

36° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Comunicaciones Orales

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Cirugía torácica

24147. CÁNCER DE PULMÓN COMO SEGUNDO TUMOR PRIMITIVO: AUMENTO EN PREVALENCIA Y SU INFLUENCIA EN LA SOBREVIDA.

Quadrelli S, Lyons G, Jordán P, Chimondeguy D, Silva C

Centro de Oncología Torácica – Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivo: Determinar la prevalencia de cáncer de pulmón no pequeñas células (NSCLC) como segundo tumor primitivo de pulmón (STPP) y determinar la influencia pronóstica de un tumor previo en NSCLC operados.

Materiales y métodos: Se incluyeron 414 pacientes con NSCLC que fueron sometidos a resección quirúrgica con intento curativo entre enero de 1986 y enero de 2007. El criterio para clasificar una lesión como STPP fue la presencia de una lesión con diferente histología, o idéntico tipo histológico que se presente después de 3 años del primer tumor ó separado del tumor primario por más de 2 cm de epitelio normal.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes (8.4%) tenían una historia de tumor previo. Los STPP fueron más frecuentes durante la última década (11.4 vs 3.9, $p=0.0009$). Los tumores de mama, uroepiteliales y pulmonares fueron los más prevalentes dentro de los primeros tumores. En el 64.7% de los pacientes el tiempo de intervalo entre el primer tumor y el actual fue de 2 años o menos. Pacientes con NSCLC y tumor previo no tuvieron una sobrevida diferente de la del grupo de pacientes con SCLC como primer tumor (5-años de sobrevida: 65.3% vs 58.6%, log-rank $p = 0.416$). Si el análisis se restringe solamente a los pacientes con estadio I la sobrevida sigue siendo similar en ambos grupos (5-años de sobrevida: 71.1 vs 73.3%, log rank test $p = 0.803$).

Conclusión: La eficacia de la resección quirúrgica y la posterior sobrevida de los pacientes con STPP no son diferentes de los pacientes con NSCLC de pulmón como primera neoplasia; la mortalidad operatoria y las complicaciones no son mayores en comparación con los otros pacientes con cáncer de pulmón.

24180. EL IMPACTO DEL TRASPLANTE PULMONAR EN LA SITUACION LABORAL

Martínez L, Moscoloni S, Ossés JM, Bertolotti A, Favaloro R

Fundación Favaloro

Introducción: el trasplante pulmonar constituye una experiencia de carácter disruptivo que impacta en el área psicosocial

del paciente y genera dificultades en la reinserción familiar y laboral. El trasplante permite eliminar la barrera física para el desempeño de múltiples actividades laborales, pero en contextos sociales con altas tasas de desempleo opera como una variable de exclusión frente a la selección laboral.

La dependencia del paciente hacia su cobertura de salud lo condiciona a reinsertarse en el mercado laboral a través de trabajos informales que le aseguren continuar con el seguimiento clínico en su centro de trasplante.

Objetivos: analizar los cambios en la condición laboral post-trasplante y evaluar si el impacto del trasplante condiciona los vínculos laborales.

Materiales y métodos: desde el 06/94 al 10/06 se realizaron 123 trasplantes pulmonares. Fueron incluidos en este estudio 79 pacientes mayores de 18 años y con sobrevida mayor de 6 meses.

Resultados: total 79 pacientes, 48 varones con una edad promedio de 38 años. En el pre- trasplante el 3,8% de los pacientes trabajan, este porcentaje aumenta al 56% en el post- trasplante. En relación al tipo de trabajo en el pre- trasplante el 100% son trabajos formales, reduciéndose esa cifra al 18% en el post-trasplante

Pre-Trasplante	Post-Trasplante
51(64%) jubilados	30/51(38%)trabajo informal y 21/51(26,5%) desocupados
15(19%)desocupados	11/15(14%) trabajan (6 informal/5 formal) y4/15 (4%) desocupados
3(3,8%)trabaja	3(3,8%)trabaja
3(3,8%)estudian	3(3,8%)estudian
7(8,8%)ama de casa	7(8,8%) ama de casa

Conclusión: Si bien aumento el número de pacientes que se incorporaron al mercado laboral, la mayoría lo hizo en condiciones informales. El desconocimiento por parte de los empleadores, la escasa oferta laboral y el temor de los pacientes de perder su cobertura médica operan como variables importantes en la reinserción laboral del paciente. La tarea de educación e información a nivel comunitario es imprescindible para mejorar esta situación.

24246. TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMÓN EN UN HOSPITAL GENERAL

Svetliza G, Vassallo B, De la Canal A, Smith D, Beveraggi E, Yacoia A, Rodriguez Jiménez J, Barcan L, Valledor A, Dalurzo L

Introducción: El trasplante (TX) unilateral de pulmón es una alternativa terapéutica para los pacientes con patologías respiratorias graves sin respuesta a la terapéutica habitual. Las complicaciones más frecuentes son las infecciones y rechazo

Objetivo: evaluar los resultados y complicaciones de los TX unilaterales de pulmón en un hospital general.

Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo de 35 TX unilaterales de pulmón en el Hospital Italiano de Buenos Aires desde octubre de 1992 a marzo del 2008.

