pacientes internados con neumonía son hospitalizados con un PSI bajo y evaluar en que proporción en ese grupo de pacientes existieron razones que justificaron la internación. Se realizó un análisis secundario de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes son ingresados en la base de datos de CAPO de 10 centros que participan en Argentina. De un total de 249 pacientes hospitalizados con NAC, 16 pacientes (6%) eran riesgo de clase I, 27 pacientes (11%) eran riesgo de clase II, 50 pacientes (20%) eran riesgo de clase III, 89 pacientes (36%) eran riesgo de clase IV, y 67 pacientes (27%) eran riesgo de clase V. De un total de 17% de pacientes internados con riesgo de clase I y II, la internación fue justificada en el 5% debido a razones sociales, en el 3% debido al tratamiento de una comorbilidad, en el 2% debido a falla del tratamiento ambulatorio, y en el 2% debido a hipoxemia. Si bien una gran cantidad de pacientes son hospitalizados con un bajo riesgo de clase para la severidad de la neumonía, la internación está justificada en la mayoría de los casos debido a factores que no están considerados al calcular el PSI. *Conclusión:* Este estudio sustenta el concepto expresado en las guías nacionales argentinas para el manejo de la NAC que dice que cuando los médicos están evaluando un paciente para definir la hospitalización, el juicio clínico debe prevalecer sobre el PSI, dado que algunos pacientes con bajo riesgo de clase se pueden beneficiar de la internación.

#### **FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

BELLANDO, G; RODRIGUEZ RUSSO, P; LIMA, S; MILLER, A; RODRIGUEZ, E; MAZORATTI, L; LUNA, C; PEYRANI, P; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Hospital Español de La Plata - Bronx NY / Argentina

El centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) ha identificado 25 factores de riesgo para tuberculosis (TB). Dado que *Mycobacterium tuberculosis* puede ser la etiología de la neumonía de la comunidad (NAC), todos los pacientes admitidos con diagnóstico de NAC y factores de riesgo para TB deben tener estudios microbiológicos para descartar TB y deben ser considerados para aislamiento respiratorio. El objetivo de este estudio fue determinar la proporción de pacientes hospitalizados con diagnóstico de NAC que tuvieron uno o más factores de riesgo para TB y determinar la incidencia de TB como la etiología de la NAC. Se realizó un análisis secundario de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes son ingresados en la base de datos de CAPO de 10 centros que participan en Argentina. Los criterios del estudio para el diagnóstico de NAC fueron la presencia de un nuevo infiltrado pulmonar (dentro de las primeras 24 hs de la internación) asociado con al menos uno de los siguientes: nueva o incrementada tos/ con o sin producción de esputo, fiebre o hipotermia, leucocitosis, desviación a la izquierda o leucopenia. Un total de 249 pacientes hospitalizados con NAC fueron estudiados. Ningún factor de riesgo para TB fue identificado en 41 pacientes (16%), 1 factor de riesgo en 106 pacientes (42%), 2 factores de riesgo en 69 pacientes (28%), 3 factores de riesgo en 22 pacientes (9%), 4 factores de riesgo en 7 pacientes (3%), y más de 4 factores de riesgo en 4 pacientes (2%). TB como la etiología de la NAC fue identificada en 2 pacientes (1% de los pacientes internados con NAC). *Conclusión:* A pesar de que al menos un factor de riesgo para TB de acuerdo con el CDC estuvo presente en el 84% de los pacientes hospitalizados con NAC, TB como la etiología de la NAC fue identificada en solo 1% de los pacientes. Este estudio indica que los actuales factores de riesgo para TB recomendados por el CDC tienen baja especificidad para predecir TB en pacientes hospitalizados con NAC. Más estudios en este tema son necesarios para identificar factores de riesgo que sean mejores predictores de TB en pacientes hospitalizados con NAC.

#### **TERAPIA SWITCH EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

CHAUMEIL, P; BUSETO, G; PIPET, D; RODRIGUEZ, M; MARTINEZ, J; VIDELA, A; GONZALEZ, G; PEYRANI, P; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Hospital Rodolfo Rossi - Bronx NY / Argentina

La terapia switch en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es definida como el pasaje de antibióticos IV

a antibióticos orales cuando el paciente alcanza la estabilidad clínica. Si bien la terapia switch esta recomendada por las guías nacionales de Argentina para el manejo de la NAC, no es claro en que magnitud la terapia switch esta siendo aplicada y cuales son los resultados clínicos en la practica diaria. En este estudio se evaluó en que proporción de pacientes hospitalizados que son candidatos para el pasaje a la vía oral la terapia switch fue efectuada, y cuales son los resultados clínicos después del switch. Se realizo un análisis secundario de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes son ingresados en la base de datos de CAPO de 10 centros que participan en Argentina. Un paciente fue considerado como un candidato para el switch cuando se cumplen los siguientes criterios: 1) mejora de la tos y falta de aire, 2) paciente afebril, 3) recuento de glóbulos blancos normalizándose, y 4) ingestión por vía oral adecuada. La terapia switch fue considerada como fallo clínico si el paciente fue reiniciado con antibióticos IV debido al deterioro del episodio original de NAC. Un total de 249 pacientes con NAC fueron evaluados. Durante los primeros 7 días de internación, 124 pacientes (50%) reunieron los criterios para el switch. Terapia switch se efectuó en 101 pacientes (81% de los candidatos). Una recaída de la NAC después del switch fue documentada en 2 pacientes (2% de fallo). *Conclusión:* Este estudio indica que la terapia switch es una modalidad aceptada en hospitales universitarios. El nivel de aceptación de la terapia switch en estas instituciones puede no reflejar lo que sucede en la práctica diaria en otros hospitales. Si bien la recaída de la NAC después de realizada la terapia switch es rara, los paciente que son rotados a antibióticos ora-les deben tener un seguimiento clínico apropiado ya que una recaída del 1 al 2 % puede ocurrir.

#### **DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNOSTICO CLÍNICO DE NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD EFECTUADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y EL DIAGNÓSTICO BASADO EN CRITERIOS OBJETIVOS: RESULTADOS DEL ESTUDIO CAPO EN ARGENTINA**

VILAS, G; DERQUI, R ; GONZALEZ, J ; RODRIGUEZ, E ; VIDELA, A; MARTINEZ, J; MARZORATI, L; LUNA, C; CHRISTENSEN, D; RAMIREZ, J  
Hospital Tornu - Bronx NY / Argentina

Es una practica común en neumonía de la comunidad (NAC) realizar estudios retrospectivos usando bases de datos de compañías de seguros. Los casos de NAC en estas bases de datos se originan de las facturas que los hospitales envían a las compañías de seguros. Un empleado del hospital extrae la información de la historia clínica y codifica al paciente como NAC si el medico tratante realizo el diagnostico clínico de NAC. En la mayoría de los estudios prospectivos de NAC, el diagnostico esta basado en criterios objetivos que requieren la presencia de un nuevo infiltrado pulmonar y otros signos y síntomas. Si existiera una discrepancia entre el diagnostico clínico y el diagnostico basado en criterios objetivos, los resultados de los estudios de NAC que utilizan bases de datos de compañías de seguro probablemente no reflejen con exactitud los resultados de pacientes con NAC. Para evaluar si existen diferencias en el diagnostico de NAC, se realizo un análisis secundario de la base de datos del estudio CAPO en Argentina. Los pacientes son ingresados en la base de datos de CAPO de 10 centros en Argentina si el diagnostico de ingreso del medico tratante es NAC. Estos mismos casos son posteriormente analizados por uno de los investigadores de CAPO para evaluar si el paciente cumple el diagnostico de NAC basado en criterios objetivos. Un total de 277 pacientes con diagnostico clínico de NAC de acuerdo con el medico tratante fueron estudiados. De estos pacientes, el diagnostico de NAC basado en criterios objetivos fue documentado en 249 casos. Una discrepancia entre el diagnostico clínico y el diagnostico basado en criterios objetivos fue documentada en 28 pacientes o el 10% de la población. *Conclusión:* Estos datos indican que las bases de datos originadas en facturas hospitalarias probablemente sobreestiman la población de pacientes hospitalizados con diagnostico de NAC. Los investigadores que utilizan bases de datos de compañías de seguros para efectuar investigación en NAC deberían hacer un esfuerzo para incorporar criterios objetivos en la definición de los casos de NAC.

#### POSTER

#### **PO1 Galería Auditorio / domingo 9 / 8.30 a 12.30**

##### **A PROPÓSITO DE UN CASO DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE**

FIGUEROA, SANDRA BEATRIZ; FERNANDEZ GOMEZ, VICTORIA ROSA  
Hospital Zenon Santillan - San Miguel De Tucuma / Argentina

La Porfiria Aguda Intermitente es un patología de origen genético que altera el metabolismo del Hem con aumento de los precursores de las porfirinas , representa una de las principales causas descriptas de fallo ventilatorio agudo de origen neuromuscular asociada a cuadriparesia aguda.Sin embargo la presentación de insuficiencia ventilatoria en el desarrollo de una cuadriparesia crónica es poco frecuente .Se describe un caso observado. Paciente de sexo femenino,40años ,con historia de paraparesia que evolucionó a cuadriparesia ,en el transcurso de 4 años ,hipotrofia muscular ,deformidades articulares de manos y pies ,múltiples internaciones por cuadros de dolor abdominal e infecciones urinarias reiteradas. HTA leve medicada con IECA, Colectectomizada. Consulta por guardia presentando dolor abdominal, disuria, polaquiuria. Se constata al ingreso: lúcida, febricular, normotensa, ruidos cardíacos normales, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, abdomen doloroso, tenso, depresible, puñopercusión positiva, puntos ureterales positivos ,extremidades :impotencia funcional que impide la marcha , sedimento urinario: piocitos abundantes.Se efectúa tratamiento con hidratación parenteral y Ciprofloxacina EV, se interna en sala de clínica médica durante una semana con mala

evolución presentando signos de insuficiencia ventilatoria aguda, que requiere internación en cuidados críticos donde se constata diaforesis, hipotensión arterial, taquicardia, taquipnea, uso de musculatura accesoria, disminución del murmullo bilateral, leucocitosis leve, gases en sangre: hipoxemia con hipocapnia, hiponatremia leve, orina colúrica. Se realiza Rx de torax normal, ECG normal EMG: polirradiculoneuropatía axonal desmielinizante, dosaje urinarios para porfirias positivos, Pimax:-18 cm H<sub>2</sub>O, Pemax + 8cm H<sub>2</sub>O, Pba de prostigmin negativa, se intenta VNI con mala tolerancia, se decide ARM modo asistido con soporte durante 28 días cursando con neumonía asociada al respirador que determina su deceso. *Conclusión:* Destacar la baja frecuencia de esta presentación y evolución clínica con cuadriparesia crónica (4 años aproximadamente) asociada a un compromiso respiratorio agudo evidente en última internación.

#### **CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR. REPORTE DE DOS CASOS**

TABAJ, GABRIELA; FERNANDEZ ACQUIER, M; ASENJO, M; ECHAGUE, M P; MALAMUD, P; CABERLOTTO, O  
Hospital Cetrangolo - Capital Federal / Argentina

El carcinoma bronquioloalveolar es una variante del adenocarcinoma de pulmón que tiende a metastaziar ampliamente a través de los pulmones, pero más raramente a distancia. En la actualidad, corresponde a un 3 a 4% de todos los casos de cáncer de pulmón NSC. *Caso 1:* Paciente masculino de 76 años con historia de TBQ (3 p/y) e HTA. Recibió múltiples esquemas antibióticos con diagnóstico presuntivo de NAC presentando radiológicamente opacidades intersticioalveolares confluentes bilaterales a predominio derecho. Evoluciona hipoxémico y poliglobúlico requiriendo hospitalización. Se le realizó FBC con BAL y BTB con resultados negativos. La HRCT demostró áreas de consolidación con broncograma aéreo en LSD y LID con zonas de vidrio esmerilado. Fue sometido a biopsia por toracotomía cuya AP confirmó la presencia de un CA bronquioloalveolar. *Caso 2:* Paciente masculino de 60 años con antecedentes de TBQ (25 p/y), carcinoma de vejiga que fue tratado por NAC con múltiples esquemas ATB. Ante la persistencia sintomática y radiológica de un infiltrado alveolar bilateral a predominio derecho se le realizó TC que revela vidrio esmerilado bilateral y consolidación en pulmón derecho. Fue solicitada FBC con BTB que no arrojó resultado alguno, siendo sometido a biopsia quirúrgica de pulmón arribando al diagnóstico de CA bronquioloalveolar. Evoluciona hipoxémico y con requerimientos permanentes de OCD. Recibió múltiples esquemas de QMT durante 3 años sin mejoría clínica o radiológica. *Conclusión:* La presencia de una neumonía que no resuelve en un paciente con historia de TBQ es rápidamente relacionada con la posibilidad de un tumor obstructivo. Sin embargo, algunas formas de CA de pulmón NSC, incluyendo el CA bronquioloalveolar, ocurren con frecuencia en no fumadores y se presentan mediante infiltrados radiológicos alveolares con marcada hipoxemia.

#### **ASPERGILOMA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

TABAJ, GABRIELA; FERNANDEZ ACQUIER, M; ASENJO, M; ECHAGÜE, P; MALAMUD, P; CABERLOTTO, O  
Hospital Cetrangolo - Capital Federal / Argentina

El aspergiloma puede definirse como una conglomeración, dentro de una cavidad pulmonar de una mezcla de hifas de aspergillus, fibrina, mucus y detritus celulares. En general los pacientes presentan una enfermedad pulmonar subyacente. *Caso 1:* Paciente masculino de 71 años, ex TBQ, TBC con secuela radiológica. Curso internación por hemoptisis leve e hipoxemia. En la radiografía se evidencio opacidad del pulmón izquierdo. Se le solicito FBC que informo árbol izquierdo dislocado y con tracciones de aspecto cicatrizal. BAL: cultivo positivo para aspergillus, ID positiva para aspergillus fumigatus. El paciente persistió hipoxémico siendo externado con oxigenoterapia domiciliaria, sin repetir episodios de sangrado a la actualidad. TC tórax con imagen intracavitaria con signo del halo. *Caso 2:* Paciente masculino de 39 años con antecedentes de TBC pulmonar que consultó por tos de 3 meses de evolución y un episodio de hemoptisis leve. La RX demostró opacidad de bordes mal definidos en vértice pulmonar derecho. La TC evidencio masa intracavitaria rodeada por un halo creciente. Se le realiza seriado de esputo que informo hifas micóticas compatibles con aspergillus. Evoluciono de manera estable sin volver a presentar hemoptisis. *Conclusión:* El micetoma se manifiesta como una masa redondeada, a veces móvil, de densidad agua, dentro de una cavidad y separada de la pared por un espacio aéreo. Generalmente, el diagnóstico se realiza cuando los hallazgos radiológicos se encuentran en un paciente con ID positiva para aspergillus. La hemoptisis es un síntoma frecuente en el aspergiloma y puede resultar fatal. El tratamiento se basa en prevenir la hemoptisis amenazante. El tratamiento definitivo del micetoma es la resección quirúrgica, sin embargo, conlleva un alto índice de morbimortalidad.

Debe reservarse para pacientes con hemoptisis severa y función pulmonar adecuada, considerarse en los pacientes con sarcoidosis, inmunocomprometidos o aquellos con altos títulos de Ig G.

#### **HEMOPTISIS MASIVA DE ORIGEN DESCONOCIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

TABAJ, GABRIELA; FERNANDEZ ACQUIER, M; ASENJO, M; ECHAGUE, M P; MALAMUD, P; GIUGNO, E  
Hospital Cetrangolo - Capital Federal / Argentina

Aunque no hay una definición generalmente aceptada del volumen sanguíneo que define una hemoptisis como masiva, hay estudios que la cuantifican desde 100 a 1000 ml por día. Como el espacio muerto anatómico es de 100 a 200 ml, una definición mas relevante de la hemoptisis masiva es aquella cuyo volumen amenaza la vida en virtud de la obstrucción de la vía aérea o mediante la pérdida de sangre. Se presenta un paciente masculino de 19 años sin antecedentes patológicos que refiere haber comenzado 15 días previos al ingreso con expectoración hemoptoica. Evoluciona con hemoptisis masiva (aproximadamente 150 ml/día) con descenso de 10 puntos del hematocrito sin descompensación hemodinámica. Como

antecedentes personales presenta historia de TBQ ocasional y consumo de cocaína inhalada intermitentemente has-ta 1 año previo a la consulta. Descartando coagulopatía, se procede a la realización de FBC sin sedación ni intubación, que no evidencio sangrado activo (restos hemáticos en LID y LM). Se lleva a cabo HRCT que muestra áreas parcheadas en vidrio esmerilado bilaterales a predominio superior sin otras alteraciones estructurales. Se realiza HIV, ANCA C Y P, FR, FAN, bacteriología y BAAR negativos. Ante la persistencia de la hemoptisis se repite la FBC inmediatamente posterior a un episodio de sangrado agudo con el hallazgo de restos hemáticos en ambos árboles bronquiales sin sangrado activo. Se realiza arteriografía pulmonar y bronquial sin evidencias de MAV con .blush. en LSD, procediéndose a la embolización del árbol derecho. Ante la persistencia de la hemoptisis se repite arteriografía bronquial a los 7 días sin hallazgos de sangrado. Se realiza embolización bilateral. Evoluciona de mane-ra favorable siendo externado sin hemoptisis, infiltrados radiológicos o hipoxemia. *Conclusión:* Cabe destacar que, aun agotando los procedimientos diagnósticos, la etiología de la hemoptisis permanece desconocida en un 5-10% de los pacientes.

#### **ENFERMEDAD INTERSTICIAL INDUCIDA POR VENLAFAXINA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

PRIETO BRANDSTAETTER, ERNESTO JORGE; NIGRO, C; KLEINERT, M; SORIA, E; ALAIS, E; DIAZ, M; BEHRMANN, E; HASNER, C; RHODIUS, E  
Hospital Alemán - Vicente López / Argentina

Paciente de sexo femenino de 58 años de edad, con antecedentes de tabaquismo pesado y síndrome depresivo severo, que consulta a la guardia por fiebre e infección del tracto respiratorio superior de 5 días de evolución. El examen físico reveló rales crepitantes bilaterales, hipertensión arterial de 160/100, sin otras alteraciones. La radiografía de tórax mostró infiltrados intersticiales bilaterales a predominio periférico. Se interpretó el cuadro como una neumonía atípica, iniciándose ceftriaxona/claritromicina EV. A pesar del tratamiento antibiótico la paciente empeoró rápidamente, debiendo ser ingresada a UTI y ventilada mecánicamente. Se realizó una tomografía de tórax que mostró enfisema centrolobulillar e infiltrados intersticiales a predominio de ambos campos medios y superiores, respetando las bases pulmonares, observándose además derrame pleural bilateral. El ecocardiograma bidimensional fue normal, descartando insuficiencia cardiaca. Se realizó una punción pleural, consta-tándose líquido con características de trasudado. Excluidas las causas infecciosas, y pensando en patología respiratoria inducida por drogas (ella tomaba venlafaxina) se iniciaron pulsos con corticoides EV, evidenciándose una mejoría significativa, pudiendo ser extubada al cuarto día. Las imágenes de tórax se normalizaron. Al día de su egreso hospitalario se realizó una pletismografía pulmonar, la cual fue normal. *Conclusión:* Dado que en nuestro medio es común la indicación de fármacos antidepresivos, es conveniente la difusión de los probables efectos que dichos fármacos pueden ocasionar, sobre todo a nivel pulmonar. La enfermedad intersticial inducida por venlafaxina es rara, reportándose pocos casos en la literatura.

#### **EOSINOFILIA PULMONAR**

GONZALEZ, JOSE ANTONIO; VILAS, G; MIRANDA, M; SCAFATI, M; DE SALVO, M; REY, D  
Hospital Enrique Tornu - Capital Federal / Argentina

*Caso Clínico:* Paciente de sexo masculino de 41 años. Presenta síndrome febril de 20 días de evolución, tos con expectoración mucopurulenta sin pérdida de peso. Se realiza Rx Tórax que evidencia infiltrados bilaterales. Se decide internación con diagnóstico presuntivo de TBC pulmonar. Baciloscopías (2) fueron negativas. Rx Tórax: infiltrados algodonosos bilaterales en campos superiores y campo medio izquierdo. Hemograma: GB 23600 / mm<sup>3</sup> Eosinófilos 54% IgE: 940.8 U (normal 0.1-200 U). Examen parasitológico directo y cultivo de materia fecal negativo. Se efectúa FBC con BAL (30 % de eosinófilos). TAC de Tórax: Múltiples focos de consolidación con infiltrado en vidrio esmerilado. bilateral con mayor compromiso del pulmón izquierdo. Inicia tratamiento con Meprednisona 60 mg diarios con muy buena evolución clínica y radiológica. Hemograma al egreso: GB: 11000 / mm<sup>3</sup> Eosinófilos 11%. El control realizado a los seis meses no evidenció alteraciones clínicas ni radiograficas, habiendo finalizado el tratamiento. *Conclusión:* Las Eosinofilias pulmonares (EP) componen un grupo heterogéneo de entidades clínicas, con incremento del número de eosinófilos en el parénquima pulmonar y / o vías aéreas, que pueden o no acompañarse de eosinofilia periférica. Las EP pueden asociarse a causas conocidas como reacciones medicamentosas, infecciones parasitarias, bacterianas, micóticas o idiopáticas las que incluyen entre otros al síndrome de Löfller, la EP crónica y la EP aguda. Tanto en la EP aguda como en la crónica, es relevante el hallazgo de eosinófilos. Acorde con Matsuse y col., el 86% de los casos presentan eosinofilia periférica, el 100 % lo hacen en el BAL y un 64% en las biopsias transbronquiales. El tratamiento corticoide es eficaz y debe mantenerse por 6 meses. El caso que se presenta se interpreta como EP aguda. Este diagnóstico se basa en: fiebre mayor a 7 días, hipoxemia, infiltrados difusos pulmonares, más de 25% de eosinófilos en el BAL, no causa infecciosa, respuesta rápida clínico-radiográfica a corticoides y no recidiva después de su suspensión

#### **PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON EPOC. COMUNICACIÓN PRELIMINAR**

GIANNATTASIO, JORGE H; DE SALVO, MARIA C; DELGADO VIZCAYA, G; MIRANDA, AM; GONZALEZ, JOSE  
A  
Hospital Tornú - Buenos Aires / Argentina

Estudiando pacientes portadores de EPOC, se trató de establecer la prevalencia de Hipertensión Pulmonar (HTP) entre ellos. Se estudiaron 60 pacientes con EPOC leve, moderado y severo (según clasificación de la American Toracic Society).

A todos ellos se le realizaron estudios de imágenes y laboratorio pulmonar completos, y no registraron durante el estudio cuadros infecciosos respiratorios, estando medicados la mayoría de ellos con corticoterapia y broncodilatadores, agregándose en muchos de ellos dieta hipohidrogenada. A todos ellos se les practicó un Ecodoppler color. **Conclusión:** Se determinó, analizando los pacientes estudiados, que el 30% de la población (n=60) presentó alteraciones ecocardiográficas compatibles con HTP, con un gradiente registrado mayor a 35 mm Hg

## **NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO A REPETICIÓN EN VARON ADOLESCENTE A PROPÓSITO DE UN CASO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

SAEZ SCHERBOVSKY, P; SCHERBOVSKY, F; GLASTEIN, T  
Pablo Saez Scherbovsky - Mendoza / Argentina

El Neumotorax Espontáneo Primario (NE 1º) ocurre preferentemente en el sexo masculino, entre los 20 y 40 años. Las bullas subpleurales serían los responsables de la mayoría de los casos. Poseen una tasa de recurrencia de hasta el 50%. **Objetivo:** Exponer una forma poco común de presentación de la Histiocitosis X. Paciente de 16 años con antec. de agenesia del hueso peroné der. que presentó NE en Pulmón Der. Tac torax: infiltrado retículo intersticial fino en LSD con Neumotórax laminar. Baciloscopia y cultivo de BAAR negativos. Cinco meses después del primer neumotórax presentó otro NE de igual localización. Se realizó biopsia pulmonar por VTC. A. Pat.: a nivel intersticial células histiocitoides que con técnicas I.H. resultaron con fuerte marcación para Ac monoclonal contra S100 y CD1a. **Diagnóstico:** Histiocitosis de langerhan. Se inició tto. con corticoides con buena respuesta y curso de la enfermedad asintomático. Un año después se realizó TAC Torax que evidenció progresión de los infiltrados intersticiales a múltiples formaciones quísticas de paredes finas en forma bilateral y difusa en ambos campos superiores. DLCO actual 149 %. **Conclusión:** La Histiocitosis X se clasifica en difusa, multifocal y localizada. La forma localizada suele presentarse en la adolescencia, afecta pulmones, huesos y ocasionalmente la piel. La presentación clínica es variada e incluso puede ser hallazgo casual en Rx tórax (36 %). Un 10-20 % de los pacientes suele debutar con NE como resultado de la ruptura de quistes subpleurales, estos suelen ser recurrentes. La evolución radiológica de las lesiones suelen ser de infiltrados intersticio reticulares a lesiones nodulares y luego transformarse en quistes de paredes finas. El diagnóstico requiere la demostración histológica de granulomas de células de Langerhans en el tejido pulmonar. La IH ayuda al diagnóstico con la demostración de Ac anti CD1a y Proteína S 100 que ponen en evidencia dichas células. La evolución es variable, en algunas series casi el 50 % presentan un curso clínico favorable y 20 % presentan un curso desfavorable con progresión a la I.R. y Cor Pulmonale. Ningún fármaco ha sido confirmado que sea útil. No hay trabajos terapéuticos doble ciego reportados. En algunas series los corticoides han mostrado mejoría radiográfica de las lesiones y actualmente se reserva para pacientes sintomáticos.

## **INJURIA POR INHALACIÓN DE HUMO. FUNCIÓN PULMONAR CON SEGUIMIENTO A 6 MESES**

GOFFREDO, DIEGO H.; GIMENEZ, M; JUNEMANN, A; VUJACICH, P  
Hospital de Clínicas - Capital Federal / Argentina

**Objetivo:** Evaluar la función pulmonar inicial y a los 6 meses en pacientes con injuria pulmonar por inhalación de humo de distinta gravedad.  
**Material y método:** Se evaluaron inicialmente y durante 6 meses pacientes expuestos a intoxicación con gases de combustión en incendio en lugar cerrado el 30/12/04 (.Tragedia Cromañón.). Se registraron datos clínicos y valores espirométricos iniciales, a los 3 y 6 meses en todos los casos. Volúmenes pulmonares, DLCO, radiografía y TACAR de tórax en casos seleccionados. Se realizó espirometría pre y post broncodilatadores a todos los pacientes en la primera evaluación. Según el patrón espirométrico se los dividió en 3 grupos: Grupo 1: espirometría normal. Grupo 2: patrón espirométrico obstructivo normal con cambios post-broncodilatadores. Grupo 3: patrón espirométrico restrictivo. A los pacientes del G2 y G3 se les realizó DLCO y TACAR con cortes en espiración. **Resultados:** Se evaluaron 46 de 48 pacientes, se excluyeron 2 fallecidos. La edad promedio fue de 22,2 años (15 a 36 años). 17 estuvieron internados en unidad de cuidados intensivos (UCI). 8 en clínica médica y 21 ambulatorios. Grupo1: 24 (52%) pacientes. Media FVC 4,48L (97%), FEV1 3,97L (101%), FEV1/FVC 89%. Grupo2: 13 (28%) pacientes. Media VEF1 3,02L (74%), 3,46L (87%) y 3,95 L (96%) inicial, a los 3 y 6 meses respectivamente. Grupo3: 9 (20%) pacientes. Media FVC 2,39L (56%), 3,70L (91%) y 3,63L (90%) inicial, a los 3 y 6 meses respectivamente. En la evaluación inicial la difusión de CO estuvo moderadamente disminuida en 17 (37%) pacientes, de los cuales 7 (42%) tenían patrón restrictivo, 5 (29%) patrón obstructivo y 5 (29%) espirometría normal. Los pacientes internados en UCI presentaron en la evaluación inicial valores significativamente menores que los restantes: FVC% 69,4 vs 93\*, FEV% 66,4 vs 94,7\* y DLCO% 61,4 vs 84,6\* (\*p<0,001). Los pacientes ventilados por más de 7 días tuvieron diferencias significativas con el resto de los internados en UCI. FVC% 53,0 vs 80,8\*, FEV1% 49,6 vs 78,2\* y DLCO% 51,4 vs 69,2\* (\*p<0,05). **Conclusión:** La injuria pulmonar por inhalación de humo produce trastornos obstructivos y restrictivos de diversa gravedad, con tendencia a la mejoría progresiva. Los pacientes más graves internados en UCI tuvieron mayor compromiso funcional.

## **ADA EN EL DIAGNOSTICO RÁPIDO DE PLEURITIS TUBERCULOSA**

CIALLELLA, L; ALVES, L; ROLDAN, N; BALDINI, M; DE STEFANO, G; SAAB, M; MUSELLA, R; ABBATE, E  
División Tisioneumonología, Hospital Francisco J. Muñiz - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** El diagnóstico del derrame pleural tuberculoso puede ser difícil debido a la baja sensibilidad y/o especificidad de los métodos tradicionales. El nivel de Adenosina Deaminasa (ADA) está incrementado en los derrames pleurales tuberculosos y ha adquirido popularidad como método diagnóstico en áreas de alta incidencia (poco invasivo y accesible).  
**Objetivos:** Demostrar importancia del ADA en líquido pleural (LP) de pacientes con sospecha de pleuritis tuberculosa (PT). Demostrar el aporte del ADA en el tratamiento precoz de la tuberculosis pleural. **Métodos:** Se incluyeron 30 pacientes con sospecha de PT que ingresaron a una sala de Tisioneumonología durante octubre de 2003 / abril de 2005. A todos se les realizó baciloscopia de esputo, HIV y toracocentesis con estudio físico-químico, ADA, bacteriológico, micológico y citológico de LP. Se realizó biopsia pleural a 24, con estudio micobacteriológico y anatomopatológico. **Resultado:** Edad promedio 27.5 años (18 a 65). Tiempo inicio de síntomas 7 a 180 días, media 41, mediana 30. Examen del LP: todos fueron exudados con predominio mononuclear con cultivos negativos para GC y micológico y negativo para células atípicas. Los valores de ADA fueron: Rango 41.4-187.6, promedio 114.48, mediana 111. 3 pacientes tuvieron HIV+, en ellos los resultados de ADA fueron 111, 120 y 59.3, promedio 96.7. Los cultivos para M. tuberculosis fueron positivos en 19 pacientes (63%). La anatomía patológica diagnosticó PT en 19/24 pacientes (79 %). Se llegó al diagnóstico por medio bacteriológico y/o anatomopatológico en el 86.5%, siendo el diagnóstico clínico 13.5%. Valor de ADA en pacientes con diagnóstico clínico 78, 66.8, 108.6, 116.6, promedio 92.5. Promedio de tiempo en la recepción de resultados: ADA 4 días, anatomía patológica 20 días, cultivo BAAR 30 días **Conclusión:** Se inició tratamiento empírico para tuberculosis en 25 pacientes (83.33%). Dadas las características clínicas y epidemiológicas, en 6 pacientes (24%) el resultado del ADA determinó el inicio rápido del tratamiento. En el resto de los pacientes, se obtuvieron resultados del ADA en el transcurso de la semana posterior al inicio del tratamiento, avalando y sustentando el tratamiento antituberculoso, potencialmente tóxicos. En los pocos pacientes HIV + del estudio los niveles de ADA fueron similares al del resto de los pacientes

#### **AMILOIDOSIS PULMONAR NODULAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

HASNER, CECILIA; PIZARRO, M; PRIETO, E; NIGRO, C; RHODIUS, E  
Hospital Alemán - Capital Federal / Argentina

La Amiloidosis Pulmonar puede ocurrir como parte de un compromiso sistémico; o como un proceso localizado limitado al pulmón. La Amiloidosis Pulmonar localizada es muy infrecuente; puede involucrar al árbol traqueo-bronquial o al parénquima pulmonar, y se subdivide en las siguientes formas: traqueobronquial, parenquimatosa nodular, parenquimatosa difusa y senil. Presentamos a un paciente varón de 76 años, tabaquista de 40 paquetes/año, que consulta por disnea CF 1, fiebre y astenia. Al examen físico: crepitanes velcro bilaterales hasta campos medios. Por laboratorio leucocitosis y gases arteriales sin hipoxemia. En la RX tórax: opacidades intersticiales reticulonodulillares bibasales, y TAC de tórax con signos de enfisema centrolobulillar, a predominio de lóbulos superiores, imágenes intersticiales micronodulillares y nodulares bilaterales de predominio bibasal, y foco de consolidación alveolar en el segmento lateral del lóbulo medio. Recibió tratamiento antibiótico con mejoría clínica y persistencia de los infiltrados radiográficos. Se realizó FBC que no mostró lesiones endoluminales, y el estudio bacteriológico del BAL fue negativo para gérmenes comunes, hongos y BAAR. El examen funcional respiratorio evidenció obstrucción leve al flujo aéreo con disminución severa de la DLCO. Se realizó biopsia pulmonar por videotoracoscofia que informó amiloidosis parenquimatosa nodular. Posteriormente se realizó ecocardiograma que fue normal; y aspirado y biopsia de médula ósea que mostraron celularidad normal, sin plasmocitosis. En el proteinograma electroforético se encontró una paraproteína de tipo monoclonal Ig G. Cabe destacar que actualmente el paciente ha abandonado el hábito tabáquico, se encuentra libre de síntomas y no ha tenido modificaciones radiográficas en los dos últimos años de seguimiento, sin haber recibido tratamiento específico para esta enfermedad. **Conclusión:** Lo novedoso de este caso, además de la baja frecuencia con que se presenta la Amiloidosis Pulmonar; es que nos encontramos ante un paciente con todas las características de la forma localizada pulmonar nodular, y que a su vez presenta elementos diagnósticos propios de la amiloidosis sistémica.

#### **NEUMONÍA EOSINOFÍLICA, A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARCHESINI, MARCELA; BOGUE, C; FARRONI, M; ARIAS, G; ISAAC, J; DONNARI, M  
Hospital Intendente Carrasco - Rosario / Argentina

Varón de 44 años, cuadro de 1 mes de evolución con Fiebre de 39 °C, disnea grado II, escasa tos productiva con abundante expectoración, sudoración vespertina y pérdida de 10 kg, en tratamiento Atb. (Clarithromicina 10 días y luego Amoxicilina/ Ac. Clavulánico) sin respuesta y broncoespasmos desde 8 meses. Niega tabaquismo, etilismo y alergia a medicamentos. Al examen: Adelgazado, febril, taquipneico, aisladas sibilancias y roncus difusos con murmullo vesicular conservado, hepatomegalia no dolorosa a 3 traveses del reborde costal; al 5º día, agrega submatidez en base de hemitórax izquierdo, con desnivel (+). Rx. de Tórax: Radioopacidades homogéneas de límites difusos, periféricas, en campo medio y superior de ambos hemitórax. Laboratorio: Leucocitosis con eosinofilia de 47%-VES101-Reumatológico s/p.-Espu-  
p/BAAR: (-). HIV(-). Micológico (-). Eosinófilos en esputo: (-). Parasitológico seriado e hisopado anal: (-). P x E:  
Hipoalbuminemia con aumento de alfa 1 y 2 globulinas. Espirometría: Restricción moderada. Ecocardiograma y ECG:  
Normales. Ecografía abdominal: Normal. BFC: Sin lesiones. BAL: BAAR, micológico y bacteriológico: (-), Citología: (-),  
abundantes eosinófilos. TAC de Tórax: Derrame pleural bilateral, múltiples áreas de infiltrados difusos bilaterales con  
neumonitis reactiva y parches en vidrio esmerilado, adenopatías mediastinales altas y derrame pericárdico. **Conclusión:**  
Ante la abundante eosinofilia en el BAL y en sangre, los infiltrados bilaterales periféricos de la placa (.en negativo al edema  
pulmonar.), los síntomas de comienzo insidioso como disnea, fiebre, pérdida de peso; se interpreta al cuadro del paciente



como una Neumonía Eosinofílica Crónica (NEC), comenzando tratamiento al 7º día de internación con 60 mg. de Prednisona/ día. La característica respuesta farmacológica inmediata de la NEC, termina de confirmar el diagnóstico. Así, se obtuvo una respuesta clínica y radiológica significativa dentro de las 48 horas. Continuó el tratamiento durante 1 año, momento en el cual se intentó el retiro corticoideo, presentándose una recaída. Al reiniciar el corticoide a las dosis de inicio, se consiguió nueva-mente la mejoría del cuadro. Actualmente el paciente se encuentra en buen estado general, con 5 mg/día de prednisona. Los controles clínicos, de laboratorio (entre los que se incluye el cortisol plasmático) y la placa de tórax son normales.

#### **COMPROMISO PULMONAR EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER**

DRAGOSKY, M; ANNETTA, I; MAYER, E  
Pcia. Bs.As. / Argentina

El compromiso pulmonar de la enfermedad de Gaucher(EG) tiene alta prevalencia de cuadros subclínicos, debido a sus síntomas poco específicos y al predominio de las manifestaciones clínicas de otras localizaciones. La (EG) se clasifica en 3 tipos que afectan al tejido pulmonar en diferentes compartimientos con su respectiva expresión clínica, radiológica y tomográfica. El objetivo del trabajo es mostrar nuestra casuística y la de otros autores y remarcar la oportunidad de realizar estudios específicos del aparato respiratorio para detectar compromiso pulmonar incipiente. De 10 pacientes adultos registrados y con (EG) confirmada, 7 fueron estudiados con espirometría y ecocardiograma. Uno presentó hipertensión pulmonar severa. Dos pacientes con espirometría que mostró obstrucción distal leve. *Conclusión:* En el estudio y seguimiento de los pacientes con (EG) deberían incluirse exámenes de función pulmonar y ecocardiograma, para la detección del compromiso pulmonar y la mejor interpretación de síntomas como disnea, mareos, fatiga, que preceden en años a la Hipertensión Pulmonar.

#### **BRONCOLITIASIS POR SILICOSIS**

ARCE, G; SCHOTTLENDER, J; GRYNBLAT, P; GALINDEZ, F; LOMBARDI, D  
Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer - Buenos Aires / Argentina

Se denomina broncolitiasis a la presencia de material calcificado u osificado dentro de la luz bronquial. Puede ocasionar obstrucción de la vía aérea como consecuencia por erosión de la pared bronquial por ganglios calcificados o por obstrucción extrínseca. La mayoría de los casos son consecuencia de enfermedades infecciosas como tuberculosis o histoplasmosis, pero han sido descritos unos pocos casos relacionados con silicosis. Se presenta un paciente de 81 años con historia de haber trabajado en arenado durante 5 años y con diagnóstico de silicosis a los 60 años. Presentaba como otros antecedentes HTA, DBT tipo2, enfermedad coronaria y valvulopatía aórtica. Consultó en noviembre del 2004 por tos persistente de 4 meses de evolución que se había intensificado en la última semana y a la que se agregó la expectoración de un material duro blancogrisáceo (cómo cáscara de huevo). La Rx de tórax mostraba calcificaciones ganglionares mediastinales, que se confirmaban en la TAC de tórax, observándose algunas imágenes cálcicas que invadían la luz bronquial. El examen funcional respiratorio objetivaba volúmenes conservados y DLCO normal. Cultivo de esputo y lavado bronquial negativos para gérmenes comunes y BAAR y citología seriada de esputo negativa. En la FBC se observó: máculas azuladas a lo largo del árbol bronquial sobre una mucosa congestiva, en cara medial y posterior de bronquio intermedio se observó formación blan-co-grisácea polilobulada, rodeada de granulomas, que reducía en un 80% la luz, tras la cual se visualiza otra similar de menor tamaño que se moviliza con los tiempos respiratorios. En el control endoscópico del mes de mayo se observa disminución de la inflamación circundante al lito y reducción del volumen del mismo por lisis espontánea (luz bronquial del 60%). Debido a que el paciente presentaba mejoría sintomática y el riesgo quirúrgico cardiológico era muy elevado no se tomó ninguna conducta terapéutica invasiva. El pronóstico en general es bueno, pero algunos pacientes pueden presentar complicaciones severas como hemóptisis, fistulas traqueoesofágicas o mediastinales. *Conclusión:* A pesar de que es una entidad rara es necesario tenerla en cuenta en los pacientes con patología predisponente para evitar las complicaciones y disponer las medidas terapéuticas adecuadas.

#### **TOXICIDAD PULMONAR AGUDA POR AMIODARONA**

CARDOZO, ROCIO PAOLA; GRANDVAL, S; MARTINEZ, P; RODRIGUEZ, D; GOFFREDO, D; LEGARRETA, G  
Hospital de Clínicas "General José de San Martín" - Capital Federal / Argentina

*Introducción:* La Amiodarona es una droga antiarrítmica conocida desde los años sesenta, pero se describió toxicidad pulmonar por este fármaco sólo en 1980. La toxicidad pulmonar ocurre con una incidencia de alrededor del 5% con tasas de casos mortales que varían del 10 al 20%. La forma aguda se da en un tercio de los pacientes. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, pueden inducir o exacerbar un síndrome de distres respiratorio del adulto, una bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa, agravar un broncoespasmo o una insuficiencia cardíaca o simular un proceso infeccioso. Su tratamiento principal consiste en suspender la droga. *Caso clínico:* Paciente de sexo femenino de 80 años con antecedente de Insuficiencia Suprarrenal Crónica en tratamiento con glucocorticoides, HTA, IAM, Fibrilación Auricular de alta respuesta ventricular por lo que 5 meses previos a la internación recibe carga de Amiodarona 750 mg IV y posterior mantenimiento 200 mg/d. Ingresó por disnea rápidamente progresiva hasta clase funcional IV y fiebre. Examen Físico: Paciente hemodinámica mente estable. Rales velcro bibasales. Edemas en miembros inferiores. Laboratorio: GB 10700 HTO 35 U 67

EAB (21%)7,48 / 38/68/20-2,3/91%. RX tórax: infiltrados alveolointersticiales bilaterales a predominio izquierdo. Estos hallazgos se confirman con TC de Tórax. Inicia tratamiento ATB con Ceftriaxona-Clartitromicina y diuréticos. Evolucionación con insuficiencia respiratoria requiere ARM e inotrópicos. Se realiza fibrobroncoscopia, sin lesión endoscópica, mucosa globalmente congestiva, con patrón citológico anormal: polimorfos/histiocitos espumosos. Cultivos del BAL y baciloscopias fueron negativas. Se decide Biopsia quirúrgica que informa Neumonitis Intersticial por Amiodarona con sectores de condensación, tejido de granulación, hiperplasia de neumonocitos y bronquialización. Coexisten infiltrados mononucleares con polimorfonucleares y macrófagos espumosos en la luz y septos alveolares. Alter-nan sectores de histoarquitectura conservada. Realiza pulsos de metilprednisolona 1 gr/d por 3 días, presenta relativa mejoría radiológica. Mala evolución, fallece en UTI. **Conclusión:** Motiva el reporte de este caso destacar la presentación clínica de la toxicidad aguda de esta droga, si bien infrecuente su potencial severidad debe considerarse a la hora de evaluar riesgo beneficio en el momento de la prescripción.

### NEUMONIA POR CUERPO EXTRAÑO

FARRONI, MIGUEL; MILICICH, G; BOGUE, C; ISAAC, J; TOLOSA, M; ECHAGUE, C  
Hospital Intendente Carrasco - Rosario / Argentina

Paciente masculino, de 64 años de edad, ex tabaquista de jerarquía, hipertenso (en tratamiento con 10 mg. de Enalapril/día), oligofrénico, que consulta por cuadro de aproximadamente un mes de evolución, el cual se inicia con tos seca y disnea de esfuerzo, esta última avanza progresivamente hasta llegar a hacerse clase funcional III, quince días después, agrega, dolor tipo .puntada de costado. localizado en hemitórax derecho, fiebre de 39°C y la tos se torna húmeda, productiva, con abundante expectoración mucopurulenta. Examen físico: Paciente taquipneico, sonoridad conservada, disminución del murmullo vesicular y rales crepitantes en campo medio de hemitórax derecho con soplo tubario en la misma localización. Laboratorio: VES 40-Hto 38-GB 11100-Plaquetas344000-Urea 41-Glicemia 128- Iono Na 131 K 3,12 EAB: Ph 7,52/pO2 76,7/ PCO2 25,4/HCO324,2/Sat 96,7. Rx. de tórax: Imagen radiodensa parahiliar derecha de forma redondeada, con límites difusos .espiculados., línea de cisuritis menor y opacidad heterogénea que impresiona irradiarse des-de la imagen parahiliar comprometiendo ambos campos, medio y superior, de hemitórax derecho. Evolución: Se inicia tratamiento para Neumonía Aguda Extrahospitalaria, previa solicitud de bacteriológicos y baciloscópicos seriados de esputo y hemocultivos, con Hidratación Parenteral, Ceftriaxona, Doxiciclina, Antitérmicos y Ranitidina; al término de 4 días de tratamiento persiste febril y agrega desorientación témporo-espacial. Se decide solicitar TAC de tórax (con turno 7 días después) y BFC, la que informa la visualización de Bronquitis Crónica y signos directos de neoplasia endobronquial. Diagnóstico broncofibroscópico: Imagen exofítica blanco amarillenta de aspecto necrótico, que obstruye casi la totalidad del orificio del bronquio del LSD, rodeada de tejido rojizo y mucosa bronquial de aspecto inflamatorio. Biopsia endobronquial: Signos de inflamación crónica con cam-bios sugestivos de origen alérgico. Lavado bronquial: Negativo para BAAR, gérmenes comunes, micológico y células neoplásicas. Cepillado bronquial: Negativo para células neoplásicas. Atendiendo a los resultados anatomopatológicos y microbiológicos negativos, junto a la franca y rápida mejoría clínica y radiológica post estudio endoscópico, en espera de la TAC de tórax, se decide realizar nueva BFC en la que se constata y se extrae cuerpo extraño: .grano de choclo.

### TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN EL SÍNDROME DE KLIPPER-TRENAUWAY-WEBER

SALVADO, A; BORSINI, E; BLASCO, MA; BOSIO, M; SMITH, R; QUADRELLI, S; CHERTCOFF, J  
Hospital Británico - Buenos Aires / Argentina

Paciente de 38 años, masculino, con antecedente de fístulas arteriovenosas localizadas en miembro inferior izquierdo (síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber)(Fig 1). Ingresa por presentar disnea clase funcional II, que progresa a III-IV. La Rx Tx fue normal, ECG con patrón S1Q3T3 y ecocardiograma (ECC) que revela agrandamiento de las cavidades derechas con movimiento paradójico del septum interventricular. El Eco doppler de MMII sin evidencia de TVP (de difícil realización dadas las fístulas). Se realizó TAC helicoidal donde se constatan múltiples trombos bilaterales (Fig.2). Comienza tratamiento con heparina endovenosa. A las 12 hs presenta descompensación hemodinámica, con hipotensión extrema, requerimiento de inotrópicos. Nuevo ECC severa dilatación de la cavidades derechas PSP: 74 Mm. de Hg. Se administran fibrinolíticos (TPA). Evolucionación estable, a los 5 días nuevo episodio de disnea súbita y broncoespasmo, se le realizó un cateterismo pulmonar (Fig. 3) con movilización mecánica de los trombos más el agregado de TPA en ramas de ambos lóbulos inferiores con disminución de la PSP ( 88/42 Mm. Hg. a 60/30 Mm. Hg.) Se colocó un filtro en vena cava inferior (Fig.4). El síndrome de Klippel Trenaunay Weber (KTWS), en un trastorno congénito, raro, de etiología desconocida, caracterizado por venas varicosas, hemangiomas cutáneos e hipertrofia de los tejidos blandos y el hueso. Descrito en 1900 hasta el momento hay menos de 1000 casos reportados. Al comenzar a deambular se desarrollan varicocidades en MMII, y malformaciones venosas que incluyen una o más extremidades, úlceras y flebitis. Las anomalías pulmonares asociadas incluyen: varicocidades de las venas pulmonares, obstrucción linfática y tromboembolismo de pulmón (TEP) en el 14 al 22 % de los enfermos con un incremento del riesgo postoperatorio de TEP de más de 10 veces. **Conclusión:** El TEP en el KTWS ha sido reportado como grave y recurrente con desarrollo de hipertensión pulmonar crónica y muerte. Es recomendado en general un tratamiento agresivo, donde la anticoagulación debe establecerse a un ran-go alto (RIN de 3 a 4), y previa cavografía para descartar aneurismas intraabdominales y circulación colateral, la colocación de un filtro en vena cava inferior. La trombolisis realizada por vía general y local no ha sido descrita en la literatura revisada.

### NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN PACIENTE IRRADIADO POR LINFOMA NO HODGKIN

BLUA, A; RUZS, C; CASAS, JP; PEREZ, J; LOPEZ, AM; PALLAZO, E

Unidad Enfermedades Respiratorias y Servicio de Oncohematología. Hospital Privado Córdoba / Argentina

El desarrollo de neumotórax espontáneo asociado a radioterapia es casualmente reportado. Generalmente es recurrente y bilateral, y se presenta en pacientes con neumonitis actínica crónica por radioterapia en manto superior indicada como parte del tratamiento del linfoma mediastinal. *Caso Clínico:* mujer de 26 años, tabaquista de 5 paq./año, con antecedentes de Linfoma No Hodgkin difuso de células gran-des B, mediastinal tipo Bulky y supracalvicular, estadio E II. Recibió tratamiento quimioterápico por 4 ciclos con remisión parcial. A los 5 meses del diagnóstico se le realizó trasplante autólogo de médula ósea, con buena evolución posterior. Se le indicó como tratamiento de consolidación radioterapia en manto superior con una dosis total de 40 Gy. Antes de la terapia radiante presentaba pruebas funcionales normales: CVF 3.67 lts (104 %), VEF1 3.07 lts (101 %) VEF1/CVF 84 %. TAC tórax a los 31 meses luego del trasplante con secuelas fibróticas paramediastínicas y engrosamiento pleural bilateral en campos superiores. Tres semanas previas a la consulta nota disnea clase funcional III, sin otros síntomas asociados. Examen: Sat O2 98 % (Fi O2 0.21). CVF 1.45 lts (38 %), VEF1 1.37 lts (45 %) VEF1/CVF 95 %. Rx de tórax con neumotórax bilateral con colapso parcial limitado de ambos lóbulos superiores. TAC de tórax: aumento volumen neumotórax derecho. Hospitalización y drenaje *Conclusión:* Además de la neumonitis actínica, el neumotórax espontáneo secundario puede ser una causa de descompensación respiratoria en paciente con enfermedades linfoproliferativas que recibieron terapia radiante.

### PRESENTACIÓN INUSUAL DE HISTIOCITOSIS PULMONAR

CIALLELLA, L; DE LA FARE, M; MARTINS, D; DARINO, S; CAPOZZI, N; GARCIA, A

Hospital Posadas - Capital Federal / Argentina

*Introducción:* La histiocitosis pulmonar es una enfermedad infrecuente en el adulto, de sospecha clínica en pacientes con disnea progresiva, neumotorax bilateral o infiltrados intersticiales con pequeños quistes aéreos a predominio apical. La sobrevida es mas corta que en la población general y la falla respiratoria es la causa más frecuente de muerte. *Caso clínico:* Paciente femenino de 29 años, con antecedentes de teratoma de ovario derecho operado en el 2001, recidiva local, tabaquismo desde año 2001 de 15 cig/día. El 20/04/05: Consulta por 72 hs de astenia, febrícula, y catarro de vía aérea superior. Inicia tto con Claritromicina 500 mg. cada 12 hs. Rx. Tx: infiltrado reiticolonodular difuso. El cuadro clínico remitió en 5 días. Exámenes complementarios: Anemia ferropénica, ERS: 55mm. Marcadores oncológicos negativos, hepatograma normal, ECA: 10UI/L. 21/04/05: TAC de tórax: infiltrados nodulilares difusos, sin compromiso mediastinal, 24/04/05: Espirometría y Difusión de CO normales 25/04/05: TAC de Abdomen y pelvis: pequeñas imágenes ovoideas de aspecto quístico en anexo derecho resto normal. Ecografía ginecológica: crecimiento de la recidiva tumoral en el anexo derecho. 27/04/05: Fibrobroncoscopia: BAL: macrófagos alveolares, citología negativa, cultivo para Koch negativo. 09/05/05: Ooforectomía derecha: teratoma quístico benigno. 02/06/05: Toracotomía derecha diagnóstica. Anatomía Patológica: Macroscopía: pleura pulmonar de 10.5 x 4 cm: serosa lisa brillante y transparente, al corte parénquima pardo rojizo y compacto. Microscopía: parénquima pulmonar con infiltrado intersticial que forman estructuras nodulares constituidos por histiocitos con citoplasma acidófilo abundantes y núcleos vesiculosos con barras e indentaciones linfoplasmocitarias y abundantes eosinófilos y fibrosis existen áreas de hemorragia y enfisema. Diagnóstico: histiocitosis de células de Langerhans. Pendiente estudios de inmunohistoquímica. A 2 meses de suspendido el consumo de tabaco se repite TAC de tórax: no progresión de los infiltrados y no presenta caída de los valores funcionales respiratorios. *Conclusión:* La histiocitosis pulmonar en nuestro medio es diagnosticada en estadios avanzados. La supresión del tabaco mejora la evolución de la enfermedad. El uso de prednisona es recomendado como tratamiento inmunosupresor.

### ESTENOSIS IDIOPÁTICA DE TRÁQUEA

MARTINEZ CORTIZAS, MA; RODRIGUEZ GIMENEZ, J; SCARIMBOLO, JJ; MASDEU, MN; YAZDE, LY  
HIGA .Pedro Fiorito.. Sanatorio Itoiz - Avellaneda- Bs. As. / Argentina

La estenosis traqueal se origina en infecciones, deformaciones cicatrizales de traumatismos cerrados o abiertos de la vía aérea, enfermedades granulomatosas, secuelas quirúrgicas por intervenciones del propio órgano o secundarias a estructuras vecinas e intubaciones de urgencia. Su mayor frecuencia de aparición se vincula con secuelas de intubación prolongada o traqueostomía, presentándose en el 5 a 20% de los pacientes con este antecedente y mortalidad cercana al 10%. Existen pacientes sin los antecedentes citados, capaces de explicar la aparición de estenosis traqueal, considerándose las por tanto como idiopáticas. Su presentación es sumamente infrecuente. *Ojetivos:* Alertar sobre la existencia de estenosis traqueal idiopática como causa de disnea obligando a diagnósticos diferenciales con otras patologías. *Material y métodos:* Se presentan dos pacientes de 35 y 61 años que consultan por disnea de esfuerzo progresiva, tos sin expectoración y estertor rudo inspiratorio, auscultable en cara anterior de cuello. Refieren un tiempo de evolución de 12 y 18 meses respectivamente, con diagnóstico de asma, tratadas sin resultado con broncodilatadores, corticoides inhalatorios y sistémicos en dosis variables. Sólo una de ellas refirió histerectomía programada, sin complicaciones, 20 años antes del inicio de la sintomatología. Se descartó la existencia de patologías, traumatismos o ARM, siendo la evaluación cardio-pulmonar, el laboratorio, las Rx tórax y senos paranasales normales. La espirometría mostró patrón obstructivo. La TAC de cuello-tórax evidenció estenosis traqueal anular, de 10 y 15 mm de extensión respectivamente, a 20mm debajo de cuerdas vocales. La endoscopia confirmó la estenosis, con reducción de la luz en un 60%, con mucosa sana. La biopsia mostró infiltración inflamatoria inespecífica con aumento del tejido fibroso. En el primer

caso se efectuó tratamiento quirúrgico con resección de la lesión. En el segundo, cortes radiados con laser y dilatación, obteniéndose sólo remisión parcial de la sintomatología. Actualmente se halla en evaluación para determinar la necesidad de resolución quirúrgica. *Conclusión:* La estenosis idiopática de tráquea es una entidad infrecuente, que debe considerarse en pacientes con disnea y estertores inspiratorios en cuello, aun en ausencia de antecedentes traumático-quirúrgicos, para indicar tratamiento adecuado y oportuno.

#### **HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. REPORTE DE UN CASO**

ASENJO, MARCELA; TABAJ, G; ECHAGUE, P; GRODNITZKY, L; GRAMBLICKA, G; GIUGNO, E  
Hospital Cetrangolo - Buenos Aires / Argentina

La hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) es una patología infrecuente caracterizada por episodios recurrentes de hemorragia alveolar difusa (HAD). Ocurre más frecuentemente en la infancia siendo extremadamente rara en la edad adulta, con una relación hombre/mujer de 2/1. Presentamos el caso de una mujer, de 42 años, no fumadora con antecedentes de anemia desde la juventud, politransfundida, que ingresa por insuficiencia respiratoria, hemóptisis leve, hipertermia y síndrome anémico. La Rx tórax y TAC mostraron infiltrado intersticioalveolar bilateral con zonas de vidrio esmerilado. Se realizó FBC que fue normal con BAL que evidenció 75% macrófagos cargados de hemosiderina con cultivos (-) para BAAR, GC, hongos, PCP. BTB (-) para células neoplásicas. Se interpreta el cuadro como HAD. La función renal, hepática y coagulación fueron normales. Serología para HIV (-), FAN (-), FR (-), C normal, ANCA-C y P (-), Coombs (-), TSH normal. EFR-defecto no obstructivo leve. CPT moderadamente disminuida. DLCO moderada a severamente disminuida, que se constató aumentada durante episodio de sangrado. Doppler cardíaco-hipertensión pulmonar leve. Sin otros hallazgos patológicos. Descartando enfermedad del colágeno asociada, vasculitis, infección, exposición a drogas o agentes tóxicos, cardiopatía, neoplasia y trastornos de la coagulación se considera HPI. Se realiza biopsia de pulmón que revela hemosiderosis pulmonar, sin hallazgos histológicos específicos como capilaritis, vasculitis, granulomas o complejos inmunes, confirmándose el diagnóstico. La paciente fue tratada con corticoides sistémicos en altas dosis durante el episodio agudo con mejoría clínica y remisión de infiltrados radiológicos. Continuando tto con prednisona en dosis decrecientes, a pesar de ello presentó 3 internaciones posteriores de características similares encontrándose bajo tto con corticoides, lo cual plantea la evolución independiente de la enfermedad con respecto a la terapéutica. *Conclusión:* La HPI es una patología de exclusión que se presenta con HAD no asociada a otra enfermedad o causa conocida. Los corticoides son útiles en los episodios agudos pero no parecen alterar la evolución de la enfermedad a largo plazo. El inconveniente reside en la tendencia de esta enfermedad a presentar remisiones parciales espontáneas y recurrencias sucesivas lo cual crea una dificultad para evaluar cualquier forma terapéutica.

#### **CRISIS MIASTÉNICA**

CORONEL, M; AVILA, J  
Hospital A. C. Padilla - Tucumán / Argentina

Miastenia Gravis (M.G.) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, que afecta la unión neuromuscular, la característica clínica que la define es la fluctuación de los síntomas. Puede presentar desde síntomas leves hasta formas generalizadas. La debilidad severa respiratoria y bulbar constituye la crisis miasténica, pudiendo requerir intubación y ventilación mecánica. *Caso clínico:* Se presenta un paciente de 32 años con diagnóstico de M.G. que inicia como M.G. ocular, posteriormente se generaliza y presenta crisis miasténica por infección respiratoria (Neumonía Adquirida en la Comunidad), con compromiso muscular respiratorio y bulbar sin debilidad de miembros. Ingresó a U.C.I. para A.R.M. permaneciendo durante 27 días durante los cuales se intentó realizar Ventilación No Invasiva sin buena respuesta debiendo ser traqueostomizado el paciente. Se realizó tratamiento con B. de piridostigmina, corticoides en altas dosis y plasmaferesis lográndose destete después de la 4ª sesión de plasmaferesis. Recuperándose el paciente dándole el alta 3 días después. *Conclusión:* Paciente con MG ocular que se generaliza presentando crisis miasténica con compromiso de músculos respiratorios y bulbares, la cual es precipitada por infección respiratoria (neumonía adquirida en la comunidad). No responde a los tratamientos con B. piridostigmina y corticoides, lográndose destete con la plasmaferesis.

#### **AMILOIDOSIS PULMONAR NODULAR MÚLTIPLE**

PROMENCIO, F; JUNEMANN, A; CARRIZO, F; BELLOTTI, M; COTONE, C; GENNARO, O; JOLLY, E; SCORZO, G  
Hospital de Clínicas José de San Martín (Promencio Federico) - Capital Federal / Argentina

El término Amiloidosis engloba un grupo de entidades clínicas caracterizadas por el depósito extracelular de proteínas de estructura fibrilar en una o varias localizaciones del organismo provocando diferentes alteraciones según la cuantía del depósito y órgano afectado. Presentamos una mujer de 81 años con antecedentes familia-res de tuberculosis. Su enfermedad actual comienza 3 meses previos a la consulta con astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada. Al examen físico como datos relevantes se apreciaba una paciente adelgazada con palidez mucocutánea. En el laboratorio se destaca: Hto: 32% Hb: 10,1% GB: 3600 células/mm<sup>3</sup> (72% neutrófilos) ERS: 47 mm/h y PT: 5,6 g/l Alb: 2,7 g/l. Estudios complementarios: Radiografía de Tórax: campos pulmonares con múltiples imágenes nodulares bilaterales y tractos fibrosos en vértice derecho. Se solicitaron procedimientos diagnósticos: TAC de Tórax mostró múltiples nódulos de contornos mal definidos y distribución heterogénea. Lesiones de tipo secular en vértice derecho. Sin adenomegalias en mediastino y

axilas. Se realizó fibrobroncoscopia sin evidencia de lesiones endoscópicas. El cultivo del lavado broncoalveolar arrojó resultado negativo para hongos, micobacterias y gérmenes comunes y en el examen anatomopatológico de la biopsia transbronquial se obtuvieron hallazgos característicos. Se definió la nueva toma de biopsia de parénquima pulmonar mediante punción con aguja fina guiada por tomografía que mostró los siguientes resultados: ausencia de células atípicas. Depósito de material amorfo que coexiste con infiltrado mononuclear. En la tinción con rojo Congo se aprecia sustancia eosinófila del tipo sustancia amiloide. Se realizó TAC de abdomen y pelvis, videoendoscopia digestiva alta y baja, mamografía que descartaron los tumores primarios más frecuentes. Se realizó PAMO con preservación de las tres series hematopoyéticas y uroproteinograma negativo. *Conclusión:* Motiva la presentación del caso clínico en primer término la rareza de dicho cuadro y en segunda instancia, un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes con imágenes nodulares pulmonares múltiples, a pesar de su baja incidencia.

#### **SÍNDROME DE KARTAGENER A PROPOSITO DE DOS CASOS**

MEDIN, M; PATTIN, A; MAGNO, S; BOTTE, G; MARTINEZ, D; LUPPI, T; PALLARES, M; PAVON, JC;  
BARRAGAN, P; ABRITTA, A  
Hospital Churrucá - Capital Federal / Argentina

El sind. de Kartagener es una enfermedad genética autosómica recesiva que aparece en 1 de cada 16000 nacidos vivos y cuyos síntomas y hallazgos clínicos resultan de la alteración del movimiento ciliar (disquinesia ciliar). La tríada característica incluye situs inversus total o parcial, bronquiectasias y sinusitis. Las manifestaciones clínicas incluyen enfermedades crónicas del aparato respiratorio superior e inferior debido al compromiso del barrido mucociliar. Tanto en hombres como mujeres se pueden presentar con infertilidad debido a la presencia de espermatozoides inmóviles y disfunción del epitelio ciliar de ambas trompas uterina. Dentro de la patología del aparato respiratorio superior: sinusitis crónica, rinitis, pólipos nasales hasta en un 30% de los casos. La otitis media serosa es común. Puede haber hipoacusia conductiva en la audiometría, como así también alteraciones renales y corneales. Las bronquitis crónicas, neumonías recurrentes y bronquiectasias son los hallazgos más frecuentes del tracto respiratorio inferior. Se presentan 2 hermanos de 21 años (mujer) y otro de 18 años (varón) con diagnóstico de síndrome de Kartagener congénito. Ambos manifiestan disnea CF II, tos y expectoración mucosa habitual. Rx de tórax: con situs inversus y bronquiectasias bilaterales. Rx de senos paranasales: sinusitis. Espirometría: con severa obstrucción. TAC de tórax: bronquiectasias quísticas bilaterales. La mujer presenta además hiperreactividad bronquial. *Conclusión:* Se presenta por ser una patología de rara observación haciendo hincapié a la baja frecuencia en hermanos y diferenciando la mínima prevalencia en nuestra población con respecto a las cifras de la literatura.

#### **UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA DE ESPUTO PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA MALIGNA PULMONAR**

DIAZ, SM; ELFFMAN, M; MIRANDA, AM  
Hospital E Tornú - Buenos Aires / Argentina

Es un hecho reconocido que la citología de esputo es una técnica no invasiva que permite detectar cáncer. Es el método más accesible para el estudio de la citología pulmonar. Nuestro objetivo es la detección de cáncer de pulmón en pacientes de riesgo (tabaquistas, EPOC, etc) en la población que se asiste en el Htal Tornú por afecciones respiratorias. En un período de 30 meses se estudiaron 392 pacientes que realizaron entre una y tres muestras de esputo, lavado o cepillado bronquial por afecciones respiratorias. De cada muestra se realizó el estudio macroscópico en frasco separado, separando zonas blanquecinas, hemáticas y mucoides para extender-los sobre portaobjetos en finas películas homogéneas. Se fijaron, procesaron y coloreados con el método de PAP y Hematoxilina-Eosina. *Conclusión:* Entre los 392 pacientes, 106 tuvieron además del estudio del esputo, citología de lavado y/o cepillado bronquial. En 35 se diagnosticó cáncer siguiendo los métodos citados. El esputo fue diagnóstico para cáncer en 18 casos y sospechoso en 5 casos. La citología de esputo debe ser una prueba rutinaria en la evaluación inicial de los pacientes fumadores con EPOC, y se debe utilizar en el seguimiento cuando se detecta anomalías citológicas. Se ha demostrado que la prevalencia de lesiones premalignas en el epitelio bronquial aumenta al disminuir la función pulmonar, y que aproximadamente la mitad de los casos con anomalías en dos años acaban siendo malignos. En nuestros casos (35 pacientes) con diagnóstico de cáncer con método citológico exclusivamente, la mitad tuvieron esputo positivo, de ellos, 6 con lavados y/o cepillados negativos y 5 mostraron signos de alarma citológica (sospechosos), que indujeron a estudios más complejos. En consecuencia, hemos observado que 23 de los 35 resultaron de utilidad clínica para definir diagnóstico o seguimiento.

#### **COMPLICACIONES RESPIRATORIAS PROVOCADAS POR INCENDIO**

DE LA CANAL, ALICIA; PRECERUTTI, J; SVETLIZA, G; DUBRA, C; RODRIGUEZ GIMENEZ, J; VIUDES, J  
Hospital Italiano - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* Las complicaciones respiratorias en el paciente quemado son con frecuencia graves y la principal causa de muerte. Se pueden encontrar lesión térmica de la vía aérea, lesión química pulmonar por tóxicos inhalados, toxicidad sistémica por la inhalación de tóxicos liberados durante la combustión o fallecimiento inmediato por asfixia. En una fase posterior aparecen complicaciones como edema pulmonar cardiogénico, tromboembolismo pulmonar, infecciones pulmonares. El objetivo es evaluar las complicaciones respiratorias presentadas por un grupo de pacientes luego de un incendio en lugar

cerrado. **Material y métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva 14 pacientes hospitalizados luego de incendio. En la guardia de adultos fueron atendidas 44 personas. 7 fallecieron. 6 internados en Terapia Intensiva y 8 en Sala de Clínica Médica. El resto fue dado de alta. **Resultados:** De los 14 pacientes fueron 7 hombres y 7 mujeres con edades que variaron entre 17 y 28 años. Ninguno presentó quemaduras en cara, sí hematomas en el cuerpo. En el 50% la Rx de tórax fue anormal. El 100% elevó la CPK, con cifras de hasta 50.000UI y leucocitosis. La COHb se observó por encima del 10% en el 60% de los casos, pero en ninguno sobrepasó el 20%. El 50% presentó acidosis metabólica. En el 100% la determinación de PaO<sub>2</sub> fue normal con Sat. de O<sub>2</sub> por debajo del 85% en todos los casos. Los 6 pacientes internados en Terapia Intensiva se encontraban en ARM. Se les efectuó fibrobroncoscopia (FBC) aspirándose gran cantidad de material negro de la vía aérea. En 2 pacientes internados en Sala se les efectuó FBC por presentar atelectasia en base izquierda. Dos lavados alveolares desarrollaron germen: Neumococo y Haemophilus influenzae. Se realizaron espirometría observándose descenso de la CV, VEF1, DLCO. Al mes se realizaron nuevas determinaciones, normalizándose estos datos en todos los casos. El 100% fue dado de alta. Se les efectuó RNM de cerebro no encontrando alteraciones. **Conclusión:** El 31% de los pacientes atendidos en guardia debió ser internado por complicaciones respiratorias; la mitad de éstos requirió asistencia respiratoria mecánica. La FBC fue un estudio de utilidad para diagnóstico de lesión de la vía aérea y terapéutica para aspiración de hollín. Los estudios de la funcionalidad respiratoria y de laboratorio permitieron evaluar la evolución de los pacientes.

### **GASTROSTOMÍA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIATRÓFICA (ELA)**

PESSOLANO, FERNANDO A; SUAREZ, AA; MONTEIRO, SG; DE VITO, EL  
Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, UBA - CABsAs / Argentina

**Objetivo:** Caracterizar la situación clínica y el estado funcional respiratorio de los pacientes con ELA en el momento de la realización de la Gastrostomía. **Materiales y Métodos:** Se presentan 18 pacientes (varones 10, mujeres 8), con diagnóstico confirmado de ELA en los que se realizó gastrostomía endoscópica percutánea (GEP, n = 16) y gastrostomía quirúrgica (GQ n=2), durante el período 1988-2004. Diez fueron de comienzo bulbar y 8 de comienzo espinal. **Resultados:** Se consignan promedio  $\pm$  DS de las siguientes variables: edad:  $51.7 \pm 14$  años, peso habitual:  $72.9 \pm 14.7$  kg, peso actual:  $61.5 \pm 15.1$  kg, Índice de masa corporal  $21.2 \pm 3.8$  Kg / m<sup>2</sup>, % de pérdida de peso:  $15.7 \pm 9.5$  %, Tiempo de evolución  $38.7 \pm 15.4$  meses, capacidad vital (CV)  $1.66 \pm 0.93$  litros ( $44.2 \pm 20.1$  %), Pimax:  $36.2 \pm 9.1$  cmH<sub>2</sub>O, Pemax:  $40.7 \pm 18.2$  cmH<sub>2</sub>O. Flujo espiratorio Pico Clásico:  $160 \pm 103$  litros / min (27 a 400), Flujo espiratorio Pico Valvulado:  $138 \pm 158$  (0 a 430), Delta Flujo espiratorio Pico  $11.5 \pm 16.6$  (0 a 29). Escala ALSFRS: salivación:  $2 \pm 1$ , deglución:  $2 \pm 1$ , lenguaje:  $1 \pm 1$  (4: normal, 0: máximo deterioro). Complicaciones: hematemesis (n1), infección local (n1), neumonía (n1 + traqueostomía en el mismo acto). **Conclusión:** Los datos presentados indican que la mayoría de nuestros pacientes llegan a la gastrostomía en forma tardía (según el consenso nacional e internacional de ELA - Escorial -se considera que la gastrostomía mejora la sobrevida cuando es efectuada con una CV > 50 %). Identificamos como causas posibles de esta demora razones médicas (neurólogo y neumonólogo que no la indican oportunamente), neumonólogo que recibe ELA avanzados y demora por parte del paciente y familia en tomar la decisión una vez planteada. Lo efectos de la gastrostomía sobre la calidad de vida no han sido sistemáticamente estudiados.

### **NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA**

FRANCOS, JOSÉ LUIS; TRONCOSO, A; GULOTTA, H; FULGENZI, A; FRIAS, A; SANTUCHO, E  
Hospital Muñiz - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** la enfermedad pulmonar eosinofílica abarca un grupo heterogéneo de patologías, algunas de ellas idiopáticas, caracterizadas por la presencia de infiltrados pulmonares visibles en la radiografía de tórax como opacidades intersticio-alveolares múltiples, de distribución irregular, con eosinofilia tisular, en el lavado bronco-alveolar (LBA) y a menudo en sangre periférica. La NEA es una entidad de reciente descripción que por sus características puede confundirse con una neumopatía aguda de la comunidad (NAC). **Caso clínico:** paciente de 35 años, sexo femenino que consulta a un Hospital del GCBA por hipertermia, 39 °C axilar, dolor torácico, tos con escasa secreción mucosa. Tiempo de evolución 6 días. RxT: opacidades intersticio-alveolares bilaterales a predominio izquierdo, leucocitosis, serología para VIH negativa. No antecedentes de asma ni de ingesta de fármacos en el último mes, diagnóstico presuntivo: NAC. Tratamiento: claritromicina, cefuroxima y levofloxacina, sucesivamente por evolución tórpida. Derivada al Htal. F.J. Muñiz, se interna con hipertermia, tos, astenia y disnea grado 2. Perfil biológico: glóbulos blancos:  $17600$  c/mm<sup>3</sup>. Eo: 49.1%. Esputo: directo para BAAR, hongos y gérmenes comunes: negativo. Posteriormente los cultivos también fueron negativos. VSG: 77 mm. Anticuerpos Antinucleares: negativo. Parasitológico de materia fecal: negativo. Espirometría: compatible con patrón restrictivo. Gases en sangre: PO<sub>2</sub> 96.6 mmHg. PCO<sub>2</sub> 26.9 mmHg. PH: 7.44. Sat: 97.8%. TAC de tórax: opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y condensación bilateral. LBA: acentuada eosinofilia 35%. Giemsa, Azul de toluidina, Kinyoun: directo negativo. Diagnóstico presuntivo: Neumonía Eosinofílica Aguda. Tratamiento: metilprednisolona 1 mg/kg/día V.O. Una semana con excelente respuesta clínica y radiológica. Posterior reducción progresiva de la dosis. **Conclusión:** la NEA, de reciente descripción y de etiología desconocida, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de NAC. Puede afectar a sujetos de cualquier edad o sexo, y suele presentarse como una enfermedad febril aguda, disnea, dolor pleurítico, infiltrados pulmonares bilaterales intersticiales y/o alveolares, leucocitosis con eosinofilia y respuesta rápida al tratamiento con glucocorticoides.

## RELACIÓN ENTRE ASMA Y OBESIDAD EN MUJERES

DE SALVO, MC; GIANNATTASIO, JH; MIRANDA, AM; GONZALEZ, JA; REY, DR; PALMEIRO, M; DELGADO VIZCARRA, G

Hospital E. Tornú - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** la prevalencia de obesidad y asma continúa en aumento, representando ambas enfermedades serios problemas de salud pública. Numerosos trabajos recientes relacionan ambas enfermedades en el sexo femenino. **Material y método:** Entre enero del 2002 y junio del 2003 se estudiaron 200 mujeres asmáticas con una media de edad de 49 años (ds: 6). Para el análisis de los datos se utilizó un modelo de regresión lineal multivariado tomando el bmi como variable dependiente. **Conclusión: Resultado:** Se detectó peso normal en un 28% de las pacientes, sobrepeso en un 30% (bmi: 26-30) y obesidad en un 42% (bmi: 31-35). Se encontró que el bmi se encuentra asociado en forma significativa con el incremento de la edad ( $p=0.5$ ), bajo nivel educativo ( $p=1.0001$ ), bajo nivel de ingreso ( $p=0.002$ ) y con el estado depresivo ( $p=0.005$ ). Los síntomas diurnos y nocturnos fueron más frecuentes en las mujeres con bmi entre 31 y 35 ( $p=0.007$ ) y registraron un porcentaje mayor de hospitalizaciones ( $p=0.0001$ ). Asimismo esto se asoció con una disminución del nivel general de calidad de vida ( $p=0.0002$ ). La obesidad en mujeres asmáticas agravaría los problemas de manejo de la enfermedad asmática en relación a aquellas mujeres con peso dentro de valores normales.

## EOSINOFILIA PULMONAR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

GIANNATTASIO, JORGE H.; DE SALVO, MC; MIRANDA, AM; BLANCO, K; DELGADO VIZCARRA, G

Hospital E. Tornú - Buenos Aires / Argentina

La eosinofilia pulmonar se encuentra frecuentemente asociado a muchas enfermedades pulmonares presentándose eosinofilia en sangre periférica y en el lavado bronquioalveolar y/o en el tejido pulmonar, pudiendo presentarse en forma aguda o crónica. Algunos presentan obstrucción en la vía aérea mientras que otros presentan un patrón restrictivo en los estudios funcionales. Cuando nos referimos a eosinofilia pulmonar, no incluimos aquellas patologías que por sí mismas tienen un patrón patológico propio, como ser la fibrosis pulmonar idiopática, histiocitosis, neumonitis intersticial, etc. Los estudios de imagen muestran en general imágenes parcheadas, bilaterales, algunas veces migratorias. Se observa que el recuento de eosinófilos hace su pico cuando las imágenes pulmonares comienzan a disminuir. Referente al tratamiento de esta patología, es imprescindible la cesación de administración de la droga que se considera causante de la misma, en caso de corresponder a una eosinofilia por drogas, o tratamiento antiparasitario, en caso de reconocerse su causa parasitaria. El tratamiento corticoideo a altas dosis acompaña los tratamientos anteriores, y se utiliza como tratamiento principal en caso de no poder individualizar causa alguna. En nuestro servicio se presentaron en un corto lapso dos casos de eosinofilia pulmonares, sin antecedentes de ingesta de dro-gas que podrían haber sido la causa de las mismas, ni tampoco se individualizó como causa la parasitación. Todo ello nos ha llevado a presentar ambos pacientes, ambos de sexo masculino, los que presentaron recuentos periféricos de eosinófilos mayores de 35%, con importante presencia de eosinófilos en el lavado bronquial (alrededor del 50% en ambos). Se estudiaron ambos pacientes con Rx de tórax y TAC de tórax, revelándose en ambos imágenes en parches, bilaterales, que retrogradaron con medicación corticoidea. **Conclusión:** Se presentaron dos casos de eosinofilia pulmonar con importante recuento eosinofílico periférico y en el LBA, en los cuales no se pudo reconocer las causas, y que retrogradaron rápidamente con tratamiento instituido (corticoides a altas dosis).

## CALIDAD DE DISPOSITIVOS INHALADORES DE DOSIS MEDIDA CON ORIGINALES (HFA134) VERSUS GENEÉRICOS (CFC)

BUSTAMANTE, LUCRECIA LORENA; LUCINI, CECILIA; REYES, MARIA S; MASPERO, JORGE F

Fundación CIDEA - Capital Federal / Argentina

**Objetivos:** 1) Determinar la variabilidad del peso de los inhaladores de dosis medida (IDM) luego de cada disparo para evaluar la calidad de los mismos; 2) Determinar el número total de dosis que libera cada inhalador; 3) Evaluar el grado de uniformidad en la diferencia del peso después de cada disparo entre los distintos IDM. **Materiales y métodos:** Se realizaron mediciones del peso de IDM llenos y luego de cada disparo hasta agotarse completamente la formulación. Se utilizó una balanza electrónica de precisión marca ACCULAB, con una sensibilidad de 1 mg, en un ambiente cerrado, a temperatura (24 °C) y presión atmosférica constantes. Se evaluaron IDM con Hidrofluoroalcano (HFA) versus tricloromonofluorometano-diclorodifluorometano como propelente. El peso promedio se calculó en base a el número de dosis según el prospecto. Interpretamos como disparos fallidos aquellos que sobrepasan  $\pm 10\%$  de la dosis esperada, evaluándolos en 100 disparos al azar. Los resultados fueron: salbutamol CFC teniendo establecidas 250 dosis (según prospecto) fueron emitidas 279 con 45 dosis fallidas, salbutamol HFA teniendo establecidas 200 dosis fueron emitidas 230 con 2 dosis fallidas, fluticasona 125 salmeterol CFC teniendo establecidas 150 dosis fueron emitidas 202 con 67 dosis fallidas, fluticasona 125 salmeterol HFA teniendo establecidas 120 fueron emitidas 164 con 2 dosis fallidas, fluticasona 250 salmeterol CFC teniendo establecidas 150 fueron emitidas 194 con 33 dosis fallidas, fluticasona 250 salmeterol HFA teniendo establecidas 120 fueron emitidas 158 con 3 dosis fallidas. **Conclusión:** 1) Dentro de las dosis según prospecto, se registró mayor estabilidad en los pesos de las dosis de los dispositivos originales que mantuvieron el peso por dosis indicado. En los genéricos este último no se mantenía e incluso luego de las dosis esperables continuaban disparando con valores anárquicos. 2) Todos los IDM dispararon mayor cantidad de dosis que las declaradas en la etiqueta del producto. 3) La cantidad de dosis fallidas fue mayor en los IDM genéricos. Se requieren estudios de bioequivalencia terapéutica para determinar si las diferencias de calidad que hallamos entre los dispositivos se traducen en menor eficacia clínica y riesgo para el control del asma de los

pacientes.

### **HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA A PROPÓSITO DE UN CASO**

VAZQUEZ DE ARGIRO, N; GONZALEZ, F; NAVAL, N; FABIO, S; GIANFRANCISCO, V; AMAYA, R; ALASCIO, M; POLONSKI, A; BUSTAMANTE, B

Hosp. Padilla Serv. Clínica Medica. Servicio de Neumonología -Tucumán / Argentina

Paciente de 42 años, femenina, que ingresa el día 28/06/05, cursando IC descompensada por infección respiratoria baja. Entre sus antecedentes patológicos, hipertensa medicada con acenocumarol y amlodipina, dx de SAF hace 12 años con 3 episodios confirmados de TEP, 2 abortos de primer trimestre. Al ingreso refería oliguria, coluria, nicturia, hipocolia, proctorragia e insomnio. Al examen físico se observa lesión vasculítica en dorso de nariz, palma de ambas manos y falanges distales. Ingurgitación yugular bilateral sin colapso inspiratorio. Aparato respiratorio FR 24 x' SO<sub>2</sub> 66%; excursión de bases disminuida, se auscultaban rales crepitantes hasta 2/3 de ACP. En aparato CV se palpa choque de punta en 5° y 6° EII por fuera de la LMC, amplio, Dressler (+) se palpa latido de la pulmonar; ambos ruidos presentes, con R2 hiperfonético, auscultándose un soplo pansistólico de insuficiencia tricuspídea, cliq sistólico de la pulmonar, soplo de insuficiencia pulmonar.

TA 110/90 FC 98x'.

En abdomen onda ascítica (+) circulación colateral ascendente.

En periné se observan hemorroides grado III. En MI se destaca edema blando Godet (+) bilateral hasta 2/3.

-ECG: Ritmo sinusal FC 88x' eje +120°; P: 0,08"-PR: 0,20"-QRS: 0,12" rS DI aVL .q. DIII aVF ST rectificado. Progresión temprana de las R (Sobrecarga de VD, BRD). -RX Tórax: Velamiento del seno costofrénico izq, cardiomegalia; agrandamiento del cono de la pulmonar. -Lab inmunológico: C3 95 mg/dl C4 9 mg/dl; FAN (-) Anti DNA (-). -Ecocardiograma que informa: Cav ventricular de diámetros normales .Movimiento paradójal del SIV. Cavidades derechas de diámetros severamente aumentados con disfunción moderada a severa del VD. VCI y suprahepáticas dilatadas, sin colapso respiratorio (PAD estimada de 20 mmHg). Derrame pericárdico moderado. Doppler: IT severa con gradiente AD/VD de 42.2 mmHg. Gradiente bajo por disfunción ventricular. Insuf pulmonar moderada, con tiempo al pico pulmonar de 0,5 seg. -Eco abdominal: Hígado con ecoestructura discretamente no homogénea. Resto s/p. -Espirometría: incapacidad ventilatoria restrictiva leve. -TAC helicoidal de tórax: dilatación de la arteria pulmonar (40mm) circulación colateral e inversión de flujo al sistema ácidos. Sin alteraciones endovasculares.

## **NEUMONOLOGÍA CRÍTICA**

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO6 Aula Cacheuta / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **UTILIZACIÓN DE PEEP EXTRÍNSECA EN PACIENTES EPOC EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN MODO CONTROL**

VECCHIO, J; INSAURRALDE, P

Unidad de Terapia Intensiva Adulto.Hospital Zonal Trelew, Dr. Adolfo Margara -Trelew / Argentina

*Introducción:* La Utilización de la PEEP Extrínseca (PE) en Pacientes EPOC en Asistencia ventilatoria Parcial a un nivel inferior al de la autopeep medida resulta beneficioso al disminuir el esfuerzo respiratorio del paciente, pero es incierto el uso de la PE en Asistencia Ventilatoria controlada en el que se busca el reposo de los músculos respiratorios. *Objetivo:* Evaluar la Utilización de PEEP extrínseca en Pacientes EPOC en Asistencia Respiratoria Mecánica en modo Controlada. *Material y Método:* Estudio Prospectivo, observacional en una muestra de 5 pacientes EPOC, masculinos, edad promedio 59,4 (rango 52 - 71), en el periodo comprendido entre 01/03/03 al 30/06/05, que fueron ventilados en Modo Volumen Controlado, con escala de sedoanalgesia de Ramsey 6, previa medida del Autopeep, se evaluó en dos tiempos, considerándose el tiempo 0, al nivel basal de ventilación sin PE y tiempo 1, a aquel en el cual el incremento de la PE. generó aumento del nivel de Presión Meseta, tomando esta como punto de corte, se realizó gasometría arterial, consignando los valores de Resistencia Espiratoria, (RE). Resistencia Inspiratoria, (RI). Compliance Estática, (Cest). Compliance Dinámica, (Cdyn). Pco<sub>2</sub>, Pco<sub>2</sub>et, Gradiente pco<sub>2</sub>- pco<sub>2</sub>et, Presión Pico, (PP) en ambos tiempos. *Resultado:* Del análisis comparativo entre el tiempo 0 y el tiempo 1, en la gasometría arterial se advierte una disminución de la Pco<sub>2</sub> promedio de 7mmHg. (rango 6-8). disminución de la Pco<sub>2</sub>et de 7,5 (rango 4-12), como así también del gradiente Pco<sub>2</sub>Pco<sub>2</sub>et. en 1,6 (rango 1-3). De las Variables consignadas se observa, disminución de la RE promedio en 7.4 cmh<sub>2</sub>o/l/s. (rango 5-12), disminución de la RI promedio de 1cmh<sub>2</sub>o/l/s. (rango 0-2), disminución de la Cest en 0.6 ml/cmh<sub>2</sub>o. (rango 0-2), e incremento de la Cdyn 5.6 ml/cmh<sub>2</sub>o. (rango 4-6), sin modificación de la PP. *Conclusión:* La utilización de PE en pacientes EPOC durante la Ventilación Mecánica



Controlada, en la Muestra estudiada parecería generar algún beneficio en la disminución de la Resistencia Espiratoria y mejoría del Intercambio gaseoso de Pco<sub>2</sub>, de Pco<sub>2</sub>eT y del Gradiente Pco<sub>2</sub> . Pco<sub>2</sub>eT.