Resultados: se efectuaron 35 TX unilaterales en 33 pacientes. Dos pacientes fueron retransplantados. Patologías previas: EPOC: 12, Fibrosis pulmonar: 14, déficit de alfa 1 antitripsina: 4, hipertensión pulmonar: 1, fistulas arteriovenosas: 1, infangio-leiomatosis: 1. Predominó el sexo masculino: 66%. Edad promedio: 45 años (25-60 años) Tiempo en lista de espera: 18 meses para los EPOC y 11 meses en los fibróticos. La espirometría preoperatoria promedio CVF de 1.905 ml (43%) y VEF1 de 639ml (23%). DLCO 25%. Desaturación en el test de la caminata: 100%, Metros caminados 85. Pacientes oxígeno dependientes, uno con apoyo ventilatorio mecánico intermitente y traqueostomía. La mortalidad postoperatoria global: 45%, EPOC 31% y fibrosis 57%. Presentaron 91 complicaciones: respiratorias 74%, renales 7%, cardiovasculares 5%, digestivas 4%, cutáneas 3%. Infecciones respiratorias 58%, bacterianas 84%, 10% virales, tres pacientes con Aspergillus y 1 con TBC. Las bacterianas ocurrieron en los primeros meses del TX. Gérmenes más frecuentes: Pseudomona, Acinetobacter, SMR. El citomegalovirus fue el virus más frecuente. Otros virus: Adenovirus, Herpesvirus. Rechazo agudo dentro de los primeros 5 meses de TX fue de 17%. En 11% bronquiolitis obliterante a partir de los 18 meses. Estenosis de bronquio en el 9%, colocación de stent endobronquial. La sobrevida global al año de 42%; en los pacientes EPOC de 53% y los fibróticos: 40%.

Conclusión: el TX unilateral pulmón es una alternativa para el estadio avanzado de las enfermedades pulmonares, siendo mejor la sobrevida en los pacientes EPOC que en la fibrosis pulmonar y dentro de este grupo mejor sobrevida en la neumonosis que en UIP. La insuficiencia renal fue un elemento de mal pronóstico.

24260. UTILIDAD DE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN LOS TUMORES PULMONARES

Desiderio A, Vozzi M, Rugna D, Berduc A, García A

Antecedentes: los tumores pulmonares primarios o metastásicos representan la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. El gold standard en el tratamiento es sin duda la resección quirúrgica de los tumores, pero un gran porcentaje de los pacientes no son pasibles de cirugía por comorbilidades o por enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. La ablación por radiofrecuencia (ARF) es una nueva tecnología contra el cáncer con resultados prometedores.

Objetivo: el objetivo del presente trabajo es demostrar que la ablación por radiofrecuencia de tumores pulmonares (primarios o metastásicos) es un método seguro y factible.

Método: retrospectivo observacional.

Material: desde marzo del 2000 hasta marzo del 2008 realizamos la ablación por radiofrecuencia (ARF) en 63 pacientes con tumores pulmonares: 27 primarios y 36 metastásicos. En los casos de intolerancia quirúrgica la ARF se realizó en forma percutánea guiada por tomografía. El tamaño tumoral promedio fue de 3,8 cm y el tiempo medio de ablación fue de 30 minutos. El seguimiento mínimo y máximo fue de 30 días y 8 años respectivamente.

Conclusión: la ablación de tumores por radiofrecuencia es una tecnología relativamente nueva, que demuestra resultados muy positivos contra el cáncer, siendo una herramienta complementaria a otras terapias, en especial para los pacientes no quirúrgicos. En los estadios quirúrgicos, la ARF debe ser tomada por el cirujano como una nueva herramienta intraoperatoria. Es accesible, sencilla, segura y repetible.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Laboratorio Pulmonar

24384. TEST DE BRONCOPROVOCACIÓN POR EJERCICIO: REVERSIBILIDAD POST BRONCODILATACIÓN

Figuerola JM, Velasco Suárez C, Bonilla ME

Las guías internacionales definen un test de provocación por ejercicio como (+) de acuerdo a la caída del VEF1. Solo recomiendan la aplicación del beta2 luego de una prueba (+) (caída del VEF1 mayor o igual al 12%). Recientes estudios han encontrado relación entre la reversibilidad (+) para el broncodilatador, luego de una prueba de ejercicio y test de provocación con metacolina. En nuestra experiencia, pacientes con test negativos presentaban respuestas (+) al broncodilatador (aumento mayor o igual al 12% para el VEF1 y 30% para el FEF), comparándolos con la máxima caída o con el basal.

Objetivos: 1) Describir la respuesta del VEF1, FEF y la reversibilidad post beta2 en pacientes con sospecha clínica de asma durante la prueba de provocación con ejercicio. 2) Estimar el porcentaje de pacientes que presentaron respuesta (+) luego del beta2 y test de ejercicio (-). 3) Comparar las espirometrías basales de los pacientes que tuvieron test de ejercicio (-) y respuesta post-B2 positiva de aquellos que no la tuvieron.

Materiales y métodos: se analizaron 100 test de provocación por ejercicio. 54 fueron realizados con carrera libre y 56 en cinta. Se utilizó la estandarización ATS/ERS para cada tipo de prueba. Los resultados de cada modalidad fueron analizados por separado.

Resultados: 54 pacientes realizaron carrera libre, 26 (48%) tuvieron un test de ejercicio (+). 28 pruebas fueron (-), 10 de estas tuvieron respuesta (+) post beta2 y 18 no. El VEF1 basal promedio del grupo con test (-) y respuesta (+), fue de 83%. Y el VEF1 promedio del grupo con test negativo y respuesta (-), fue del 96%. 56 pacientes realizaron la prueba en cinta, 21 (37.5%) tuvieron un test (+). 35 (62.5%) tuvieron un test (-) y de estos el 60% (21 pacientes) tuvieron respuesta (+) post-beta2. El VEF1 basal promedio en los test (-) con respuesta (+) al beta2 fue de 95% y de 98% en los otros.

Discusión y conclusión: Muchos de pacientes tienen test de ejercicio (-) y luego responden al beta2. Las espirometrías basales de estos tienen un VEF1 menor. Esto podría indicar que se encuentran ya obstruidos y más cerca de su mayor caída en el VEF1. Esta situación queda en evidencia por la acción del broncodilatador. Son necesarios estudios más amplios para determinar el impacto de la respuesta (+) al beta2 en la sensibilidad y especificidad del test.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Diagnóstico por imágenes

24332. PET-TC EN PATOLOGÍA TORÁCICA

Rossi S, Soroa V, Volpacchio M, Godino E, Franco V, Montes F

Introducción: la Tomografía por emisión de positrones con fusión con tomografía multicorte (PET-CT) es un método de

imágenes no invasivo que permite la evaluación anatómo-fisiológica de procesos pulmonares. El uso cada vez más frecuente del PET-TC asociado a su mayor disponibilidad hacen de este método diagnóstico una gran ayuda en la evaluación de la patología torácica.

Objetivo: demostrar el uso del PET-CT en el diagnóstico, estadificación, re-estadificación y evaluación de respuesta al tratamiento en la patología torácica.

Materiales y métodos: se analizaron estudios de PET-TC de pacientes con patología torácica maligna conocida o sospechada durante el presente año. Se procesaron los datos en estación de trabajo y se analizaron los resultados.

Resultados: PET-TC es de utilidad en el diagnóstico de tumor primario (nódulo pulmonar solitario o proceso neoplásico), afectación ganglionar, afectación pleural, pero fundamentalmente, para diagnosticar la extensión extra torácica y evaluar respuesta al tratamiento. En el presente ensayo se observó también la baja captación de FDG en aquellos tumores con baja actividad metabólica (BAC, carcinoma).

Conclusión: dada la mayor disponibilidad del PET-TC, sumado a su alta sensibilidad y especificidad en el campo de la oncología, esta nueva modalidad diagnóstica adquiere gran utilidad en la evaluación de patología tumoral pulmonar. Actualmente se ha incorporado en el algoritmo de estudios de diagnóstico por imágenes en la estadificación y seguimiento del carcinoma broncogénico.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Infecciones pulmonares

24237. PATRÓN DE COLONIZACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM) Y LA INFLUENCIA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVIO

Otaola M, Baillieau N, Sarquis S, Sosa A, Guzman G, Muñoz J, Famiglietti A, Vay C, Luna CM

Antecedentes: la intubación endotraqueal es un factor de riesgo para la colonización de la vía aérea y actúa como factor de riesgo para neumonía asociada a respirador (NAR). La hospitalización prolongada y el uso previo de antibióticos (ATB) son reconocidos promotores de la colonización por gérmenes resistentes.

Objetivo: describir el patrón de colonización bacteriana en paciente en ARM \leq 5 días de internación y evaluar el impacto del uso de ATBs previos en su prevalencia y el perfil de resistencia de los colonizantes.

Materiales y métodos: análisis secundario de una base de datos de pacientes internados en la unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital de Clínicas, sometidos a ARM evaluados en forma sistemática con aspirado traqueal (AT) respecto a colonización de la vía aérea y desarrollo de neumonía, durante un período de 2 años. Se analizaron 85 pacientes (de 284 evaluados) que tenía un AT \leq 4 días de ingreso a UTI (media 2,4) y \leq 5 días de admisión hospitalaria (media 2,8). Se compararon los subgrupos con y sin ATB en los 15 días previos a la inclusión (separando ATB de la comunidad u hospitalarios). Se definió colonización a la presencia de un germen en recuento \geq 10(6) UFC.

Resultados: 58 pacientes (68%) presentaban colonización en el AT basal. Los colonizantes más prevalente fueron *Acinetobacter* (49%), *Pseudomonas* (21%) y SAMR (16%). En el análisis comparativo del grupo con y sin ATB previos el patrón de gérmenes colonizantes fue similar (con una mayor prevalencia, no significativa, de SAMR en el grupo sin ATB). Comparando el patrón de resistencia de *Acinetobacter* y *Pseudomonas* aislados entre los grupo sin ATB o con ATB de la comunidad contra el grupo con ATB hospitalario encontramos mayor prevalencia (no significativa) de gérmenes resistentes en éste último.

Conclusión: El patrón de colonización temprana en pacientes en ARM no difirió significativamente entre los grupos con y sin ATBs previos. La falta de diferencia en la prevalencia de gérmenes resistentes entre el grupo con ATBs hospitalarios previos vs el resto podría deberse al pequeño tamaño muestral. Dicha colonización no afirma la presencia ni la etiología de NAR, pero puede ser indicativa de la ecología del centro.