### **ANÁLISIS DE LA REINHALACIÓN DE CO<sub>2</sub> EN DIFERENTES DISPOSITIVOS ESPIRATORIOS UTILIZADOS EN VENTILACIÓN NO INVASIVA. ESTUDIO PILOTO EN SUJETOS SANOS**

SAMOLSKI, D; SALORD, N; VIGIL, L; ANTON, A; CASAN, P; GUELL, R  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau - Barcelona / España

*Introducción:* La mayoría de los respiradores portátiles utilizados en ventilación no invasiva (VNI) pueden presentar un efecto indeseable denominado reinhalación de CO<sub>2</sub>. consecuencia al uso de tubuladuras de rama única. Dicho fenómeno depende del equipo utilizado, de los niveles de presión administrados y de los dispositivos de fuga controlada o espiración que formen parte del sistema ventilatorio. Se ha demostrado que el uso de dispositivos espiratorios específicos (DEE) colocados en el circuito evita este efecto adverso pero no dispone-mos de estudios que hayan evaluado la eficacia de las nuevas máscaras con orificios de fuga controlada (OFC) incluidos en las mismas para evitar la reinhalación. *Objetivos:* evaluar la capacidad de las mascarillas con OFC para evitar dicho fenómeno y cuantificar el nivel de presión espiratoria (EPAP) necesaria para cumplir tal función. *Método:* Se estudiaron 5 individuos voluntarios sanos. Se evaluaron dos mascarillas nasales de VNI con OFC distintos (UltraMirage y Mirage, ResMed, Australia) y una con DEE (Mirage sin fuga, ResMed, Australia y válvula antirreinhalación, Respironics, USA). Utilizando un respirador en modo bi-presión (VPAP III, ResMed, Australia) se efectuaron períodos de VNI con presión inspiratoria fija (IPAP) de 14 cmH<sub>2</sub>O y EPAP que varió desde 4 a 10 cmH<sub>2</sub>O. Se analizó en forma continua la fracción inspirada de CO<sub>2</sub> a través de una sonda colocada en la propia máscara. *Resultados:* La reinhalación de CO<sub>2</sub> fue nula con todas las mascarillas empleadas y sus correspondientes dispositivos espiratorios, sea cual fuere la EPAP utilizada. (Fig.1) *Conclusión:* En sujetos sanos, la VNI con mascarillas nasales con OFC no produce reinhalación de CO<sub>2</sub>. Deberá evaluarse dicho efecto en pacientes con insuficiencia respiratoria hipercápnica.

### **FRACCIÓN INSPIRADA DE OXÍGENO (FIO<sub>2</sub>) OBTENIDA CON UN RESPIRADOR PORTÁTIL DE VENTILACIÓN NO INVASIVA. FACTORES DETERMINANTES**

SAMOLSKI, D; GUELL, R; SANZ, F; GINER, J; CASAN, P; ANTON, A  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau - Barcelona / España

*Introducción:* La ventilación no invasiva (VNI) es un método de soporte ventilatorio efectivo en situaciones de insuficiencia respiratoria aguda y crónica. La administración de presión positiva continua (CPAP) también puede ser útil en el tratamiento de pacientes hipoxémicos. En ambos sistemas es habitualmente necesaria la administración de oxígeno suplementario. Se desconoce cuál es la FIO<sub>2</sub> exacta generada por un respirador portátil de VNI. El objetivo principal de este trabajo es conocer la FIO<sub>2</sub> máxima que puede ser alcanzada por estos respiradores, así como también deseamos evaluar cuales son sus factores determinantes. *Método:* Se evaluaron 10 voluntarios sanos. Se utilizó un respirador BiPAP ST30 (Respironics, USA) con tubuladura de rama única y válvula espiratoria (Respironics, USA) y una mascarilla nasal (Respi-ronics USA). Se administró oxígeno (flujo 15 l/min) en 2 puntos distintos de conexión: uno situado próximo al respirador (conexión proximal) y uno en la propia máscara (conexión distal). En forma randomizada y cruzada, cada voluntario fue sometido a una sesión de VNI en modo bipresión (presión inspiratoria 20 cmH<sub>2</sub>O y espiratoria de 8 cmH<sub>2</sub>O) y de CPAP (10 cmH<sub>2</sub>O). La FIO<sub>2</sub> fue analizada con un sensor conectado en la propia máscara. El volumen minuto ventilatorio (VM) fue cuantificado con un neumotacógrafo conectado entre la máscara y el puerto espiratorio. *Resultados:* La FIO<sub>2</sub> máxima alcanzada con este sistema fue obtenida utilizando CPAP y conexión distal de oxígeno (67.39 +/- 15.39%) (p < 0.01) (Fig.1). La VNI alcanzó mayor VM que la CPAP (p < 0.01) (Fig. 2). La FIO<sub>2</sub> obtenida fue inversamente proporcional al VM (R<sup>2</sup> = 0.4046). *Conclusión:* La FIO<sub>2</sub> obtenida utilizando un respirador portátil de VNI depende del modo de asistencia ventilatoria, del punto de conexión del oxígeno suplementario y del VM alcanzado. Estos valores de FIO<sub>2</sub> pueden no ser suficientes para el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica moderada a severa.

### **EVALUACIÓN PRE TRANSPLANTE EN SALUD MENTAL**

WOITES, MARÍA MERCEDES; FARCHETTO, SANDRA MARCELA

Hosp. Interzonal Especializado en enfermedades agudas y crónicas .San Juan de Dios de La Plata. - La Plata / Argentina

*Objetivo Principal:* Explicar por que es importante la evaluación psicológica para los pacientes que van a ser incluidos en lista de espera para trasplante cardiopulmonar o pulmonar, teniendo en cuenta los criterios de evaluación del Area de Salud Mental en relación a los aspectos psíquicos del paciente. *Objetivo secundario:* Explicar cómo se realiza la evaluación pre trasplante según los requisitos del protocolo establecido por el CUCAIBA. *Resúmen:* Nos desempeñamos en un Hospital Especializado en Enfermedades Respiratorias, Infecciosas y Cardiológicas, donde, entre otras actividades, realizamos evaluaciones pre trasplante cardíaco y pulmonar por derivación del CUCAIBA. El equipo de evaluación está conformado por los Servicios de Cardiología, Neumonología, Servicio Social y Salud Mental, con el apoyo de los demás Servicios del Hospital. Nos interesa dar cuenta que la evaluación del Área de Salud Mental está dirigida a observar los

recursos psíquicos con los que cuenta el paciente para enfrentar el impacto que produce en lo psíquico la resolución de una patología orgánica de estas características. Cabe destacar que esa resolución puede no ser el trasplante sino otro tipo de tratamiento médico. No solo desde la evaluación del Equipo de Trasplante sino teniendo en cuenta el deseo del paciente. Quién decide entonces? *Conclusión:* La experiencia nos lleva a concluir que la evaluación psicológica de estos pacientes hace incapié en su particularidad y subjetividad. Si bien la ciencia determina cual es la mejor forma de vida del paciente desde lo orgánico, es el sujeto quien elige como seguir viviendo en respuesta a su propio deseo. Es allí dónde nuestro quehacer sirve para clarificar, simbolizar y vehicular ese deseo.

### **EL TABAQUISMO INCREMENTA EL REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA ENTRE LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA**

UGO, KARINA; GAMBINO, F; CASTRO, M; SEGOVIA, H; RAPISARDA, S  
Hospital Regional Río Gallegos - Río Gallegos / Argentina

*Objetivo:* Demostrar que el tabaquismo incrementa el requerimiento y el tiempo de asistencia respiratoria mecánica entre los pacientes internados en Terapia Intensiva. *Materiales y métodos:* Estudio prospectivo comparativo que incluye a 550 pacientes internados en Terapia Intensiva, 295 pacientes fueron internados en la UTI del Hospital Militar Central (Capital Federal) y 255 pacientes internados en la UTI del Hospital Regional Río Gallegos (Santa Cruz). A todos los pacientes se tuvo en cuenta diagnóstico de ingreso, gravedad, si era fumador o no, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) tiempo de ARM, evolución. Todos los datos fueron evaluados por test de Fisher, regresión lineal y un valor de p menor a 0.01 fue considerado significativo. *Resultados:* De los 550 pacientes internados en ambas terapias intensivas, 10 (2%) eran no fumadores. Entre los 540 pacientes fumadores, 169 (31%) ingresaron a UTI por diagnóstico quirúrgico (en el postoperatorio inmediato), de los cuales 60 (35,5%) requirieron asistencia respiratoria mecánica. Entre los fumadores 73 (13,5%) ingresaron por insuficiencia respiratoria y 33 (45%) requirieron ARM. Se internaron 72 (13%) pacientes fumadores por patología cardiovascular y 36 (50%) requirieron ARM. 225 (41,6%) pacientes fumadores fueron internados por otras causas clínicas (ACV isquémico, insuficiencia hepato renal, sepsis etc) entre los cuales 106 (47%) requirieron ventilación mecánica. Entre los no fumadores ninguno requirió asistencia respiratoria mecánica y ninguno falleció. La media del tiempo de permanencia de ventilación mecánica entre los fumadores fue de 2 días (SD= 4). Entre los 540 fumadores fallecieron 106 (19%), entre los cuales todos requirieron ventilación mecánica. Entre los 235 (43,5%) pacientes fumadores que requirieron ventilación mecánica, 128 (54%) permanecieron en ARM por más de 2 días y fallecieron 69 (54%). Entre los 107 (47,5%) fumadores que permanecieron por menos de 2 días en asistencia, fallecieron 53 (49,5%). *Conclusiones:* El tabaquismo incrementa el requerimiento de ARM entre los pacientes fumadores internados en Terapia Intensiva independientemente el diagnóstico de ingreso permaneciendo conectados a ventilación mecánica por un tiempo medio de 2 días. (chi-cuadrado 173, p menor a 0.01).

### **HIGIENE ORAL CON PH ALCALINO COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIO, DOBLE CIEGO, PLACEBOCONTROL**

RIOS, F; LOIACONO, F; DALDIN, J; AGUILAR, L; MASKIN, B  
Hospital Prof. A Posadas - Ramos Mejia / Argentina

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es una infección común en los pacientes tratados con ventilación mecánica (VM), La colonización orofaríngea por patógenos nosocomiales es fundamental en la patogénesis de la NAV, en nuestra unidad la tasa histórica es de 30 NAV por mil días de VM. Creemos que la higiene oral con ph alcalino (en la práctica se usa bicarbonato), puede disminuir la incidencia de NAV al afectar la colonización orofaríngea. *Objetivo:* Evaluar el impacto de la higiene oral con PH alcalino 3 veces/día como método de prevención de NAV. *Objetivos secundarios:* diferencias de incidencia de NAV tardías o tempranas entre los grupos o en distribución de micro-organismos.

*Métodos:* Estudio prospectivo aleatorio, doble ciego, placebo-control, realizado en una UTI médico-quirúrgica Los pacientes fueron divididos en forma aleatoria en dos grupos. Uno de ellos recibió higiene con gel con PH 8.5 El otro grupo recibió placebo (gel PH 7). *Criterios de inclusión:* Todos los pacientes ingresados a la UTI que requirieran VM, en los cuales se estimó una necesidad de VM no inferior a las 72 horas. *Resultados:* durante 8 meses ( ingresan a UTI 286 pacientes) fueron incluidos 140 pacientes ( 71 grupo tratamiento y 69 grupo placebo). Edad  $69 \pm 16$  vs  $71 \pm 16$ , Apache II  $19 \pm 6$  vs  $20 \pm 5$ , Días de VM 10 (5-24) vs 9 (5-17), Días de UTI 12 (7-29) vs 11 (7-20), Días de internación Hospital 13 (6-36) vs 14 (8-39), Mortalidad 34% vs 38 %, NAV (episodios) 32 vs 34, NAV por 1000 días de vm 21 vs 24 p=NS. NAV Gram negativos 58% vs 60% p=NS, Gram positivos 42% vs 32% p=NS, germen solo sensibles a colistin 12% vs 17% p=NS, SAMR 24% vs 19% p=NS, NAV tardías 70% vs 72%, NAV tempranas 30% vs 28% p=NS. *Conclusión:* La higiene orofaríngea con gel ph alcalino no disminuye la incidencia de NAV respecto del placebo. aunque se observó una tendencia a una menor incidencia de NAV en el grupo que recibió higiene con PH alcalino. La implementación del protocolo redujo la incidencia de NAV en ambos grupos respecto de la tasa histórica, lo que sugiere que la higiene sistemática buco-faríngea aplicada tres veces al día, puede reducir la incidencia de NAV. Es necesario evaluar el efecto de la higiene oral sobre la incidencia de NAV en un estudio futuro.

### **EXPERIENCIA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS**

CHIAPPORI STUCKE, RODOLFO GUILLERMO; BELLUSCI, J; BUSTOS, L; MANCEDO, D; STUCKERT, N  
Chiappori Stucke Rodolfo Guillermo - Posadas / Argentina

*Antecedentes:* La ventilación no invasiva (VNI) es un método de abordaje terapéutico que cuenta con numerosos adeptos dada la experiencia clínica desarrollada hasta el momento. Este so-orte ventilatorio suministrado sin el uso del tubo endotraqueal, incluye CPAP, con o sin soporte de presión inspiratoria, sistemas ciclados por presión y/o volumen, ventilación proporcional asistida, todo esto enriquecido con oxígeno. El objetivo terapéutico principal de la ventilación no invasiva es evitar la intubación endotraqueal, disminuyendo el trabajo respiratorio, bajando la frecuencia respiratoria, revertiendo la sensación de disnea logrando confort del paciente y mejorando el intercambio gaseoso. *Objetivos:* 1) Desarrollar experiencia y capacitar recurso hu-mano en VNI. 2) Aplicar protocolo de VNI sugerido por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). 3) Disminuir la ARM convencional. *Material y método:* Se seleccionó a los pacientes según el protocolo de inclusión/exclusión de la SATI. Se aplicó CPAP o BiPAP y se evaluó al paciente según planilla de monitoreo desarrollada por nosotros, controlando las variables que indiquen la eventual exclusión. Se continuó con VNI hasta mejoría clínica y gasométrica. Se utilizaron equipos de asistencia respiratoria mecánica no invasiva que cuentan con la posibilidad de programar diferentes modos ventilatorios y monitorear flujo, volumen, relación I:E, frecuencia respiratoria y saturometría. Definimos fracaso a la suspensión de la VNI y la necesidad de ventilación convencional. Período de estudio: de Enero a Diciembre del año 2004. Tipos de respiradores: 1) KS 335 2) BiPAP Vision 3) BiPAP BREASS *Resultados:* N° de pacientes: 31; sexo: Fem.11 Masc.20; APACHE promedio 18; Edad promedio: 63 años; Patología quirúrgica 1; Patología Clínica: 30 (neutropenia febril, EPOC reagudizado, insuficiencia cardíaca); N° de fracasos: 9 (neutropenia febril, EPOC reagudizada); N° de éxitos: 22; Mo-dos ventilatorios empleados: CPAP y BiPAP. *Conclusión:* Si bien nuestra experiencia no nos permite obtener resultados estadísticamente significativos, la misma se correlaciona con la de otros centros, en los que la VNI reduce la frecuencia de intubación endotraqueal.

## POSTER

### **PO4 Galería Auditorio / Lunes 10 / 14 a 18**

#### **ANÁLISIS COMPARATIVO DE COSTOS ENTRE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIA**

CHIAPPORI STUCKE, RODOLFO GUILLERMO; STUCKERT, N; BELLUSCI, J  
Chiappori Stucke, Rodolfo Guillermo - Posadas / Argentina

*Antecedentes:* El empleo de las unidades de terapia intensiva para la atención de pacientes que requieren un nivel de cuidado intermedio aumenta el gasto hospitalario o sanatorial. La implementación de unidades de cuidados respiratorios intermedios respiratorios disminuye dicho gasto. El objetivo de este trabajo fue el realizar un análisis comparativo de costos entre la Unidad de Terapia Intensiva y la Unidad de Cuidados Respiratorios. *Material y método:* Se realizó el trabajo en un sanatorio privado de la ciudad de Posadas, durante un periodo de tiempo de 6 meses teniendo en cuenta el gasto de personal, insumos y medicamentos de ambas unidades. Se realizó la comparación teniendo en cuenta el costo por día por paciente. *Conclusión:* Concluimos que el beneficio económico que implican estas unidades de cuidados intermedios permiten la reducción de costos en las instituciones sanitarias.

#### **EMBOLIA PULMONAR POR SILICONA**

SAGARDÍA, JUDITH; GANDO, S; LOIACONO, F; MASKIN, B  
Hospital Profesor Alejandro Posadas - Capital Federal / Argentina

La silicona líquida (SL) es un polímero inerte que se utiliza en forma ilegal para aumentar el tamaño de las mamas y con otros fines estéticos. Luego de la inyección de este material pueden presentarse complicaciones graves. Reportamos el caso de una paciente que desarrolló hemorragia pulmonar y fallo orgánico múltiple. Mujer de 29 años consultó por tos, fiebre y dolor en hipocondrio derecho de 4 días de evolución; y disnea y hemoptisis 24 h. previas a su internación. La paciente se había inyectado silicona 250 cc en cada mama. En el examen físico presentaba taquipnea con voz entrecortada, taquicardia, 37 °C Temp. y sin anomalías en el examen neurológico. Laboratorio: EAB (FIO2 100%) 7,35-26-73-14,1- -8,9-93,2%, BilT 1,7 mg/dl, TGO 114 U/L, TGP 167 U/L y caída del hematocrito de 7 puntos en 24 horas (35 % - 28 %). APACHE II 22 y SOFA 8. Radiografía de tórax: infiltrado intersticioalveolar bilateral a predominio de bases y campo medio. ECG: sobrecarga de cavidades derechas. La paciente evolucionó rápidamente con falla ventilatoria requiriendo intubación orotraqueal y ARM evidenciándose salida de abundante sangre por el tubo. Citológico: células bronquiales, escasos macrófagos. Se interpretó como hemorragia alveolar.

La ventilación mecánica fue muy dificultosa requiriendo PEEP 14-16 cmH2O y FIO2 de 100%. Compliance estática 26 ml/cmH2O- Espacio muerto 50% -Shunt estimado 38%. Evolucionó desfavorablemente con shock que requirió dosis elevadas de inotrópicos, anuria, falla hepática (KPTT 44 seg., TP 26,1 seg., Bil T 5,1, TGO 1822, TGP 2995), plaquetopenia y síndrome de distrés respiratorio agudo falleciendo 48 h. posteriores al ingreso con un APACHE II 32, SOFA 14. *Conclusión:* La complicación más grave de la inyección de SL es la embolia. A nivel pulmonar se observa neumonitis, congestión, hemorragia y daño alveolar difuso. La citología muestra predominio de leucocitos PMN con partículas pleomórficas citoplasmáticas (mic.elect.). Clínicamente se distinguen dos síndromes, neurológico y respiratorio. En este último la mortalidad fue del 7 % (27 casos reportados). Las causas de muerte fueron por complicaciones infecciosas. En el sme neurológico la mortalidad fue del 100% (6 casos). Los hallazgos clínicos de nuestra paciente coinciden con los publicados

La causa de muerte fue por hemorragia pulmonar masiva y fallo multiorgánico, hechos no descriptos previamente en la literatura.

#### **MICROALBUMINURIA (MI) EN EL EPOC REAGUDIZADO CON O SIN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA)**

VAZQUEZ, JORGE ALEJANDRO; ADDUCCI, MC; GODOY MONZON, D; PAVETO, R; VILAS, MF  
Hospital Italiano de San Justo - Buenos Aires / Argentina

*Antecedentes:* La reagudización de la EPOC es uno de los trastornos de más frecuente observación en los Departamentos de Emergencia (DE). El mismo varía en su gravedad desde trastornos banales a cuadros de insuficiencia respiratoria aguda que requieren del uso de ARM. La disfunción y/o daño del endotelio vascular es uno de los procesos que subyacen a este trastorno y la posibilidad de su diagnóstico temprano podría mejorar la clasificación de éstos pacientes. La microalbuminuria (Mi) es un, cada vez mas, reconocido marcador de dicha disfunción. *Objetivo:* Comparar los niveles de Mi aislada en p que ingresan con EPOC reagudizado con o sin IRA. *Material y Método:* Se realizo un estudio observacional, prospectivo y transversal donde se evaluaron los pacientes (p) mayores de 40 años con diagnostico de EPOC que consultaron por reagudización entre Abril y agosto del 2004. Al momento de la 1º consulta se tomo una muestra de orina aislada para evaluar el nivel de Mi medido por turbidimetria. Asimismo se registraron los datos demográficos (sexo y edad), el informe de la radiografía de tórax, la gasometría arterial, y se confeccionó el score APACHE II.. Se dividieron a los pacientes en 2 grupos de acuerdo al nivel de PaO2 tomando como punto de corte el valor de 60 mm de Hg. Y se analizo las diferencias en el valor de Mi. Se llevo a cabo el análisis estadístico mediante el test t de Student para muestras no apareadas. *Resultados:* Fueron analizados 128 p de los cuales 35 fueron excluidos a causa de presentar comorbilidades que podrían cursar potencialmente con proteinuria (ej: HTA, DBT, etc.). Los datos de los 93 p restantes son: Edad: 73.8±3.87, Hombres: 56 (60.2%), APACHE II: 8.3±3.6, PaO2: 65.7±6.05, Mi/ Creat: 6.5±3.1. Hipoxémicos: 38p Edad: 72.5±4.8, APACHE 16.5±4.1, PaO2: 50.2±3.4 Mi/creat: 18.4±5.4 Normoxémicos: 55p Edad: 74.6±4.3, APACHE: 4.3±1.5, PaO2: 72.2±2.5 Mi/creat: 4.2±2.1 El test t de Student para APACHE, PaO2, y Mi/creat es significativo para un error tipo I de 0.05 *Conclusión:* 1. La Mi aumenta significativamente en los pacientes con IRA con respecto a los p normoxémicos. 2. La Mi se asocia con una mayor gravedad de presentación en la reagudización de EPOC.

#### **EXPERIENCIA DE UN NUEVO SERVICIO DE LIBERACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA**

DIAZ, JUAN; FRIAS, JUAN; BENITEZ ARUAJO, ESTANISLAO; BESSI, MARCO; GALINDEZ, FERNANDO  
Bs As / Argentina

Se presenta la experiencia inicial de un Programa de Retiro de Ventilación Mecánica (VM) inaugurado en mayo de 2004. Desde ese mes hasta julio de 2005 ingresaron al Servicio 11 pacientes (6 varones) derivados de distintas Unidades de Cuidados Intensivos, debido a su dificultad para el retiro de la VM, con los diagnósticos de Deterioro neurológico (4 ptes), EPOC reagudizado (3 ptes), Insuficiencia Cardíaca (2 ptes), y post Traumatismo (2 ptes). La edad de ingreso fue de 62.91±17.2 (x±SD). Los días de VM previos al ingreso al programa fueron 56±17. Tres pacientes ingresaron con Modalidad Presión de Soporte, ocho con Ventilación Controlada por Volumen. A todos los pacientes se les realizó una prueba de tolerancia al Tubo en T con O2 a 2L/min. Luego de 20 minutos se les realizó la medición inicial, obteniendo los siguientes resultados.

Item FR FR/VT VT VE Ti Ti/TOT VT/Ti PI PIMáx PI/PIMáx ITT

28,09 116,98 0,32 8,36 0,72 0,43 0,42 -7,55 -37,18 0,25 0,10 SD 5,5 79,8 0,1 2,6 0,1 0,1 0,3 2,9 16,1 0,2 0,1

Siete pacientes tuvieron intercurencias (3 neumonías intrahospitalarias, 2 shock sépticos, 2 insuficiencias cardíacas). Los 2 pacientes que tuvieron IC ingresaron a VM por ese motivo antes de ingresar al Programa. Los dos pacientes que tuvieron shock séptico murieron. El resto fue retirado exitosamente de la VM luego de 1,44±5,5 días. *Conclusión:* Esta es nuestra pequeña experiencia, que no podemos comparar con otras ya que en nuestro centro no existía un Programa como el que iniciamos.

#### **MEDICIÓN DEL LAGO SUBGLÓTICO EN PACIENTES CON WEANING PROLONGADO**

SUAREZ, AA; ESCOBAR, M; PETRATTI, C; URDAPILLETA, ME; LARDIZABAL, MA; BORUCH, V; MOREL VULLIEZ, G; GADEA, G; LEBUS, J; RUFFOLO, J; GIULIANO, G; DI MARIA, M; DE VITO, EL  
Clínica del Parque - Capital federal / Argentina

*Objetivo:* Evaluar la utilidad de la medición del lago subglótico durante la rehabilitación deglutoria, fonatoria y respiratoria en una unidad de weaning. *Material y método:* Se incluyeron 18 pacientes 6 varones (edad 56±16) y 12 mujeres (edad 68±12). Causas de ingreso ARM prolongada: neurológicas, 3; respiratorias, 6; enfermedad neuromuscular, 4; cardiológica, 2; otras, 3. Todos los pacientes estaban traqueostomizados a su ingreso. La deglución y fonación fue evaluada mediante técnicas fonaudiológicas habituales y blue test con semisólidos y líquidos. En 11 pacientes se realizó videofluoroscopia de control. El lago subglótico se obtuvo a través de una cánula de traqueotomía con sistema de aspiración subglótica extraído por succión con una jeringa para su cuantificación. Se considero la primera medición del día realizada a las 08 hs. *Resultados:*

De los 18 pacientes 9 (38%) presentaron un lago subglótico al inicio de la evaluación de  $1.4 \pm 1.2$  cc (Rango de 0 a 3 cc) y 11 (62%) presentaron un lago subglótico al inicio de la evaluación de  $9.6 \pm 3.5$  (Rango 5 a 14 cc) en este ultimo grupo el lago subglótico disminuyó significativamente con las maniobras fonoauditivas  $1.7 \pm 1.1$  cc  $p < 0.005$ . Considerando globalmente a la población el lago subglótico fue en promedio al inicio de la población de  $4.6 \pm 4.6$  y en la semana previa el primer Blue test negativo para líquidos de  $1.1 \pm 1.04$   $p < 0.005$ . De los 11 pacientes con videofluoroscopias 8 no presentaban alteraciones deglutorias y en 3 se encontraron mínimas alteraciones, que fueron corregidas con maniobras fonoauditivas y/o adecuación de las consistencias de los alimentos. Se procedió a iniciar los ensayos de deglución y fonación (desinflado del cuff) siguiendo criterios fonoauditivos. **Conclusión:** Se observó una amplia variación de la cantidad de lago subglótico al inicio de la evaluación de los pacientes (ran-go de 0 a 14 cc). Quienes tenían lago significativo al ingreso las técnicas de rehabilitación redujeron el mismo. La medición del lago subglótico puede ser de utilidad para iniciar las maniobras de rehabilitación deglutoria y fonatoria. Podría aportar seguridad para iniciar maniobras de ventilación a fuga y deglución bajo ARM.

### **PROLONGACIÓN DE LA SOBREVIDA CON 24 HS. DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN DOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIATRÓFICA (ELA)**

DE VITO, EL; SUAREZ, AA; PESSOLANO, FA; MONTEIRO, SG  
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, UBA - Capital Federal / Argentina

Se presentan dos pacientes con diagnóstico establecido de ELA (varón 51 años, mujer 45 años). El lugar de residencia fue Tres Arroyos y zona sur del Gran Buenos Aires. Evolucionaron hacia la cuadriplejía, con leve a moderado compromiso bulbar y deterioro progresivo de la capacidad vital forzada (CVF). El paciente debió ser gastrostomizado. Desde el comienzo de VNI (modalidad binivelada) las horas de uso fueron en aumento hasta llegar a 24 hs / día. Ninguno de los 2 pacientes aceptaron la opción de traqueostomía y ARM invasiva. Arbitrariamente se consideró como prolongación de supervivencia cuando el uso de VNI fue mayor de 20 hs / día. Bajo estas condiciones la supervivencia fue de 16 (varón) y de 15 (mujer) meses. Ambos llegaron a CVF = cero. Solo podían hablar con el respirador luego de inspirar a través de la máscara nasal. Los cuidadores eran los mismos familiares. Los sistemas de alarma fueron los propios del respirador y los del pulso saturómetro. En el momento de la muerte la paciente no tenía el saturómetro conectado y la máscara se hallaba desajustada, el paciente refirió mareos y pérdida del conocimiento con saturación de 98% en ese momento. **Conclusión:** Este reporte muestra que es posible en nuestro medio prolongar la supervivencia sin sistemas invasivos por un considerable período de tiempo y con el cuidado cotidiano de los miembros de la familia.

### **SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES QUE INGRESAN A UNA UNIDAD DE WEANING**

LORENZO, J; POTENZONI, M; PEDACE, P; KLIGUER, G; SUAREZ, AA; DE VITO, EL  
Clínica Del Parque - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** La relación entre nutrición, pronóstico, evolución y resultados de diferentes terapéuticas en pacientes institucionalizados está bien establecida. **Objetivos:** 1- Describir el aporte calórico . proteico de pacientes al momento del ingreso a la unidad de weaning y compararlo con los requerimientos estimados. 2- Describir la situación nutricional a través de indicadores antropométricos y bioquímicos. **Materiales y método:** Se tomaron las HC de pacientes actual-mente internados en la unidad de rehabilitación. Se evaluó lugar de derivación y días de internación, aporte calórico . proteico al ingreso de la unidad de weaning, requerimiento calórico . proteico, Body Mass Index (BMI), Clasificación según riesgo nutricional, y datos bioquímicos (albúmina, Proteínas totales, Colesterol y transferina). **Resultados:** Fueron evaluados 33 pacientes (33.7 % mujeres y 66.3 % hombres), de los cuales el 97 % habían sido derivados de una UTI. días de internación:  $85.3 \pm 36.2$  (DS) Patologías: neuromusculares (21.21%), neurológicas (33.33%), respiratorias puras (30.30%) y otras (15.15%). En un 63.6% de los pacientes faltaban registros. Datos antropométricos (24.2%) cálculo de ingesta por vía oral (6.1%), indicación de la alimentación enteral al momento de la derivación (33.3%). Cuando se halló el dato de indicación de alimentación enteral (n = 22) se comparó lo prescrito desde la UTI, con el requerimiento calórico . proteico estimado en nuestra institución. A partir de este dato se encontró que, un 45 % de los pacientes recibía menos del 50 % de las calorías estimadas y un 41 % de los mismos, recibía menos de la mitad del requerimiento proteico necesario. De un total de 25 pacientes, un 8 % fue clasificado en déficit y un 32 % con sobrepeso u obesidad, según el BMI. A pesar de ello, el 100 % se encuentra en riesgo moderado o severo de malnutrición. Bioquímica: (n = 29:  $3.03 \pm 0.52$ ): 79.31% de los casos; hipoproteïnemia (n =29,  $6.03 \pm 0.61$ ): 37.93 %; hipocolesterolemia (n = 25;  $152.4 \pm 35.36$ ): 48 %. En ningún caso se encontró transferrina inferior a 140 mg/dl (n = 15). **Conclusión:** La falta de registros en la historia clínica se presentó como un obstáculo para la evaluación alimentario - nutricional de estos pacientes. Muchos pacientes se encontraban subalimentados al momento del ingreso a la unidad de weaning.

## **NEUMONOLOGÍA PEDIÁTRICA**

### COMUNICACIÓN ORAL

**CO2 Aula Bustelo Sur / Lunes 10 / 14 a 16.15 hs**

## FACTORES DE RIESGO PARA HOSPITALIZACIÓN POR ASMA EN PEDIATRÍA

VIDAURRETA, SM; KOFMAN, CD; TEPER, AM; GALANTE, M; VENIALGO, C;  
ALVA GRIMALDI, L; VILLALBA, A; EGUIGUREN, C; VILLAFANE, A; RODRIGUEZ, VA;  
FUCILE, S

Centro Respiratorio, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** Los episodios severos de obstrucción bronquial son factores potenciales de hospitalización y eventualmente causa de muerte en pacientes con asma. Se ha descrito que el 74% de las admisiones hospitalarias pueden ser evitadas por un tratamiento controlador, y que el 90% de las muertes por asma involucran factores evitables<sup>1</sup>. **Objetivos:** identificar los factores de riesgo de hospitalización por crisis asmática en un hospital pediátrico de alta complejidad en Argentina.

**Población y métodos:** Estudio prospectivo caso control. Se evaluaron todos los pacientes mayores de 4 años de edad internados por crisis asmática en el HNRG entre el 1 de enero de 2004 y el 10 de julio de 2005. Fueron comparados con pacientes ambulatorios de la misma edad con diagnóstico de asma en seguimiento en consultorios externos de Neumonología del mis-mo Hospital. Se utilizó un cuestionario modificado del ISAAC.<sup>2</sup> **Resultados:** Se incluyeron 156 pacientes hospitalizados (54% mujeres, 7.5 ± 3 años) y 207 ambulatorios (36% mujeres, 8.5 ± 3 años). El sexo femenino representó un OR=2.1 (IC 95%: 1.3-3.3), p<0.001. El 57% de los pacientes hospitalizados y el 88% de los ambulatorios tenían prescrito un tratamiento controlador [OR= 5.8 (IC 95%: 3.3-10.2), p<0.0001]. El 11% de los pacientes hospitalizados y el 70% de los ambulatorios cumplían un tratamiento en forma adecuada [OR= 19 (IC 95%: 10.2-35.9), p<0.00001]. El antecedente de haber consultado a guardia 3 o más veces en el último año fue de 46% y 25% [OR= 2.6 (IC 95%: 1.6-4.2), p<0.0001], y el de haber requerido internación en el mismo período fue de 57% y 10% [OR=12.3 (IC 95%: 6.8-22.4), p<0.00001] para los pacientes hospitalizados y ambulatorios respectivamente. **Conclusión:** La falta de un tratamiento adecuado es responsable del mal control de la enfermedad y aumenta el riesgo de hospitalizaciones por asma en los niños.

<sup>1</sup> Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA) NIH Publication No 02-3659 Issued January, 1995. Updated 2004. Available on www.ginasthma.org. <sup>2</sup> International study of asthma and allergies in children (ISAAC). Eur Respir J 1995; 8: 483

## RESPUESTA BRONCODILADORA DEL SALBUTAMOL ADMINISTRADO COMO AEROSOL PRESURIZADO MEDIANTE AEROCAMARAS CON VÁLVULAS O ESPACIADORES NO VALVULADOS

KOFMAN, CD; TEPER, AM; VIDAURRETA, SM; KOHLER, T

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** Los medicamentos actuales para el tratamiento del asma utilizan fundamentalmente la vía inhalatoria. La utilidad de los espaciadores con válvulas (aerocámaras) está ampliamente demostrada, sin embargo recientemente se ha propuesto como una alternativa más económica el uso de espaciadores sin válvulas. La eficacia clínica de éstos no ha sido hasta el momento completamente demostrada. **Objetivo:** Comparar la respuesta broncodilatadora de un inhalador de dosis medida (IDM) de salbutamol administrado a través de una aerocámara vs. un espaciador sin válvulas. **Población, Material y Métodos:** Se incluyeron 34 pacientes (616 años) con diagnóstico de asma, que presentaban obstrucción bronquial leve o moderada (FEV1, entre 50 y 79% del valor predictivo), sin haber recibido broncodilatadores recientemente. Luego de una espirometría inicial fueron randomizados para recibir 100 mcg de salbutamol (aerosol presurizado) a través de una aerocámara con válvulas (AerochamberMR) o un espaciador sin válvulas (AeromedMR). Se determinó la respuesta broncodilatadora del FEV1 y del FMF a los 30 minutos. **Resultados:** En el grupo tratado con aerocámara ingresaron 17 pacientes (12 varones; FEV1 basal 67±10 %), y en el grupo tratado con espaciador sin válvulas ingresaron 17 pacientes (13 varones, FEV1 basal 67±6 %). La variación del FEV1 fue 26±14% vs. 16±5% (p=0.017) y la variación del FMF fue 92±48% vs. 58±29% (p=0.018), para aerocámaras y espaciadores sin válvulas respectivamente. **Conclusión:** El aerosol presurizado de salbutamol administrado a través de una aerocámara con válvulas produce una respuesta broncodilatadora mayor que con el espaciador sin válvulas en niños con asma.

## DISQUINESIA CILIAR PRIMARIA EN NIÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA SIN DIAGNÓSTICO: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

SCIGLIANO, SERGIO; MAFFEY, A; LOPEZ, M; KOFMAN, C; TEPER, A

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) - Buenos Aires / Argentina

**Antecedentes:** la disquinesia ciliar primaria (DCP) constituye una de las causas de enfermedad bronco-pulmonar crónica (EBPC).

**Objetivos:** el objetivo primario fue determinar la prevalencia de DCP en pacientes pediátricos que padecen EBPC habiéndose descartado otras causas específicas. Secundariamente se evaluaron los patrones clínicos y tomográficos para analizar los factores de riesgo para presentar DCP. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes desde recién nacidos a 18 años de edad que presentaban tos y broncorrea crónicas resistentes a los tratamientos e infecciones respiratorias recurrentes, que permanecieron sin diagnóstico luego de descartadas fibrosis quística, inmunodeficiencias, síndrome apirativo crónico y bronquiolititis obliterante. Se tomaron muestras de cepillado nasal o bronquial para observación de morfología, frecuencia y patrón de batido ciliar y estudio de ultraestructura ciliar. A los pacientes mayores de 8 años se les realizó previamente estudio de clearance mucociliar con depuración de nanocoloide marcado con Tc99. **Resultados:** Ingresaron al protocolo 100 pacientes. Se diagnosticó DCP en 37 pacientes (37%) (defectos de ambos brazos de dineína: 14, de brazo interno de

dineína: 8, de brazo externo de dineína: 6, de rayos radiales: 3, parcial de ambos brazos: 2, transposición microtubular: 1, defecto de orientación: 1 y función anormal con ultraestructura normal: 2). La presencia de situs inversus, el comienzo temprano de los síntomas, el distress respiratorio neonatal, rinitis desde los primeros días de vida, otitis media recurrente, otopatía serosa crónica, cefaleas, bronquioloectasias y sinusitis fueron factores de riesgo para presentar DCP. **Conclusión:** La DCP es una entidad frecuente en los pacientes con EBPC de causa no establecida. Distintos parámetros clínicos e imagenológicos pueden orientar a su diagnóstico.

### **¿SON ÚTILES LOS ESPACIADORES SIN VÁLVULAS PARA EL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN LACTANTES ASMÁTICOS?**

KOFMAN, CARLOS; TEPER, A; ALVA GRIMALDI, L; VILLAFañE, A; VIDAURRETA, S; MAFFEY, A  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** estudios in vitro y centellográficos han sugerido que la efectividad de los inhaladores de dosis medida (IDM) + espaciadores sin válvulas es similar a la de los IDM + aerocámaras con válvulas. Sin embargo, no existen estudios clínicos que comparen ambos sistemas en tratamientos a largo plazo. **Objetivo:** comparar la eficacia y seguridad del tratamiento a largo plazo con Propionato de Fluticasona (PF) mediante IDM a través de un espaciador sin válvulas vs. una aerocámara con válvulas. **Pacientes y métodos:** 46 niños asmáticos (3 o más episodios previos de obstrucción bronquial reversible + asma o atopía en parientes de 1º orden) de 13.4±5 meses de edad fueron randomizados para recibir FP 125 mcg bid con un espaciador sin válvulas (AeromedMR) (n=25) o con una aerocámara con válvulas (AerochamberMR) (n=21) durante 6 meses. Durante el período de evaluación los padres completaron una cartilla diaria con los síntomas respiratorios y el uso de medicación de rescate. La talla de los niños fue obtenida al inicio y al final del tratamiento. **Resultados:** El N° exacerbaciones obstructivas durante el tratamiento fue de 3.9±2.4 y 2.6±1.6 (p=0.018); el porcentaje de días con síntomas respiratorios fue 17.4±13 y 9.8±7 (p=0.013); los días de uso de broncodilatadores fueron 29.8±21 y 17.9±11 (p=0.014) y la velocidad de crecimiento fue de 11.2±4 y 13.3±3 cm/año (p=0.037) para los grupos de pacientes tratados mediante espaciador sin válvulas y aerocámara respectivamente. **Conclusión:** El tratamiento a largo plazo con corticoides inhalados mediante IDM + aerocámara con válvulas es más eficaz y seguro que a través de IDM + espaciador sin válvulas en niños pequeños con asma.

### **ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO EN NIÑOS ASMÁTICOS: EFECTO DE BUDESONIDE-AEROSOL PRESURIZADO INHALADO MEDIANTE UN ESPACIADOR NO VALVULADO**

FIGUEROA, JM; LAZARTE, G; ROQUE, M; PRIMROSE, D; VELAZCO SUAREZ, C; BALANZAT, A  
CIRES - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** la fracción de Oxido Nitrico Exhalado (FENO) refleja el grado de inflamación eosinofílica. El descenso de la misma ante el uso de corticoides inhalados es indicador de efectividad terapéutica. Se han presentado trabajos que muestran un descenso del FENO ante el tratamiento con corticoides tópicos inhalados en polvo seco o en aerosoles presurizado utilizando espaciadores con válvulas. No se han presentado ensayos utilizando espaciadores no valvulados. **Objetivo:** estimar la respuesta, medida según los niveles de FENO, al tratamiento con budesonide-aerosol presurizado inhalado mediante espaciadores no valvulados. **Población:** niños asmáticos sin tratamiento preventivo. **Material y Métodos:** se midió la FENO inicial y se comenzó tratamiento con budesonide-aerosol presurizado inhalado mediante espaciador no valvulado. Se revaloró la FENO a las 2 semanas de iniciado el tratamiento y se estimaron los cambios en la misma. **Resultados:** se incluyeron 20 niños de 9±4 años de edad. La FENO basal fue de 70.9 (IC 46-95) y la post tratamiento de 34.1 (IC 21-46). **Conclusión:** el tratamiento con budesonide-aerosol presurizado mediante un espaciador no valvulado durante 2 semanas produjo un descenso significativo de la FENO en niños asmáticos.

### **ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO EN NIÑOS ASMÁTICOS TRATADOS CON CORTICOIDES TÓPICOS INHALADOS O CON ASOCIACIÓN CORTICOIDE Y BETA ADRENÉRGICO DE ACCIÓN PROLONGADA**

BONILLA, ME; ROQUE, M; PRIMROSE, D; GAUNA, L; LAZARTE, G; FIGUEROA, JM; BLANZAT, A  
Htal. de Clinicas - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** la Fracción de Oxido Nitrico Exhalado (FENO) es un marcador de actividad inflamatoria en los asmáticos. Los corticoides tópicos inhalados (CTI) disminuyen los niveles de FENO, y esto se relaciona con la evolución clínica de los pacientes. Los beta adrenérgicos de acción prolongada (BAAP) brindan mejoría sintomática y funcional y están sugeridos por las guías terapéuticas como complemento para los pacientes que no logran control sintomático con CTI solos. **Objetivos:** estimar los niveles de FENO en niños asmáticos tratados con CTI o con CTI/BAAP, y comparar ambos grupos. **Población:** niños asmáticos tratados con CTI o asociación CTI/ BAAP según criterios clínicos y funcionales en un servicio especializado. **Material y métodos:** se midió la FENO (NIOX, Aerocrine) y se compararon los niveles entre los grupos tratados con los dos diferentes esquemas terapéuticos. **Resultados:** se incluyeron 36 niños en el grupo CTI y 28 en el grupo CTI/BAAP. La FENO fue de 34±31 y 38±29 respectivamente (p 0.64). **Conclusión:** en los niños tratados con CTI y con CTI/BAAP se observó un similar control de la actividad inflamatoria estimada según FENO.