24268. NEUMONÍA AGUDA GRAVE DE LA COMUNIDAD (NACG) EN MENORES DE 65 AÑOS SIN COMORBILIDADES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO

Fernández Acquier M, Labato M, Monteverde A, Serrano R, Moyano V, Videla A, Marzoratti L, Luna CM

Objetivo: analizar las características epidemiológicas, clínicas y de estudios complementarios que presentan los pacientes jóvenes y sanos con NACG.

Materiales y métodos: evaluación retrospectiva de las historias clínicas de mayores de 16 y menores de 65 años, sin comorbilidades, internados por NACG en instituciones del país entre 1/1998 y 6/2008, que cumplieran con los criterios de gravedad definidos por las guías IDSA/ATS 2007. Resultados: Se identificaron 40 pacientes (M/F = 0,49), edad $37,8 \pm 14,1$ (16 – 61 años). 45% requirieron ventilación mecánica y 57,5% soporte hemodinámico con inotrópicos. La PaO₂/FiO₂ promedio fue de $203,6 \pm 91,4$ (50 – 366,7) y los valores de laboratorio anormales más frecuentes incluyeron hiponatremia, hipoalbuminemia y urea y creatinina elevadas. El tratamiento antibiótico empírico utilizado más frecuentemente fue ceftriaxona ó un β – lactámico con inhibidor de β – lactamasas asociados a un macrólido en el 72,5% de los casos – concordante con las guías en vigencia. La etiología fue identificada en 50% de los casos. Los patógenos fueron *S. pneumoniae* 35%, *Leptospira* en 15%, *Hantavirus* y *M. pneumoniae* 10% y *L. pneumophila*, *P. Jirovecii*, *H. capsulatum*, *K. pneumoniae*, *Haemophilus BL neg.* y SAMS en 5%. Sólo no se observaron complicaciones en el 22.5% de los pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron: shock, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal aguda (IRA) y derrame pleural.

Las comorbilidades identificadas en 5 pacientes (12.5%) fueron DBT (2), asma (1), insuficiencia cardíaca (1) e hipotiroidismo (1). La mortalidad fue del 12.5%. La tensión arterial diastólica = 60 mmhg ($p=0.0036$) y la IRA con requerimiento de diálisis ($p=0.0081$) fueron identificados como factores independientes asociados con la mortalidad. Sólo un caso de 5 muertes recibió un tratamiento concordante con las guías, mientras que 28 de los 35 sobrevivientes recibieron ese tratamiento ($p = 0.015$).

Conclusión: el neumococo es el patógeno más importante que requiere consideración en la terapéutica antibiótica inicial en pacientes con NACG jóvenes, sin comorbilidades. Es necesario realizar un estudio prospectivo que permita reconocer marcadores de gravedad y predecir el pronóstico de esta infrecuente y seria complicación de la NAC.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Enfermedades del intersticio pulmonar

24210. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO VERSUS HISTOPATOLÓGICO DE LA NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

¿EXISTE DIFERENCIA EN LA SOBREVIVENCIA?

Quadrelli S, Molinari L, Spina JC, Sobrino E, Chertcoff J, Tabaj G

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI), también conocida como alveolitis fibrosante criptogénica, es la forma más común de neumonía intersticial idiopática (NII). Según los últimos datos de la ATS/ERS la supervivencia media es sólo de 2 a 3 años. El diagnóstico de FPI se realiza mediante la identificación histológica de Neumonía intersticial usual en la biopsia pulmonar quirúrgica, sumado a un cuadro clínico compatible. En ausencia de una biopsia quirúrgica de pulmón, un diagnóstico de la FPI se puede hacer con un alto grado de confianza en pacientes con cambios característicos de NIU en la tomografía de tórax de alta resolución (TACAR),

Estudios recientes han demostrado que la cuantificación de determinadas características histopatológicas encontradas en NIU son útiles en la definición de pronóstico, lo que sugeriría la necesidad de biopsia en todos los pacientes.

Objetivos: este estudio examina si la mortalidad asociada a NIU es diferente en los pacientes diagnosticados por TACAR con hallazgos definitivos de NIU versus los pacientes sin diagnóstico radiológico definitivo que requieren confirmación histológica.

Materiales y métodos: fueron incluidos cuarenta y cinco pacientes (30 varones, edad media $65,3 \pm 10,7$ años), de manera retrospectiva, entre enero de 2000 y enero de 2008 que concurren al servicio de neumonología del Hospital Británico y del Instituto Lanari. Se identificaron dos grupos: aquellos con hallazgos definitivos de UIP en la HRCT ($n = 26$) y aquellos cuyo diagnóstico radiológico no era definitivo y requirieron biopsia quirúrgica para confirmar la presencia de la UIP ($n = 19$). Se midieron FVC, FEV1 y DLCO en todos los pacientes. La supervivencia fue evaluada utilizando curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y el log-rank test.

Conclusión: la supervivencia media no fue diferente entre los grupos y fue similar a la de informes anteriores (35 meses). El análisis de la curva de Kaplan-Meier no mostró ninguna diferencia en la supervivencia a cinco años entre ambos grupos. Este trabajo demuestra que el método de diagnóstico (hallazgos definitivos de NIU en la TACAR vs confirmación histológica) no influye en la supervivencia

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Kinesiología respiratoria

24243. PRESIONES BUCALES MÁXIMAS: VARIACION EN LA REAGUDIZACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Morena A, et al.

Residencia de Kinesiología – Hospital de Clínicas «José de San Martín».

Antecedentes: los pacientes con EPOC experimentan deterioro de la fuerza muscular y un aumento de la Capacidad Residual Funcional. Los músculos inspiratorios operan a longitudes más cortas que las normales. La medición de las presiones bucales máximas es una evaluación simple, reproducible, válida y no invasiva de la función de los MR.

Objetivos: estimar el porcentaje de cambio entre los valores de presión inspiratoria máxima (PIM) y presión espiratoria máxima (PEM) medidos al ingreso y al alta hospitalarios, y determinar cuáles de las siguientes variables medidas al ingreso son predictoras de evolución durante la internación: sexo, edad, VEF1, grado de disnea, índice de masa corporal (IMC), pCO₂, pO₂, frecuencia cardíaca (FC) y frecuencia respiratoria (FR).

Materiales y métodos: se estudiaron 30 pacientes cuya media de días de hospitalización fue 7,13 días. Las presiones se midieron utilizando un manovacuómetro con los sujetos sentados, desde CPT para la PEM y VR para la PIM. Los datos fueron analizados según la Prueba de Wilcoxon y se usó un análisis de regresión lineal para variables predictoras. El nivel de significación establecido fue de $\alpha = 0,05$.

Resultados: se observó un 14 % de variación positiva de PEM ($p = 0,044$) y un 21,5% de variación positiva de PIM ($p = 0,001$) entre los valores promedio al ingreso y alta hospitalarias. Obtuvimos una media de PEM al ingreso de 85,3 cmH₂O y al alta de 92,6 cmH₂O. Para la PIM la media inicial fue de 44,3 cmH₂O y la del alta de 52,2 cmH₂O. Ninguna de las variables estudiadas resultó predictora de la evolución de los pacientes.

Conclusión: el presente estudio mostró una variación promedio positiva estadísticamente significativa entre los valores al ingreso y al alta tanto de la PEM como de la PIM. No hallamos correlación estadísticamente significativa entre la PEM y la PIM al ingreso y el sexo, edad, VEF1, grado de disnea, IMC, pCO₂, pO₂, FC y FR. Consideramos que se necesitará buscar otras variables que permitan predecir la evolución de estos pacientes.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Peralta Ramos – 8:30 a 10:00 horas

Oncología Pulmonar

24395. LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEL CÁNCER DE PULMÓN Y LA OPTIMIZACIÓN EN LOS TIEMPOS CONSULTA-TRATAMIENTO. IMPACTO EN LA SOBREVIVENCIA

Olguin González J, Bermúdez A, Ferreira L, Uribe Echevarría A, Uribe Echevarría A, Uribe Echevarría E

Instituto de Fisiopatología Torácica – Hospital Italiano de Córdoba

Introducción: el cáncer de pulmón tiene una elevada frecuencia y desafortunadamente se lo diagnostica tardíamente en su historia natural. Su pronóstico está relacionado con los síntomas de presentación y en la optimización de los tiempos desde el comienzo de los síntomas hasta el tratamiento. Existen pocos datos sobre esta problemática en centros de la Argentina. **Objetivos:** conocer las características clínicas epidemiológicas de la población con diagnóstico de cáncer de pulmón, analizar las series de demoras antes del comienzo del tratamiento y la sobrevida.

Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de carcinoma broncopulmonar con confirmación

citohistológica, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2007.

Resultados: se realizaron 186 diagnósticos de cáncer de pulmón, 61 mujeres (33%) y 125 varones (67%), la edad media 66 años. El 19% estaba asintomático en el momento de la consulta y un 53% se presentó con síntomas relacionados al tumor. El tiempo de demora entre comienzo de los síntomas y la consulta al especialista; desde la consulta al diagnóstico y desde el diagnóstico al tratamiento fueron de 51 (1-365) 16 (1-160) y 9 (1-90) días respectivamente. El tipo predominante fue el adenocarcinoma (52%). En el momento del diagnóstico el 33% se presentó con estadio IIIB. Se pudo realizar tratamiento con cirugía en el 50% de los casos. Se hizo el seguimiento del 40% de la población estudiada y la supervivencia media global a los 5 años fue del 70%.

Conclusión: la temprana identificación de los síntomas de cáncer de pulmón, la optimización de los tiempos entre el diagnóstico y el tratamiento, permitieron resultados satisfactorios en la sobrevida.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Juan de Garay Norte – 14:30 a 16:00 horas

Neumonología Clínica y Crítica

24146. IMPLICANCIA DEL TABAQUISMO EN PACIENTES QUE RECIBEN OXIGENO CRÓNICO DOMICILIARIO. PROGRAMA PROVINCIAL DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA PROV. DE MENDOZA (PPOCDM)

Saez Scherbovsky P, Salvioi D, Khoury M, Hilbing EW

Objetivos: identificar la implicancia del tabaquismo en pacientes que reciben oxígeno crónico en el PPOCDM

Materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo. Se tomaron los datos de todos los pacientes ingresados al PPOCDM en un período de 20,5 meses.