## RELACIÓN ENTRE OXIDO NITRICO EXHALADO Y VALORES ESPIROMÉTRICOS EN NIÑOS ASMÁTICOS

ROQUE, M; LAZARTE, G; BONILLA, ME; MARQUEZ, A; PIÑON, E; BALANZAT, A; FIGUEROA, JM  
Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* la espirometría forzada refleja el estado funcional de las vías aéreas. La fracción de Oxido Nítrico Exhalado (FENO) es un indicador de la inflamación eosinofílica, que sería el principal elemento que a la larga llevaría a las anomalías funcionales. *Objetivos:* estimar la correlación entre los valores de la espirometría forzada y los niveles de FENO. *Población:* niños asmáticos mayores de 6 años de edad. *Material y Métodos:* se realizó espirometría según normas ATS. Se midió la FENO (equipo NIOX, Aerocrine). Se seleccionaron los valores de CVF, VEF1, FEF25-75, e índices VEF/ CVF y FEF25-75/CVF y se estimó su correlación con la FENO. *Resultados:* se incluyeron 32 niños de 12±2 años de edad. Los niveles de FENO fueron de 65±44. El análisis por Scatter Plot no mostró correlación con ninguna de las variables espirométricas analizadas. *Conclusión:* no se observó correlación entre la FENO y los valores de la espirometría forzada.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL DE UNA POBLACIÓN DE NIÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA POSTIINFECIOSA

MARQUEZ, A; PIÑON, E; LAZARTE, G; PRIMROSE, D; GAUNA, L; BONILLA, ME; BALANZAT, A; FIGUEROA, JM  
Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* la enfermedad pulmonar crónica postinfecciosa se caracteriza por la presencia de síntomas de obstrucción respiratoria crónica y radiología patológica persistente a partir de una infección respiratoria aguda baja (IRAB) sin antecedentes respiratorios previos ni otra patología que los justifique. El germen más frecuentemente asociado a esta entidad es el Adenovirus aunque puede ser producida por otros virus o bacterias. *Objetivos:* describir las características clínicas, funcionales y radiológicas de 51 niños con enfermedad pulmonar crónica seguidos en los consultorios externos de un servicio especializado en Neumología Infantil dentro de un Hospital General. *Población:* todos los niños con EPCPI seguidos en la Sección entre 1995 y 2005. *Material y métodos:* estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y de corte realizado mediante revisión de historias clínicas del grupo de seguimiento de EPCPI. *Resultados:* Se registraron 51 pacientes, 61% de sexo masculino. La edad media en el momento de la injuria fue de 6 meses (1-21 meses). No tenían antecedentes perinatales patológicos y eran eutróficos al momento de la injuria. Se aisló germen en 34/51 pacientes, predominando el VSR (41%) y el adenovirus (29%). El promedio de duración de la internación inicial fue de 54 días (30-540 días); (58.8%) pacientes requirieron ARM. El requerimiento medio de oxigenoterapia fue de 6 meses. Actualmente requieren oxígeno nocturno 7/51 pacientes (13.7%) y permanente 5/51 pacientes (9.8%). El 59% tubo reinternaciones. Los hallazgos radiológicos persistentes más frecuentes fueron hiperinsuflación (100%), y atelectasias persistentes (51%). Se realizó TAC 30 pacientes (oligohemia en mosaico: 100%; bronquiectasias: 60%. En 9 pacientes se realizó centellograma V/Q, todos con defectos de ventilación-perfusión. La espirometría en 7/51 pacientes mostró obstrucción fija de la vía aérea. La resistencia de la vía aérea (RINT) se midió en 20 pacientes, siendo elevada en todos los casos, con respuesta broncodilatadora en 7 pacientes (35%). *Conclusión:* La Enfermedad Pulmonar Crónica Postinfecciosa se asocia con secuelas estructurales y funcionales que comprometen la evolución a largo plazo de estos niños.

## COMPARACIÓN DEL EFECTO BRONCODILATADOR DE SALBUTAMOLAEROSOL PRESURIZADO INHALADO MEDIANTE ESPACIADORES CON O SIN VÁLVULAS

FIGUEROA, JM; LAZARTE, G; PRIMROSE, D; ROQUE, M; GAUNA, L; BONILLA, ME; BALANZAT, A; BADARACCO, V  
Htal. de Clínicas - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* para el uso de aerosoles presurizados (AP) se recomienda la utilización de espaciadores. Se han agregado válvulas inhalatorias y exhalatorias para optimizar su función. Recientes trabajos .in vitro. e .in vivo. han mostrado igual eficacia con espaciadores caseros o industriales no valvulados, más sencillos y accesibles desde el punto de vista económico. *Objetivos:* comparar el efecto del salbutamol en AP con un espaciador bivalvulado vs. un espaciador no valvulado. *Población:* niños asmáticos en condiciones de realizar una espirometría adecuada. *Material y Métodos:* se les realizó una espirometría basal, y se los asignó aleatoriamente a una de dos secuencias: a) 200mcg de salbutamol con espaciador no valvulado, espirometría a los 15 minutos, 200mcg de salbutamol con espaciador bivalvulado, espirometría a los 30 minutos de la basal. b) idem pero invirtiendo el orden de los espaciadores. Se compararon la CVF, VEF1, y FEF en cada uno de los tiempos. Se comparó la dinámica de la broncodilatación en función de cuál espaciador se hubiera utilizado primero (MANOVA). *Resultados:* se incluyeron 67 niños en la secuencia a) y 65 en la b) (edad 10±3 años). Ambos grupos eran comparables en distribución de edad, sexo, y talla. Las mediciones de VEF en la secuencia a) fueron de 1.64±0.56 en el basal, 1.83±0.57 a los 15, y 1.85±0.59 a los 30 min. En la secuencia b) fueron de 1.70±0.63 en el basal, 1.91±0.61 a los 15, y 1.97±0.62 a los 30 min. Las mediciones de FEF en la secuencia a) fueron de 1.46±0.62 en el basal, 1.94±0.76 a los 15, y 2.01±0.74 a los 30 min. En la secuencia b) las mediciones de FEF fueron de 1.54±0.79 en el basal, 2.06±0.89 a los 15, y 2.25±0.94 a los 30 min. No hubo diferencias significativas entre las mediciones realizadas en un mismo tiempo, ni en el valor final de VEF y FEF alcanzado (p0.39). El grupo de secuencia a) mostró una pendiente mayor de respuesta del FEF2575 en los últimos 15 minutos (post espaciador no valvulado) (p0.04). *Conclusión:* el efecto broncodilatador del salbutamol-AP es similar utilizando espaciadores bivalvulados o no valvulados.

## CORRELACIÓN ENTRE ANTROPOMETRÍA TORÁCICA Y ESPIROMETRÍA FORZADA EN NIÑOS NATIVOS DE LA



#### **PUNA (4 MTS.SOBRE EL NIVEL DEL MAR)**

LAZARTE, G; BALANZAT, A; FIGUEROA, JM  
Hospital de Clínicas - Buenos Aires / Argentina

*Antecedentes:* la hipoxia secundaria a la altura genera mecanismos adaptativos tanto a nivel anatómico como funcional. Estas modificaciones son variables también de acuerdo a la carga genética de cada población. En nuestro país venimos realizando desde hace unos años el primer relevamiento sobre las características anatómicas y funcionales de niños nacidos y habitantes de la puna. Hemos descripto un aumento del diámetro torácico anteroposterior en inspiración máxima y en la CVF, el VEF, y el FEF25-75. *Objetivo:* estimar el grado de correlación entre la antropometría torácica y los datos provenientes de la espirometría forzada en niños nativos nacidos y habitantes en la puna jujeña (4000 mts. de altura). *Población:* niños sanos de las poblaciones de altura controlados entre Febrero del 2002 y Febrero del 2003 en quienes se contara con todos los datos de antropometría torácica y espirometría.

*Metodología:* se midió el diámetro torácico anteroposterior en inspiración máxima mediante un pelvómetro con un punto de apoyo en el apéndice xifoides y el otro en la columna dorsal; se realizó una espirometría forzada según técnica estándar. Se realizó análisis de correlación lineal de Pearson entre diámetro torácico y CVF, VEF1, y FEF25-75. *Resultados:* se incluyeron 18 niños de 11+ -2 años (8 niñas). Se observó correlación significativa del diámetro torácico anteroposterior con todos los valores espirométricos analizados (CVF:  $r=0,25$  ( $p0.03$ ); VEF1  $r=0,36$  ( $p0.007$ ); FEF2575  $r=0.25$  ( $p0.03$ )).

*Conclusión:* el diámetro anteroposterior torácico en inspiración máxima correlaciona positivamente con los valores de CVF, VEF1, y FEF25-75.

#### POSTER

#### **PO4 Galería Auditorio / lunes 10 / 14 a 18**

##### **COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA BRONCODILATADORA CON NEBULIZADORES JET Y ULTRASÓNICOS EN NIÑOS ASMÁTICOS**

KOFMAN, CARLOS; ZARAGOZA, S; BERLINSKI, A; COLOM, A; VIDAURRETA, S; MAFFEY, A ; TEPER, A  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) - Buenos Aires / Argentina

Los nebulizadores son ampliamente utilizados para administrar broncodilatadores. Cierta controversia persiste en relación a cuál es el tipo de nebulizador más eficaz para el tratamiento de la obstrucción bronquial. El objetivo fue comparar la respuesta broncodilatadora al salbutamol administrado mediante un nebulizador jet y un nebulizador ultrasónico en niños asmáticos con obstrucción bronquial leve y moderada. En un estudio prospectivo y randomizado, evaluamos 50 pacientes asmáticos de más de 5 años de edad, con síntomas de obstrucción bronquial desde menos de 48 horas previas, sin medicación broncodilatadora de acción corta (6 horas) o prolongada (24 horas), y FEV1 entre 40 y 79% del valor predictivo. Recibieron 2.5 mg de salbutamol vía nebulizador jet (Aspen NA180) o ultrasónico (Aspen NU400), diluidos en 3 o 5 ml de solución salina respectivamente, hasta que no se detectó producción de aerosol. Una espirometría se repitió a los 30 minutos. El técnico de espirometría desconocía el tipo de tratamiento. Seis pacientes no fueron elegibles debido a errores detectados en la técnica de nebulización (3 en cada grupo) y 1 debido a una segunda maniobra espirométrica inaceptable. Los niños tratados con nebulizador jet ( $n=22$ , 16 varones, FEV1  $66 \pm 9\%$ ) tuvieron una respuesta broncodilatadora del FEV1 de  $29.1 \pm 19\%$ , mientras que los pacientes en el grupo ultrasónico ( $n=21$ , 14 varones, FEV1  $71 \pm 7\%$ ) mejoraron el FEV1 un  $17.8 \pm 9\%$  ( $p=0.002$ ). *Conclusión:* El nebulizador jet evaluado produce una mayor respuesta broncodilatadora que el de tipo ultrasónico en niños asmáticos con obstrucción bronquial leve y moderada.

##### **EFFECTO DEL AGREGADO DE SALMETEROL (S) AL PROPIONATO DE FLUTICASONA (PF) SOBRE LA REACTIVIDAD BRONQUIAL (RB) EN NIÑOS ASMÁTICOS**

TEPER, ALEJANDRO; ZARAGOZA, S; LUBOVICH, S; RODRIGUEZ, V; KOFMAN, C; VENIALGO, C; VIDAURRETA, S  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) - Buenos Aires / Argentina

No hay evidencias acerca del uso prolongado de S en pacientes pediátricos con asma persistente leve y moderada. Los objetivos del estudio fueron evaluar el efecto del agregado de S al PF durante un año sobre la RB, la función pulmonar, el control de síntomas y requerimiento de medicación de rescate en niños con asma persistente leve y moderada. Se incluyeron niños de 6 a 14 años, con asma persistente (según ATS), con PC20 metacolina  $<2$  mg/ml. Recibieron aleatoriamente PF (125 mcg bid) o PF+S (125 mcg + 25 mcg bid) mediante MDI + espaciador durante 52 semanas. Se midió PC20 y FEV1 al inicio y al final. Se registraron las variables clínicas mediante el llenado de una cartilla diaria. 33 pacientes en el grupo PF (edad  $10.5 \pm 2$  años, FEV1 inicial  $95 \pm 10\%$ ) y 39 pacientes en el grupo PF+S (edad  $9.5 \pm 2$  años, FEV1 inicial  $94 \pm 11\%$ ) completaron el estudio. El delta logPC20 fue  $-69 \pm 235$  ( $p<0.0001$ ) y  $-93 \pm 448$  ( $p<0.0001$ ) para PF y PF+S respectivamente (ns). El delta FEV1 y el delta FMF fueron  $7.2 \pm 10$  ( $p=0.0002$ ) y  $17.2 \pm 21$  ( $p=0.003$ ); y  $7 \pm 13$  ( $p<0.0001$ ) y  $21.4 \pm 31$  ( $p<0.0001$ ) para PF y PF+S respectivamente (ns). El porcentaje de días y noches sin síntomas fue de  $93 \pm 7$  y  $95 \pm 5$ , y de  $92 \pm 9$  y  $95 \pm 6$  para PF y PF+S respectivamente (ns). El porcentaje de días sin salbutamol fue de  $93 \pm 6$  y  $93 \pm 8$  para

PF y PF+S respectivamente (ns). *Conclusión:* El agregado de S al PF durante 1 año no incrementa la RB. Ambos tratamientos reducen la RB, aumentan la función pulmonar y producen un control de la enfermedad en forma similar.

#### **FACTORES DE RIESGO PARA SIBILAR LUEGO DE UNA BRONQUIOLITIS**

COLOM, ALEJANDRO; VENIALGO, C; GARELLO, M; FRIEDZON, E;  
ALVA GRIMALDI, L; VILLAFANE, A; EGUIGUREN, C; FUCILE, S; VILLALBA, A;  
GALANTE, M; G, SZULMAN; ANDRADA, G; LUBOVICH, S; TEPER, A

Hospital de Niños R. Gutierrez - San Miguel / Argentina

Se han reportado episodios de sibilancias luego de una bronquiolitis por virus sincicial respiratorio (VSR), pero no se ha establecido claramente la relación entre estas dos entidades. Con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores de riesgo para sibilar luego de una bronquiolitis se diseñó un estudio de cohorte (prospectivo y observacional). Se incluyeron todos los pacientes menores de 2 años, con diagnóstico de bronquiolitis por VSR (IFI), primer episodio, internados durante el año 2003 y 2004 y pacientes asistidos en consultorios externos del hospital de Niños R. Gutiérrez; fueron seguidos durante 6 meses luego de su inclusión. Se excluyeron pacientes con antecedentes previos de obstrucción bronquial o con enfermedad de base. Se realizó un análisis univariado para determinar el riesgo de presentar sibilancias posteriores al episodio inicial. Cumplieron con los criterios de inclusión 335 pacientes, de ellos el 77.3% (259) completaron el seguimiento. La edad media fue de 3 meses (rango 1-23) y el 60% fueron masculinos. La tasa de sibilancias luego de la bronquiolitis fue de 64%. Durante el primer mes 36%, durante el segundo 36%, el tercero 32%, el cuarto 27%, el quinto 28% y durante sexto mes 26%. Los factores no asociados con nuevos episodios de sibilancias fueron: antecedentes familiares de asma, sexo, permutarez, lactancia, tabaquismo pre o pos natal, requerimientos de internación, de cuidados intensivos, de asistencia ventilatoria mecánica y el uso de corticoides. La edad mayor a 3 meses fue factor de riesgo para sibilar (51.5% vs 36.5%, OR=1.25, IC=1.04-1.5, p=0.025). *Conclusión:* Los niños con bronquiolitis por VSR tienen alta recurrencia de episodios de sibilancias. Ni los pacientes con enfermedad mas severa, ni aquellos con antecedentes de asma en la familia presentaron mayor riesgo de sibilar luego del primer episodio. Especulamos que la infección por VSR podría determinar hiperreactividad bronquial transitoria.

#### **FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR BRONQUIOLITIS OBLITERANTE EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS**

COLOM, ALEJANDRO; TEPER, A; VOLLMER, W; DIETTE, G  
Hospital de Niños R. Gutierrez - San Miguel / Argentina

La Bronquiolitis obliterante (BO) es una forma rara y severa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en niños, no se han identificado hasta el momento factores de riesgo para esta enfermedad. Con el objetivo de determinar los factores de riesgo para desarrollar BO realizamos un estudio caso-control con 109 casos y 99 controles. Los casos y los controles los constituyeron pacientes internados con bronquiolitis que desarrollaron BO y aquellos que no desarrollaron BO, respectivamente. Se evaluaron las características clínicas de los pacientes, inmunofluorescencia para virus, y preguntas para evaluar tabaco y otras exposiciones. Bronquiolitis debido a adenovirus (odds ratio [OR] = 49, 95% intervalo de confianza [CI] = 12199) y requerimientos de ventilación mecánica (OR = 11, 95% CI = 2.6-45) fueron fuerte e independientemente asociados con el desarrollo de BOS. Factores no asociados con el riesgo para BOS incluyeron edad del niño, género, y la exposición del tabaco medioambiental (o en el útero o durante la infancia). *Conclusión:* Concluimos que infección por adenovirus y el requerimiento de ventilación mecánica son factores de riesgo para BO en niños internados con bronquiolitis.

#### **ENFERMEDAD SIBILANTE POR TOXOCARA**

BRIAN, MARIA CRISTINA; INWENTARZ, S; RASITT, ML; ESTEVAN, R; MOSCA, C  
Instituto Vaccarezza - Cap / Argentina

*Objetivo:* Analizar la importancia de la investigación de toxocariasis en niños sintomáticos respiratorios. *Material y Método:* se estudiaron las historias clínicas de 924 pacientes pediátricos asistidos en 2004 en el Instituto de Tisiopneumología Prof. Dr. R. Vaccarezza. Se desecharon 573 historias de niños con tratamiento antibacilar o quimioprofilaxis (62%). *Resultados:* De los 351 pacientes con patología respiratoria (38%), presentaban toxocariasis 9.7%. El sexo correspondía a 53% de varones y 47% de mujeres. La edad de mayor prevalencia fue entre los 5-10 años con 55.9%. En cuanto a la procedencia 79% provenía de Gran Buenos Aires y 21% de Capital. El 85.2% presentó tos, sibilancias, eosinofilia y aumento de la Ig E. En 76.5% se agregó broncorrea y 74.1% tenía Rx. patológica. Se confirmó toxocariasis por Elisa y WB en 76.5%. El fondo de ojo fue normal en 85.2%. Todos los pacientes realizaron tratamiento con tiabendazol. Presentaron reacciones adversas con elevación de transaminasas 17.6% que persistieron positivos al interrumpir el tratamiento. *Conclusión:* La toxocariasis es una zoonosis producida por el toxocara canis y toxocara cati. Se trasmite al ser humano por la ingesta de huevos que son abundantes en areneros y otros lugares de juego. En el organismo produce una forma larvaria que en su pasaje por pulmón puede generar un infiltrado intersticial inespecifico. La sintomatología respiratoria coincide con síntomas asmáticos. Casi un 10% de los pacientes sintomáticos respiratorios asistidos en 2004 presentaron esta patología. Consideramos importante su búsqueda en niños con sintomatología asmática y elevado aumento de la Ig E.

## ONCOLOGÍA

### COMUNICACIÓN ORAL

#### CO5 Aula Uspallata / lunes 10 / 14 a 16.15

##### CARCINOIDE ATÍPICO DE TIMO

REY, DARÍO RAÚL; CARDOZO PACHECO, V; SAAB, MA; VILAS, G; DERQUI, R; GONZALEZ, JA  
Rey Darío Raúl - Buenos Aires / Argentina

Sexo femenino. 50 años. Tabaquista 15 paquetes/año. Asintomática, en un chequeo, presenta una Rx Tórax patológica, donde se observa imagen tumoral en región parahiliar izquierda de bordes bien delimitados. La TAC de tórax confirma masa en mediastino medio de 90 x 60 mm, bordes regulares bien definidos y densidad líquida. No derrame pleural o pericárdico ni adenopatías. Se realizó RMN y PAF bajo TAC, sin resultados significativos. Se hace evaluación neumonológica y cardiológica, para ser intervenida quirúrgicamente. Protocolo quirúrgico: Toracotomía lateroanterior izquierda en 5° espacio. Se aprecia polo inferior del tumor sólido sobre área cardíaca, infiltrando pericardio y prolongándose en hueco clavicular. Se abre pericardio y se comprueban estructuras cardíacas y vasculares libres. Extrapiación completa del tumor. Se coloca parche que cubre toda la brecha. Avenamiento y cierre por planos. Informe anatomopatológico: Macro: Nódulo de 110 x 70 x 40 mm, no encapsulado. Al corte está constituido por tejido blanquecino mate alternando con zonas quísticas. Micro: Proliferación de elementos celulares redondeados con núcleos levemente aumentados, nucleolos evidentes. Necrosis de tipo isquémico en sectores. La porción periférica está constituida por tejido conectivo y adiposo; en ese sector se observa tejido tímico. Inmunomarcación: Enolasa neurona específica +++ Citoqueratina + en forma focal. Fosfatasa alcalina placentaria, vimentina, citoqueratina 7 y citoqueratina 20 (-). Diagnóstico: Tumor carcinoide atípico de timo. Muy buena evolución, sin complicaciones postoperatorias. Alta sanatorial a los 6 días. A los 6 meses, concurre a control. Asintomática. Rx Tórax: sin lesiones activas pulmonares. Elevación de hemidiafragma izquierdo (secular). Control periódico con Oncología y Neumonología. *Conclusión:* Se trata de un tumor poco frecuente. Según Tiffet et al., hasta 2003 se habían publicado 200 casos, con aparición entre los 40 y 58 años de edad. Frecuentemente, se asocian desórdenes endocrinos. No se relaciona a síndromes paraneoplásicos. Metastatan a ganglios regionales. La radioterapia local coadyuvante, previene recurrencias y el alto porcentaje de metástasis, hace considerar la posibilidad de quimioterapia. Pronóstico de supervivencia a 5 años: 33%.

##### CARCINOIDE ATÍPICO DE BRONQUIO

REY, DR; GONZALEZ, JA; CARDOZO PACHECO, V; SAAB, MA; DE SALVO, MC  
Hospital Tornú - Buenos Aires / Argentina

Sexo femenino. 28 años. Quimioprofilaxis para TBC a los 7 años (hermano conviviente con TBC). Contacto actual con familiar en tratamiento por TBC. En Noviembre 2004, fiebre con Rx. Tórax patológica. Se interpretó como NAC y recibió Claritromicina, Persistió con fiebre, sudoración y pérdida de peso. Baciloscopia de esputo (-) PPD 2 UT (-). En Enero 2005, sudoración, fiebre, dolor torácico y pérdida de peso. Se decide su internación para completar estudios. Peso: 62 kg. (En Noviembre 73 kg.).

Consolidación basal derecha. Ecografía Pleural derecha: Escaso derrame. Rx Tórax: Opacidad basal derecha con compromiso hilar. FBC: Carina ensanchada. Bronquio intermedio: mucosa irregular. Signos de compresión extrínseca que progresa a troncos basales. BAL: directo BAAR negativo. Diagnóstico presuntivo. TBC. Inicia tratamiento con: H-R-Z-E a dosis adecuadas Kg / peso / día. BAL: Cultivos negativos. Citológico negativo. Se realiza nueva FBC con punción transbronquial con resultado negativo. Evoluciona afebril, sin sudoración y aumento de peso. Evolución radiológica: Aumento de masa hilar derecha y tendencia a la atelectasia en lóbulo medio e inferior derecho. Inicia corticoides 40mgr/día sin respuesta favorable. Reinternación en Marzo 2005 para realizar biopsia de adenopatías mediastínicas mediante mediastinoscopia mínima. Informe histopatológico: Tumor Carcinoide Atípico (cito-queratina y cromogranina positiva). Suspende tratamiento antibiótico e inicia Cisplatino, Etoposido y Ondasetran. Neumonía post obstructiva en Junio 2005, con buena evolución. *Conclusión:* El carcinoide bronquial (CB) constituye el 1-5 % de los tumores pulmonares. Se considera un tumor neuroendocrino. El 90 % de los mismos son de grado benigno. Los malignos presentan incremento de las mitosis, pleomorfismo nuclear, nucleolos prominentes, desorganización celular y necrosis tumoral. Los CB típicos presentan buen pronóstico, con supervivencia a 5 años del 92% y a 10 años del 88%, no así los CB atípicos cuya supervivencia a 5 años es del 69% y a 10 años del 24%. Ambos pueden asociar metástasis ganglionares regionales, aunque son más frecuentes en los CB atípicos. Estos últimos presentan metástasis hepáticas, cerebrales u óseas en el 15% de los casos. El papel de la quimioterapia en estos tumores no es concluyente, siendo la cirugía el tratamiento de elección.

## PREVALENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR Y CARDIOPULMONAR

AHUMADA, R; OSSES, J M; MAJO, R; ANZULOVICH, F; MAZZEI, M; CANEVA, J; BERTELOTTI, A; KOHN, A; FAVALORO, R  
Fundación Favalaro -Olivos / Argentina

**Introducción:** fármacos inmunosupresores condiciona la aparición de neoplasias en pacientes trasplantados. El riesgo de cáncer en esta población es mayor que en la población general. **Objetivo:** Determinar la Prevalencia de cáncer (ca) en pacientes (ptes) con trasplante pulmonar (Tx P) y cardiopulmonar (Tx CP). **Material y método:** análisis retrospectivo de 109 pacientes trasplantados desde de octubre de 1990 a diciembre de 2004 , 51 fueron unipulmonares (Tx UP), 30 bipulmonares ( Tx BP), 28 cardio-pulmonares ( Tx CP). Se analizaron: tipo histológico de ca; tiempo desde el trasplante hasta la fecha de diagnóstico de ca, esquema inmunosupresor, tratamiento específico y evolución de los ptes. **Resultados:** 10 ptes presentaron ca: 7 Tx UP, 2 Tx BP, 1 TxCP. Los tipos histológicos de cáncer fueron 8 e incluyeron :ca de piel: 4 ptes (bazo celular 2, epidermoide 1, Kaposi 1) Linfoma no Hodking (LNH): 3 ptes. Leucemia linfocítica: 1pte. Ca de pulmón (oat cell): 1pte. Ca epidermoide de lengua: 1pte. Ca mucoepidermoide de parótida: 1 pte. Adenocarcinoma de colon: 1 pte. Un pte con Tx UP presentó dos tipos histológicos: epidermoide de lengua y adenocarcinoma de colon. El tiempo promedio desde el Tx hasta el diagnóstico de ca fue de 56 meses (rango 11 - 63 meses). En 6 ptes el esquema inmunosupresor desde el inicio del Tx fue ciclosporina, azatioprina, prednisona y en 4 ptes: desde el inicio del Tx tacrolimus, azatioprina y prednisona. En todos los casos al conocerse el diagnóstico se disminuyeron las dosis de los inmunosupresores. En 6 pacientes se realizó resección quirúrgica: ca de piel, lengua y glándula salival. 2 ptes recibieron quimioterapia: LNH y oat cell. 5 pacientes no recibieron tratamiento específico 4 de ellos por interurrencias infecciosas. 6 pacientes (60%) fallecieron, el rango de meses transcurrido desde el diagnóstico hasta el óbito fue 1 a 6 meses, en el 83% la causa fue sepsis. Los pacientes con ca de piel tras la resección quirúrgica de la lesión evolucionaron favorable-mente. **Conclusión:** La prevalencia de cancer fue de 9.2 %. El cancer de piel fue el más frecuente, en segundo lugar el linfoma, coincidiendo con las estadísticas publicadas. Excluyendo el cancer de piel, la sobre vida después del diagnóstico es pobre.

## PACIENTES CON CARCINOMA NO PEQUEÑAS CÉLULAS DE PULMÓN IIIA/IIIB TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA DE NEOADYUVANCIA: EXPRESIÓN DE MARCADORES MOLECULARES Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO A LA PROGRESIÓN

MORERO, JL; POLERI, C; RODRIGUEZ, C; VAZQUEZ, F; MARTIN, C; VAN KOOTEN, M; ROSENBERG, M  
Hospital .María Ferrer. - Buenos Aires / Argentina

Los pacientes con Carcinoma de Pulmón No Células Pequeñas (NSCLC) en estadios localmente avanzados tienen un pronóstico desfavorable aún con tratamiento quirúrgico; la supervivencia a los 5 años es sólo del 23% en estadio pIIIA. La quimioterapia de neoadyuvancia intenta mejorar la supervivencia de estos pacientes. **Objetivo:** Analizar los marcadores de proliferación celular y apoptosis en piezas quirúrgicas de pacientes con NSCLC tratados con quimioterapia de neoadyuvancia y evaluar su relación con la evolución de los mismos. **Material y métodos:** Estudiamos 33 pacientes con diagnóstico de NSCLC estadios IIIA y IIIB, y quimioterapia de neoadyuvancia con esquemas basados en platino. Realizamos inmunomarcación en los ganglios linfáticos metastásicos obtenidos por mediastinoscopia y en las piezas quirúrgicas y/o biopsias evaluables de 18/33 pacientes. Se realizó recuento de células en apoptosis e inmunohistoquímica con los anticuerpos anti p53, bcl2, Ki67, p21 y p27. **Resultados:** La baja expresión de p21 y de Ki67 previas a la quimioterapia estuvieron relacionadas con mayor tiempo a la progresión (test de log rank,  $p = 0.0378$  y  $0.0220$ ). La me-diana del índice apoptótico prequimioterapia fue 24 y postquimio-terapia fue de 59. En las muestras de tumor posteriores al tratamiento la expresión de Ki67, p21 y p27 fue elevada en 11 %, 11 % y 33 %, respectivamente, y observamos expresión de p53 en 50 % y bcl-2 en 16 % de los casos. No hubo diferencias entre la expresión de los marcadores pre y post quimioterapia ni asociación entre la expresión post quimioterapia y el tiempo a la progresión, estadísticamente significativas. **Conclusión:** La elevada expresión de p21 y Ki67 en los ganglios metastásicos fueron indicadores de menor tiempo a la progresión; en cambio, ninguno de los marcadores en las muestras postquimioterapia mostró relación con la progresión de la enfermedad. Estos hallazgos sugieren que el estudio de los marcadores celulares en las muestras de tumores pre quimioterapia pueden tener una importancia crítica en la selección de pacientes que podrían beneficiarse con el tratamiento adyuvante.

POSTER

## PO3 Galería Auditorio / lunes 10 / 8.30 a 12.30

### METASTASIS ENDOBRONQUIAL EN CÁNCER DE MAMA PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MAYER, ELIANE; VORNETTI, S; ISIDORO, R  
Hospital Municipal de Oncología María Curie - Florida, Pcia.Bs.As / Argentina

Las metástasis endobronquiales (ME) de neoplasias no pulmonares son infrecuentes. Las (ME) de tumores mamarios, si bien están profusamente documentadas, son de rara presentación en el curso de esta enfermedad. La definimos como tumores primitivos no pulmonares metastásicos, broncoscópicamente visibles, cuya histología es idéntica a los tumores primarios. La frecuencia de (ME) originadas en neoplasias extratorácicas esta en el orden del 2% en las distintas series revisadas. Las (ME) se originan, con más frecuencia, en tumores primarios de mama, riñón y colon. Aunque también han sido reportados casos con localización primitiva en ovario, tiroides, útero, testículo, próstata, nasofarinx, adrenal y tumores como sarcomas,

melanomas o plasmocitomas. A partir del advenimiento del SIDA los casos de Sarcoma de Kaposi han sido publicados en la literatura médica conjuntamente con los linfomas. Ya en 1850 Wirchow describe la existencia de (ME) provenientes de tumores sólidos y el primer informe fue realizado en 1890 por Zenker. *Objetivo:* la presentación de secundarismo pulmonar en cáncer de mama femenino supone una entidad que no evidencia dificultad diagnóstica. Cuando ocurre (ME), por su rara aparición (2% en la mayoría de las series) el diagnóstico diferencial con un tumor primitivo pulmonar puede enmascarse debido al amplio período libre de enfermedad, más de 5 años en la mayoría de las series revisadas. La sospecha clínica estará respaldada por el antecedente de enfermedad neoplásica y la sintomatología respiratoria. El rendimiento de la fibrobroncoscopia como método diagnóstico es alto. La biopsia con la confirmación histológica por el estudio anatomopatológico y el empleo de marcadores inmunohistoquímicos en los procedimientos que así lo requieran. *Material y método:* Presentamos dos casos con datos clínicos y anatomopatológicos con la clasificación de los distintos compromisos bronquiales. *Conclusión:* Cuando ocurre ME el diagnóstico puede retrasarse. La sospecha clínica estará respaldada por el antecedente de enfermedad neoplásica, la clínica y la radiología. La resección endoscópica de las lesiones endobronquiales puede estar indicada en los casos de obstrucción completa de los grandes bronquios y en aquellos que presenten atelectasia inminente junto con la colocación de un stent, lo que contribuye a la mejor calidad de vida del paciente.

### **ADENOCARCINOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO (AOD) PRESENTACIÓN DE UN CASO**

TABAJ, GABRIELA; FERNANDEZ ACQUIER, M; ASENJO, M; ECHAGUE, M P; GRAMBlickA, G; GRODNITZKY, M L; GIUGNO, E  
Capital Federal / Argentina

El carcinoma de origen desconocido es una entidad clínica frecuente, correspondiendo al 2% de todos los cánceres diagnosticados. Esta categoría incluye tumores de diferentes localizaciones y variedades biológicas. El paciente típicamente presenta síntomas referidos al sitio metastático dificultando la localización del sitio primario. La evaluación anatomopatológica de la biopsia ubica el tumor en una de las siguientes categorías histológicas:

1. Adenocarcinoma (70%)
2. Carcinoma pobremente diferenciado (15 -20%)
3. Neoplasia pobremente diferenciada (5%)
4. Carcinoma de células escamosas (5%)
5. Carcinoma neuroendocrino (5%)

*Caso clínico:* Paciente femenina de 81 años con antecedentes de hipertiroidismo, bocio endotorácico, asma bronquial, HTA y RGE, cursó interacción por síndrome de impregnación, derrame pleural izquierdo y lumbalgia. Se realizó RMN de columna lumbar evidenciándose imágenes compatibles con secundarismo las cuales fueron biopsiadas confirmándose diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma de primario desconocido (marcadores inmunohistoquímicos negativos). RxTx: derrame pleural izquierdo, mediastino ensanchado, infiltrado bilateral reticulonodulillar. TC tórax: imagen mediastinal compatible con bocio endotorácico retrocardíaco, infiltrado reticulonodulillar bilateral. Se realizó biopsia pleural con resultados negativos para células neoplásicas. FEDA: gastropatía crónica. Biopsia negativa para células neoplásicas. Evolución de manera desfavorable con empeoramiento del estado general, recurrencia del derrame pleural, produciéndose el óbito sin confirmación diagnóstica. *Conclusión:* La incidencia del AOD incrementa con la edad. La presentación clínica está determinada por el sitio comprometido por el tumor, los cuales son frecuentemente múltiples e incluyen hígado, pulmón, ganglios y huesos. El sitio primario llega a ser evidente solamente en el 15 a 20% de los pacientes. Aún en el examen post mortem, no se detecta el sitio primario en un 20 a 30% de los casos. Muchos pacientes presentan diseminación metastática y un pobre performance status al momento del diagnóstico lo que resulta en una pobre supervivencia (de 4 a 6 meses).

### **DISOCIACIÓN CLÍNICO RADIOLÓGICA-UNA DE LAS CARAS DEL CA BRONQUIOLOALVEOLAR**

CARDOZO, ROCIO; GOFFREDO, D; VIOLI, D; DAVIDOVICH, A; SCORZO, G; BELLOTTI, M  
Hospital de Clínicas "General José de San Martín" - Capital Federal / Argentina

*Introducción:* El carcinoma bronquiolo alveolar (CBA) es un subtipo de adenocarcinoma poco frecuente, que representa alrededor de un 5% de todos los tumores primarios de pulmón. Se presenta inicialmente en etapa de nódulo periférico, respetando el estroma pulmonar, sin producir síntomas por períodos de hasta varios años. En esta etapa la supervivencia a 5 años es del 75 a 80%, comunicándose su diagnóstico en las publicaciones internacionales hasta en un 50% de los pacientes. Posteriormente, en una fase más avanzada se produce microdiseminación canalicular que compromete difusamente al pulmón, presentando sintomatología variada y además, radiológicamente puede simular muchas veces, otras patologías no malignas (condensación, tuberculosis, sarcoidosis, etc.), dificultando aún más su diagnóstico. Este estadio escapa del alcance quirúrgico dado su carácter difuso y rápida progresión, es de mal pronóstico. *Objetivo:* Reportar el caso de una patología de baja incidencia y de difícil diagnóstico debido a la presentación atípica y disociación clínico radiológica con la que se presenta. *Caso clínico:* Paciente de sexo femenino de 82 años con antecedente de HTA y contacto con aves, que consulta por tos seca de 1 mes de evolución, y registros subfebriles aislados. Examen Físico: Rales crepitantes bibasales. Laboratorio: Hto 37% GB 10600 Pla 419000 Glu 129 U 50 Cr 0.7 TP 81% KPTT 29"-Gases en sangre: 21% 7.50/34/66/24/3.5/93%. RX Tórax: Imágenes nodulares y nodulillares difusas y bilaterales. Senos costofrénicos libres. PPD y Serologías para Chlamydia y Micoplasma negativas. TC Tórax: Múltiples imágenes nodulares de bordes bien definidos menores de 1 cm de diámetro, centrolobulillares, peribroncovasculares y subpleurales. En bases se observan opacidades por confluencia de los nódulos y compromiso alveolar por secreciones mucosas (patrón de árbol en brote). Asociado a engrosamiento de septos interlobulillares. Se realiza BAL y BTB diagnóstico: Adenocarcinoma Bronquioloalveolar. *Conclusión:* La diversidad expresiva de este tumor, como en el caso aquí presentado, puede mimetizar otros cuadros clínico-radiológicos de frecuente incidencia. Se debe tener en cuenta el CBA e incluirlo en el diagnóstico diferencial de otras

patologías específicas infecciosas y no infecciosas de similar presentación radiológica.

### **PRESENTACIÓN COMO ASMA BRONQUIAL AGUDA DE UN TUMOR DE TRÁQUEA**

MALNIS, S; SAKALIK, G; MONTES, H; MARTINEZ, M; BOCKLET, ML  
Mendoza / Argentina

Paciente femenino 66 años, con antecedente de asma bronquial y bronquiectasias, internada en el mes previo a la consulta por insuficiencia respiratoria aguda y expectoración hemoptoica, evolucionando favorablemente con antibióticos y corticoides. Ingresa a servicio de guardia de nuestro hospital por severa depresión respiratoria, al examen físico se objetivó estridor e hipoventilación generalizada, con hipoxemia e hipercapnia, siendo tratada con broncodilatadores, corticoides sistémicos y oxigenoterapia. La paciente mejora parcialmente quedando internada en sala de clínica. En las primeras 24 hs presenta fiebre y expectoración hemoptoica y se medica con quinolonas vía oral ante el diagnóstico presuntivo de infección respiratoria baja. Evoluciona con deterioro de la mecánica respiratoria y profunda desaturación, motivo por el cual ingresa a unidad de cuidados críticos requiriendo intubación y asistencia respiratoria mecánica. Debido a la presencia de infiltrado radiológico, se realiza fibrobroncoscopia a través de tubo endotraqueal visualizándose tumor de aspecto polipoide de color rojo violáceo alternando con áreas de color negro, ubicado en el tercio distal de la tráquea el cual ocluye el 80 % de su luz. Cepillado citológico positivo para células neoplásicas. Se realiza biopsia y resección con láser del tumor, presentando la paciente buena evolución clínica, siendo dada de alta a los 10 días posteriores al procedimiento. El informe anatomopatológico de la biopsia pone en evidencia tumor maligno, con alta sospecha por las características histopatológicas de melanoma, quedando para su confirmación definitiva la realización de estudio inmunohistoquímico.

### **LEIOMIOMA METASTATIZANTE BENIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARTINEZ, BEATRIZ NOEMI; ALVAREZ, NATALIA  
Hospital Municipal H Cura - Olavarría / Argentina

*Introducción:* Es una enfermedad rara caracterizada por la presencia de múltiples nódulos pulmonares de tejido muscular liso bien diferenciado, sin afectación sistémica. Ocurre en mujeres con historia previa de leiomioma uterino e histerectomizadas, generalmente hasta 20 años previos. Algunos autores argumentan que en realidad se trata de leiomiomas metastásicos de bajo grado. La presencia de receptores hormonales y las características inmunogenéticas similares al comparar ambos tumores favorecen el diagnóstico de enfermedad metastásica.

*Caso clínico:* paciente de 52 años con buen estado general que en una radiografía de tórax de rutina se evidencian 3 nódulos pulmonares, con límites netos. Sin consumo de tabaco. Antecedentes de cirugía de mama en 1995 por hiperplasia lobulillar atípica, con uso posterior de tamoxifeno por 3 años. Estenosis aortica, miocardiopatía subaortica dinámica. Histerectomía total con ooforectomía izquierda por miomatosis a los 40 años. Medicación de base atenolol y verapamilo. Mama derecha imagen nodular hipoecoica de bordes netos de 7,5 x 4,1 mm a la hora 9. FSH 56,88 mUI/ml (normal), hormona luteinizante 28,14 UUI/ml (normal), estradiol 26,47 uUI/ml (elevado). Se realizó biopsia guiada por TAC con resultados negativos motivo por el cual se interviene quirúrgicamente por videotoracotomía, el resultado anatomopatológico fue de neoformación nodular capsulada de 2 cm de diámetro, consistencia firme, constituido por células fusiformes que poseen núcleos ubicados centralmente, con disposición arremolinada verticilada con escasa mitosis. Fenotipo celular con hematoxilina y eosina, y el perfil inmunohistoquímico tipifica a la población como células de origen muscular. Actina positivo, S100 negativo, HMB 45 negativo, receptor de estrógeno negativo 0%, receptor de progesterona positivo 10% y vimentina negativo. Compatible con Leiomioma metastatizante benigno. Se otorgó el alta, con controles periódicos y sin tratamiento específico. *Conclusión:* Debido a la poca frecuencia de este caso y a la evolución benigna que presenta la enfermedad nos pareció interesante su presentación.

### **TUMOR DE MEDIASTINO ANTERIOR**

GONZALEZ, JOSE ANTONIO; VILAS, G; PEDERNERA, A; DE SALVO, M; REY, D  
Hospital Enrique Tornú - Buenos Aires / Argentina

Paciente de sexo masculino de 56 años. Carpintero. Ex tabaquista 35 paquetes / año. Dolor en hemitórax derecho de 2 meses de evolución, tos improductiva. Al examen, hipoventilación generalizada y matidez en hemitórax anterior derecho. Rx Tórax: opacidad homogénea, redondeada en campos medio e inferior derechos, que hace silueta. Hto 43% GB 18600/mm<sup>3</sup> Linfocitos 63%. TAC Tórax: Formación de densidad de partes blandas, homogénea 97x82 mm que se extiende en mediastino anterior. EFR: Patrón obstructivo leve fijo. FBC: sin lesiones endoluminales. RMN Tórax: Lesión ocupante en mediastino anterior, 13x13x12 cm heterogénea en T2, vinculada con pericardio y estructura vasculares. Citometría de flujo: Población de baja complejidad interna, con intensa expresión de CD45 compatible con linfocitos que expresan 60% del total, con inversión de la relación CD4/CD8. Toracotomía derecha, con extracción de tumor mediastinal. Diagnóstico: Timoma. Anatomía Patológica: Masa Tumoral delimitada por capsula fibrosa. Los diferentes cortes muestran lesión constituida por células uniformes redondeadas hiperclomáticas, con septos fibrosos y espacios perivasculares amplios ocupados por líquido proteináceo. *Conclusión:* La incidencia del timoma es de 0.13 cada 100.000, entre 40 y 60 años de edad, la frecuencia es igual en hombres y mujeres, no existiendo factores de riesgo. Representa el 20% de los tumores mediastinales, siendo el tumor más frecuente en el mediastino anterior en los adultos. La mitad de estos tumores son

silentes y constituye un hallazgo radiográfico. Cuando presentan síntomas se deben al tamaño de los mismos y por compresión de órganos vecinos. La forma más habitual de metástasis suele ser el compromiso pleural y/o pericárdico. Los timomas están asociados con una serie de desórdenes paraneoplásicos, la mayoría de los cuales son autoinmunes o endocrinos. Los más importantes son la miastenia gravis, la aplasia pura de células rojas y la hipogamaglobulinemia. El tratamiento de elección es la cirugía en aquellos casos en que no hay compromiso metastásico, resultando la quimioterapia y radioterapia, sólo un tratamiento paliativo.