Se separaron 3 grupos, los que fumaban al inicio de la oxigenoterapia (PF), ex fumadores (PEF) y los que nunca fumaron (PNF). Variables analizadas: p/y, años de abandono, cant. de días de permanencia global en el programa, cant. de días hasta el óbito del paciente y valores de ingreso de FEV1, FVC, PO2 y PCO2.

Se utilizó software Intercooled Stata 8.0 para análisis de datos (varianza o test de Kruskal Wallis)

Resultados: la población total fue de 125 pacientes. Se desconoce datos de 1 paciente.

Se evaluaron 124 pacientes que cumplieron criterios de oxigenoterapia crónica.

El grupo de PF fue de n=16 (12,8%), PEF n=75 (60%) y PNF n=33 (26,5%).

Promedio de p/y en los PF 61,37 ($\pm 43,84$) y en PEF 51,96 ($\pm 26,79$) (p=0,12)

El grupo PEF presentó un promedio de 5.48 años ($\pm 5,79$) hasta el abandono del tabaco.

El promedio global de permanencia en el PPOCDM fue de 198,46 ($\pm 182,41$) días para PF, 296,03 ($\pm 155,46$) días para PEF y 290,85 ($\pm 192,8$) días para PNF (p=0,24).

La mortalidad fue de 18,75%, 29,41% y 28,38% para PF, PNF y PEF respectivamente. Los días de permanencia hasta el óbito fueron 34 ($\pm 26,8$) en PF, 204,09 ($\pm 155,46$) en PEF y 163 ($\pm 128,59$) en PNF (p= 0,10)

Los valores promedio de VEF1 fueron: 1,16 lts/seg (± 1) para PF, 1 lts/seg ($\pm 0,61$) para PEF y de 0,83 lts/seg ($\pm 0,36$) para PNF (p=0,78). Los valores de FVC fueron: 1,93 lts ($\pm 0,61$), 1,85 lts ($\pm 0,83$) y 1,42 lts ($\pm 0,42$) para PF, PEF y PNF respectivamente (p=0,11)

PO2 promedio al ingreso al programa: 51,26 ($\pm 9,51$) para PF; 48,13 ($\pm 8,49$) para PEF y 50,68 ($\pm 8,05$) para PNF (p=0,33)

PCO2 al ingreso al programa: 51,44 ($\pm 12,32$) para PF; 49,11 ($\pm 12,37$) para PEF y de 43,39 ($\pm 10,74$) para PNF (p=0,35)

Conclusión: no observamos diferencias estadísticamente significativas, entre PF, PEF y PNF, respecto a cantidad de días de permanencia global en el programa y cantidad de días ajustado al óbito del paciente en un período de 20,5 meses. Tampoco encontramos diferencia significativa en las variables FEV1, FVC, PO2 y PCO2 al momento del ingreso al programa.

24165. SELECCIÓN DE CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR Y CARDIOPULMONAR: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DE EXCLUSIÓN

Ossés JM, Ahumada R, Wagner G, Moscoloni S, Márquez MF, Martínez L, Ibañez T, Cáneva J, Bertolotti A, Favalaro R

Introducción: el proceso de selección de los candidatos a trasplante pulmonar (TxP) y Cardiopulmonar (TxCP) debe valorar los beneficios y riesgos de los mismos, a fin de optimizar los resultados, identificando el mejor procedimiento quirúrgico en relación al estado clínico del paciente, como así también las contraindicaciones para su realización.

Objetivo: identificar causas de exclusión para trasplante TxP y TxCP en pacientes con enfermedad respiratoria o cardiorrespiratoria avanzada.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de la evaluación pre trasplante pulmonar en potenciales candidatos, realizados en nuestra institución, durante el período comprendido entre enero de 2000 y agosto de 2007. La evaluación incluyó: Análisis de sangre completos, estudios radiológicos, función pulmonar y cardiaca en reposo y esfuerzo, inmunoserología, screening de infección y neoplasias, evaluación psicosocial y nutricional.

Resultados: Se evaluaron 354 potenciales candidatos, de los cuales 266 (75.1%) fueron para TxP y 88 (24.9%) para TxCP. Las indicaciones para TxP fueron: Enfisema 95 pacientes (35.7%), Fibrosis Pulmonar 89 (33.5%), Bronquiectasias 29 (10.9%), Fibrosis Quística 29 (10.9%), Silicosis 7 (2.6%), otras 17 (6.4%). Se incluyeron para TxCP las siguientes indicaciones: Hipertensión Pulmonar Primaria 45 pacientes (51.1%), Cardiopatía Congénita 23 (26.1%), Enfermedad pulmonar y cardiopatía 3 (3.4%), Hipertensión Pulmonar Secundaria 17 (19.4%).

60 (17%) de los pacientes evaluados no fueron aceptados para trasplante pulmonar por presentar contraindicaciones: 20 (33.3%) pacientes por causas psicosociales, 5 (8.3%) por neoplasias activas, 12 (20%) por posibilidad de mejor con tratamiento médico, 5 (8.3%) infección activa, 7 (11.6%) tabaquismo activo, 11 (18.5%) otras causas.

Conclusión: en nuestra experiencia el porcentaje de pacientes rechazados para trasplante pulmonar durante la evaluación coincide con los datos de la bibliografía internacional. La causa más frecuente de exclusión fue la psicosocial.

24170. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS: APORTE DE LA BRONCOFIBROSCOPIA

Vegetti L, Roselli R, Ballina A, Wustten S, Bergesio A

Introducción: la NAV es la infección nosocomial de mayor frecuencia en las UCI. La incidencia de NAV c/1000 días en nuestra UCI es de 24.2%.

Objetivos: analizar las características clínico epidemiológicas y la contribución de la broncofibroscopia (BFC) en el diagnóstico.

Métodos: estudio retrospectivo desde dic.2006 hasta jul. 2008. Datos registrados: CPIS, como criterio diagnóstico de NAV e indicación de BFC, ds de ARM, tto antibiótico y bacteriología. **Resultados:** se realizaron 87 BFC en 83 pacientes ventilados. Edad media: 36.5 años; 84.4% sexo masculino; apache II: 16.8; mortalidad bruta: 36%; ds ARM promedio:4. Patologías: TEC(33.7%), politraumatismos(21.6%), clínicas(20.4%), pop toraabd(7.2%), arma blanca y fuego(6%), neurológicas(9.6%). CPIS \geq 6: 74.3%; 69.5% sin atb. Se obtuvieron cultivos positivos en 84.3% con rto UFC \geq 104 en 94%: Pseudomona aeruginosa(PSE): 11casos(12.5%): 6 S ciprofloxacina (CP), imipenem(IM) y aminoglucósidos(AG), 3 a ceftazidima y 1 colistin(COL) y tigeciclina(TIG); Acinetobacter baumannii (ACI): 17(19.3): 1 S ampicilina sulbactam(AMS), 2 CP, IM, AG y 13 a COL y TIG; Stafilococcus Aureus(SA): 23(26.1): 74% S cefalotina; Escherichia coli: 3(3.4); Haemophilus influenzae(HI): 16(18.2); Klebsiella pneumoniae: 5(5.7); Polimicrobiano(PM) (2ger:24, $>$ 2:5)(33.3%); Streptococcus pneumoniae(SP): 7(8); Proteus mirabilis: 6(6.8)(S a AMS y CP). El 69% de las NAV ocurrieron antes o en 5to.d. En las NAV \geq 5 días predominaron ACI (12 casos), bacilos gram negativos (BGN) (9) y PSE y SAMS (7c/u), 14 PM y 3 SAMR. En las de $<$ de 5 ds: HI (12 casos), SAMS (9 casos), SP y BGN (5/6), 12 PM. Consideramos tardías a las neumonías desde el 5to.día incluido usando como tratamiento empírico vancomicina más imipenem y, en las precoces, AMS más CP.

Conclusión: a los pacientes con criterios de NAV se indicó BFC lo que permitió diagnóstico etiológico en el 84% de los casos, con igual proporción de NAV precoces y tardías. El análisis germen-día de internación nos permitió indicar el ATB empírico. Los gérmenes encontrados en orden de frecuencia fue stafilococcus aureus, acinetobacter baumannii, haemophilus influenzae en igual medida que gram negativos y por último pseudomona aeruginosa, flora polimicrobiana en un 33% de los casos. El germen de mayor resistencia ATB fue el ACI.

24179. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR DERIVADOS PARA EVALUACIÓN DE TRASPLANTE PULMONAR

Ossés JM, Ahumada R, Wagner G, Ibañez T, Bertolotti A, Favaloro R

Objetivos: analizar las características de los pacientes con diagnóstico de Fibrosis Pulmonar (FP) evaluados para trasplantes pulmonar.

Materiales y métodos: se evaluaron retrospectivamente los pacientes con diagnóstico de FP derivados a nuestra institución para trasplante pulmonar, analizándose parámetros de función pulmonar, intercambio gaseoso, comorbilidades y evolución.

Resultados: se incluyeron 118 paciente evaluados entre Enero de 2000 y Marzo de 2008: 67 hombres (57%), con edad media 49 años, rango de 10 a 69 años.

La Capacidad Vital Forzada (FVC) media al momento de la evaluación fue de 42% del predicho y la Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) 29%.

La presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂) media fue de 42 mmHg, y la presión parcial de oxígeno (PO₂) 56 mm Hg. 4 (3%) pacientes se encontraban en CF II; 60 (51%) en CFIII y 54 (46%) en CF IV. 40 pacientes (34%) tenían hipertensión pulmonar de los cuales 19 tenían deterioro severo de la función sistólica del VD. 25 (21%) pacientes presentaban hipertensión arterial, 22 (19%) cardiopatía isquémica, 17 (14%) depresión, 15 (13%) osteoporosis, 9 (8%) diabetes, 7 (6%) cataratas. 25 pacientes fueron trasplantados (24%), el tiempo de espera desde la evaluación hasta el trasplante fue de 322 días, rango de 3 días a 1006 días. 15 (60%) pacientes fueron trasplantados en forma electiva, 7 (28%) en urgencia y 3 (12%) y en emergencia.

La sobrevida en lista de espera a 12 meses fue de 43.2%, a 24 meses 17.3% y a 36 meses 10.8%.