## **PATOLOGÍA INTERSTICIAL**

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO7 Aula Horcones / lunes 10 / 14 a 16.15**

##### **NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES DIFUSAS EN LA SECCIÓN NEUMOTISIOLOGÍA DE UN HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS**

BOCCIA, CARLOS; PLAUL, HECTOR; MATOS, SUSANA; DEVOTO, MARIA  
Hospital D.F. Santojanni - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo:* Presentación de las Neumopatías Intersticiales Difusas (NID) diagnosticadas en nuestra Sección. *Material y métodos:* Estudio descriptivo de serie de casos. Se revisaron las HC correspondientes al período 1/9/02 al 1/7/05 de la Sección Neumotisiología del Htal. Santojanni, de las cuales 29 tenían diagnóstico de NID. De éstas, se evaluó el nº de casos que presentaban panalización al momento de la 1ª consulta, cuántos fueron sometidos a biopsia, cuántos quedaron con un diagnóstico probable sin confirmación histopatológica, y cuántos fueron derivados para trasplante. *Resultados:* De los 29 pacientes, 15 (51,7%) fueron hombres y 14 (48,2%) mujeres. La media de la edad fue 62,4 años. Se realizaron 4 biopsias pulmonares (3 a cielo abierto y 1 BTB). Un paciente fue derivado para trasplante. Dieciséis (55,1%) de los pacientes tenían pulmones extensamente panalizados al momento de la 1ª consulta. De las 11 NID por exposición ocupacional, 8 estaban panalizadas; de las 3 no panalizadas, 1 resultó BOOP secundario a tolueno, otra silicosis y la 3ª a exposición a polvo de aluminio. De esos 11, 2 presentaban además AR inactivas no siendo posible el diagnóstico diferencial. De los 13 ptes. restantes (no panalizados) 4 (30,7%) fueron sometidos a biopsia. El subgrupo de las NID, Neumonías Intersticiales Idiopáticas (IIPs), estuvo representado por 9 casos: 8 FPI y 1 BOOP. *Conclusión:* La mayoría de los pacientes que consultaron en nuestra Sección estaban en una etapa muy avanzada de su enfermedad, obstaculizando en los potenciales casos de reversibilidad, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Llama la atención que el 37% de los pacientes con NID tuvieran a la exposición ocupacional como causa de su enfermedad, una causa prevenible. Quienes accedieron a la prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados, fueron los pacientes más jóvenes, los portadores de cuadros agudos y aquellos que consultaron en etapas evolutivas más tempranas.

### POSTER

#### **PO2 Galería Auditorio / domingo 9 / 14 a 18**

##### **TOXICIDAD PULMONAR POR INTERFERÓN PGILADO MÁS RIBAVIRINA**

PILHEU, MARÍA SALOMÉ; ORBAN, R; MIRETTI, D; GERMANI, L  
Hospital Juan A Fernández - Cap / Argentina

Se presenta un paciente de 49 años HIV positivo, EPOC, DBT, Hepatitis C positivo. En tratamiento con 3TC, abacavir, nevirapina insulina, e interferón pglado más ribavirina. Desarrolla en el transcurso de un mes un cuadro de obstrucción al flujo aéreo e infiltrados pulmonares que no responden a los broncodilatadores ni a los corticoides inhalados. No se aisló germen de los esputos ni del BAL. Se realizó una biopsia quirúrgica que demostró .Daño Alveolar Difuso.. Al suspender el interferón y la ribavirina y administrar dosis altas de corticoides remitieron los síntomas y mejoraron los infiltrados a las 48 hs. *Conclusión:* El caso fue interpretado como injuria pulmonar por interferón pglado más ribavirina, cuya incidencia es menor al 0.1% de los pacientes que reciben este tratamiento.

##### **BRONQUIOLITIS RESPIRATORIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL INTERSTICIO PULMONAR (BR-ILD)**

PARPAGLIONE, CARLOS; CARDOZO PACHECO, V; REY, D R  
Hospital Tornú - Capital Federal / Argentina

*Caso 1:* Masculino 66 años. Tabaco: 80 paquetes/año. Disnea CF III y tos secaMV disminuido en campos superiores; rales

crepitantes en campos medios e inferiores. TAC Tórax: enfisema en campos superiores y vidrio esmerilado. en bases. Se efectuó biopsia de pulmón. Enfisema centrolobulillar y RBILD. GOLD Estadio 1. La DLCO (35%) y la KCO están descendidas con VA normal (severa ineficacia en el intercambio gaseoso). Buena evolución. *Caso 2:* Masculino 50 años. Tabaco: 50 paquetes/año. Antecedentes de EPOC. Disnea CF II, tos productiva y sibilancias. Dedos hipocráticos. MV disminuido. TAC Tórax: enfisema centrolobulillar en campos superiores. Vidrio esmerilado. en campos medios. GOLD Estadio 1 DLCO 56%. KCO 46%. Buena evolución. *Conclusión:* Se presenta como enfermedad pulmonar intersticial, con deterioro funcional y anomalías radiográficas. Afecta fumadores de más de 30 paquetes/año entre 40-50 años de edad. Relación hombre/mujer: 2:1. Raramente sintomática, en ocasiones, se asocia con disnea, tos e hipoxemia, auscultándose rales inspiratorias. No hay casos informados de BR-ILD que progrese a Fibrosis Pulmonar. Los exámenes funcionales muestran: leve a moderada disminución de la DLCO, obstrucción y restricción de la vía aérea. En ocasiones, volumen residual aumentado, debido a una asociación de BR-ILD y enfisema centrolobulillar. En el BAL se encuentran macrófagos pigmentados, color café. La ausencia de ellos debe sugerir un diagnóstico alternativo. Rx de Tórax: se aprecia infiltrado intersticial, pared bronquial engrosada y vidrio esmerilado., 14% de los pacientes tienen Rx normal. TAC: Nódulos centrolobulillares, vidrio esmerilado., engrosamiento parietal de vías aéreas, enfisema centrolobulillar en lóbulos superiores. Diagnóstico diferencial: incluye Neumonitis por Hipersensibilidad, Neumonía Intersticial Descamativa y Neumonía Intersticial Inespecífica. La cesación tabáquica puede ser la terapéutica inicial. Las lesiones persisten por largo período. El tabaco se comportaría como un antígeno, induciendo alteración pulmonar persistente, provocando reacción inflamatoria crónica.

### **FIBROSIS PULMONAR Y SÍNDROME ANTISINTETASA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

CALLEJA, O; FAZIO, C; GAROFOLI, A  
Hospital Central de Mendoza - Mendoza / Argentina

Paciente mujer de 29 años, que comienza en 1997 con disnea de esfuerzo, tos seca y fenómeno de Raynaud en los cuatro miembros. Además astenia, palpitations y poliartritis simétricas generalizadas. Consulta en noviembre de 2001 por moderada debilidad muscular proximal, mialgias y fiebre (hasta 38 °C) de 48 hs de evolución. Como antecedentes refiere fiebre reumática a los 23 años, rinitis estacional y antecedentes familiares de AR e hipertiroidismo. En el examen físico presentó cara abotagada, livedo reticularis en dorso de manos y ante-brazos, manos tumefactas y aplanamiento de pulpejos de los dedos sin lesiones de isquemia. Leve aumento de R2 cardíaco en foco pulmonar. Taquipnea, estertores crepitantes en ambas bases y campos medios. Dolor a la palpación en masas musculares proximales. Laboratorio: Htco 42%; G blancos 6.500/mm<sup>3</sup> y aumento moderado de plaquetas. Orina normal. AELO normal. CPK aumentada (2 veces). LDH aumentada (3 veces). Aumento de alfa 2 globulinas (1g/dl). Células LE (-), FR + 1/40; Complemento 58U/ml, CH50 normal. ANA y ANCA c-p negativos. Anti Jo-1 positivo intenso. En la Rx de tórax se evidenció patrón intersticial con leve rectificación del arco medio izquierdo. Espirometría: FVC: 1.70 (39%); FEV1:1.70 (46%); FEV1/FVC: 82 (121%); TLC: 3.12 (58%); DLCO: 16.45 (53%). Durante la evolución presenta progresión de disnea, acrocianosis y debilidad muscular y se inicia tratamiento con prednisona 80 mg/día y ciclofosfamida 1gr/ mes EV, Vit D3 y calcio. En Febrero 2002 la paciente se encuentra asintomática y se disminuyen glucocorticoides y ciclofosfamida. Anti Jo positivo y anticardiolipina Ig G e Ig M negativos; CPK y LDH normales. FVC 3.66 (95%), TLC 5.80 (108%) DLCO: 22.21 (82%). Continúa con buena evolución y en controles de Noviembre de 2004 y Marzo 2005 sólo presentó sintomatología intermitente (gastritis, menometrorragia, anemia microcítica-hipocrómia moderada, fenómeno de Raynaud). El electromiograma demostró discreta disminución de conducción en cubital derecho. Actualmente se encuentra asintomática con examen funcional respiratorio normal. *Conclusión:* Las antisintetosas (principalmente anti Jo-1) son autoanticuerpos asociados a miositis y están presentes en el 80% de los pacientes con DM/PM que desarrollan enfermedad pulmonar intersticial con artritis y fiebre asociadas. Se presenta un caso de escasa incidencia de fibrosis pulmonar.

### **BRONQUIOLITIS RESPIRATORIA: UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL**

BLUA, A; LOPEZ, AM; LUHNING, S; CASAS, JP; PEREZ, J; KURPIS, M  
Unidad Enfermedades Respiratorias. Hospital Privado - Córdoba / Argentina

La bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial (RBILD) es una entidad poco frecuente, casi exclusiva de fumadores. Consiste en la acumulación de macrófagos pigmentados en los bronquiolos y alvéolos distribuidos en parches. Es usualmente leve y de buen pronóstico. Comunicamos el caso de una tabaquista severa, con hallazgos compatibles con RBILD, con una presentación clínica inusual: severa disnea e hipoxemia, en la que el reinicio del tabaquismo produjo la recurrencias y solo mejoró con esteroides. *Caso Clínico:* mujer 58 años. Tabaquista de 51 paq./año, Neumotórax espontáneo izquierdo recurrente hace 20 años. Enfermedad bipolar. Rp: salmeterol + fluticazona, fluoxetina y lorazepam. 1° internación: Fiebre persistente e insuficiencia respiratoria. Astenia y expectoración mucopurulenta hacia 3 meses, recibió múltiples ATBs. Examen: SatO<sub>2</sub>: 83 % (FiO<sub>2</sub> 0.21). GB 19.300, pH: 7.43, pCO<sub>2</sub> 38, pO<sub>2</sub> 52. Rx tórax: infiltrado bilateral reticulonodular. Retracción hiliar izquierda. TAC de Tórax: bullas apicales y paramediastínicas, vidrio esmerilado en llingula, infiltrado reticular en llingula y LII. Rp: cefepime 1gr. c/12 hs + azitromicina 500 mg c/ 24 hs., metilprednisona 40 mg. BFC: no diagnóstica. Mejoría al 4° día. SatO<sub>2</sub>: 94 % (FiO<sub>2</sub> 0.21). Alta al 6° día. 2° internación: 12 días posterior al alta por reaparición de fiebre. Había reiniciado tabaquismo. Taquipnea, disnea de reposo. Crepitantes bibasales. SatO<sub>2</sub>: 74 % (FiO<sub>2</sub> 0.21) GB 12,500. TAC de Tórax: vidrio esmerilado en parches bilaterales a predominio LS. Rp: Cefepime 1gr. c/12 hs. Evolución tórpida, persiste con disnea. BFC: Bacteriología Negativa. Biopsia Transbronquial: Infiltrado inflamatorio septal. Macrófagos intraalveolares pigmentados multinucleados. Neumocitos hiperplásicos e



hipercromáticos. Imp. Dx.: RBILD. Se comienza con metilprednisona 60 mg/día, con mejoría significativa en 48 hs. Alta al 6° día. Luego de 7 meses reinicia tabaquismo con nueva recaída que mejora con esteroides. *Conclusión: Comentario:* en pacientes con historia de tabaquismo intenso, la RBILD puede adoptar formas clínicas sintomáticas y con severo compromiso funcional. Los hallazgos tomográficos compatibles con RBILD y la presentación aguda con disnea intensa e hipoxemia severa no justifican excluir esta patología entre los diagnósticos diferenciales.

## **BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDAD INTERSTICIAL. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

GOFFREDO, DIEGO H.; CASTELLO, L; KOHN, V  
Hospital de Clínicas - Capital Federal / Argentina

*Objetivo:* Evaluar la población de pacientes con enfermedad intersticial (EI) en quienes se han realizado biopsias pulmonares, sus complicaciones y los diagnósticos anatomo-patológicos encontrados. *Materia y método:* Se relevaron todos los pacientes sometidos a biopsias pulmonares en el Servicio de Cirugía de Tórax y las biopsias ingresadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas. Se seleccionaron aquellas con diagnóstico de EI entre 01/01/2000 y 31/12/2004. Se revisaron las historias clínicas de archivo registrando las variables en una planilla preformada. *Resultados:* Se hallaron 22 biopsias en 21 pacientes. 12 hombres/9 mujeres. Edad media de 61 (+/-10) años. 5 mujeres con enfermedad del colágeno (3 Esclerodermia, 1 Sjögren, 1 Dermatomiositis Jo (+), 1 hombre con sme.pulmón-riñón con vasculitis ANCA (+). El tiempo de evolución de los síntomas hasta la realización de la biopsia fue menor a 30 días en 8 (38%) pacientes, de 30 a 90 días en 7 (31%) pacientes y más de 90 días en 7 (31%) pacientes. Se obtuvieron espirometrías previas en 15/21 pacientes con FVC media 2,89L (75%), se calcularon en 10/21 pacientes: PAFIO2 237, PO2(A-a) 54,8mmHg, PO2(a/A) 0,51mmHg. Se realizaron 16 biopsias programadas y 6 de urgencia. 9 por videotoracoscopia de las cuales 3 se convirtieron, 7 por toracotomía mínima y 6 por toracotomía convencional. De las biopsias programadas solo 1 (4,5%) paciente requirió ventilación mecánica durante 24hs del post-operatorio. Mientras que los pacientes ventilados en quienes se realizó biopsia de urgencia siguieron ventilados una media de 10,3 días. Las complicaciones observadas fueron: Neumotórax en 2 (9%) pacientes ventilados. Sangrado 1 (4,5%). Empiema 1 (4,5%). Falla de expansión 3 (14%). Ningún paciente murió por complicaciones quirúrgicas. Los diagnósticos anatomopatológicos de las biopsias revelan: BOOP 6 (27%). Neumonía intersticial usual 5 (22%). Neumonía intersticial aguda 3 (14%). Neumonía Lipoidea 2 (9%). Neumonitis actínica 1(4,5%). Neumonitis por amiodarona 1(4,5%). Neumonía intersticial no específica 1(4,5%). Bronquiolitis obliterante 1(4,5%). Wegener 1 (4,5%). Fibrosis 1 (4,5%). *Conclusión:* La biopsia pulmonar en la enfermedad intersticial es un procedimiento seguro aunque no exento de complicaciones, tanto en pacientes ventilados como en ambulatorios.

## **REACCIÓN PULMONAR POR DROGAS POR ERLOTINIB**

BERGNA, MIGUEL; FERNANDEZ ACQUIER, M; VENDITTI, J; MILLET, S; GANDARA, E; ALVAREZ, J; VIDELA, A; PEREZCHADA, D  
Hospital Universitario Austral. Pilar. Buenos Aires - Caseros / Argentina

*Objetivos:* Comunicar un caso de reacción pulmonar por dro-gas, en un paciente con diagnostico de carcinoma bronquioloalveolar tratado con Erlotinib. *Descripción:* Varón de 54 años, residente en España, con diagnostico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, obesidad, tabaquismo y carcinoma bronquioloalveolar diagnosticado en 2001. Se trató con lobectomía superior derecha en 2001 y resección atípica en 2003, luego con dos ciclos de quimioterapia, y actualmente tratamiento con erlotinib (fase III). Presentó fiebre y disnea, siendo interpretado como neumonía y tratado con levofloxacina 500mg vo. Fue internado en otra institución recibiendo ceftazidima, amikacina, claritromicina ev. Es derivado a nuestro hospital iniciándose tratamiento empírico con Ceftriaxona y claritromicina. Empeora su función respiratoria requiriendo ARM, en TAC se objetivo infiltrado alveolar bilateral con predominio izquierdo progresivo con respecto a TAC previa. Se obtuvo muestra por minibal y lavado bronquioloalveolar broncoscópico sin hallazgo de gérmenes ni células neoplásicas. Se decide biopsia quirúrgica que muestra un proceso inflamatorio en focos con marcada hiperplasia de neumocitos de tipo II vinculable a la acción de drogas. Se efectúa pulso de metil prednisolona continuando con dosis decrecientes. Tras varias interurrencias evoluciona favorablemente con mejoría ventilatoria e imagenológica pudiendo externarse a su país de origen, sin requerir apoyo ventilatorio. *Conclusión:* Ensayos recientes han demostrado aumento de la sobrevida en paciente con cáncer de pulmón no microcítico con Erlotinib. Si bien la incidencia de infiltrados difusos no ha mostrado diferencias entre grupos, erlotinib y placebo, se ha informado en algunas poblaciones mayor aparición de enfermedad intersticial pulmonar. En nuestro conocimiento este es el primer caso en que se ha documentado histológicamente enfermedad pulmonar.

## **TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR AMIODARONA**

QUERCIA ARIAS, OLGA ESTELA; URIBE ECHEVARRIA, A; MALDONADO, D; SERRA, L  
Hospital Córdoba - Córdoba / Argentina

La amiodarona es un derivado yodado del benzofurano, ampliamente usado como antiaritmico. Se conocen varios efectos adversos a nivel de piel (57%),higado (55%), tiroides (11%) y pulmon (13%). El objetivo del presente trabajo es mostrar la incidencia de la toxicidad pulmonar atribuida a amiodarona, evaluada en nuestro servicio, a lo largo de los últimos 5 años. Se presentan 11 casos, con una edad promedio de 55 años, siendo el 90% hombres. El motivo de consulta fue en la mayoría

de los casos, disnea de esfuerzo. El antecedente de uso de amiodarona fue variable en dosis y tiempo, llenando desde 1 mes a un máximo de 7 años, en dosis de 400 a 600 mg/d. La Rx de tórax mostró compromiso alveolointersticial bilateral, predominantemente basal, y en un caso hubo una importante pérdida de volumen pulmonar y adenomegalias mediastínicas, que por biopsia se confirma de estirpe hiperplásica linforreticular, el 80% presentaron por TAC patrón en panel de abejas. Se realizó biopsia pulmonar en el 20% de los casos. La espirometría fue normal en 1 caso, con moderada restricción en 3 y la mayoría mostró severo compromiso restrictivo. Curiosamente, el 70% no tenía hipoxemia en reposo, sino desarrollaban con el esfuerzo. En todos los casos la amiodarona fue suspendida. De todos los casos, solo 1 era pasible de tratamiento, por predominio de neumonitis, pero no se inició tratamiento con corticoides por negativa del paciente, de todas formas evolucionó favorablemente. En el resto de los casos, con fibrosis pulmonar ya instalada, no recibieron tratamiento. En la evolución, 3 fallecieron por I. Respiratoria y 1 por Ca renal concomitante, 4 viven aún, aunque limitados, 2 revirtieron tras suspender la droga y 2 se desconoce evolución. **Conclusión:** La toxicidad pulmonar por amiodarona es una reacción conocida, que a pesar del amplio uso, tiene baja incidencia, debe ser tenida en cuenta y pequizada precozmente, para evitar la evolución hacia la fibrosis pulmonar. Una vez diagnosticado, debe suspenderse la droga y de ser necesario reemplazar por otra. En estadios finales no es recomendable el uso de corticoides, solo requiere medidas de apoyo, oxigenoterapia y rehabilitación física.

### **INTERSTICIOPATIA PULMONAR ASOCIADA A MONTELUKAST**

FRINO, ALEJANDRO DANIEL; WEHBE, L; DE LA VEGA, C M  
Clínica 25 de Mayo y Hospital Privado de Comunidad - Mar del Plata / Argentina

Paciente de 62 años, masculino con antecedentes de asma de los 4 a los 8 años. Se radica en la ciudad de Mar del Plata a los 58 años y poco después comienza con falta de aire. Fue fumador desde los 13 a los 19 años cuando abandona y reinicia el hábito desde los 45 a los 48 años, una cantidad de hasta 60 cig. por día. Había utilizado Fluticasona + Salmeterol y en enero del 2005 consulta usando Budesonida

□.+ Formoterol por presentar un cuadro en el que coexisten rinitis acuosa de varios años de evolución + intolerancia a AAS, más el antecedente de Asma controlada con el tratamiento inhalatorio, se decide agregar al tratamiento montelukast 10 mg día vía oral. 30 días después de comenzado el nuevo medicamento presenta disnea progresiva, pérdida de peso de 12 kg 20 días + dolor abdominal + pápulas eritematosas y pruriginosas de 2.0x1.0 cm ovoides. La EFR mostró una FVC 3.08 (74%) VEF1 1.87 (57%) VEF1% 61% El laboratorio, Eosinofilia del 10% (647 eos) Microcitosis Hipocromía RBC 6.29 HGB 16.1 HCT 50.0 MCV 79.5 MCH 25.7 MCHC 32.3 RDW 13.3. En Rx y en TAC de tórax se observó un patrón intersticial constituido por múltiples opacidades homogéneas (en mismo momento evolutivo) de bordes irregulares de distribución periférica, distribuidas desde vértices hasta bases. Las mismas adquieren un patrón en vidrio esmerilado predominando en el tercio medio de ambos hemitórax. Se observa además leve irregularidad con leve engrosamiento pleural lateral a predominio izquierdo en proyección del tercio medio. Leve engrosamiento de los septos lobulares en posición subpleural. A los 54 días del montelukast consulta y se decide suspenderlo y iniciando meprednisona 40 mg día que en disminución lenta se encuentra tomando 10 mg día en el mes de Julio 2005, se observó normalización de las imágenes con resolución completa de los infiltrados, mejoría clínica y espirométrica FVC 3.93 (95%) VEF1 2.07 (64%) VEF1% 53%. Actualmente continúa tratamiento de su Asma con Budesonida

□.+ Formoterol con adecuado control. **Conclusión:** Creemos en forma presuntiva, que muy posiblemente se trate de una vasculitis/eosinofilia pulmonar inducida por montelukast, nos limita el no tener diagnóstico histológico, como hubiera sido más académico. Hacer una biopsia cuando recibe corticoides, claramente mejorado, es para nosotros una decisión difícil de justificar ya que muy probablemente no habría modificado la conducta.

## **REHABILITACIÓN RESPIRATORIA**

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO7 Aula Horcones / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **REHABILITACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA AVANZADA**

BRION, GRACIELA; PRIETO, OMAR; ANGELINO, ARNALDO; ABAD, DANIEL; MAZZEI, MARIANO; OSSES, JUAN;  
CANEVA, JORGE; PEIDRO, ROBERTO  
Fundación Favalaro - Capital Federal / Argentina

**Objetivo:** comparar la capacidad funcional, gasometría arterial, espirometría y SaO<sub>2</sub> pre y post un programa de rehabilitación

(R) en pacientes (p) con enfermedad respiratoria avanzada, en clase funcional (CFNYHA) III / IV. **Material y método:** 133 p consecutivos derivados a R, 4 sesiones/sem, 60 min/sesión, durante 12 semanas. Programa: entrenamiento aeróbico al 60 - 85% de la capacidad funcional máxima y 3.5 de la escala de Borg + ejercicios de fuerza y resistencia muscular al 50% de 1 RM. Estadística: t test de Student. Resultados: edad 62.8 años +/- 13.5 (13-90 años), 58% sexo masculino, IMC 26.7 +/- 5.5, EPOC: 113 p (85%), fibrosis pulmonar: 17 p (12.8%), bronquiolitis obliterante: 1 p (0.8%); hipertensión pulmonar severa 5p (3.8%) (4 primaria), post trasplante pulmonar 10 (7.5%), cardiopatía asociada: 57 p (43%), CFNYHA III -IV: 119 p (89.5%), oxígeno-terapia crónica domiciliar: 46 p (34.6%), en lista de trasplante pulmonar: 21 p (16%).

	Basal	Post entrenamiento	p
CF NYHA	3.25 ± 0.55	2.16 ± 0.53	<0.0001
CFE (METS)	4.94 ± 2.11	7.63 ± 2.53	0.008
VEF 1 (L)	1.05 ± 0.5	1.17 ± 0.52	0.008
VEF 1 %	37.63 ± 16.18	42.45 ± 18.95	0.005
CVF (L)	2.20 ± 0.9	2.29 ± 0.84	0.3
CVF %	60.41 ± 21.09	66.70 ± 19.09	0.03
VEF 1/ CVF	49.82 ± 16.38	49.77 ± 18.88	0.9
PaO2 (mmHg)	66.46 ± 18.2	71.14 ± 14.25	0.4
PaCO2 (mmHg)	41.58 ± 5.7	42.61 ± 5.17	0.7
Distancia TM6M (m)	259.32 ± 143	395.74 ± 159	<0.0001
FC Basal (lpm)	84.24 ± 16.49	87.95 ± 18.39	0.1
FC Máxima (lpm)	109.12 ± 18.04	114.46 ± 20.89	0.02
Saturación basal (%)	95.21 ± 2.75	95.87 ± 2.75	0.2
Saturación esfuerzo (%)	91.11 ± 4.42	92.68 ± 4.71	0.02

CFNYHA = clase funcional de New York Heart Association; CFE: capacidad funcional ergométrica.  
**Conclusión:** La implementación de un programa de R mixto (aeróbico y fuerza muscular) se asoció con mejoría significativa de la tolerancia al ejercicio objetivado a través de reducción de la CFNYHA, aumento de la distancia en TM6M y aumento de la CFE. También se asoció con mejoría del VEF1 y de la saturación de esfuerzo.

#### POSTER

### **PO5 Galería Auditorio / martes 11 / 8.30 a 12.30**

#### **REHABILITACIÓN RESPIRATORIA Y LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS?**

BOIM, CLARISA; CORTIÑA, M; BOLLORINO, A; MONTI, F; CISNEROS, G  
 Htal.Cetrángolo - Florida, Pcia.Bs.As / Argentina

**Objetivo:** evaluar el impacto de un PRR en la calidad de vida de una paciente con LAM. **Introducción:** paciente de 27 años con diagnóstico de LAM (biopsia renal, pulmonar) que consulta espontáneamente al Área de RR por presentar disnea de grado variable según la actividad desarrollada. Tiene antecedentes de Ntx. a repetición bilaterales desde los 17 años y tumor renal. Desde hace dos años cumple tratamiento cíclico con progesterona, recibe terapia inhalatoria con asociación de corticoides y broncodilatadores. **Material y método:** ingresa al PRR en septiembre de 2004 siendo re-evaluada en diciembre de 2004. Primera etapa: se realiza H.CL, par Rx, TAC, EFR, Vol.pulmonares, DLCO, antropometría, CRQ, Test de marcha 6min., lab. de análisis clínicos. Segunda etapa: programa de actividad física de 2 estímulos semanales supervisados y estímulos extra en domicilio; esto incluyó: RAG. trabajos de fuerza global, y analítica que se desarrollaron en tierra y agua. Tercera etapa: re-evaluación. **Resultados:** Datos pre-PRR: FVC 2.76lt, VEF11.97lt, TLC 3.81lt, RV 1.01lt DLCO60%, Test de 6Min: recorrió 560mts satmin94% Borg3 FC max140; CRQ: puntajes: total 82 disnea15 fatiga18 función emocional32, control enfermedad17, Antropometría: BMI 21,3, endomorfía:5,5, %grasa: 27,8%, mesomorfía: 4. Datos post-PRR:FVC 2,69lt, VEF1 1.96lt, TLC3.70lt, RV1.02, DLCO54%, Test de 6Min:570mts satmin94%,FCmax.132 Borg0, CRQ:puntajes: total107,disnea20,fatiga26, función emocional37,control de enfermedad 24. Antropometría: BMI 21,3, endomorfía: 4,5, %grasa: 25,7%, mesomorfía: 4. A partir de los resultados obtenidos no se observa mejoría en los valores del EFR, Vol.Pulmonares ni DLCO, respecto al test de marcha, si bien la diferencia no es significativa el Borg disminuyó y debe considerarse que por fórmula la paciente ya tenía un recorrido mayor al 80% del teórico para su edad, antropométricamente presentó disminución de la masa grasa corporal y del %de grasa y mantuvo la mesomorfía. El test de calidad de vida, muestra diferencias significativas (mayor de 0,5), en todos los dominios (disnea 1,fatiga 3,4,función emocional 0,7, control de enfermedad 1,8). **Conclusión:** A partir de los resultados obtenidos luego de la aplicación de un PRR Multidisciplinario en una paciente con LAM, concluimos que el impacto en la calidad de vida fue positivo, quedando planteado su aplicación en estas y otras intersticiopatías.

#### **UNA PROPUESTA DIFERENTE EN EL ENTRENAMIENTO DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS EN LA ENFERMEDAD DE POMPE**

RATTO, P; RHODIUS, E; BERTOTTI, A; NIGRO, C; ALAIS, ME  
 Hospital Alemán - BsAs / Argentina

La Deficiencia de Maltasa Ácida o Enfermedad de Pompe (EP), de carácter recesivo, es causada por la deficiencia de la proteína alfa-glucosidasa-ácida cuya incidencia es de 1:40000. Dentro de las tres manifestaciones clínicas infantil, juvenil y

adulta, esta última se caracteriza por miopatía lentamente progresiva y asociada a Dificultad Respiratoria. La Terapia de Reemplazo Enzimático podría mejorar y retrasar los síntomas de esta enfermedad, pero todavía se encuentra en fase de investigación. *Caso clínico:* presentamos una paciente de 53 años, que mani-fiesta desde 1993 síntomas de debilidad generalizada. Se le realizó EMG, Estudio Metabólico y Biopsia Muscular, diagnosticándose Enfermedad de Pompe. Posteriormente se le realizó presiones bucales obteniéndose una PiMax de -68 cmH2O y una PeMax de 71cmH2O, se asumió Debilidad Diafragmática y comenzó con Entrenamiento de Músculos Respiratorios(EMR) estándar (Martin, RJ Muscle and Nerve 6-(3):201-203) Luego de un resultado frustrado, PiMax -52 cmH2O, PeMax 65 cmH2O, se inició EMR aumentando la carga y el tiempo de cada ciclo respiratorio (Koessler, W. Chest.2001Sep;120(3)765-9) Sólo así mostró mejoría, la Pimax aumentó a -70 cmH2O y la PeMax a 95 cmH2O. Se realizaron también: CV, mostrando una caída del 28% en supino, Saturometría Nocturna y Polisomnografía las cuales fueron normales. *Conclusión:* La Dificultad Respiratoria es la principal causa de muerte en la EP. (Mellies, U Neurology 2005;64 1465-67). Desde la aparición de los primeros síntomas hasta su manifestación pueden transcurrir entre 2 y 17 años o más y generalmente va precedida de Debilidad Diafragmática. (Mellies, U Neurology 2001; 57:1290-1295) La Dificultad Respiratoria no se relaciona con igual deterioro motor. La paciente ha logrado conservar, hasta la actualidad, la función respiratoria y retardar su falla, en parte gracias al EMR .

## TABAQUISMO Y EPIDEMIOLOGÍA

### COMUNICACIÓN ORAL

**CO3 Aula Magna / lunes 10 / 14 a 16.15 hs**

#### **EL TABAQUISMO INCREMENTA EL COSTO DIARIO DE MEDICACIÓN ENTRE LOS PACIENTES ADULTOS EN TERAPIA INTENSIVA**

UGO, KARINA; GAMBINO, F; PELICHE, F; CASTRO, M  
Hospital Militar Central y Hospital regional Río Gallegos - Río Gallegos, Santa C / Argentina

*Objetivo:* Demostrar el incremento del costo diario de internación entre los pacientes adultos tabaquistas internados en Terapia Intensiva. *Materiales y métodos:* Estudio prospectivo de 150 pacientes adultos internados en Terapia Intensiva. 75 fueron internados en la UTI del Hospital Militar Central (Capital Federal) y 75 en la UTI del Hospital Regional Río Gallegos (Santa Cruz). A todos los pacientes se le tuvo en cuenta edad, diagnóstico de ingreso, severidad de la patología, si eran tabaquistas, costo diario de medicación y costo diario de internación en UTI, tiempo de internación en UTI y evolución. Estos datos fueron evaluados por test de Mantel-Haenszel y un valor de p menor de 0.01 fue significativo. *Resultados:* De los 150 pacientes internados en la UTI, 75 en la UTI del HMC (Capital Federal) y 75 en la UTI del HRRG (Santa Cruz), 107 pacientes eran tabaquistas (71%). Entre los tabaquistas la media de la edad fue de 61 años (sd=17), y 42 eran menores. La media del costo de medicación diario entre los tabaquistas fue de 470 pesos (SD=411) y 44 tuvieron un costo superior a la media. La media del tiempo de internación en Terapia intensiva fue de 4.5 días (SD=4.9) y 35 permanecieron en UTI más de 5 días. Entre los tabaquistas 68 ingresaron por diagnóstico médico, y 38 ante el postoperatorio inmediato. Comparación teniendo en cuenta edad, costo diario de medicación y tiempo de internación en terapia intensiva entre fumadores y no fumadores (Mantel haenszel  $\chi^2=10.5$ ,  $p<0.01$ ). Entre los Tabaquistas N=107. Los Menores de 61 años (n=42) 15 (30%) permanecieron más de 5 días en UTI y 9 (33%) tuvieron un costo diario de medicación mayor de \$ 470. Los Mayores de 61 años (n=65) estuvieron en UTI más de 5 días 20 (42%) y 13 (43%) tuvieron un costo de medicación diario mayor de \$ 470. Entre los No tabaquistas N=43. Los Menores de 61 años (n=26) 8 (16%) estuvieron internados en UTI por más de 5 días y 4 (12%) tuvieron un costo diario de medicación mayor de \$470. Mayores de 61 años (n=17) 6 (12%) permanecieron en UTI más de 5 días y 4 (12%) tuvieron un costo diario de medicación superior a \$470. *Conclusiones:* Entre los pacientes adultos internados en terapia Intensiva, el antecedente de ser fumadores incrementa el tiempo de estadía y el costo diario de medicación.

#### **LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD ES MAYOR ENTRE LOS PACIENTES TABAQUISTAS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA**

UGO, KARINA; CASTRO, M; GAMBINO, F; SEGOVIA, H; PELICHE, F  
Hospital Regional Río gallegos, Hospital Militar Central - Río Gallegos / Argentina

*Objetivo:* Demostrar que el antecedente de tabaquismo incrementa la mortalidad entre los pacientes en Terapia Intensiva. *Materiales y Métodos:* Estudio prospectivo comparativo de 150 pacientes adultos internados 75 en la Terapia Intensiva del Hospital Militar Central y 75 en la UTI del Hospital Regional Río gallegos. En todos se consideró, edad, diagnóstico de ingreso, score Apache II que evalúa gravedad de la patología al ingreso, evolución. (El score Apache II incluye signos vitales, equilibrio ácido base, hemograma, edad, score de glagow y antecedentes. Cuanto mayor es el valor peor el pronóstico). Estos datos fueron evaluados por chi cuadrado, regresión lineal y Mantel Haenszel. Un valor de p menor de 0.01 es

significativo **Resultados:** De los 150 pacientes adultos internados en Terapia Intensiva, 107 (71%) eran tabaquistas. 63 (42%) pacientes ingresaron con un score Apache II superior a 17 de los cuales 49 (78%) eran fumadores. De entre los fumadores 63 ingresaron con diagnóstico médico (insuficiencia respiratoria, sepsis, insuficiencia hepática) de los cuales fallecieron 16, todos los cuales tenían un score Apache II al ingreso superior a 17. 38 pacientes tabaquistas ingresaron en el posquirúrgico inmediato y fallecieron 4 con un score Apache II al ingreso superior a 17. Entre los 43(29%) pacientes no fumadores, ingresaron 27 con diagnóstico clínico y fallecieron 8 con un score Apache II superior a 17. 13 pacientes no tabaquistas cursaron en Terapia su postoperatorio inmediato y falleció 1 con un score Aapche II superior a 17.

**Conclusiones:** La incidencia de mortalidad fue mayor entre los pacientes tabaquistas que entre los no fumadores pues tenían al ingreso un score Apache II de severidad de la patología mayor.

## **EL TABAQUISMO INCREMENTA LA PREVALENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ENTRE MENORES DE 55 AÑOS EN RÍO GALLEGOS**

UGO, KARINA; FERNANDEZ, M; GAMBINO, F; PARRA, C; SEGOVIA, A; RAPISARDA, S  
Rio Gallegos / Argentina

**Objetivo:** Demostrar que el tabaquismo incrementa la prevalencia de infarto agudo de miocardio entre adultos menores de 55 años, en Río Gallegos. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo que incluye 113 pacientes que han sido internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Regional de Río Gallegos y en la Clínica Atlántico Sur de Río Gallegos en I año. Ambas instituciones son las que reciben este tipo de pacientes en Río Gallegos provenientes de la capital y de toda Santa Cruz y Ushuahia. A cada pacientes se le tuvo en cuenta edad, sexo, si era fumador, duración del dolor, localización del infarto, tratamiento, respuesta a fibrinolíticos, y evolución. Estos datos fueron evaluados por el test de Fisher, chi-cuadrado y un valor de p menor de 0.01 fue considerado significativo. **Resultados:** De los 113 pacientes incluidos, 67 (59%) eran tabaquistas entre los cuales 39 (58%) eran menores de 55 años. Entre los fumadores 25 (37%) tenían entre 56 a 70 años y 3 (4%) mayores de 70 años. Entre los 46 no fumadores; 15 (32%) eran menores de 55 años, 18 (39%) tenían entre 56 a 70 años y 13 (28%) eran mayores de 70 años.

Entre los 54 (48%) pacientes menores de 55 años fallecieron 2 no tabaquistas. De los 113 pacientes fallecieron 3 fumadores mayores de 55 años y 9 no fumadores (2 menores de 55 años, 3 de entre 56 a 70 años y 4 mayores de 70 años). De los 113 pacientes 17 (15%) han cursado con angor postinfarto. Entre los 6 pacientes con APIAM menores de 55 años 4 (67%) eran fumadores y 2 (33%) eran no fumadores. Entre los 7 pacientes entre 56 a 70 años, con angor post infarto 2 (43%) eran fumadores y 4 (57%) eran no tabaquistas. Entre los 4 mayores de 70 años con APIAM, 2 (50%) eran fumadores y 2 (50%) no fumadores. **Conclusiones:** La prevalencia de infarto agudo de miocardio entre los menores de 55 años es mayor entre los fumadores quienes tiene 67% de riesgo de desarrollar angor postinfarto. La prevalencia de infarto agudo de miocardio entre los mayo-res de 70 años es superior entre los no fumadores pues alcanzan esa edad y el riesgo de desarrollar angor post infarto es del 50%. (Test de fisher, chi-cuadrado 13, p < 0.01).

## **ADICCIÓN A LA NICOTINA EN EL PERSONAL HOSPITALARIO**

MAILLO, MARTIN; ROSSELLI, R; BALLINA, A; GONZALEZ VARA, R; BELLO, V; PREDOLINI, N  
Hospital .Dr. José María Cullen. - Santo Tomé / Argentina

La adicción a la nicotina, es la droga dependencia más ampliamente extendida el mundo. La cual es considerada altamente nociva para la salud, ya que se relaciona directamente con un gran número de patologías. La población trabajadora de los hospitales, debería conocer los riesgos y consecuencias del fu-mar, como así también, los beneficios de no fumar. El objetivo de este estudio, es el de conocer la prevalencia del hábito tabáquico, en los trabajadores de nuestro Hospital. Este es un estudio de sección cruzada, realizado mediante un cuestionario, previamente validado, en encuestas personalizadas. Desarrollado durante el transcurso de la .Semana Mundial de la EPOC 2004.. Sobre el personal del Hospital .J.M. Cullen. de Santa Fe. Se encuestaron un total de 164 personas, de las cuales se aceptaron para análisis 156, lo que representó un 13% de la población (poder: 0.80). Varones 51 (32.69%) y mujeres 105 (67.31%). La edad promedio fue de 46,36 años (21-70 años). Fueron divididos por su profesión: Médicos 18 (11,53%), enfermeras 38(24,35%), Técnicos/Administrativos 65(41.68%) y otros Profesionales 35 (22,44%). Respondieron haber fumado alguna vez 96pers. (61.54%). La mediana de comienzo del hábito fue 17 años (12-56 años). Dejaron de fumar 33 (34.37%). Fuman actualmente 63 (65.63%), representando el 41.21% de la muestra. En promedio, fuman 16.14 paq/año (0.3-120 paq/año). Fueron: médicos 7(11.11%), otros profesionales 11 (17.46%), enfermeras 11 (17.46%) y técnicos /administrativos 34 (53.97%).

P: 0.069. No se encontró diferencia estadística entre fumadores y no fumadores en cuanto al sexo (P: 0.157). El nivel de dependencia(Test de Fageströn), fue: Baja en 38 personas (60.32%), Moderada en 18 personas (28.57%) y Severa en 7 personas (11.11%). **Conclusión:** La prevalencia encontrada de tabaquista en el personal de salud, fue similar al de la población general. Aunque, relativamente alta, si se compara con estudios similares realizados en nuestro país sobre trabajadores de hospitales. El grueso de los fumadores, fueron del grupo de los Técnicos/Administra-tivos. Mayormente, la dependencia a la nicotina hallada, fue baja. Consideramos, como de suma importancia, la realización de campañas de educación y concientización anti-tabáquica en el entorno hospitalario. Como así también, facilitar el acceso a planes de tratamiento de esta adicción, en este personal.

## **EPOC: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD Y SEXO ENTRE 1980 Y 2000 EN ARGENTINA**

SÍVORI, MARTÍN LUIS; PASCANSKY, D; SAENZ, C  
Hospital .Dr.J.M.Ramos Mejía. - Avellaneda, Pcia BsA / Argentina

En el 2001, nuestro grupo publicó el comportamiento de la tasa de mortalidad por EPOC entre 1980 y 1998 para la Argentina, sin considerar la tasa ajustada por edad. *Objetivo:* Determinar la tasa global de mortalidad de EPOC ajustada por edad y luego ajustarla al género. *Material y Método:* Se revisó la base de datos del Ministerio de Salud de Nación, considerando los códigos CIE-9 490-6 y CIE10 J-40 a 47. Los datos poblacionales fueron provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Se calculó la tasa de mortalidad para cada década a partir de los 34 años, y luego se ajustó por sexo. *Resultados:* La tasa de mortalidad por EPOC por 100.000 hab. se comportó de la siguiente manera:

Edad/Año	1980	1985	1990	1995	2000
34-44 años	0.54	2.77	2.51	2.12	1.42
45-54 años	3.28.53		8.58	7.42 5.77	
55-64 años	12.71	27.11	50.49	21.89	21
65-74 años	33.3 1	17.43	123.64	62.34	52.19
Mayor 75	92.78	213.83	368.55	189.63	162.51

En la mortalidad ajustada por sexo, se observó especialmente mayor predominio masculino en > 45 años. Pero a partir de 1985 fue disminuyendo drásticamente la relación de mortalidad hombre/mujer, especialmente en el grupo entre 35 y 44 años, hasta que en 1995, se determinó la mayor mortalidad femenina. En el resto de los grupos a partir de ese año, se observó un lento crecimiento de la mortalidad masculina. *Conclusión:* Se determinó un drástico crecimiento de la mortalidad por EPOC especialmente luego de los 55 años, siendo la mayor mortalidad luego de los 75 años. Ajustada por sexo, si bien siempre predominó la mortalidad en el sexo masculino, especialmente en >45 años, se observó luego de 1980, un aumento de la mortalidad en el sexo femenino especialmente entre el grupo 34-44 años, donde en 1995 fallecieron más mujeres que hombres.

#### **EVALUACIÓN DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO DE ADOLESCENTES CON MONÓXIDO DE CARBONO EXHALADO ANTES Y DESPUÉS DE LA ASISTENCIA A LOCALES BAILABLES**

VIDELA, A; PRIETO MAZZUCO, M; MAYA, C; DRILLET, S; O FLAHERTY, M; OLIVIERI, C; ZABERT, G; PEREZ CHADA, D

Hosp. Sanguinetti, Pilar, Universidad Austral, Universidad Nacional del Comahue Pilar / Argentina

*Antecedentes:* En Argentina el 30% de los adolescentes entre 12 y 15 años fuman. Argentina es el país con mayor reporte del tabaquismo pasivo entre los países latinoamericanos entre adolescentes. La medición de las concentraciones de CO exhalado (COexh) utilizando equipos portátiles se ha usado como marcador biológico del tabaquismo activo y pasivo. *Objetivos:* Evaluar los niveles de CO exhalado (Coexh) en adolescentes tabaquistas y no tabaquistas antes y después de la concurrencia a locales bailables tras la exposición a humo de tabaco ambiental y tabaquismo activo. Medir la frecuencia de reporte de síntomas tras la exposición a humo de tabaco ambiental en ambos grupos. *Diseño de estudio y métodos:* Estudio prospectivo de cohortes pre y postexposición. Población: Estudiantes que concurren a los últimos tres años del polimodal (15 a 18 años). Se utilizó un cuestionario con preguntas previamente validadas provenientes de los estudios ISAAC y FUMAR para evaluar tabaquismo, actitudes sobre el tabaquismo y síntomas (tos, disnea, sibilancias, irritación ocular, dolor de garganta, cefalea, rinitis o asma). COexh se midió con un equipo portátil (Smokelyzer Bedfond®, UK). *Resultados:* Se contactó a 53 adolescentes en un solo lugar. Se obtuvieron 27 respuestas completas y mediciones. El consumo de cigarrillos reportado durante la estadía fue mayor a 5 unidades en el 80% de los casos. Se registró un COexh preexposición de 1 ppm (1 - 27). y post exposición: 2 ppm (1- 46) (p < 0.05). La variación de COexh para todo el grupo fue de 1 ppm (0-30). En fumadores la variación de CO exh fue de 7 ppm (0-30) (p < 0.01) y en no fumadores: 0.5 ppm (0-4). (p < 0.01). El 92% de los encuestados refirió algún síntoma, asociado a la exposición, el más frecuente irritación ocular (81%). *Conclusión:* a) Se producen variaciones significativas de COexh en los adolescentes que concurren a locales bailables relacionadas mayormente con el tabaquismo activo. b) La concurrencia a los locales bailables se asocia a tabaquismo pesado en los fumadores y con síntomas frecuentes en todos los asistentes. c) Se encontró un cambio menor de COexh tras la exposición al humo de tabaco ambiental en no tabaquistas en contraste a reportes previos.

#### **ESTUDIO FU.M.A.H.B.A (FUMAR EN MEDICOS ASISTENCIALES EN HOSPITALES DE BUENOS AIRES): REPORTE PRELIMINAR**

ZABERT, G; VIDELA, A; VERRA, F; POR GRUPO, FUMABA

Sociedad de Tisioneumonología de Buenos Aires y Sección de Tabaco y Epidemiología AAMR - Neuquen / Argentina

*Introducción:* El consumo de tabaco entre los médicos afecta su accionar y actitud contra el consumo de tabaco. Estudios previos revelaron una prevalencia de nuestro país del 30% entre estudiantes de medicina y 25% en médicos especialistas

asistentes a Congresos, pero esta estrategia de muestreo limitaba proyectar estrategias para reducir el tabaquismo entre ellos. Por lo tanto decidimos desarrollar un modelo de estudio que explore el problema en los centros de salud de la Argentina con un protocolo de trabajo comun. El presente reporte muestra la implementacion del mismo en los hospitales públicos la Provincia de Buenos Aires. **Objetivos:** 1. Determinar la prevalencia de fumar en los médicos asistenciales de Buenos Aires. 2. Evaluar su conocimiento sobre tabaquismo y las estrategias de cesación. 3. Explorar las políticas de restricción al consumo de tabaco en sus instituciones. **Métodos:** estudio de corte transversal en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires entre Noviembre 2004 y Septiembre del 2005 usando un cuestionario validado y medición de CO en aire espirado. (COesp). Se reportan 5 Unidades de estudio (UE). **Resultados:** se encuestaron 1257 médicos en 5 UE con un rechazo menor del 2% en toda la muestra y el 99% realizó COesp. La media de edad fue de 43 años y los hombres constituyeron 58 % de la muestra. 81% declararon haber probado el tabaco y 69 % respondieron haber fumado por lo menos 6 meses. En el momento de la encuesta 33% eran fumadores y el 26% consumían diariamente, con significativas diferencias entre diferentes especialidades. El COesp se correlacionó adecuadamente con la prevalencia reportada. Solo 27% reconoció haber recibido instrucción sobre el tabaco durante su carrera y 36% refirieron que existe restricción del consumo de tabaco en su hospital, influenciados por condición de fumador, la UE y especialidad. **Conclusión:** Elevada prevalencia de fumar en los médicos de los hospitales de Buenos Aires con exiguas restricciones en sus hospitales y poca instrucción en tabaquismo. Estos resultados, que confirman el escenario de reportes previos, reclaman urgentes intervenciones en los hospitales de Buenos Aires para lograr una generación de médicos Argentinos no fumadores y eficaces en la lucha contra el tabaco.

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FUMADORA QUE ABANDONA UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

SMITH, R; SALVADO, A; BORSINI, E; BLASCO, MA; BOSIO, M; ROSSO, J; J, BERNACIAK; QUADRELLI, S; CHERTCOFF, J  
Buenos Aires / Argentina

**Objetivo:** Se planteó como objetivo del trabajo la identificación de las causas por las cuales los fumadores que iniciaron un programa de deshabituación interrumpieron el tratamiento antes de completarlo. **Material y Métodos:** Se realizó un seguimiento telefónico contactándose a 53 (74,6 %) de los 72 que habían iniciado y abandonado el programa antes de su culminación. La edad media fue de 48,3 años, de los cuales 27 (50,48%) eran del sexo femenino y 26 (49,51%) pacientes eran del sexo masculino. El promedio de puntuación del grado de motivación para abandonar el cigarrillo medido antes de iniciar el tratamiento por el test de Richmond fue de 7 y el test de adicción nicotina medido por la escala de Fagerstrom fue de 6. **Resultados:** Veinticuatro (45,57 %) pacientes manifestaron algún grado de inconveniente o problema que les causó angustia y/o ansiedad lo que impidió cumplir con los objetivos del programa, 19 (35,9%) pacientes manifestaron que habían disminuido la cantidad de cigarrillos que fumaban habitualmente pero no habían logrado dejarlo completamente luego de establecida la fecha de abandono, 5 (9,7 %) acordaron reanudar el programa de tratamiento y argumentaron no poder continuarlo en ese momento por motivos personales, 1 (1,94%) solicitó alguna otra alternativa terapéutica diferente y 1 (1,94%) paciente manifestó intolerancia a la medicación. **Conclusión:** Si bien el test de Richmond señala un grado de motivación moderadamente alto para abandonar el tabaco la intolerancia o el mal manejo de la angustia y/o ansiedad fue la principal causa de abandono del tratamiento. La segunda causa de abandono del tratamiento se debió a no poder cumplir con los requerimientos del programa en cuanto a fijar la fecha señalada como de abandono. Fue muy bajo el porcentaje de pacientes que no toleraron la medicación así como también fue muy poco significativo el número de tabaquistas que solicitó una terapéutica diferente.

#### POSTER

#### **PO5 Galería Auditorio / martes 11 / 8.30 a 12.30**

##### **CONSUMO DE TABACO EN EL EQUIPO DE SALUD DE CINCO HOSPITALES PÚBLICOS**

ANGUEIRA, M; KIRSNER, T; COHEN SABAN, I; FERRARO, F; MORO, L; DOMINE, H; LOPEZ, E S; CORTESE, S; DI LORENZO, L  
Red Tabaco o Salud GCBA - Buenos Aires / Argentina

El equipo de salud todo es un elemento modélico para la sociedad y fundamental en la prevención y tratamiento del tabaquismo. Se evaluó el personal de cinco hospitales municipales del GCBA: Rocca, Ferrer, Zubizarreta, Rivadavia y Tobar García: 1- Prevalencia y características de consumo de tabaco en el personal de los cinco hospitales. 2- Nivel de conocimiento y cumplimiento de restricciones de fumar. 3- Predisposición para el cambio hacia un hospital libre de humo de tabaco.

**Material y método:** Estudio multicéntrico de corte transversal, descriptivo, muestra aleatoria, al azar. Se utilizó una encuesta autoadministrada, anónima y previamente validada (Prueba Piloto: Hospitales Ramos Mejía y Fernandez). El procesamiento de los datos se realizó con el paquete SPSS Win. Se analizaron 1389 encuestas, no se reportaron rechazos y 123 encuestas fueron descartadas por incoherencias. **Resultados:** 65% fueron mujeres y el 35 hombres. Se distribuyen por función: 28,2% médico; 20,3 % enfermeros, 10,9% técnico, 15% administrativo, 20,5% profesional no médico, 5% otros. El

76,4% han probado el cigarrillo. El 34,5% es fumador habitual, 7,4% ocasional, no fumador 54,1% y no responde 4%. Por profesión: médico fuma 32,3%; enfermera 34,4%; administrativa 30% y 29,7% técnico. El 65% fuma después de la hora de levantarse. El 81,5% de los encuestados están totalmente de acuerdo en que el humo ambiental de tabaco es nocivo para la salud, a pesar de ello el 17,4% del total fuma en el ambiente hospitalario. El 91,8% aceptaría las normas de no fumar dentro del hospital. **Conclusión:** -Estamos frente a una población con una prevalencia similar a la de la población general, con moderada adicción y con intenciones de transformarse en ex fumador. - No hay diferencias significativas de prevalencia según la función. -Se tiene conocimiento de que el HAT es perjudicial para la salud, esta opinión está directamente relacionada con la calidad de fumador. - Los fumadores fuman en su lugar de trabajo. - Mas del 90% está de acuerdo en que debe prohibirse fumar en los hospitales y centros de salud. -Hay consenso en aceptar las normas y participar en un proyecto de HLH. -No hay diferencias significativas con los estudios piloto

### ¿CUIDAN SU SALUD LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD?

ANGUEIRA, MARTA CECILIA; ZWAIG, E; LOPEZ COSTA, S; WINNEKER, B; BLAHO, E; KRUCZYNSKI, J  
Grupo de trabajo Tabaco o salud: Hospital Ramos Mejía - Buenos Aires / Argentina

**Antecedentes y objetivos:** El personal que trabaja en los Servicios de Salud al estar en el medio hospitalario y poseer conocimiento acerca de la de la enfermedad y los métodos de prevención y tratamiento no debería presentar enfermedades evitables o ser detectadas precozmente. En los últimos cuatro años en el hospital Ramos Mejía fallecieron treinta y cinco agentes municipales estando de servicio, es decir antes de la edad jubilatoria nos propusimos:

- determinar el perfil de esta población
- .-conocer cual fue la enfermedad que los llevó a la muerte
- .-conocer los hábitos de estas personas

-perfilar las condiciones emocionales **Material y método:** Se realizó el estudio durante marzo, abril y mayo. Se consideró la lista de los 35 fallecidos estando en servicio desde el enero 2000 al diciembre 2004 y el lugar en donde prestaba servicios. En este lugar se seleccionaron al azar a dos de los compañeros de trabajo y se realizó un cuestionario con preguntas abiertas que se volcaron en una planilla de Excell. **Resultados:** Los datos obtenidos muestran que en todos los casos los dos interrogados recordaban muy bien a sus compañeros y respondieron todas las preguntas en forma coincidente. De los 35 agentes fallecidos 16 eran mujeres y 19 hombres. Distribuidos por profesión: 11 médicos, 2 prof no médicos, 7 enfermeros, 4 administrativos, 5 serv gales y mantenimiento, 3 técnicos. Las causas de muerte fueron: Cánceres 15; enfermedad coronaria 10, DBT 3; ACV 2; otras 5. En cuanto a los hábitos y enfermedades: 60% era tabaquista, 47% hipertenso, 15% DBT; 20% obeso. 8% son recordados como etilistas. El 68% se recordaba como estresado, y el 60% que trabajaba demasiado. **Conclusión:** -la mayor mortalidad fue en el sexo masculino, los médicos y enfermeros agrupan a la mitad de esta población. -Los cánceres, de pulmón y de mama son los mas frecuentes, y fueron detectados en estadíos avanzados, coincidente con la percepción del poco cuidado de la salud. - la enfermedad cardiovascular ocupa el segundo lugar y se corresponde a la alta tasa de FRC encabezado por el tabaquismo y el stress y el exceso de trabajo. **Comentario:** Concluimos que el personal de nuestro hospital sufre enfermedades prevenibles que los llevan a la muerte. Pusimos de relieve la falta de prevención de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud en esta población.

### ¿SE REALIZA INTERVENCIÓN MÍNIMA?

ANGUEIRA, M; CORTESE, S; ESTEVAN, R; SACANEL, C; FEOLA, M; SUSANCHUK, A; DI LORENZO, L; TORTOSA, G; POLIAK, J; ZAGALSKY, P; BRUNO, M; JACKINZUK, S; ISSA, A; BERZEL, H  
Red Tabaco o Salud GCBA. Coordinación de redes - Buenos Aires / Argentina

El tabaquismo es una enfermedad crónica que causa 40.000 muertes en la Argentina. Es considerado la mayor causa de muerte prevenible y genera un gasto del 15% del gasto total en salud. La prevalencia de tabaquismo en Argentina es 35%. Entre las intervenciones con alto costo efectividad se encuentra la Intervención Mínima (IM) es decir el consejo de 1 o 2 minutos dado a todo paciente que consulte en consultorio externo. Si se asume que en un hospital público se realizan cientos de miles consultas por mes estas representan oportunidades para que el equipo de salud realice IM. **Objetivo:** conocer si los profesionales del equipo de salud de los hospitales del GCBA interrogan a los pacientes sobre su condición de tabaquista y si se les ofrece consejo antitabáquico. **Material y Método:** se realiza encuesta a los pacientes que sa-len de consultorio externo tomados al azar en 13 hospitales municipales: Muñiz, Fernandez, Ramos Mejía, Santojani, Durand, Marie Curie, Rocca, Sardá, Pena, Garrahan, Alvarez, Argerich y Lagleise, el mismo día por la mañana, planteándose 100 encuestas en los hospitales grandes y 50 en los hospitales chicos. Se obtienen 1087 encuestas, no hubo rechazos. La edad promedio de los encuestados fue de 43,42 años, el 68,4% corresponde al sexo femenino, y el 27,7% consulta por primera vez. De los encuestados: 27,8% son fumadores, 11,6% exfumadores y 60,6% son no fumadores. De todos los pacientes que consultaron a 408 (37%) se les preguntó si eran fumadores, y al 16% se le dio consejo. Agrupando las especialidades se pregunta: 17,7% en las quirúrgicas, 49,6% en las clínicas, 30,7% en las maternoinfantiles, y 2% en las técnicas. **Conclusión:** esta encuesta muestra claramente que las consultas en consultorio externo de los hospitales municipales son oportunidades perdidas para realizar intervención mínima de tabaquismo en la población que concurre. Sabiendo que esta medida es altamente costoefectiva proponemos entrenar y motivar al equipo de salud para que consigne en la historia clínica la condición de fumador y realice IM en cada consulta.



## **TABAQUISMO Y OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS**

CONFORTI, ANDREA; GALLO, ME

Subdirección de Atención Primaria y Promoción de la Salud. OSEP. Dpto. Medicina Interna, FCM, UNCuyo - Mendoza / Argentina

*Introducción:* Diversos estudios han demostrado que el tabaco produce pérdida de densidad mineral ósea (DMO) en mujeres posmenopáusicas, aumento en el riesgo de fractura, y se asocia con menor índice de masa corporal (IMC), sedentarismo y bajo consumo de calcio. *Objetivo:* Se realizó un estudio de corte transversal en 51 mujeres posmenopáusicas, con edad entre 46 y 76 años, fumadoras de 10 ó más cigarrillos por día, por más de 5 años, incluyendo a las exfumadoras hasta 10 años. Se apareó con un grupo de no fumadoras por edad y tiempo de amenorrea, con el objeto de comparar la DMO de radio distal, columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF), IMC, sedentarismo y consumo de calcio. Se analizó el tiempo de amenorrea de las fumadoras comparándolas con un grupo de no fumadoras posmenopáusicas elegidas al azar. Se aplicó la prueba de chi cuadrado para la comparación de las DMO de las regiones mencionadas y la prueba de Student para los factores de riesgo analizados. *Resultados:* En las densitometrías de radio no hubo diferencias significativas entre ambos grupos al igual que para las densitometrías de CF, para valores de osteoporosis, osteopenia y normales. Para las densitometrías de CL hubo diferencias significativas entre ambos grupos (p:0,006), para valores de osteoporosis. Radio(osteoporosis): 70,6% (fumad.) vs. 66,6%. CF(osteoporosis): 17,5% (fumad.) vs. 7,8%. CL(osteoporosis): 49% (fumad.) vs. 27,5%. El tiempo de amenorrea en fumadoras fue de 25,03+4,54 años y en las no fumadoras de 10,4+6,36 años. En los restantes factores de riesgo no hubo diferencias significativas. *Conclusión:* Las DMO de radio no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ya que las pacientes que concurren a este programa tienen diagnóstico de osteoporosis u osteopenia en sus densitometrías de radio, por lo cual existiría un sesgo. Hubo mayor porcentaje de osteoporosis en el grupo de fumadoras en CL (49% vs 27,5%), el cual fue estadísticamente significativo (p:0,006), no así para CF. No hubo diferencias para valores normales y de osteopenia entre ambos grupos. El tiempo de amenorrea fue mayor en el grupo de fumadoras (p<0,0001) concordando con la literatura, no así el IMC, sedentarismo y bajo consumo de calcio, tal vez relacionado con el área geográfica y hábitos de vida diferentes. Probablemente sería necesario un estudio poblacional mayor para validar estos datos.

## **¿SE FUMA EN LAS CAFETERÍA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS?**

ANGUEIRA, MARTA CECILIA; CORTESE, S; CARBALLIDO, V; BLAHO, E ; ZWAIG, E; LOPEZ COSTA, S; COVELLI, N; BALADA, R; KRUCZYNSKI, J; PAHIZA, G; WINEKKER, B; RIZZO, M

Hospitales Fernandez y Ramos Mejía. Coordinación General de Redes Buenos Aires / Argentina

Está demostrado que Humo ambiental de Tabaco (HAT) es nocivo para la salud. La cafetería es un ambiente mas del hospital que no es considerado como tal por sus visitantes. En el año 2002 se midió la concentración de nicotina ambiental en la cafetería de un hospital obteniendo valores semejantes a los de confiterías bailables. Por otro lado existe el prejuicio de que se perderían clientes en caso de que no se pudiera fumar en la cafetería. Nos proponemos, en el marco de las acciones tendientes a lograr un hospital 100% libre de humo de tabaco en el 2006.

- Lograr que la cafetería del hospital sea 100% libre de HAT.

-Proteger la salud de las personas trabajadoras, pacientes y familiares que concurren allí.

-Divulgar los efectos nocivos del HAT sobre la salud de las personas.

-Evaluar si se afecta la economía al no permitirse fumar *Material y Método:* El estudio se realizó en las cafeterías de los Hospitales Ramos Mejía y Fernandez. Se solicitó autorización a los concesionarios. Se utilizó una encuesta estructurada, realizada por un encuestador, a los visitantes a la cafetería dos días en el mes de octubre , durante una hora y media.

Se utilizó el paquete estadístico spss win. *Resultados:* Se colocaron posters informativos en la cafetería, se entregó durante material acerca del HAT y se trabajó con los concesionarios y los/las camareras. Se encuestaron en total 367 personas de las cuales 57,76% fueron mujeres y 41,41% hombres. Fumaba un 38% de los encuestados un promedio de 15,6 cigarrillos por día. El 95,63% de los concurrentes manifiestan conocer que el HAT para la salud, el 92,7% conoce que hay una ley que prohíbe fumar en los hospitales. A la pregunta de si concurriría igual si no se pudiera fumar la respuesta fue: 80% iría, 15% no iría y el 5% no contestó. Si consideramos a los fumadores, el 51,2% iría igual. Desde el día 31 de mayo del 2005 no se fuma mas en estas cafeterías. *Conclusión:* 1- Los concurrentes a las cafeterías de los hospitales acuerdan en su mayoría en que estas deben ser libres de humo. 2- Cun un trabajo previo de concientización es posible que no se fume en las cafeterías de los hospitales. 3- Por referencia de los concesionarios no han sufrido perjuicio económico.

## **EVALUACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN SALLIQUELO**

DI LORETTO, M; BRANDANI, L; MEDIN, M; RAMIREZ, A; PALERMO, P; CAMPODONICO, G; CANEVA, J

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* el tabaquismo resulta perjudicial no sólo para los fumadores sino también para los no fumadores y es la principal causa de muerte prevenible; es por ello que la dirección de salud de la ciudad de Salliquelo (Pcia de Bs. As.) organiza jornadas destinada a la prevención de la salud de dicha ciudad. *Objetivos:* determinar la prevalencia de fumar en una población agropecuaria-ganadera con estilo de vida rural. *Material y método:* se realizó una encuesta autoadministrada en mayo de 2005 en base al cuestionario de la AARM Sección Tabaquismo, con preguntas adicionales a la población en general en el marco de la Jornada de Prevención organizada por el director de salud de dicha ciudad. *Resultados:* se encuestaron 400 personas: 200 mujeres y 200 varones; edad 35,07 ± 14,22; rango 13 a 75 años, fuman actual-mente: 127

(31,75%); intentaron dejar de fumar 42 (33%); método: médico 6, patillas 3, parches 5, chicles 21 y auriculoterapia 1; edad de inicio:  $16,88 \pm 3,97$ ; edad mínima de inicio: 11 años; conocen los tóxicos del cigarrillo: nicotina: 313 (78,25%); monóxido de carbono: 136 (34%); alquitrán: 181 (45,25%); padres fumadores: 275 (68,75%); madres fumadoras: 142 (35,5%); cónyuges: 234 (58,5%); otro miembro que fuma en la casa: 167 (41,75%); dicen conocer los riesgos del hábito tabáquico: 383 (95,75%); no lo conocen: 17 (4,25%); se realizó un cuestionario de ejercicio: de los 127 fumadores: 37 (29,2%) realizan deportes 3 veces por semana y 90 (70,8%) son sedentarios. *Conclusión:* La prevalencia de tabaquismo en la población analizada no difiere sustancialmente de la prevalencia nacional. Sin perjuicio de considerar los beneficios de la actividad deportiva rutinaria es de destacar el porcentaje igualmente elevado dentro de esta subpoblación; llama la atención el bajo porcentaje de personas sometidas a un tratamiento de abstinencia.

#### **TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE LA UBA**

FEOLA, MIGUEL ANGEL; HASPER, I; SCHKOLNIK, L; CASUSO, A L; LENGE, L; PAZOS, M; RAMIREZ, H  
Dirección de Salud UBA - Capital / Argentina

Se realizó una encuesta anónima aleatoria entre los estudiantes de la UBA que concurrieron a realizar el examen obligatorio de salud, durante los meses de septiembre y octubre de 2004.

De un total de 2073 completaron la encuesta 1885 alumnos (90,9%); de ellos 638 (33,8%) eran hombres y 1247 (66,2%) mujeres; su edad promedio era de 23 años.

Del total, 60,1% eran No Fumadores (NF), 12,1% eran ex fumadores (EF), y el 27,9% eran fumadores (F).

La edad de comienzo de los F fue entre los 11 y 30 años, promedio 16 años  $DS=2,48$ .

Fumaban de 1 a 40 cigarrillos por día, promedio 7,46  $SD$  6,25 ( $p=0,0000$ ).

Fumaban desde hacía 1 mes a 40 años con un promedio de 5,5,  $DS$  5,3 ( $p=0,0000$ ).

Convivía con fumadores el 48% de los NF; el 48,2% de los EF y el 66,9% de los F ( $p=0,0000$ ).

Entre los que no tenían amigos fumadores los F eran el 2,1%, con minoría de amigos fumadores los F eran el 31,1%, con la mayoría de amigos fumadores los F eran el 66,8%. ( $p=0,0000$ ).

De ellos querían cesar el 70,1%, ( $p=0,0000$ ); lo habían intentado el 54,5%, entre 1 y 3 veces el 89,4% de ellos, y más veces el 10,6%. El 97,3% lo había intentado por su propia voluntad y sin otro auxilio.

Sólo el 62% del total consideraba al tabaquismo como una adicción, de los NF el 71,9%, de los EF el 56,8% y de los F el 45,8% ( $p=0,0000$ ).

El humo de otros le molestaba al 73%, pero al 52,2% de los F, al 69,9% de los EF y al 83,8% de los NF ( $p=0,0000$ ).

El 52% no recordaba alguna clase sobre tabaquismo.

El daño grave a la salud debido al fumar activo fue reconocido por el 90% del total. El 92,1% de los NF, el 94,2% de los EF y el 86,8% de los F. ( $p=0,0069$ ).

El daño grave a la salud debido al fumar pasivo fue reconocido por el 70%.

Conocía la prohibición de fumar en lugares cerrados el 89,8% ( $p=0,0055$ ) y sólo el 16% ( $p=0,0000$ ) creía que se cumplía.

El 78,7% fumaba más cuando estudiaba.

El 40,7% del total estaba dispuesto a desarrollar actividades antitabáquicas en ámbitos educativos.

*Conclusión:* Existiría un deficiente cumplimiento de las normas, así como una insuficiente información entre alumnos universitarios sobre las causas y consecuencias del tabaquismo, así como sobre los recursos accesibles para la cesación. Estas falencias serían indicadores de una pobre prevención educativa, que debería comenzar en etapas muy tempranas de la vida.

#### **TABAQUISMO Y OTRAS ADICCIONES EN ESTUDIANTES DE LA UBA**

FEOLA, MIGUEL ANGEL; HASPER, I; SCHKOLNIK, L; CASUSO, A L; LENGE, L; PAZOS, M; RUBIANCO, L  
Dirección de salud UBA - Capital / Argentina

Se realizó una encuesta anónima aleatoria entre los estudiantes de la UBA que concurrieron a realizar el examen obligatorio de salud, durante los meses de setiembre y octubre de 2004. De un total de 2073 se encuestaron 1885 alumnos

(90.9%), de ellos 638 (33.8%) eran hombres y 1247 (66.2%) mujeres; su edad promedio era de 23 años. Del total, 60.1% eran No Fumadores (NF), 12.1% eran exfumadores (EF), y el 27.9% eran fumadores (F). La edad de comienzo de los F fue entre los 11 y 30 años, promedio 16 años DS=2.48 Fumaban de 1 a 40 cigarrillos por día, promedio 7.46 SD 6.25 (p=0.0000) Fumaban desde hacía 1 mes a 40 años con un promedio de 5.5, DS 5.3 (p=0.0000). Entre F y EF las marcas preferidas fueron: Marlboro 39%, Phillips Morris 20.8%, Camel 13.5%, Lucky Strike 12.9%, otras 10.7%, cualquiera 3.1%. Recordaban alguna actividad educativa sobre adicciones el 66.9% sin diferencias entre F, EF y NF. Bebían alcohol el 71.5% de los NF, el 84.6% de los EF y el 87.2% de los F (p=0.000). Los que bebían preferían cerveza el 90.6%, vino el 30.4%, sidra el 7.8%, otras 29.9%.

Los NF bebían en ocasiones en el 70.8%, los EF en el 68.9%, los F en el 64.9%. Bebían los fines de semana el 28.7% de los NF, el 29.5% de los EF y el 34% de los F. Los que habían bebido alcohol en exceso alguna vez durante el último año eran el 31% del total, el 37.9% de los F, el 27.6% de los EF y el 28% de los NF (p=0.0007). Había probado marihuana u otras drogas el 18.9% del total, el 36.2% de los F, el 23.8% de los EF y el 9.9% de los NF (p=0.0000). Seguían consumiendo el 16.7% de los que habían probado; los F el 23.3%, los EF el 9.4% y los NF el 9% (p=0.0018) Entre los que consumían, la marihuana era el 87.3%. **Conclusión:** El tabaquismo se relacionaría estrechamente con otras adicciones, como alcohol, marihuana y otras drogas, al punto que podría considerárselo como iniciador, por lo que sería necesario entre otras acciones, limitar su publicidad, y un abordaje integrado y multidisciplinario de los distintos aspectos relacionados con el consumo de las sustancias adictivas, de la que no esta exenta la Universidad, con acento en su prevención y tratamiento.

### **EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINARIA EN LA CESACIÓN TABÁQUICA**

AMIGOT, B; DI BERNARDO, A; MIÑO, A; MULET, N; TRON, M  
Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario - Reglamento / Argentina

A partir de reconocer al tabaquismo como una epidemia a nivel mundial, la Municipalidad de Rosario implementa el Plan Municipal de Prevención del Tabaquismo. En el marco del mismo, un equipo de profesionales de la Secretaría de Salud Pública proveniente del campo de la medicina, la educación, la psicología y la comunicación social, ha diseñado cursos para asistir a las personas que tomaron la decisión de abandonar el hábito de fumar. En ellos se aborda la problemática del tabaquismo en forma integral, contando con la participación de especialistas en nutrición, medicina, psicología, trabajo social y expresión corporal. Dichos cursos son gratuitos y sin restricciones de ingreso, se realizan una vez al mes en diferentes distritos de la ciudad y se inician con una entrevista a cada participante. Su duración es de cinco días consecutivos y en la finalización se incorpora una modalidad inédita en Rosario: grupos autodirigidos con reuniones semanales. **Objetivo general:** Promover el abandono del consumo del tabaco a través de cursos para dejar de fumar.

**Objetivos específicos:** -Informar y concientizar sobre los daños a la salud, que el tabaco ocasiona. -Brindar herramientas de acompañamiento y sostén a la decisión. -Incentivar la incorporación de hábitos saludables generando conciencia en la población participante sobre el cuidado de su propia salud y de la salud colectiva. **Conclusión:** Consideraciones finales: Cabe destacar que en los tres cursos ya realizados en los distintos distritos, se ha ido incrementando satisfactoriamente la concurrencia de fumadores. Entre los meses de mayo y julio han participado 330 personas, existe además un porcentaje variable de los mismos que asisten a las reuniones semanales de seguimiento. Para evaluar los resultados a largo plazo, se ha iniciado un monitoreo periódico y evaluación a través de encuestas telefónicas a los mismos, que concluirá al año de efectuado cada curso. Estos datos nos posibilitarán evaluar las acciones desarrolladas y los resultados obtenidos, los cuales serán dados a conocer en eventos posteriores. Se intenta mostrar en este trabajo, algunas de las actividades propiciadas por el municipio para lograr la asistencia y rehabilitación del fumador, así como el respeto a los derechos de los no fumadores.

### **EVALUACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO SECUNDARIO**

MEDIN, MARIA INES; OLIVERA, C; DI LORETTO, M; BRANDANI, L; RAMIREZ, A; PALERMO, C; CANEVA, J  
Fundación Favalaro - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** Considerando que entre el 80 y 90% de los fumadores adultos se inicia a temprana edad, el 31 de mayo del 2005 la División Prevención y el Servicio de Neumonología organizó una Jornada libre de Humo. para alumnos del colegio secundarios.

**Objetivos:** determinar la prevalencia de tabaquismo entre alumnos de colegios secundarios.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta autoadministrada el 31 de mayo de 2005 en base al cuestionario de la AAMR. Sección Tabaquismo con preguntas adicionales con medición de CO espirado. Se encuestaron y se realizaron las mediciones de CO al total de la población.

**Resultados:** se encuestaron 98 alumnos, 60 (61,3%) varones y 38 (38,7%) mujeres, edad 16.4±1.12 rango de edad 14 a 20 años. Fuman actualmente 33 alumnos (33.6%), edad de inicio 14 años, edad mínima 11. Probaron alguna vez 72 (73.5%). Padres fumadores 64 (65.3%), madres fumadoras 55 (56.1%). Conocen los tóxicos : CO 54 (55%), nicotina 84 (85,7%); alquitrán 45 (45.9%). En fumadores diarios se midió 25 ppmde CO como máximo y como mínimo 3 ppm. En los fumadores ocasionales 6 ppm de máximo y 1 ppm de mínimo.

Marca predominante: Marlboro 42,4%.

Conocen los riesgos: 86,7%.

**Conclusión:** considerando que el 33.6% de la población encuestada fuma a diario, y que el 73.5% declaró haber fumado alguna vez en su vida, se seguirá con las campañas de prevención a este grupo etario.

### **RESULTADO DE LA CESACIÓN DE TABAQUISMO**

MEDIN, MARIA INES; OLIVERA, C; GUERRINI, C; CONGIU, C; DI LORETTO, M; GIMENEZ, K; OSSES, JM;  
CANEVA, J  
Fundación Favaloro - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** Desde 1993 la Fundación Favaloro desarrolla un programa para dejar de fumar. En la actualidad el mismo incluye un taller y seguimiento por consultorio de tabaquismo. **Objetivos:** Determinar la prevalencia del abandono del hábito de fumar. **Material y método:** Se realizó una recopilación de datos de los pacientes que realizan seguimiento por consultorios externos y una encuesta telefónica de aquellos pacientes que sólo realizaron taller de cesación. Se consultaron 122 pacientes que concurren entre junio 2004 y junio 2005, y fueron evaluados 98 pacientes. **Resultados:** 98 personas fueron encuestadas, 45 mujeres (46%) y 53 varones(54%); edad promedio  $53 \pm 11.37$ ; rango de edades de 30 a 77 años. Dejaron de fumar 24 (24.5%), Edad promedio  $53 \pm 9.98$  rango de edades de 37 a 74 años. Dejaron de fumar por taller: 2 (8%); dejaron de fumar por intervención médica especializada: 6 (25%); dejaron de fumar por intervención médica más taller: 5 (21%); dejaron de fumar por intervención médica especializada más fármaco: 4 (17%); dejaron de fumar por intervención médica especializada más curso, más fármaco: 7 (29%). Recibieron medicación: Bupropion: 5, parches de nicotina y bupropion: 4. No recibieron medicación: 16. Promedio de abstinencia en meses: 3.2; rango de meses: de 1 a 12 meses. Volvieron a fumar 6 (24%). No dejaron de fumar: 74 (76%). Realizaron curso 43 (44%). No realizaron curso: 55 (56%).

**Conclusión:** el mayor porcentaje de pacientes que dejaron de fumar lo hicieron en base a la combinación de taller + intervención médica + utilización de fármacos como método de cesación.

#### **EXPERIENCIA DE CONSULTORIO DE TABAQUISMO EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA**

MEDIN, M I; BARRAGAN, P; MAGNO, S; PALLARES, M; PAVON, JC; LUPPI, T; MARTINEZ, D; BOTTE, G; PATTIN, A; LUNA, R; MONTERO, A; TARTAGLIONE, J; ABRITTA, A  
Hospital Churrucá - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** El programa de cesación tabáquica del Servicio de Neumonología, Servicio de Cardiología y Servicio de Calidad de Vida, funciona en el hospital desde marzo de 2004. El mismo comprende talleres de 3 sesiones durante 3 semanas consecutivas y seguimiento por consultorios externos. **Objetivos:** Determinar la prevalencia del abandono del hábito de fumar en el consultorio de Neumonología. **Material y métodos:** Se realizó una recopilación de datos de los pacientes que realizan seguimiento por consultorios externos. **Resultados:** 82 pacientes concurren a consultorio, 49 mujeres (60%) y 33 varones (40%); edad promedio  $51 \pm 12$ ; rango de edades de 27 a 74 años. Dejaron de fumar a los 15 días (1ª consulta después del taller): 64 (78%), a los 6 meses: 63 (77%); y al año siguen sin fumar: 61 (74%). Recaída a los 6 meses 1 (1%) y al año 2 (2%). En cuanto al método: dejaron de fumar por intervención médica especializada: 1 (1%); dejaron de fumar por intervención médica más fármacos: 40 (49%); dejaron de fumar por intervención médica especializada más curso, más fármaco: 41 (50%). Recibieron medicación: Bupropion: 29 (71%), parches de reemplazo nicotínico: 7 (18%) y ambos: 5 (12%) **Conclusión:** El mayor porcentaje de cesación se logró a través del consultorio especializado más el curso para dejar de fumar más el uso de medicación. Los pacientes que lograron mantenerla a lo largo del año lo pudieron sostener con apoyo farmacológico.

#### **INTERVENCIÓN ANTITABÁQUICA EN EL 4º FORO PARTICIPATIVO JUVENIL DE SALUD AMBIENTAL**

DELGADO, GRACIELA SUSANA; PACE, S; CORTIÑAZ, M; REY, S  
Hospital A.A. Cetrángolo - Boulogne / Argentina

**Introducción:** En Octubre de 2004, la Secretaría de Medio Ambiente de la Municipalidad de Vte. López invitó a éste equipo a intervenir en dicho Foro en la localidad de Munro a realizarse con estudiantes de nivel polimodal de una escuela pública y una privada de la zona. **Objetivos:** Brindar información sobre tabaquismo, responder a las inquietudes de los jóvenes y obtener datos relacionados con el consumo y el conocimiento sobre el tema tabaquismo de este grupo de adolescentes. **Material y Métodos:** La actividad se desarrolló un día de semana durante el turno mañana en una dependencia de salud de la municipalidad de Vte. López. Se les administró la medición de CO a la totalidad de los encuestados, se autoadministraron una encuesta en la cual figuran las preguntas validadas por la OMS y un cuestionario que evalúa la información sobre tabaquismo. La sistemática de llegada de los alumnos a nuestro stand era en grupos y acompañados por un docente dentro del circuito del recorrido establecido. **Resultados:** Participaron 76 estudiantes, 56,63% mujeres y 47,36% varones. El rango de edad era entre 15 y 18 años, siendo el 93% entre 16 y 18 años. Son fumadores actuales el 38,15%, el 30,2% nunca fumaron y el 31,5% no fuman actualmente. De los fumadores el 82,75% fumaba menos de 10 cigarrillos-día y el 17,25% más de 10 cigarrillos-día; hace menos de dos años fuma el 44,8%; hace más de dos años fuma el 18,4%. La totalidad aceptó voluntariamente la medición de CO, el 11,8% arrojó valores entre 11 y 20ppm; el 1,3% entre 21 y 28ppm; y el 82,8% entre 1 y 6ppm. El análisis del cuestionario Falso-Ver-dadero mostró la información que los jóvenes poseen sobre tabaquismo. **Conclusión:** El alto grado de interés e información demostrado por los estudiantes nos motivó para plantear un futuro trabajo en conjunto con el área de educación para promover la deshabituación de esta adicción entre los adolescentes. En relación a modelos de identificación con la adicción tabáquica, aparecen los familiares próximos (padre, madre, hermanos) como determinantes en la propia o futura adicción de estos jóvenes. La medición biológica del CO mostró correlación entre no fumadores y bajo rango de ppm y un bajo número de fumadores con abstinencia matinal (ppm entre 11 y 28). El porcentaje de adolescentes fumadores coincide con las estadísticas nacionales.

## LA IMPORTANCIA DEL TABAQUISMO EN NUESTROS CONGRESOS

ESTEVEAN, ROSA ISABEL; BRIAN, M C; MEDIN, M I; INWENTARZ, S; VERRA, F  
Capital Federal / Argentina

*Objetivo:* analizar la cantidad de horas dedicadas al tabaquismo en los congresos de distintas sociedades científicas.

*Material y método:* Se analizaron los programas de los congresos de diferentes sociedades científicas entre y 2004. Se tomaron las horas totales de congreso, comparandolas con las dedicadas a tabaquismo. El tiempo se midió en minutos para permitir una mejor comparación. *Resultados:* En la mayoría de las sociedades no se consideró el tabaquismo como tópico hasta hace 1 o 2 años. Excepción de las de cardiología, neumonología y medicina familiar. Esto dificultaba las comparaciones por lo cual se seleccionó el año 2004 como ejemplo. La Federación Argentina de Medicina Familiar dedica 0.6% de sus horas al tabaquismo, la Sociedad Internacional para el Estudio de la Sexualidad e Impotencia 1.5%, Asociación Argentina de Alergia e Inmunología 1.01%, la Sociedad Argentina de cardiología 1.17%, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria 1.17%, la Sociedad Argentina de Pediatría 0% al igual que la Federación Argentina de Diabetes. *Conclusión:* Como podemos apreciar los porcentajes no llegan al 2% en ninguna sociedad científica. Los médicos juegan un importante rol en la prevención de la patología relacionada con el tabaco. Para que ese rol pueda ser llevado a cabo es importante el conocimiento de como evitar el inicio de nuevos fumadores y como ayudar a los actuales en la cesación. Ese conocimiento como lo demostró el estudio FUMar es una deficiencia de nuestras universidades, siendo los congresos una fuente de actualización y formación permanente es allí donde debe impactar el esfuerzo por reparar ese error de formación en los profesionales ya egresados. Además un correcto conocimiento de la problemática del tabaquismo permite una mejor investigación y análisis de los alcances de esta adicción.

## EMBARAZO Y TABAQUISMO

STOK, AM; ALTIERI, HH; WILLIGS, RM; DANTUR, MC; VEGA, N; FIGUEROA, SB; DELGADINO, W; ANTELO, L;  
TARCIC, A; LENCINA, V  
Hospital Centro de Salud - SM de Tucuman / Argentina

Con el objetivo de conocer la prevalencia y características del consumo de tabaco en el embarazo para orientar conclusiones y acciones futuras que modifiquen conductas de influencia en la población, se realizó una encuesta validada, anónima y autoadministrada en mujeres durante el puerperio del Hospital de la Maternidad, S.M. de Tucumán. *Resultados:* Se estudiaron 191 mujeres, con edades entre 14 y 43 años (promedio: 28,3 años; DS=6,6 años), entre las cuales el 51% nunca fumó; el 27% es alguna vez fumadora (6% fuma diariamente, 3% ocasionalmente y 18% son exfumadores) siendo la prevalencia de consumo actual de tabaco del 9% (IC95%=[5%-14%]); y experimentadores en un 22%. En cuanto a la cantidad de cigarrillos el 48% de las 67 que contestaron esta pregunta (65% del total) fuma < de 10 pack/year. El 98% considera que fumar es perjudicial para la salud del bebé. Un 87% desea recibir información específica relacionada con el control del uso de tabaco. Al evaluar si el tabaquismo se encuentra asociado con las complicaciones durante el embarazo y en el parto se encontró asociación significativa con episodios de asma bronquial durante el embarazo (test  $\chi^2$ ,  $P < 0.0001$ ) y asociación significativa al 10% con la presencia de patologías infecciosas respiratorias durante el embarazo (test  $\chi^2$ ,  $P = 0.09$ ) pero no se detectó asociación con las complicaciones en el embarazo (test  $\chi^2$ ,  $P = 0.59$ ). *Conclusión:* A pesar de que la mayoría de las embarazadas reconocen que el fumar es perjudicial para la salud del bebé algunas ellas actualmente fuman. Teniendo en cuenta estos resultados y en particular la asociación detectada entre tabaquismo y ciertas complicaciones durante el embarazo que según la bibliografía podrían derivar en complicaciones en la salud del recién nacido se destaca la importancia de concientizar a las embarazadas en este tema.

## CONSULTORIO DE TABAQUISMO

STOK, ANA; ALTIERI, HH; DANTUR, MC; VEGA, N; WILLIGS, RM; FIGUEROA, SB; DELGADINO, W; ANTELO, L;  
TARCIC, A; LENCINA, V  
Hospital Centro de Salud - SM de Tucumán / Argentina

Para evaluar la aplicación del programa ARCONTA (Argentina contra el Tabaco) se estableció un consultorio de cesación de tabaquismo en el hospital Público Centro de Salud Zenón Santillán. Desde julio 2003 a julio 2005 se evaluaron 113 pacientes: el 47% masculinos y 53% femeninos, de ellos el 68% eran fumadores de más de 20 pack/years. Al realizar el Test de Fagestrom 77% presentó fuerte dependencia. El 79% refirió intentos previos de cese de tabaquismo. Con respecto al tratamiento el 62% recibió bupropion, y el 7% realizó tratamiento asociado (bupropion + parches de nicotina). A la 2° visita concurren 44 pacientes (39% del total), de los cuales 16 (36%) manifestaron cese de tabaquismo, observándose síndrome de abstinencia en el 89%. A la 3° visita concurren 28 pacientes (25% del total inicial) con el cese de tabaquismo en 23 de ellos (20% del total inicial, IC95%=[13%-29%]) y con síndrome de abstinencia en 20 de ellos (71% de los que concurren a la tercera visita). *Conclusión:* Los resultados obtenidos son similares a los de otros programas que intentan hacer dejar de fumar. En el período evaluado se obtuvo un cese de tabaquismo del 20%, con alta abstinencia. La mayor dificultad en la aplicación del Programa estuvo dada en la no concurrencia a la 2° visita (deserción del 61%) la cual coincidía con el Día D.

## PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

ZABERT, GUSTAVO ENRIQUE; MULLER, F; SENATORE, G; ARRESEYGOR, B; ROSSETTI, M; BASILE, N; ZANNUTO, A; RUSSO, A; ONOFRIO, G; WHEBE, L  
Seccion Tabaco y Epidemiología AAMR -Neuquen / Argentina

**Introducción:** El fumar entre los profesionales de la salud condiciona su conducta en la intervención contra el tabaquismo, por lo que la OMS recomienda la vigilancia en este grupo poblacional. Estudios previos evidenciaron elevadas tasas de consumo de tabaco en médicos argentinos y conociendo la asociación de tabaquismo con comorbilidad psiquiátrica, los profesionales de la salud mental resultan un grupo de particular interés. **Objetivos:** determinar la prevalencia de fumar, actitud y conocimientos sobre el tabaquismo entre profesionales de salud mental en Argentina. **Material y Métodos:** estudio de corte transversal durante el XXI Congreso de APSA realizado en Abril del 2005 en Mar del Plata. Se usó como instrumento una encuesta previamente validada siguiendo las recomendaciones metodológicas de la OMS. La muestra de conveniencia fue obtenida por un equipo especialmente entrenado en horarios centrales apuntando a duplicar el número (1000) estimado para una muestra por azar (500). **Resultados:** se encuestaron 1003 asistentes, con 31 rechazos (3%), de 6600 concurrentes. La edad promedio fue 44,3 años y las mujeres representaron el 60,4% de la muestra. Entre los encuestados, 258 (25%) eran profesionales de la psicología y 675 (65,3%) médicos, de los cuales el 94% (633) se definieron como psiquiatras. La prevalencia de fumador actual y diario fue de 34% y 24,4 % respectivamente con significativa diferencia entre sexos (fumador actual ? 36,5% ?30,4% p=0.05 y fumador diario ?27,9% ?18,7% p=0.01), manifestando su máxima diferencia entre los profesionales de psicología (fumador actual ?40,4% ?19,6% p=0.008 y fumador diario ?31,5% ?10,9% p=0.005). El 55% de los fumadores no considera dejar de fumar a pesar de conocer la condición de adicción (92%) y los riesgos del humo de tabaco ambiental (97%), sin diferencia por sexo o profesión. **Conclusión:** Elevada prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales de la salud mental, particularmente entre mujeres de la rama de la psicología. Se destaca un impensado número de fumadores que se declaran en la etapa de pre-contemplación del modelo de Prochaska y Diclemente). Ambas circunstancias reclaman una urgente intervención en este grupo de profesionales de la salud.

#### **IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN MÍNIMA EN UN GRUPO DE FUMADORES**

MARTINEZ, BEATRIZ NOEMI; LAVAT, MIRIAM; ALVAREZ, NATALIA  
Hospital H. Cura - Olavarría / Argentina

**Introducción:** El tabaquismo es la mayor causa de morbimortalidad, debemos dedicar nuestros mayores esfuerzos para implementar programas de cesación del hábito tabáquico y resaltar el rol fundamental de la Intervención Mínima, como medida costo efectiva más eficaz en la cesación del tabaquismo. **Objetivo:** Conocer las características de un grupo de fumadores y estimar el impacto de intervención mínima motivando el cambio según Etapa de Prochaska. **Material y Métodos:** Se captaron pacientes fumadores que consultaron a Consultorio Externo de Tisiopneumología durante el período Diciembre 2004 a Mayo 2005 y se los citaba los días viernes para iniciar tratamiento antibaico. Se realizó la anamnesis y se aplicó una estrategia personalizada con seguimiento periódico y sistematizado: la Intervención Mínima, la cual incluía consejo médico y soporte informativo tanto oral como escrito. Se efectuó Test de Fagerström categorizándolos según el grado de dependencia en leve, moderado y severo; y de acuerdo a la cantidad de paquetes años consumidos en leve (<5 paq/año); moderado (entre 5 . 15 paq/año) y severo (>15 paq/año). El seguimiento se realizó cada 15 días. **Resultados:** se incluyeron 55 pacientes, 20 (36,3%) mujeres y 35 (63,6%) hombres; la edad promedio fue de 54 años con un límite inferior de 18 años y uno superior de 72 años. Las patologías por la cual consultaron fueron EPOC 39 (70%), asma 8 (14,5%), TBC 5 (9%), neumonía y bronquitis aguda 2 (3,6%) y cáncer de pulmón 1 (1,8%); el grado de dependencia fue leve 12 ( 21,8%); moderado 14(25,4%) y severo 29 (52,7%); el grado de tabaquismo leve 3 (5,4%), moderado 9 (16,3%) y severo 43 (78,8%); etapa de Prochaska en la primera consulta: precontemplativa 20 (36,3%), contemplativa 32 ( 58,1%) y de acción 3 (5,4%) Se reevaluó a los pacientes al cabo de 6 a 8 consultas: 16 (29%) no modificaron etapa, 14 (25%) modificaron etapa sin llegar a la de acción, 9 (16,3%) llegaron a la etapa de acción desde la etapa precontemplativa; 13 (23,6%) cambiaron desde contemplativa a la de acción y 3 (5,4%) se mantuvieron en etapa de acción. **Conclusión:** En esta primera experiencia incluimos un grupo reducido de fumadores con dependencia severa y alto grado de tabaquismo lográndose una cesación tabáquica casi en un 40%. Destacamos la Efectividad de la Intervención Mínima y la Necesidad de Tiempo y Motivación por parte del equipo de salud.

#### **PERFIL DE LOS FUMADORES QUE CONCURREN A UN CONSULTORIO DE TABAQUISMO DE UN HOSPITAL GENERAL**

SMITH, R; SALVADO, A; BORSINI, E; BLASCO, M; ROSO, J; BERNACIAK, J; BOSIO, M; QUADRELLI, S;  
CHERTCOFF, J  
Hospital Británico - Buenos Aires / Argentina

**Objetivo:** Conocer el perfil de los tabaquistas que concurren al consultorio de tabaquismo del servicio de medicina respiratoria de un hospital general. **Material y Métodos:** Se analizan las variables: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, estadio de cambio, cigarrillos/día, tiempo de fumador, intentos previos, cuestionario de Richmond, test de Fagerstrom y motivos de abandono de 604 pacientes que acudieron al consultorio de tabaquismo para intentar dejar de fumar. **Resultados:** El 67% son mujeres. El 43,81% tienen entre 35 y 54 años y la edad media es de 45 (+- 9,08). El 64,4% están casados. El 63,12% tienen estudios primarios y/o secundarios. El 69,21% trabajan. El 38,02% se encuentra en fase de contemplación. El 43,07% fuman entre 11 y 20 cigarrillos por día. El 55,69% lleva fumando más de 20 años. El 30,20%

ha realizado más de 1 intento de abandono. La media del test de Richmond fue de 7 y del test de Fagerstrom 6. Los principales motivos para dejar de fumar fueron: miedo a la enfermedad (28,21%), mejorar la salud (27,7%), liberarse de la dependencia (17,57%). El 52% no convive con fumadores. *Conclusión:* La mayoría de los fumadores que acudieron al consultorio de tabaquismo fueron adultos, casados, con estudios primarios y/o secundarios y trabajadores. Gran parte de la muestra se encuentra en fase de contemplación, con dependencia y motivación moderada y larga historia como fumadores. La mitad refiere no convivir con fumadores y la mayoría que acuden son mujeres.

#### **CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN GESTANTE A TÉRMINO AL MOMENTO DE INTERNACIÓN**

DIAZ, OMAR ALFREDO; GONZALEZ, F; FLORES, D; MEDINA, C; NOGUERA, M; ROVARINI, A; SALE, H  
Clínica Mayo. Tucumán / Argentina

*Objetivo:* Conocer el grado de tabaquismo en población gestante que se interna a término. Mediante encuesta que se adosa al protocolo de ingreso y puede ser respondida en forma directa por la paciente o con el auxilio de obstétricas a cargo de las mismas. Se trata así de conocer el nivel de tabaquismo durante el embarazo en la población asistida por este servicio desde el 01/06/ 2003 al 31/12/2003.

Las encuestas fueron retiradas desde las H. Clínicas al momento del alta sanatorial. Se analizaron 512 encuestas, correspondientes a 199 partos y 313 cesáreas, con un porcentaje de fumadoras del 30.8% ( 158 parturientas), 57.1% nunca fumaron, correspondiente a un 12.5% las ex fumadoras. Siendo la edad media al ingreso en interacción de 25.3 años, con un inicio de tabaquismo estimado a los 19.7 años. Solo 3 pacientes mantienen el consumo durante todo el embarazo, 4.76% . 2 de ellas refieren haber disminuido el número de cigarrillos día en mas de la mitad sin cese completo. Para toda la población de fumadoras se estimó un consumo día de 11c/día (mínimo 2 máximo35). De las pacientes que dejaron de fumar el 92.3 % dejó de fumar en el primer trimestre, el 6.3 % en el segundo y el 1.4 % en el tercero. El abandono se produjo por indicación médica en un 73.2% de los casos con 26.8 % de abandono por iniciativa pro-pia. El 51.9% de fumadoras refirió no haber sido consultadas por su ginecólogo sobre si fumaban en la primera entrevista. El 97.3% de las pacientes le atribuye algún efecto nocivo al tabaquismo en el embarazo, siendo este relacionado principalmente a la salud fetal. El 78% de las gestantes fumadoras tiene pareja fumadora. De los cuáles dejaron durante el embarazo de su pareja solo el 9.6%. El 89.6 % de las parturientas piensa en dejar de fumar desde ahora, estando dispuestas a incluirse en un programa para lograrlo solo el 81.3%. *Conclusión:* Dado el número de abandonos de tabaquismo en esta importante etapa, consideramos que deben establecerse medidas de control del tabaquismo desde el inicio de la gestación con medidas de vigilancia e información a partir de la atención inicial especializada. Llama la atención la no inclusión del tabaquismo como parte de la elaboración de la H. Clínica inicial de las gestantes por el personal de salud.

#### **TABAQUISMO EN LA CONSULTA DIARIA DEL HOSPITAL .DR. J. M. CULLEN. DE SANTA FE - ARGENTINA**

GONZALEZ VARA, R; ROSSELLI, R; MAILLO, M; BALLINA, A; PREDOLINI, N  
Hospital .Dr. José María Cullen. - Santo Tomé / Argentina

*Antecedentes:* El tabaquismo es altamente prevalente en nuestra población. Siendo responsable directo de numerosas enfermedades. Generando, gran número de muertes y secuelas irreversibles. Todo esto, motiva una alta utilización de los recursos en salud, por patologías prevenibles. El objetivo de este estudio, fue el de evaluar las características del hábito de fumar, en las personas que concurrieron a nuestro Hospital, en un solo día. *Material y Método:* Este es un estudio observacional, descriptivo, de sección cruzada, realizado mediante un cuestionario, en entrevistas personalizadas. Desarrollado durante el transcurso del .Día Mundial sin Humo 2005., a las personas fumadoras que asistieron ese día al Hospital .Dr. J.M. Cullen.. *Resultados:* Se incluyeron para análisis, 98 encuestas realizadas. Varones 56(57.14%) y mujeres 42(42.46%). Por edades, < de 20 años: 5(5.10%), 20-30 años: 20(20.41%), 30-40 años: 14(14.28%), 40-50 años: 27(27.56%), 50-60 años: 23(23.46%) y >60 años: 9(9.19%). Según la edad de inicio del hábito: antes de los 14 años (Pubertad): 31 (31.63%), 15-21 años (Adolescencia): 48 (48.97%) y >21 años (Adultes): 19 (19.39%). Estado de salud: Sanos 67 (67.37%), Enfermos 30 (30.62%), Embarazo: 1 (1.02%). De esto últimos: Enfermedades relacionadas con el tabaquismo: 22(74.2%), Enf. No relacionadas con el tabaquismo: 8 (25.80%). Único fumador en el domicilio: 66 (67.34%), Otros fumadores en el domicilio: 32 (32.66%). Según la fase del fumador: Pre-contemplación: 24(24.48%), Contemplación: 24(24.48%), Planificación: 40(40.82%), Acción: 5(5.11%) y Consolidación: 5(5.11%). *Conclusión:* En nuestro estudio, encontramos que nuestros fumadores son mayormente, varones de edad media, quienes iniciaron su hábito tempranamente. En aquellos, que concurrieron al Hospital por enfermedades, tres de cada cuatro, éstas el tabaquismo influyó en su génesis o empeoramiento. Fue numeroso el porcentaje de fumadores en etapa de planificación de cesación del hábito. Consideramos necesarias campañas de difusión públicas anti-tabáquicas, y la evaluación de sus resultados.

#### **TABAQUISMO EN DOCENTES ESCUELAS PRIMARIAS, EGB3, Y POLIMODAL**

FIORELLI, J L; ALCHAPAR, R A; SALVIOLI, D N; PURES, V; ORTIZ, G A  
Hospital J. N. Lencinas - Mendoza / Argentina

Se realizó una encuesta al personal docente en seis escuelas de la provincia de Mendoza, con el objeto de conocer el impacto del tabaquismo. Además se midió CO espirado. Se entrevistaron 350 docentes acerca de conducta tabáquica, edad de inicio, cantidad diaria, años de consumo, intentos de cesación, perspectiva respecto a cesación, conocimiento sobre los

efectos deletéreos del tabaco, restricciones y cumplimiento en áreas de trabajo. *Conclusión:* De las personas encuestadas, 71.4% mujeres y 26% hombres; fuman en la actualidad 31.14%, no fuman 68.86%. La edad promedio de inicio: 20.8 años. Unidades diarias que fuman: 11.2 cigarrillos. 5 pipas y 7.5 cigarros. Años promedio de consumo: 18.27 años. De los fumadores ha dejado de fumar por un período de un año o más el 52%, y el 72% refiere estar pensando seriamente en dejar de fumar. El 100% de los encuestados respondieron que la exposición al humo del tabaco o fumar en forma pasiva es perjudicial para la salud. Respecto a las restricciones para fumar en el lugar de trabajo el 62% manifiesta que si las hay y el 93% dice cumplirlas. En la determinación de CO, el 80% de los fumadores registraron valores superiores a 6 ppm., el 90% de los no fumadores presentaron valores bajos entre 1 a 6 ppm.

#### **PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DE INFECCIOSAS F. J. MUÑIZ DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

ESTEVEAN, ROSA ISABEL; BRIAN, MC; MEDIN, MI; INWENTARZ, S  
Capital / Argentina

*Obj.:* Establecer la prevalencia de tabaquismo en el personal de salud del Hosp. FJ Muñiz y su predisposición a aceptar un proyecto de .Hospital Sin Humo.. *Mat. y Met.:* se realizó una encuesta autoadministrada y validada tomando de la lista de personal 1 cada 5. Se realizaron reemplazos solo en los casos de Licencia por enfermedad prolongada. No se reemplazaron los rechazos. *Resultados:* se encuestaron 123 personas de escalafon general, 3 rechazaron la encuesta de un total de 630. En escalafon profesional se tomo 1 de cada 4 y se encuestaron 79 personas con 6 rechazos. El 65.9% de los encuestados había fumado alguna vez; de estos, 38.8% eran fumadores actuales, 8.6% fumadores ocasionales y 52.6% no fumaban. En respuesta a las areas del hospital donde fumaban, 10.1% fuma en los pasillos del hospital, 1% en su consultorio, 19.1% en su lugar de trabajo en gral. y 11.6% no fuma dentro del hospital.

El 94.2% considera al humo ambiental de tabaco perjudicial para la salud. Coinciden en que debe prohibirse fumar en todos las areas del hospital 92.2%. Se encuentra dispuesto a colaborar con un proyecto de hospital sin humo 84.7% y 90.6% se manifestó dispuesto a aceptar las normas de este proyecto. *Conclusión:* La población de fumadores es similar a la que encontramos en la población general. Es importante destacar que el hosp. FJ Muñiz es un hosp. pabellonado por lo cual el 10.15 que manifiesta fumar en los pasillos lo hace al aire libre. Solo 20.1% fuma en lugares cerrados. Es mayor al 85% el personal dispuesto a colaborar para obtener un hosp. sin humo y mayor al 90% el dispuesto a acatar las normas de este proyecto. En CATA del Hosp. FJ Muñiz aprobó la formación de un grupo de trabajo en tabaquismo y el proyecto de hosp. sin humo en junio 2005. Desde esa fecha nos encontramos trabajando para obtener un Hospital libre de humo ambiental de tabaco.

#### **CONDUCTA TABÁQUICA EN EL PERSONAL DE DEPENDENCIAS MUNICIPALES**

ALCHAPAR, E; ALCHAPAR, R; MORAN, A; SALVIOLI, D; MANZUR, A; FIORELLI, J  
Hospital J. N. Lencinas - Mendoza / Argentina

*Objetivos:* 1. Determinar la prevalencia en el personal municipal y ampliar los conocimientos de la conducta tabáquica en la población de Mendoza. 2. Investigar edad de inicio, conductas tabáquicas, conocimientos sobre adicción y cantidad de cigarrillos consumidos. 3. Conocer relación de CO ppm espirado y consumo. *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio transversal en la totalidad de trabajadores de la municipalidad de Guaymallén Mendoza, marzo del 2005. El total de los encuestados fue 408, (158 hombres y 245 mujeres), los que realizaron un cuestionario autoadministrado y medición de CO en aire espirado con un monitor Smokelizer. *Conclusión:* La prevalencia de fumadores fue del 46%, y la distribución por sexo para los individuos con dicha adicción fue de 48% para las mujeres y del 44% para los hombres. El promedio de inicio de la adicción fueron los 18 años. La cantidad de cigarrillos consumidos diariamente en promedio fue de 11 unidades día. El 33% de los pacientes no ha pensado seriamente en la posibilidad de dejar de fumar del 66% restante, 33% refiere que seguirá fumando ocasionalmente en los próximos 5 años, mientras que el 10% lo hará a diario y solo el 23% dejará de fumar definitivamente. El 70% de los individuos fumadores tiene cifras mayores a 6 ppm de CO. Del total de las personas encuestadas el 45% manifestó que el fumar es una adicción, el 20% opina que es un hábito. La mayor cantidad de individuos 62% afirma que fumar es perjudicial para la salud y que dejar de fumar es una medida de prevención efectiva.

#### **EFFECTOS DEL TABACO EN LA MUJER EMBARAZADA**

FUSCO, VICENTA; FERNANDEZ, ALBERTA  
Hospital Maria Ferrer - Buenos Aires / Argentina

Crear conciencia en la mujer embarazada, por los efectos nocivos del tabaco. Se realizó el trabajo en base a la precocidad en la iniciación del fumador. Material en base a estudios efectuados sobre datos estadísticos. El método según lo fijan las normas actuales emanadas por la dirección central del comité de gestión de calidad. *Conclusión:* Se verificó el número alarmante entre las mujeres embarazadas que fuman, y en edad adolescentes, no tomando conciencia del riesgo que corre el feto.



## TUBERCULOSIS

### COMUNICACIÓN ORAL

#### CO4 Aula Plumerillo / lunes 10 / 14 a 16.15

##### TUBERCULOSIS EN PACIENTES NO VIH COMO CAUSA DE MUERTE, EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

SPUCHES, M; QUINTEROS, S; ABDALA, J; ANTONIO, M; BARIMBOIM, E; CALLEJA, O  
Hospital Central de Mendoza - Carrera de Neumología. Univ. Nacional de Cuyo Mendoza / Argentina

**Introducción:** La TBC constituye una enfermedad altamente prevalente en nuestra población y sigue siendo una causa importante de muerte. En Mendoza durante el año 2004 se reportaron 198 nuevos casos de los cuales 18 fallecieron. La identificación rápida y el tratamiento de los casos activos es importante para su control. **Objetivos:** Describir las condiciones que llevaron a la muerte a pacientes con TBC grave, no VIH, que ingresaron a nuestra U.T.I. en el periodo 2004 - 2005. **Material y método:** Estudio retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes internados en U.T.I. en el Hosp. Central de Mendoza. con diagnóstico de TBC desde febrero de 2004 a febrero de 2005. **Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes; Edad promedio: 52.4 años (19 -87 años). Sexo: 3 mujeres y 2 hombres. Nivel socioeconómico: bajo. Nacionalidad: 1 boliviana y 4 argentinos, Causas de muerte: 1 SDRA, 3 sepsis, 1 insuficiencia respiratoria. Enfermedades comorbidas: 1 Enf. de Parkinson, 1 Miocardiopatía esclerohipertensiva, 1 Sd. de Down, 1 Artritis reumatoidea con terapia corticoidea, 2 Desnutrición severa, 1 Insuficiencia renal crónica en hemodialisis. Formas de TBC: Miliar 3 pacientes; extrapulmonar 2 (1 TBC renal y Pott y 1 TBC peritoneal). Cultivos: Se enviaron muestras de 2 pacientes al centro de referencia provincial resultando 1 positiva. Tiempo desde la aparición de los primeros síntomas hasta la internación: x 63.2 días (2-180) DS 73.53 días; Tiempo desde que se internaron hasta que se realizó el diagnóstico: x 16.8 días (1-25) DS 9.54días; Tiempo entre el diagnóstico y la muerte: x 442.8 ho-ras (18días y 10 hs). DS 25.58 horas (1 día y 2 horas); Permanencia en UTI: x 135.6 horas (5 días y 15 hs) DS 9.82 horas.-Tratamiento: HRZE en todos los casos. **Conclusión:** 1. En nuestra serie, los pacientes con formas graves de TBC que requirieron internación en UTI tuvieron alta mortalidad (5/5). 2. Las comorbilidades encontradas, favorecieron las presentaciones graves de TBC. 3. La demora en consultar y realizar el diagnóstico tiene impacto en la mortalidad. 4. Todos los pacientes fallecieron por esta enfermedad o complicaciones relacionadas con ella.

##### QUINCE AÑOS DE TUBERCULOSIS Y HIV EN UN HOSPITAL GENERAL

ORBAN, R; PILHEU, S; BEN, G; PAZ, E; PEREZ, H; CAHN, P; KAUFMAN, S; GERMANI, L  
Hospital Juan A Fernández - Cap / Argentina

**Introducción:** Describir la presentación clínica, resultados de los esputos y resistencia a drogas en 3 poblaciones 1) casos de TB en HIV negativos , 2) pacientes HIV+ con TB asistidos en la era pre HAART y 3) pacientes HIV+ con TB asistidos en la era HAART. **Métodos:** se analizaron en forma retrospectiva los casos de TB confirmados en 2 periodos: 01/01/1990-31/12/1997 (P1) y 01/ 01/1998-31/12/2004 (P2). Se revisaron las historias clínicas registrándose: forma de presentación, resultados de los esputos y resistencia a drogas. Se compararon los datos de los pacientes HIV + y -; los de P1 y P2. Los casos de TB fueron incluidos cuando creció M Tuberculosis en: Lowestein Jensen, Stone Brink o Bactec 460 o cuando el esputo fue positivo para bacilos ácido- alcohol resistentes con una presentación clínica compatible y respuesta clínica al tratamiento anti TB. **Resultados:** Se incluyeron 512 HIV . y 745 HIV + (330 en P1 y 415 en P2). No se encontraron diferencias entre la presentación clínica de los HIV- al comparar P1 y P2: TB Pulmonar (PTB) 83-74.9% , TB Diseminada (DTB) 1.5-2.6%. En los HIV+ hubo 39.4% PTB en P1 y 51.9% en P2 (p<0.005), mientras que DTB fue diagnosticada en 41.8% en P1 y 29.9% en P2 (p<0.02). Entre los HIV- se registraron 78.9% de esputos positivos y entre los HIV+ solo 63.1% lo fueron. Se identificó multirre-sistencia a drogas (TBMR) en 8.9% HIV- y en 19.4% de los HIV+ (p<0.005). **Conclusión:** Las formas de presentación clínica de la TB no varió en los HIV- en el período analizado. Se incrementaron las PTB en los HIV+ con una proporcional disminución de la DTB. En nuestra serie 2/3 de los HIV+ tuvieron esputos +. Este dato junto con el incremento de resistencia a los antifímicos aumentaría el riesgo de transmisión de TBMR.

##### ARGENTINA: EL RIESGO DE LA CO-INFECCIÓN VIH-TB

BURKE VIALE, ANDRÉS; PENE, MD  
Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS - Buenos Aires / Argentina

**Introducción:** La incidencia estimada de TB en todo el mundo es de aproximadamente 8.8 millones casos, de los cuales son notificados sólo cerca de 4 millones de casos, el 80% por los países de alta carga , y el 75% de casos TB concentrados en la edad más productiva. La prevalencia mundial es de 16 millones casos, de ellos 2 millones de muertes ocurren anualmente, el 98% de ellas en países en desarrollo. Se estima que 380,000 muertes son debidas a la co-infección VIH y TB. La TB multi fármaco resistente está presente en los países de la región. Se estima que en Argentina viven 120.000 con VIH/ SIDA, 68% desconocen su serología, Se han notificado al PNS 57.000 VIH/SIDA. **Objetivos:** -Analizar la evolución de la Co-infección VIH-TB .

-Determinar el riesgo de muerte con otras coinfecciones respiratorias **Metodología:** Se seleccionaron de la base de datos de epidemiología de VIH/SIDA, los registros que tuvieran coinfección TB- VIH y se analizaron variables relevantes. La base se

armó en SQL y los registros se analizaron con el SPSS 11.5. **Resultados:** Nº casos SIDA (1982-2005) 28787, prev TB: 22,7%, 12% pulmonar y 11% extrapulmonar. 10% muertes por SIDA 2003 fueron por TB. En PVVS la prev TB- (Histop/Cripto/ PCarinii) fue de 22,5% y 6,5% de estos tenían 2 o mas. La más prevalente Pneumocistis. Si TB-(H/C/PC) era al momento de diagnóstico de SIDA aumentaba el riesgo de muerte (OR=1,11) y si desarrollaban alguna de estas infecciones durante el mismo año o año siguiente del Dx de TB incrementaba el riesgo (OR=1.62). El riesgo disminuyó entre la era pre y post TARGA (1982-1989 OR=1,71 y 2000-2004 OR=1,42) 1982-89 : Prev TB:5,74%/ Prev. Coinfecc TB-(H/C/PC): 11,6% 1990-94 : Prev TB:17,7%/ Prev. Coinfecc TB-(H/C/PC): 26,8% 1995-99 : Prev TB:27,92%/ Prev. Coinfecc TB-(H/C/PC): 22% 2000-04 : Prev TB:21,07%/ Prev. Coinfecc TB-(H/C/PC): 16,8% **Conclusión:** Mayor incidencia de TB en PVVS en 1995-1999, no así la coinfección TB-otras, su asociación incrementó el riesgo de mortalidad en co-infección TB-VIH. La tasa de Letalidad por otra infecc en TB-VIH disminuyó un 50% entre la era pre y post TARGA y el OR en casi un 20%. Incrementar las estrategias para realizar un diagnóstico oportuno de VIH, disminuirá así el riesgo de TB, y de otras co-infecciones. Asimismo quedo demostrado que arbitrar todo los medios para evitar otra co-infección durante el periodo VIH/TB, aumenta la probabilidad de sobrevida de PVVS.

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS POR TUBERCULOSIS EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL F J MUÑIZ. 2004**

ESTEVEAN, ROSA ISABEL; HOGNIMAN, A; MINGRONE, H; GESUALDO, C  
Hospital Muñiz - Capital Federal / Argentina

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis asistidos desde 01/01/04 al 31/12/04 en consultorios externos vespertinos del Hosp. Muñiz. **Resultados:** Se asistieron 191 pacientes, 163 de los cuales presentaron localización pulmonar. En 170 pacientes se obtuvo confirmación de la enfermedad (131 por directo, 21 por cultivo y 18 por otros métodos). Solo 11% fueron tratamientos empíricos. En cuanto a la procedencia como se aprecia la mayoría provienen de conurbano, siendo los partidos de La Matanza, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría y Lanús los más numerosos. Este índice en el índice de abandono 24% que es alto. En cuanto a las asociaciones morbosas 74.86 no tenían asociaciones y 19.89 presentaban hiv +, el resto correspondía a otras asociaciones. Los pacientes que integran este grupo de estudio son sensibles a drogas de primera línea, pues los pacientes que presentan multiresistencia son derivados a un servicio especial. **Conclusión:** Los pacientes no presentan diferencias generales con los asistidos en otros servicios. Es importante destacar el alto grado de confirmación obtenido por el servicio, limitando los tratamientos empíricos solo a 11% de los pacientes (en su mayoría pacientes HIV con adenopatías retroperitoneales o formas miliares). Es importante mejorar el índice de abandono, dentro de las causas que lo determinan se encuentra la distancia desde la que concurren los pacientes, el hecho de no contar con un servicio social en horario vespertino que permita un mejor seguimiento y citación.

### **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE LUJÁN**

BORRAJO, MC; CELIA, L; PARRELLO, C  
Dirección de Medicina Preventiva y Atención Primaria - Luján, Buenos Aires / Argentina

Los programas de control de TBC en los distintos países son similares y cuentan con las mismas dificultades. Evaluar los resultados de la aplicación de un programa es un desafío de la Salud Pública en países como el nuestro, donde la notificación es deficiente, los registros faltan y las políticas de salud no están definidas. **Objetivo:** -Evaluar la calidad del programa de control de TBC en la ciudad de Luján. -Identificar los factores que inciden en la adherencia a la estrategia TAES/TDO. -Describir las acciones llevadas a cabo para flexibilizar el programa y adaptarlo a la realidad local. **Método:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados al programa desde 1990 hasta 2004. De acuerdo a las Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis se usaron indicadores epidemiológicos y operativos. Como elemento innovador se realizó una encuesta de satisfacción, semicerrada, realizada por personal entrenado. Se usó el modelo de aptitudes informativas-motivacionales-comportamentales (IMC) en la confección de las preguntas para explicar el comportamiento de los usuarios con respecto a su enfermedad y a la relación con el equipo de salud. **Conclusión:** Fueron notificados 471 casos con un promedio de 31.4 pacientes por año. Se observó un ligero predominio de varones y el 86% eran mayores de 15 años. La presentación pulmonar fue la más frecuente y a partir de la implementación de la estrategia TAES/TDO se observa un aumento del registro de casos pulmonares con confirmación bacteriológica. La Tasa de abandonos cayó rápidamente y se mantuvo estable no registrándose abandonos en el último año. La Tasa de fallecidos fue baja como así también la asociación TBC/HIV/Sida. En 1994 el 83% de las formas pulmonares recibían TDO. La encuesta mostró que el nivel de información de los pacientes era adecuado. El 93% no dejó de tomar la medicación y el mismo porcentaje opina que la atención del centro de salud y el personal de salud fue Bueno o Muy bueno. El 90% cree que la responsabilidad del tratamiento es compartida con el equipo de salud. Consideramos que la adherencia al tratamiento está basada en un vínculo positivo entre el paciente y el equipo de salud y que la integración del paciente como sujeto activo es fundamental. La mera observación de la toma de medicación no asegura el éxito de la estrategia TAES/TDO. Indudablemente la estrategia es el camino, pero no el fin del mismo.

### **CONTROL DE CONTACTOS TB: UN MODELO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO**

ZABALA, LILIANA; GIUFFRÉ, A; PICCIANI, B  
Hospital Tornu - Buenos Aires / Argentina

El objetivo de esta presentación es compartir un modelo de trabajo en equipo que hemos implementado para el estudio de los contactos de focos tuberculosos asistidos en el Hospital Tornú desde septiembre de 2003. El grupo de trabajo de TB infanto-juvenil se formó por la necesidad de optimizar los recursos y la labor de los profesionales que cotidianamente trabajamos con TB, desde hace varios años, interrelacionándonos desde Pediatría, Neumo-tisiología, Servicio Social y Promoción y Protección de la Salud, con el propósito de brindarle a los pacientes una atención ágil y eficaz que asegure el cumplimiento de las etapas de diagnóstico y tratamiento. Los objetivos iniciales fueron: -Constituir un lugar de referencia para los distintos servicios del hospital. -Crear un consultorio de atención inter-disciplinaria bisemanal. -Aplicar un programa de diagnóstico y tratamiento acorde a las normativas vigentes. -Programar actividades de educación para la salud. - Programar actividades de capacitación y actualización continua del equipo. Además del diagnóstico y tratamiento de TB infantil, el grupo ha integrado el control de los contactos de cada nuevo foco TB adulto, lo que ha resultado ser una herramienta eficaz para: el abordaje integral del grupo familiar en estudio, la indicación de quimioprofilaxis en infectados y diagnóstico y tratamiento precoz de casos secundarios, adultos e infantojuveniles. Estudio de grupos familiares: N focos: 203. n: contactos: 1136. Promedio de contactos / foco: 5,6. Quimioprofilaxis: 219. Nuevos casos a partir de contactos: 31. prop. nuevos casos/ contactos: 2,75% **Conclusión:** Esta modalidad de trabajo prioriza: -la comunicación, integración y fortalecimiento de los vínculos del equipo interdisciplinario. -la unificación de los criterios de atención. -el conocimiento integral del paciente y su grupo familiar, la comunicación fluida, la información adecuada, la contención y la prevención de abandonos. -la mejor accesibilidad del paciente al sistema diagnóstico-terapéutico del hospital, centralizado en un ámbito único, con referentes claros y con el apoyo preestablecido de los sectores de enfermería, bacteriología y radiología.

### **¿ES LA TUBERCULOSIS UNA ENFERMEDAD DE LA POBREZA? ANÁLISIS DE FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS CULTURALES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS RESIDENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

CRAGNOLINI DE CASADO, GRACIELA; POROPAT, A; VIEYTES, A; HUERGO, N; BASSANI, E  
Instituto de Tisiopneumología. Prof. Dr. Raul Vaccarezza. UBA - Buenos Aires / Argentina

**Objetivos generales:** a. Analizar factores socioeconómicos culturales relacionados con tuberculosis en pacientes mayores de 15 años residentes en la Ciudad de Buenos Aires. b. Establecer conclusiones para aportar datos que permitan un mejor control de la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires. **Objetivos secundarios:** Realizar un diagnóstico social de los pacientes con TB. Caracterizar las condiciones de vida de la población en estudio Identificar factores de riesgo sociocultural para el desarrollo de Tuberculosis. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, encuesta personal. Período: 2004. Muestra: 115 pacientes. Método estadístico: Epiinfo 2000. Variables: Edad entre 15 y 77 años. Media: 32,7 años. Sexo masculino 68,7% femenino 21,13%. Nacionalidad: (20,9%) Argentina Inmigrantes (79,1%), Estado civil: 53,9 % solteros Nacionalidad Residencia: 42,6% bajo Flores, 13% Once, 7,8% Lugano. Hábitos sexuales 80,9% heterosexual. Hábitos morbosos: 10% Educación: 41,7% secundario completo 0, 6,1% sin instrucción Vivienda 32,2% casa, 31,3% pieza de inquilinato, 13% departamento 8,7% casilla, 8,7% piezas de hotel o pensión 6,1% local no construido para habitación. Trabajo 84,6% tienen trabajo de palabra. Cobertura médica: sin cobertura: 87,8% Vulnerabilidad social 91,3% Indigencia 16,13% Pobreza. 82,6% Hambre 60,5% tuvo hambre por carecer de dinero suficiente para alimentarse. **Conclusión:** La Ciudad de Buenos Aires presenta los mejores indicadores socioeconómicos del país, sin embargo este estudio demuestra la situación de pobreza en pacientes con TB. 115 pacientes, residentes en la Ciudad de Buenos Aires, alto porcentaje de inmigrantes (79%) Bolivia (75,8 %) Perú (19,1%). Asociación de TB y pobreza: Situación de vulnerabilidad social en el 91,3%, Necesidades básicas insatisfechas: 69, 5% (ya sea por presentación única o en combinación de los siguientes elementos: hacinamiento; 53,1%, b) Vivienda inadecuada: ya sea por pieza de inquilinato o vivienda precaria un 48,8% c) Falta de baño: 34,8% Línea de pobreza: 82,6% Línea de indigencia: 16,13% Sensación de Hambre: 60,5%. Cabe destacar los aspectos laborales asociados a tuberculosis ya que el 84,6% tienen trabajo de palabra y un 34% duerme en el trabajo. La actividad económica más importante es la costura (51,9%).

### **TUBERCULOSIS Y SUS ASOCIACIONES MORBOSAS EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MUNICIPAL**

ALLEMANDI, A; BRAVO, S; GAITAN, C; MARTINEZ CORTIZAS, MA  
Htal. Municipal de Moron - Capital / Argentina

**Objetivo:** Demostrar la incidencia de la asociación TBC con otras patologías, analizando tipo y gravedad de la lesión al momento del diagnóstico, evaluando las tendencias de su evolución y comportamiento con respecto a la adherencia al tratamiento. Comparar dichos resultados con pacientes sin comorbilidades. **Material y método:** Estudio retrospectivo de 164 fichas pacientes que ingresaron al Servicio de Tisiopneumología del Hospital Municipal de Morón en el período 01/01/99 y el 01/12/04. Se los clasificó según sexo y edad en: Adultos jóvenes de 14 a 40 años, edad media de la vida de 41 a 60 años y tercera edad de 61 o más años. Se tuvieron en cuenta las asociaciones morbosas, hábito tabáquico y alcohólico. Todos los pacientes recibieron tratamiento diario autoadministrado, la mayoría con H,R,Z,E ó S, salvo los retratamientos donde se utilizó H,R,Z, con Kanamicina ú Ofloxacina. **Resultados:** De los 164 casos evaluados, 95 fueron varones (57,9%) y 69 fueron mujeres (42,1%). Se observó una mayor incidencia en el grupo de adultos jóvenes de ambos sexos (57 varones y 37 mujeres). El grupo de edad media de la vida fue el siguiente en frecuencia de presentación con 29 varones y 27 mujeres, mientras que en el grupo de la tercera edad sólo se registraron 9 varones y 5 mujeres. Del total de pacientes estudiados, 113 (68,9%) presentaban asociaciones morbosas y entre las patologías más frecuentemente halladas se destacan el SIDA (54), diabetes mellitus (11), insuficiencia renal crónica (6), cáncer (14), hepatitis crónica (12) y las inmunosupresiones por drogas (Asma y EPOC). Entre los hábitos mórbidos relacionados con TBC, el tabaquismo fue el más frecuente (55 casos), siguiéndole el

etilismo crónico (39 casos). Algunos presentaban más de una patología y/o hábito. De los 113 pacientes que presentaban comorbilidades, 74 (65,5%) finalizaron el tratamiento, 25 (22,1%) abandonaron, 10 (2,8%) fallecieron y 2 (1,8%) fueron derivados. Dos pacientes recibieron retratamiento. De los pacientes sin comorbilidades 40 (78,4%) finalizaron el tratamiento, 6 (11,8%) abandonaron, 2 (1,8%) fallecieron y 2 (1,8%) se derivaron. Un paciente recibió retratamiento.

**Conclusión:** Las comorbilidades favorecen el desarrollo de la TBC, haciendo que las formas clínicas sean más graves, con mayor probabilidad de complicaciones y muerte.

## POSTER

### **PO3 Galería Auditorio / Lunes 10 / 8.30 a 12.30**

#### **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN RELACIONES DE CONFIANZA EN APOYO AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS. FORMOSA**

COLOMBO BAHR, CARLOS C.; OLCESE, MARTIN  
Programa Provincial de Control de la Tuberculosis - Formosa / Argentina

**Introducción:** La Tuberculosis (TB.) es un problema de salud pública en la República Argentina, Formosa es una provincia prioritaria, con la cuarta tasa (T) de morbi-mortalidad más alta y uno de sus Depto. cuenta con la mayor T de todo el País. El abandono del tto. aún está por arriba del 10% lo que no contribuye a la curación de los enfermos ni a la eliminación de las fuentes de infección en la comunidad, a la vez que incrementa el riesgo de MR. Debido a que el B° Nam-Qom tiene una T de morbilidad de 300/100000 hab. y el Depto. Formosa (32.6/100000 hab.), se considera que un proyecto de Participación Comunitaria en apoyo al Programa Provincial es una de las actividades necesarias para garantizar la aplicación efectiva y la sustentabilidad de las estrategias de control de la TB en este área seleccionada. **Objetivo general:** Reforzar el control de la TB en el área del B° Nam-Qom con la Participación de Redes Comunitarias de Relaciones de Confianza. **Objetivos específicos:** 1- Georreferenciar en los últimos 10 años los pacientes curados, en tto., abandonos y fallecidos. 2- Sostener la adherencia y favorecer su tendencia en aumento. 3- Sostener la captación de S.R y promover su tendencia en aumento. 4- Reducir los abandonos. 5- Captar Líderes Comunitarios de base de Confianza y Mapear sus Redes de Relaciones de Confianza. 6- Georreferenciar las instituciones con cobertura de programas sociales. 7- Articular sus acciones con la comunidad y sostenerlas en el tiempo. 8- Posicionar en la población, equipo de salud y de organizaciones sociales, a la TB. como una enfermedad prevenible, tratable y curable.

**Material y método:** Se utiliza un diseño basado en acciones de aproximaciones sucesivas con Enfoque de Redes Comunitarias. Para ello se combinan modelos de seguimiento poblacional, Georreferenciación de pacientes con tto. terminado, tto en la actualidad, abandono y fallecidos durante su tto; el Mapeo de Redes y la Estimación de la utilización de servicios; con procesos cuali-cuantitativos: Visitas domiciliarias y la Supervisión de acciones de control. **Conclusión:** El sistema comunitario de respuesta acoplado a las acciones del PPCTB logró entre Set/04 y Jun/05: 1- Detectó 90 (36) SR. 2- Iniciaron tto. 10 (3). 3- 1 Recupero de abandono. 4 Estudio de contactos 100%. 5- TAES 100%. 6- Trasmisión de los mensajes preventivos en TB por medio de Redes de Confianza.

#### **CASUÍSTICA DE TUBERCULOSIS EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DE UN HOSPITAL SUB-ZONAL EN ZONA SEMIRURAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

DR SANSOSTERA, AR; ALMONACID, R; SEIJAS, N; VIZCARRA, S  
Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Vicente - Banfield / Argentina

**Introducción:** A pesar de estar en los comienzos del siglo XXI y contar con un tratamiento eficaz para la tuberculosis podemos observar que la incidencia continúa siendo elevada en todo el mundo y con mayor incidencia en los países subdesarrollados. Lo cual genera un problema para la salud pública a nivel mundial. **Métodos:** Se analizaron las fichas de 136 pacientes que recibieron tratamiento para TBC en un período de 10 años entre enero de 1994 y junio de 2004. **Resultados:** Del análisis efectuado se extrajeron los siguientes datos: 136 pacientes (58 femeninos, 78 masculinos), abandono de tratamiento: 49, fallecidos: 2, derivados: 5, tratamiento finalizado: 80. Las formas de TBC halladas fueron: pulmonares: 111, primarias: 6, pleurales: 10, peritoneales: 2, ganglionares: 3, óseas: 1, testículo: 1, sin clasificar: 2. Del total de pacientes la bacteriología fue investigada en 104 de las cuales fueron di-recto positivo (D+): 59, cultivo positivo (C+): 8. Las formas pulmonares fueron: USC: 11, BSC: 24, UCC: 46, BCC: 30 (total formas cavitadas: 76). Del total de pacientes 15 habían realizado tratamiento previo (9 completo, 6 incompleto), 121 pacientes nunca habían realizado tratamiento (88,79%).

**Conclusión:** Evidenciamos una alta incidencia de las formas cavitadas (76 pacientes) y un alto porcentaje de pacientes bacilíferos (56,7% tenían D+), y que el 88,97% de los pacientes eran casos nuevos. Además se evidenció un porcentaje elevado de abandonos: 36,02% (49 pacientes), si bien el 58,8% cumplió con el tratamiento, éste es un porcentaje bajo de cumplimiento.

#### **PERICARDITIS TUBERCULOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

TABAJ, GABRIELA; FERNANDEZ ACQUIER, M; ASENJO, M; ECHAGUE, M; GRODNITZKY, ML; GIUGNO, E;

La pericarditis aparece en 1-2% de los pacientes con TBC pulmonar. La infección pericárdica puede ocurrir por extensión directa desde los pulmones o árbol traqueobronquial, linfáticos, medula o esternón; o bien diseminación miliar. Paciente masculino de 18 años sin antecedentes que consulta por cuadro de 40 días de evolución caracterizado por tos seca, dolor abdominal, disminución de peso, fiebre vespertina y toracodinia bilateral. Se constata paciente febril, taquicárdico, con pulso paradojal, derrame pleural, ascitis y signos de sobre carga derecha decidiéndose internación.

Pleurocentesis: GB 1200 (MN 74%) ADA 55 (VN hasta 38).

Paracentesis GB1200 (MN 70%).

BAAR del esputo, LP y líquido ascítico directo y cultivos negativos. Eco doppler cardíaco: FSVI conservada, movimiento paradojal del SIV, derrame pericárdico leve en pared superior de VD con restricción del llenado del mismo. VCI dilatada sin colapso. Signos de constricción pericárdica. Se inicio tratamiento empírico para TBC y meprednisona evolucionando favorablemente. RMN cardiaca (2 semanas luego de iniciar tratamiento) dilatación VCS, VCI, AD, pequeño jet de cierre tricúspide, VD y VI conservados, aumento del grosor pericárdico que compromete mas el tercio medio y basal de ambos ventrículos. Derrame pericárdico mínimo. FSVI conservada, alteraciones de la función diastólica con movimiento paradojal del SIV en el tercio basal del mismo. Eco doppler cardiaco (60 días luego del inicio del tratamiento): FSVI conservada, cavidades derechas conservadas. Derrame pericárdico mínimo. Aumento de la refringencia pericárdica con posible aumento del espesor. VCI normal. Insuficiencia tricúspide y pulmonar mínima. *Conclusión:* Está generalmente aceptado que el riesgo de muerte o de desarrollar una pericarditis constrictiva se reduce al implementar tratamiento tuberculostático. En pacientes con pericarditis constrictiva activa la adición de glucocorticoides al tratamiento mejora la presión venosa yugular, disminuye la mortalidad y la necesidad de pericardiectomía. Sin embargo su uso permanece controversial, (recomendación clase IIb).

#### **TUBERCULOSIS PULMONAR Y PORFIRIA AGUDA. UNA INFRECUENTE Y COMPLICADA**

##### **ASOCIACIÓN**

FERNÁNDEZ CASARES, MARCELO; CHIAPELLA, MN; DASSORO, MA; DIAZ, G; TUMINO, C; MONTEVERDE, A  
Hospital A. Posadas - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* La Porfiria Aguda es una porfiria hepática hereditaria, causada por el déficit de la enzima porfobilinógeno deaminasa que produce un bloqueo metabólico en la síntesis del Hemo con acumulación de porfirinas o de sus precursores. El déficit de esta enzima no es suficiente para desencadenar un cuadro agudo ya que se requieren otros factores agregados como hormonas, drogas, cambios de dieta y otros no identificados. La asociación con Tuberculosis es muy poco descripta. Varios antifímicos de primera línea pueden producir una crisis de porfiria. Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida por ese motivo están contraindicadas. Esto obliga a emplear un esquema con drogas menos eficaces. *Objetivo:* Presentación de un caso con dicha asociación y los inconvenientes ocurridos. *Caso clínico:* Paciente femenino, de 25 años de edad evaluada por catastro TBC: Asintomática respiratoria. Rx Tx: infiltrado subclavicular izquierdo. Espudo para B. Koch: D+ y C+. Antec. Pers. Un mes antes internada por cuadro de dolor abdominal, convulsiones, hiponatremia y eliminación de orinas oscuras, en contexto de síndrome premenstrual. Laboratorio: Deaminasa en sangre: 73,10U/L (VN84), Porfobilinógeno en orina: 17,2mg. (VN hasta 2mg) con lo que se diagnostica Porfiria aguda intermitente. Evolución: Inicia tratamiento con Estreptomycin, Etambutol y Levofloxacina (drogas reportadas seguras). Al 4º día, cuadro de dolor abdominal atribuido a algún antifímico o a nueva menstruación. Se interna suspendiéndose todas las drogas antituberculosas. Con la mejoría del cuadro abdominal, se reinstalan progresivamente las drogas sin inconvenientes. En 20. meses de tratamiento, mejoría en Rx y buena tolerancia a la medicación. *Conclusión:* El tratamiento de la Tuberculosis en un paciente con Porfiria aguda intermitente hace necesario evitar varias drogas antifímicas de 1a. línea por la posibilidad de

que éstas desencadenen una crisis y en consecuencia efectuar un esquema más prolongado y menos eficiente.

#### **EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN SANITARIA V. PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

KURIGER, ADRIANA; CASAMAJOR, M; MORCILLO, N; ETCHEVARRIA, M; CHIRICO, C

Programa de Control de la TB.Región Sanitaria V. Ministerio de Salud Capital Federal / Argentina

*Introducción:* La tendencia de la morbilidad en la Rep. Arg.durante el año 2003 fue al ascenso habiéndose notificado al Programa Nacional (PN) un total de 12257 casos, TI: 31.9%000 hab. El 78% de los casos de la Prov.de BsAs ocurrió en los partidos del conurbano bonaerense. En la RSV, con más de 3 millones de hab., se notifica la 3° parte de estos casos (1571/5565). *Objetivo:* Se analizó la sit.epidem. de TB en la RSV a fin de conocer la magnitud regional de esta enfermedad como causa de morbi-mortalidad en el decenio1993-2003. *Mat.y mét.:* La información fue obtenida de las denuncias obligatorias de casos de TB y del estudio de cohortes. Las TI por 100.000 hab. fueron calculadas a partir de cifras estimadas para la población de la RSV según proyecciones del año 2004. Los datos epidemiológicos consignados fueron: notif.casos de TB en la RSV (total casos, pulm. y pulm.conf.); por grupos de edad (15-29 años, 65 y +), TI en los 14 municipios, conf. bacteriológica de los casos pulm. en > de 15 años y letalidad por TB,coinfec. HIV-TB y letalidad; evaluación del tratamiento por cohortes. *Resultados:* la RSV presentó un ascenso en la morbilidad por TB durante el año 2003. La conf. bacteriológ. de los casos pulm. en > de 15 años fue del 71%. La 3° parte de las formas pulm. (382/1.312) ocurrieron en el grupo de 15 a 29 años. El 7% (92/ 312) de estas formas se presentó en > de 65 años. El estudio de cohortes mostró que la curación fue del 76% (1045/1382), el abandono de tratamiento del 16% (222/1382) y la aplicación del trat. directamente observao (TAES) fue 50% (693/1382). La tasa de letalidad por TB fue del 5% (72/1382). El 60% de las muertes ocurrió en el grupo de 15 a 59 años. El grupo HIV-TB representó el 5.4% (851/1571) con una letalidad del 25%. *Conclusión:* Conclusiones:la tasa de casos notif. fue superior al promedio del país y de la Prov.de Bs As, con una tendencia al ascenso similar a la registrada a nivel nacional. Los casos pulm.se concentraron en el grupo de > impacto epidemiológ.15-29 años. La tasa de curación permaneció estable.La adecuada aplicación del TAES correlacionó con elevadas tasas de curación. La tasa de abandono continúa siendo alta,duplicando la meta propuesta. El > n° de muertes se produjo en el grupo de edad económica.active, siendo la tasa de letalidad muy elevada en los pacientes HIV-TB.

#### **TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR Y CARDIOPULMONAR**

MAJO, RAUL; CANEVA, J; OSSES, J; AHUMADA, R; ANZULOVICH, F; MAZZEI, M; BERLOTTI, A; KOHN, A; FAVALORO, R

Fundación Favaloro (Majo R) - La Plata / Argentina

*Objetivo:* Evaluar Clínica, metodología, tiempo de diagnóstico y complicaciones asociados al mismo. *Material y métodos:* Se evaluaron retrospectivamente 109 trasplantes (51 unipulmonar, 30 bipulmonar y 28 cardiopulmonar) desde 1 de Octubre de 1990 al 31 de Diciembre de 2004. Todos los pacientes tenían broncoscopia de vigilancia con biopsia transbronquial, lavado bronquial y lavado bronquioalveolar con envío de material a anatomopatología y bacteriología con investigación para virus, hongos, mycobacterias, nocardia y gérmenes comunes) a los 15, 30, 60, 90, 180 y 365 días y/o ante la sospecha de infección o rechazo. *Resultados:* Tres pacientes tenían evidencia de infección (2 hombres y 1 mujer) en un rango de edad de 49 a 52 años. Las razones del trasplante fueron 2 por EPOC y 1 por Bronquiectasias. Todos al momento de la evaluación no tenían evidencia de infección activa y PPD de control fueron negativos, solamente 1 presentaba antecedente de tuberculosis pulmonar cumpliendo tratamiento completo para el mismo. Luego del trasplante 2 tenían infección en pulmón nativo, haciéndose diagnóstico 1 (M: 52 años) en pulmón explantado por anatomía patológica al 9no día y otro (F: 49 años) por biopsia transbronquial (granulomas) y esputo (BAAR directo y cultivo) a los 13 meses post trasplante, este último presentaba síndrome febril, astenia tos y expectoración asociado a opacidad alveolar en lóbulo superior derecho, y 1 (M: 50 años) presento evidencia en ganglio e hígado del donante granuloma epiteloide con células gigantes de Langhans. Los 3 pacientes realizaron tratamiento con Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol y Levofloxacina por 12 meses, solamente 1 (F: 49 años) se suspendió tratamiento con etambutol por alteraciones visuales no evidenciándose otras complicaciones y/o interacciones con drogas inmunosupresoras. Los 3 pacientes presentaron evidencia de curación clínica y con cultivos negativos de lavado bronquioalveolar. *Conclusión:* Se registró una incidencia de 2.75 % de tuberculosis pulmonar, en un rango de edad de 49 a 52 años de edad, con diagnóstico dentro del primer año aproximadamente, no presentando incremento de complicaciones clínicas y/o interacciones medicamentosas con el tratamiento instituido.

#### **TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES RESIDENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD**

CRAGNOLINI DE CASADO, GRACIELA; POROPAT, A; VIEYTES, A; HUERGO, N; BASSANI, E

Instituto de Tisioneumonología .Prof. Dr. Raul Vaccarezza. UBA - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo:* Analizar la percepción de la enfermedad tuberculosis en pacientes inmigrantes residentes en la Ciudad de Buenos Aires. *Material y métodos:* Estudio prospectivo, encuesta personalizada a pacientes extranjeros residentes en la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de tuberculosis bacteriológicamente confirmada entre el 1ero.de enero y el 31 de diciembre de 2004 en el Instituto de Tisioneumonología .Prof. Dr. Raúl Vaccarezza. -UBA. Soporte estadístico: Epiinfo 2000. *Resultados:* Durante el año 2004 se diagnosticó TB en 156 extranjeros. Se encuestaron 91 pacientes extranjeros, de nacionalidad boliviana 69, (75, 8%), peruana 19 (20,9%) y otras 3 (3,3%). Edad: entre 17 y 65 años, media de 32 años. Sexo: femenino 32 (35,2%)masculino 59 (64,8%). El 67,5% residían en Argentina desde hacía más de 2 años. El 95,6% eran

alfabetos, 46,2% terminaron el ciclo secundario, 39% el primario y un 7,7% tenían estudios superiores. Conocimiento previo de TB: 62 (68,1%) no conocían que era la tuberculosis. Causa de la enfermedad: 53 (58,2%) pacientes consideraron que se trataba de un contagio, 28 (30,8%) por mala alimentación, 5 (5,5%) mucho trabajo, 2 (2,2%) a un enfriamiento y 1 (1,1%) a depresión. Conocimiento de contacto TB: 49 pacientes (53,6%). La mayor parte de estos contactos se produjo entre 1 y 2 años previos: 27 pacientes (55,1%) y menos de 1 año (26,5%) y fue familiar en 28 casos (57,1%), laboral en 13 (26,5%) y vecinal en 8 (16,3%). Cuando supieron del caso de tuberculosis consultaron solo 18 pacientes (36,7%) y no lo hicieron 31 (63,3%). Ante síntomas 54 (59,1%) tardaron más de 15 días en consultar, por no considerar los síntomas importantes: 40 (74,1%), por falta de medios económicos 8 (14,9%), falta de tiempo 4 (7,4%) por no saber donde consultar 2 (3,6%).

**Conclusión:** Desconocimiento de la tuberculosis por parte de inmigrantes residentes en nuestro país no correlacionada con el grado de instrucción (46,2% secundario completo). Falta de consulta ante conocimiento de foco TB (63,1%).

Minimización de los síntomas con consulta tardía y poca importancia de los mismos.

Se considera necesario trabajar socioculturalmente con estas comunidades para mejorar el control de la enfermedad en la Ciudad de Buenos Aires.

### **TUBERCULOSIS EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL MUÑIZ TENDENCIA EN DIEZ AÑOS**

CRAGNOLINI DE CASADO, GRACIELA; POGGI, S; AMBROGGI, M; CAPONE, L; NATIELLO, M; VESCOVO, M; MOSCA, C; ABBATE, E

Hospital Muñiz. GCBA. Instituto De Tisioneumonología .Prof. Dr. Raul Vaccarezza. UBA Buenos Aires / Argentina

**Objetivo:** Analizar la tendencia de la tuberculosis en los últimos diez años en los trabajadores de la Salud del Hospital Muñiz. **Objetivos específicos:** a) Analizar bacteriología de la tuberculosis. b) Observar tendencia en diez años. c) Analizar asociaciones morbosas d) Relacionar tuberculosis y puesto de trabajo. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Análisis de historias clínicas, período: 1 de enero de 1995 - 31 de diciembre de 2004. Análisis de puestos de trabajo en relación a la totalidad de empleados del Hospital a fin de establecer riesgo relativo. **Resultados:** Durante ese período tuvieron tuberculosis 12 trabajadores, con una tendencia en aumento desde 1995 (1) hasta el año 2004 (5) Sexo: masculino: 8 (67%) femenino (33%). Localización pulmonar: 12 (100%) Asociaciones morbosas: 6 (50%) siendo diabetes en 5 (83,3%), tratamiento inmunosupresor 1 (16,7%). Bacteriología: 6 (50%) tuberculosis multirresistente compatible con cepa M (resistente a Isonia-cida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida, Estreptomicina y Kanamicina) (confirmada en 4 de ellos por RFLP), 4 (48%) tuberculosis a gérmenes sensibles y en 2 (2%) no se pudo rescatar germen. Analizando la tendencia de la bacteriología se observó un aumento alarmante de los casos de tuberculosis multirresistente en el personal de salud. Sobre un total de 6 pacientes con TB MR se observó 1 caso en 1995 (16,6%), 1 en 1997 (16,6%) 1 en el 2003 (16,6%) y 3 casos (50%) en el 2004. El análisis de la tendencia de la bacteriología de la tuberculosis permitió observar que a partir del 2003 el 100% de los casos en los que se logró rescatar germen fue a bacilos resistentes por cepa M, (confirmada por RFLP) lo que pone de manifiesto la transmisión nosocomial de la enfermedad. En la relación puesto de trabajo / tuberculosis se observó la enfermedad en 6 enfermeros (50%), 2 técnicas de laboratorio de bacteriología de la tuberculosis, 1 psicóloga de sala de tuberculosis multirresistente, 2 oxigenistas y 1 visitador médico. Realizando el análisis de riesgo relativo este fue mayor para oxigenistas y técnicos de laboratorio de tuberculosis. **Conclusión:** Se observa un aumento de la tendencia de casos de tuberculosis en el personal del Hospital Muñiz, con un crecimiento inquietante de tuberculosis multirresistente y su asociación con diabetes.

### **TUBERCULOSIS MILIAR ASINTOMÁTICA EN PACIENTE HIV(+) ASOCIADO A LINFOMA**

GOMEZ, J; BERTUZZI, R; MOYANO, V

Hospital Italiano de Córdoba - Córdoba / Argentina

Varón de 48 años con antecedentes de HIV(+) diagnosticado hace un mes asociado a Linfoma no Hodgking (LNH) a celularidad mixta con compromiso poliadenopático, hepato-esplenomegalia y síntomas B, en tratamiento antirretroviral y con profilaxis para Pneumocistis. Se presenta a la consulta con aumento de tres kg. en el último mes, apetito conservado, desaparición de fiebre y de sudoración profusa. Al examen FR 24 FC 78 TA 120/ 70 mucosas húmedas. Afebril. Conjuntivas pálidas. Disminución de masa preauricular izquierda. Adenopatías cervicales y supraclavicular izquierda de 1.5 cm. no dolorosas ni adheridas a planos profundos. Respiración de tipo tóracoabdominal, no uso de músculos accesorios. MV(+) con escasos subcrepitanes bibasales. Hepatomegalia no dolorosa y esplenomegalia en posición de Shuster. Laboratorio: Hb 9.7 GB 4200 C4 S 66 L24 LDH 565 Carga viral 760000 log 5,8 CD4 8,2%. Rx de tórax que muestra infiltrado reticulonodulillar bilateral con compromiso de todos los lóbulos pulmonares. TAC informa igual infiltrado asociado a adenopatías mediastínicas prevasculares y láteroatraqueal izquierda. (Informadas en TAC previa). Se aísla de cultivo de ganglio supraclavicular M. Tuberculosis sensible a drogas habituales. Se inicia tratamiento con cuatro drogas y se realiza punción de médula ósea que es compatible con TBC. **Conclusión:** El 30 al 60% de los pacientes HIV(+) presentan infección por M. Tuberculosis. La forma miliar es frecuente y se manifiesta con pérdida de peso, sudoración nocturna o síntomas respiratorios. Es inhabitual que esta entidad con compromiso franco pulmonar y extrapulmonar se presente de manera asintomática y más aún con notoria mejoría clínica, constituyéndose, como en nuestro caso, en un hallazgo radiológico. Cabe destacar también lo dificultoso desde el punto de vista del diagnóstico imagenológico, por ser este un paciente inmunocomprometido propenso a cualquier infección oportunista y afecto de una patología como Linfoma no Hodgking a celularidad mixta sin tratamiento, que puede presentar compromiso pulmonar per se. La riqueza de este caso se plantea de nuevo a la hora de definir una asociación terapéutica, ya que todas y cada una de las entidades nosológicas que sufre el

paciente tienen en sí misma la potencialidad de ser letales. Por lo inhabitual de la forma de presentación y la gran dificultad diagnóstica y terapéutica se presenta este caso.

### **INMIGRACIÓN Y TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. TIEMPO DE RESIDENCIA Y FACTORES SOCIOECONÓMICOCULTURALES**

CRAGNOLINI DE CASADO, GRACIELA; POROPAT, A; VIEYTES, A; HUERGO, N; BASSANI, E  
Instituto Prof. Dr. Raúl Vaccarezza. UBA - Buenos Aires / Argentina

*Objetivo:* Analizar el tiempo de residencia en Argentina y Ciudad de Buenos Aires y aparición de Tuberculosis en inmigrantes. Observar características socioeconómicos culturales de la población en estudio. Estudio prospectivo, encuesta personalizada a pacientes extranjeros residentes en la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de tuberculosis bacteriológicamente confirmada durante el año 2004. Soporte estadístico: Epiinfo 2000. *Resultados:* En el 2004 se diagnostican en el Instituto 890 casos de tuberculosis, de los cuales 241 residen en la Ciudad de Buenos Aires. De éstos, 156 son extranjeros. De ellos se encuestan 91 pacientes. Nacionalidad: Bolivianos. 69 (75,8%) Peruanos: 19 (20,9%) Paraguayos: 1 (1,1) Otros: 2,2% indocumentados 77,5%. Edad media: 32 años. Fem, 35,2% Masc 64,8%. 95,6% alfabetos, 46,2% secundario completo 7,7% estudios universitarios. Los años de residencia en la Ciudad de Buenos Aires son los mismos que en Argentina, sin migraciones internas. Un 64,5% residen en Argentina desde hace más de 2 años. Viven en Bajo Flores el 45,5% y en Once el 8,8%. Un 76,9% viven en barrios y 20,9% en villas de emergencia. Vivienda inadecuada en el 82,4% Un 12,1% en casas tomadas o cedidas, 41,6% sin baño adecuado. Trabajan 78 pacientes. El 71,1% en el mismo lugar desde hace menos de 2 años. 67,5% se dedica a la costura. El 89,5% tiene contrato de palabra, 36,7% duerme en el trabajo. En 74% de los casos trabajan 5 o más personas en la misma habitación. El 69,2% gana menos de 200 pesos/semana, un 84,6% trabaja más de 40 horas semanales, con una media de 65 horas. El 97,8% se encuentra en situación de vulnerabilidad social, por familias con jefe ocupado en empleo no pleno (70,3%). *Conclusión:* Predominio de pacientes de nacionalidad boliviana, seguida de peruana (4 a 1), tiempo de residencia en Argentina mayor a 2 años en el 64,5% Existe una alta frecuencia de indocumentados: 77,5%. El 36,7% duerme en el lugar de trabajo. Casi todos los pacientes se encuentran en situación de vulnerabilidad social, debajo de la línea de pobreza con vivienda y trabajos indignos, mal remunerados que favorecen el desarrollo de la enfermedad en inmigrantes, en los que en la gran mayoría de los casos se manifiesta luego de 2 años de residencia en nuestro país, con una mediana de 4 años.

### **VALORACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS EN CONTACTOS DE ENFERMOS TUBERCULOSOS BACILÍFEROS**

BRIAN, MARIA CRISTINA; ESTEVAN, R; INWENTARZ, S; RASSIT, ML; MOSCA, C  
Hospital Muñiz - Capital Federal / Argentina

*Obj.:* Analizar el cumplimiento de la quimioprofilaxis (QP) en contactos de enfermos tuberculosos bacilíferos con riesgo de desarrollar infección o enfermedad tuberculosa.

*Diseño:* prospectivo, longitudinal y experimental.

*Población:* pacientes que iniciaron su QP desde 01/05/04 al 01/05/05 en el Instituto de Tisiología Prof. Dr. R. Vaccarezza.

*Mat. y Mét.:* Se analizaron las H. Clínicas de 670 pac. niños y adultos que iniciaron QP. Variables: sexo, edad, procedencia, cumplimiento de QP.

*Resultados:* Finalizaron 25.5% su QP, abandonaron 78.5%. Mujeres 53.6% y hombres 46.4%. Procedían de CF 37.3% y de Prov. Bs As 62.7%. Dentro de los abandonos 25.8% eran menores de 15 años y 74.6% mayores de 15. 63% de los abandonos eran QP primarias y 47% secundarias. Abandonaron el 1° mes 37.8%, el 2° mes 22.2%, el 3° mes 12.5%, el 4° mes 10.8% y el 5° mes 16.7%. *Conclusión:* Se halló diferencia significativa en la procedencia. La mayoría abandona en los 2 primeros meses. Siendo importante destacar el 47% de abandonos de QP secundaria, pacientes con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Es importante lograr adherencia a este tratamiento y establecer un control similar a los tratamientos antituberculosos. Se debería considerar la posibilidad que esta terapia sea pasible de DOTS al menos durante los 3 primeros meses. Es importante lograr una red de referencia y contrareferencia que permita la derivación de estos pacientes a lugares cercanos a su domicilio para el mejor cumplimiento del tratamiento.

### **TUBERCULOSIS ASOCIADA A INMIGRACIÓN EN TALLERES DE COSTURA DE BUENOS AIRES**

NATIELLO, M; CAPONE, L; HUERGO, N; AMBROGGI, M; POGGI, S; RITACCO, V; TORANZO, A; CASADO, G;  
MOSCA, C; ABBATE, E  
Instituto Vaccarezza - Buenos Aires / Argentina

*Introducción:* Desde fines del siglo XIX, miles de inmigrantes de Europa y Asia llegaron a las grandes urbes del Nuevo Mundo. Muchos se albergaban en habitaciones insalubres que funcionaban también como talleres. Si bien los sitios de origen y destino variaron a través del tiempo, el fenómeno continuó vigente. Aún hoy Buenos Aires es sede de varios talleres de costura que albergan principalmente inmigrantes de otros países sudamericanos. *Objetivo:* Investigar vínculos epidemiológicos entre pacientes tuberculosos que viven y/o trabajan en talleres de costura de la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores. *Metodología:* Estudio retrospectivo de pacientes ambulatorios atendidos en nuestro servicio entre julio de 2002 y diciembre de 2003 con diagnóstico bacteriológico de tuberculosis y domicilio y/o trabajo en talleres de costura de Buenos Aires. Se registró edad, sexo, nacionalidad, documentación, domicilio, lugar de trabajo, foco conocido y tuberculosis



previa. El aislamiento, la identificación y las pruebas de sensibilidad a drogas de Mycobacterium tuberculosis se realizaron según métodos convencionales y el fingerprinting se realizó mediante RFLP IS6110.

**Resultados:** De los 45 casos del periodo, 30 estuvieron disponibles para el análisis. La edad fue  $29 \pm 10$  años, el 83% era de sexo masculino, el 80% procedía de Bolivia y el 43% carecía de documento nacional. El 70% vivía y trabajaba en el área oeste de la Ciudad de Buenos Aires. Siete pacientes refería exposición a casos de tuberculosis, 3 de ellos en el taller. El 6,6% refería episodio previo de tuberculosis. De los 30 aislamientos, 25 eran pansensibles, 2 eran resistentes a isoniacida y 3 a estreptomycin. El RFLP reveló 3 clusters (4, 2 y 2 casos) sin relación epidemiológica conocida. El 53% de los aislamientos (incluso los 8 en cluster) presentaban el genotipo Harleem de

M. tuberculosis, de distribución global y particularmente frecuente en la Región Andina. **Conclusión:** Estos resultados no muestran evidencia de transmisión reciente de tuberculosis en los talleres de Buenos Aires. Se puede especular, en cambio, que las pobres condiciones de vida y trabajo contribuyeron a la reactivación de una infección adquirida en el lugar de origen.

### **LA PRESENCIA DE CICATRIZ POR BCG ESTA ASOCIADA CON FORMAS MENOS SEVERAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR**

MAHUAD, CV; BOZZA, VV; FARRONI, MA; BOGUE, C; BOTTASSO, OA; BAY, ML

Instituto de Inmunología, Fac. Cs. Médicas, UNR.

Servicio de Neumonología Hospital Carrasco - Rosario / Argentina

La Tuberculosis (TB) es una antigua patología que, a pesar del desarrollo de drogas efectivas para su tratamiento y de una vacuna (BCG) para su prevención, aún hoy es la enfermedad infecciosa bacteriana con mayor mortalidad. Al menos 8 millones de personas mueren cada año por TB. En estudios previos demostramos in vitro que la respuesta inmune celular específica se encuentra deteriorada en estos pacientes y más aún en aquellos con TB pulmonar severa, los que además presentan mayor producción de una citocina inhibidora de la respuesta inflamatoria e inmune como el factor de crecimiento transformante $\beta$ . Dado que en nuestro medio la BCG es obligatoria, pero no todos los os se encuentran vacunados, nos propusimos conocer si la existencia de una cicatriz de BCG guardaba relación con la presencia de TB pulmonar. Los pacientes se reclutaron por muestreo consecutivo durante dos años en el Servicio, todos ellos tenían bacteriológico de TB pulmonar (n=30), [Leve (n=8), Moderada (n=11), Severa (n=11)]. Los Controles sanos (n=20), correspondieron a voluntarios hombres del Banco de Sangre, similares en edad (promedio $\pm$  DS:  $45.1 \pm 16.3$  años). No Vacunados: TB 14/30, Control 1/20; Vacunados: TB 16/30, Control 19/ 20; OR= 16.63, p< 0.005. Como puede observarse la chance de tener TB es 16,6 veces mayor en los no vacunados con respecto a los vacunados. Si se analiza por severidad en relación al grupo Control, Leve: (vacunado/n) (7/8), OR= 2.7, p>0.05; Moderado (7/11), OR= 10.9, p< 0.05; Severo: (2/11), OR= 85.5, p< 0.0001. **Conclusión:** Si bien son controvertidos los niveles de protección atribuidos a la BCG en el o, en nuestra muestra se evidencia mayor chance de presentar TB severa en los no vacunados respecto de los que recibieron BCG.

### **TUBERCULOSIS PLEUROPULMONAR Y EL ROL DEL CIRUJANO DE TÓRAX**

QUERCIA ARIAS, OE; URIBE ECHEVARRIA, A; BUSTAMANTE, N; MEDEOT, N; ROTTINO, S; CASTRO, R; CANALIS, G; BOCHINFUSO, M; CARDINALI, L; MALDONADO, D; SPONTON, E

Hospital Córdoba - Córdoba / Argentina

La tuberculosis pleuropulmonar sigue siendo una enfermedad vigente, siempre debemos pensar en ella. Muchas veces requerimos de la ayuda del cirujano de tórax para el diagnóstico y para el tratamiento. El objetivo del presente es mostrar la experiencia del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital Córdoba. Se realizó un estudio retrospectivo entre los años 2002 al 2005, sobre 43 casos, con una edad promedio de 50 años, 11 mujeres y 32 hombres. El motivo de consulta fue: tos con expectoración crónica (15 casos), hemoptisis (11), fiebre persistente (10), disnea (10), dolor torácico (8), pérdida de peso inexplicable (2), hallazgos radiológicos (5). La Rx de tórax mostró presencia de infiltrados bipulmonares con caverna: 11, ocupación pleural: 8, pulmones destruidos: 3, infiltrados bipulmonares sin cavernas: 7, infiltrados unipulmonares: 3, cardiomegalia: 2, nódulos pulmonares solitarios: 3, múltiples nódulos: 1, tumor basal: 1, caverna única: 2, neumotórax : 1. La baciloscopia fue positiva en 21 casos y la AP fue compatible en 6. Los antecedentes: 8 desnutridos, 2 cto c/bacilíferos, 9 TBC previa, 2HIV positivo, diabetes y neoplasias en 5. Los procedimientos quirúrgicos realizados: 6 biopsias pleurales. 3 biopsias a cielo abierto, 11 decorticaciones, 3 nodulectomias, 2 pericardiectomias, 4 lobectomias, 5 neumonectomias, 1 drenaje abierto, 1 sellado de fistula, 1 bilobectomía. No hubo complicaciones postquirúrgicas.

**Conclusión:** Actualmente, la cirugía de tórax juega un importante rol en el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pleuropulmonares, como lo demuestra este trabajo. Es especialmente requerido para solucionar complicaciones de lesiones secuelas de tuberculosis, tales como: hemoptisis masivas, aspergilosis intracavitarias, bronquiectasias complicadas, empiemas, etc.

### **TUBERCULOSIS PANCREÁTICA**

FIANUCHI, VALERIA; GONZALEZ, ALEJANDRA; BAUDAGNA, GRACIELA; PEREZ VALEGA, LISANDRO;

MONTEVERDE, ALFREDO; ZAPATA, ALEJANDRA

HOSPITAL Posadas - Capital Federal / Argentina

**Introducción:** La tuberculosis (TBC) es una enfermedad común en nuestro país, siendo más frecuentes las formas pulmonares. La TBC extrapulmonar raramente afecta el páncreas. **Historia clínica:** Paciente masculino de 60 años; que comienza hace un año con fiebre, tos con expectoración y pérdida de peso; se realizó Rx y TAC de tórax: masa pulmonar perihiliar derecha. Se efectuó punción en dos oportunidades y fibrobroncoscopia sin diagnóstico etiológico. Serología para VIH-. El paciente mejora espontáneamente. Posteriormente consulta en nuestro hospital por cuadro de dos meses de evolución con dolor abdominal, fiebre intermitente y disminución de peso. Laboratorio:normal. Se realiza TAC abdomen-pelvis: aumento de la cabeza del páncreas y adenopatías en hilio hepático; broncoscopia con lavado bronquial, punción transcarinal, biopsia mucosa bronquial: negativo para células neoplásicas y se observan granulomas. Se efectúa punción y biopsia de páncreas: granulomas. Nueva serología para VIH-. Se recibe a los 30 días cultivo +de lavado bronquial para TBC y comienza tratamiento antifímico. Evoluciona en forma favorable, con desaparición de los síntomas y reducción de la masa pancreática y pulmonar. A los 7 meses de tratamiento antifímico desarrolla una leucemia mieloblástica aguda. **Discusión:** La TBC extrapulmonar raramente afecta el páncreas y más aún en individuos inmunocompetentes. El compromiso pancreático dentro de la TBC generalizada es menor al 5%, y la TBC pancreática aislada es aún menos común. La TBC pancreática se presenta con amplio espectro de síntomas: dolor abdominal, ictericia, síntomas constitucionales, absceso pancreático, sangrado gastrointestinal, pancreatitis, trombosis esplénica y masas que impresionan como tumorales. El diagnóstico de TBC pancreática es generalmente realizado por laparotomía pero la punción aspiración para citología y biopsia tiene alto rendimiento evitando procedimiento mayores. **Conclusión:** La TBC debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de masa pancreática. Los indicadores de que la masa pancreática puede ser causada por TBC son:epidemiológicos, clínicos, radiológicos. La PAAF puede confirmar el diagnóstico evitando procedimientos mayores. En nuestro caso el compromiso pancreático se asoció a compromiso pulmonar.

#### **AQUELLA ANTIGUA ENFERMEDAD LLAMADA TUBERCULOSIS**

QUERCIA ARIAS, OLGA ESTELA; URIBE ECHEVARRIA, A; BUSTAMANTE, N; MEDEOT, N; CANALIS, G; CASTRO, R; BOCHINFUSO, M; CARDINALI, L; SPONTON, E  
Hospital Córdoba - Córdoba / Argentina

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de mayor prevalencia en el mundo y que sigue causando mortalidad. Se conoce mucho de ella, sin embargo solemos olvidar su existencia y su presencia. Presentamos 3 casos que llegan derivados a nuestro servicio de cirugía, 2 mujeres y 1 hombre, entre 25 a 30 años de edad, con antecedentes de tos y expectoración crónica, hemoptoica, astenia, anorexia, pérdida de peso de 2 a 7 meses y hasta 3 años de evolución, con reiteradas consultas médicas, sin llegarse al diagnóstico. Llegan a nuestra consulta con lesiones múltiples cavitarias, bilaterales y con compromiso pleural. Nuestro diagnóstico de tuberculosis no fue complicado, solo realizamos baciloscopia de esputo e indicamos el tratamiento con tuberculostáticos. **Conclusión:** Nuestra preocupación radica en la tardanza en el diagnóstico, en el tiempo de evolución, en las lesiones estructurales pleuropulmonares, en la diseminación de la enfermedad, en los costos directos e indirectos para el paciente, para la familia, para la sociedad, para la medicina, en el pronóstico. Debemos insistir para que no se olviden de la tuberculosis, que a pesar de los esfuerzos de los programas de lucha, existe y sigue causando morbimortalidad, asociada a situaciones culturales, económicas, inmunológicas, etc.

## **OXIGENOTERAPIA**

### COMUNICACIÓN ORAL

#### **CO6 Aula Cacheuta / lunes 10 / 14 a 16.15**

#### **INCREMENTO NOCTURNO DEL FLUJO DE OXÍGENO DURANTE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA (OCD): ¿UNA DECISIÓN CORRECTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?**

SAMOLSKI, DANIEL; GUELL, ROSA; TARREGA, JULIA; ANTON, ANTONIO; FARRERO, EVA; PRATS, ENRIQUE; MARTI, SERGI; MUÑOZ, XAVIER  
Hospital Santa Creu i Sant Pau - Barcelona / España

**Introducción:** Según guías de práctica clínica del tratamiento de la EPOC, durante el sueño debe incrementarse el flujo de oxígeno 1 L/min. para evitar una inadecuada corrección de la desaturación nocturna. En un estudio previo, nuestro grupo demostró que 59% de estos pacientes desarrollaban acidosis respiratoria nocturna utilizando el flujo de oxígeno titulado en vigilia (1). El incremento del flujo de oxígeno durante el sueño podría empeorar aún más este trastorno. **Objetivo:** valorar los efectos sobre los gases arteriales del incremento nocturno del flujo de oxígeno en 1 L/min. durante el sueño. **Metodología:** Fueron evaluados 49 pacientes con criterios clínicos y espirométricos de EPOC (FEV1 22.4 +/- 6.2 %) en fase estable de

insuficiencia respiratoria hipercápnica (pH 7.37 +/-0.03, PaO2 51.8 +/- 6.3 mmHg, PaCO2 57.2 +/- 6.2 mmHg) y bajo tratamiento con OCD. Se realizó titulación del flujo de oxígeno en reposo y vigilia hasta obtener SaO2 > 90%, efectuándose luego pulsioximetría nocturna y gasometría al despertar (7 AM). La noche siguiente se efectuó idéntico procedimiento incrementando en 1 L/min. el flujo de oxígeno. Resultados: el incremento de 1 L/min. en el flujo de oxígeno nocturno generó, respecto a la noche con caudal de oxígeno titulado, un incremento de la SaO2 media (94.3 +/- 1.5% vs. 92.3 +/-2.1% - p < 0.001), una reducción del CT90 (3.9 +/- 5.5% vs.

12.4 +/- 18.2% - p = 0.006), un incremento de la PaO2 al despertar (92.4 +/- 16 mmHg vs. 78.9 +/- 12.2 mmHg . p < 0.001), un incremento de la PaCO2 al despertar (62.9 +/- 10.6 mmHg vs. 59.9 +/- 8.3 mmHg . p = 0.05) y una reducción del pH al despertar (7.33 +/- 0.03 vs- 7.32 +/- 0.03 . p = 0.004). **Conclusión:** El incremento en el flujo de O2 durante el sueño consigue una mejor oxigenación a expensas de un mayor grado de hipercapnia nocturna y acidosis respiratoria al despertar. Estos resultados sugieren la necesidad de evaluar correctamente la respuesta al incremento nocturno del oxígeno en pacientes EPOC con insuficiencia respiratoria hipercápnica.

1. Tárrega J et al. Respir Care 2002; 47:882-6.

## **OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA (OCD) -EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL EN LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN. SECCIÓN NEUMONOLOGÍA HOSPITAL CASTRO RENDÓN PROVINCIA DE NEUQUÉN**

CIRUZZI, DOMINGO JULIAN; PEREZ SERAFINI, C; TOIA, C; SCHIRO, D; HOMAN, S  
Hospital Castro Rendon - Neuquen / Argentina

**Introducción y antecedentes:** En el año 2000 fue creado en Neuquén el Programa provincial de OCD, centralizando en nuestro Servicio las prescripciones de oxigenoterapia. Se evalúan las causas de alta de los pacientes incorporados al programa, y el tipo de fuente indicada. **Material y métodos:** Se incorporaron al programa durante el periodo 1 de marzo de 2000 a 31 de marzo 2005. Los pacientes mayores de 18 años derivados a nuestro Servicio para indicación de OCD sin cobertura social al momento de la indicación. Las prescripciones fueron realizadas de acuerdo a las Guías Argentinas de OCD del año 1998, en cada control se realizó, saturometría, astrup, espirometría y titulación de los requerimientos de OCD. **Resultados:** El total de pacientes evaluados que requirieron indicación de OCD durante este periodo fue de 112 se excluyó para el análisis al grupo de cuidados paliativos 25 (22%) y cardiopatías congénitas 3 (3%) por no cumplir las normativas. La población evaluada es de 83 casos La distribución por sexo M 46 (55%) F 37 (45%). El rango de edad fue de 31 - 90 años, la media fue de 65 años, de estos pacientes residen en el interior de la provincia 34 (41%). Los diagnósticos fueron: EPOC 62 (74%), Hipertensión pulmonar 5 (6%), Fibrosis pulmonar 9 (11%), Neuromusculares 3 (4%), Seculares respiratorios 4 (5%). Los sistemas indicados: oxígeno líquido 62 (75%), Concentrador 20 (24%), solo recibió Tubo 1 paciente. Durante el periodo mencionado se dieron de alta del sistema 29 (34%) pacientes, 1 (1%) por buena evolución, 2 (2%) por abandono , 1 (1%) por traslado al sistema de OS, 2 ( 2%) cam-bio domicilio, 1 (1%) por cambio de sistema, 22 (26%) por fallecimiento. **Conclusión:** 1- al mes de marzo de 2005 los pacientes activos son 54 (65%) en el programa. 2- la edad promedio es de 65 años, predominando el sexo masculino. 3- el diagnostico mas frecuente es EPOC. 4- la fuente mas indicada fue el oxígeno líquido. 5- la causa mas frecuente de alta del sistema es el fallecimiento.