Conclusión: la mortalidad en lista de espera para pacientes con FP es elevada, debido fundamentalmente a que su derivación se realiza en condiciones de insuficiencia respiratoria avanzada. El proceso de derivación no debería demorarse mientras se prueban diversos esquemas terapéuticos.

24226. PREDICTORES DE SOBREVIVENCIA AL AÑO EN PACIENTES QUE RECIBEN OXIGENOTERAPIA CRÓNICA. PROGRAMA PROVINCIAL DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA DE LA PROVINCIA DE MENDOZA (PPOCDM)

Saez Scherbovsky P, Salvioi D, Kohury M, Scherbovsky F

Introducción: en el marco del PPOCDM, se pretende identificar a aquellos pacientes que tengan mayor riesgo de mortalidad con el fin de instaurar en dicho grupo controles médicos y terapéuticos más estrictos.

Objetivos: describir la probabilidad de muerte en pacientes con oxigenoterapia crónica y analizar la relación de las variables PO₂, PCO₂, VEF₁ y FVC al ingreso al PPOCDM con la probabilidad de sobrevida al año.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo de 125 pacientes con criterios de oxigenoterapia crónica. En 85 casos se dispuso de valores espirométricos. Para el análisis estadístico se estimó supervivencia con Kaplan-Meier y se calculó Hazard Ratios (HR) por Regresión de Cox. Se utilizó el programa Intercooled Stata 8.0

Resultados: la mediana de seguimiento de los 125 pacientes fue de 254 días. La mortalidad global fue 28% (35/125). La probabilidad de supervivencia a los 365 días fue 66,56% (IC95%= 55,44-75,52).

En 85 individuos con datos de VEF₁ y FVC la mortalidad fue 25,88%.

La mortalidad para VEF₁ $<$ 0,8 fue 35% y para VEF₁ $>$ 0,8, 17,78% (p:0,07). El Riesgo Relativo (HR) para VEF₁ $<$ 0,8 de 1,82 (IC95%:0,77-4,36;p=0,17). El HR para VEF₁ $<$ de 0,8, ajustado por antecedente de EPOC fue 1,94 (IC95%:0,80-4,71; p:0,14).

La mortalidad para FVC $<$ 1,5 lts fue 31,58% y para FVC $>$ 1,5 lts, de 21,28% (p:0,28). El HR para FVC $<$ 1,5 lts fue de 1,30 (IC95%: 0,56-3,02;p=0,53). El HR para FVC $<$ de 1,5 lts, ajustado por antecedente de EPOC fue 1,26 (IC95%:0,53-3,00; p=0,59).

La mortalidad para PO₂ $<$ 55 fue 28,28% y para PO₂ $>$ 55, 24% (p:0,66).

La mortalidad para PCO₂ $<$ 45 fue 31,37% y para PCO₂ $>$ 45, 24,66% (p: 0,66).

Conclusión: los grupos con VEF₁ menor a 0,8 y FVC menor a 1,5 presentaron mayor tasa de mortalidad pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los grupos PO₂ $>$ y $<$ 55 y PCO₂ $>$ y $<$ 45 no mostraron diferencias en cuanto a sobrevida al año de seguimiento. Ninguna estimación se modificó al ajustar por EPOC.

No encontramos, al menos en estas variables, un grupo de pacientes que presentara significativamente mayor mortalidad, sin embargo los grupos con VEF₁ menor a 0,8 y FVC menor a 1,5 podrían requerir acentuar las medidas de control.

24229. NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR - NUESTRA REALIDAD

Chaparro J, Botana K, Palaoro A, Lombardi MJ, Martinuzzi A, Orsatti M, Mykietiak A, De Leo C, Feller C, Casola L

Objetivos: analizar la microbiología, presentación clínica y evolución de los pacientes adultos internados con NAV en la UTI del HIGA Rossi.

Material y métodos: estudio prospectivo observacional, que incluyó a todas las admisiones desde el 01/11/2007 al 31/08/2008. Lugar: UTI de 10 camas, de un Hospital Universitario. Se evaluaron todos los pacientes ingresados que requirieron ARM por más de 24 hs, El grupo de análisis quedó conformado por los pacientes que desarrollaron NAV definida según criterios diagnósticos del CDC.

Análisis: Se registraron prospectivamente escores de gravedad, CPIS al evento, CPIS a estabilidad clínica, muestra respiratoria tomada, rescate microbiológico, ATB empleada, mortalidad temprana y tardía.

Resultados: durante el período del estudio ingresaron al servicio de UTI 280 pacientes de los cuales 128 recibieron ARM. Se diagnosticó NAV en 16 pacientes (12.5%). La edad promedio fue de (+/- DE) 52,81 (+/- 19,42) años. El APACHE II promedio fue de 21,37. Al evento NAV transcurrieron una media de 7 días (+/- 3,7) de ARM. El 62% de los pacientes presentaron shock, y la PaO₂/FiO₂ promedio fue de 196 (+/- 69). El 81% de las NAV fueron clasificadas como neumonías tardías (> 72 horas de ARM). Para el diagnóstico microbiológico se utilizó en el 69% de los casos, aspirado traqueal, lavado bronquioalveolar en el 19% y minibal en el 12,5%. Los microorganismos más frecuentes fueron Acinetobacter 31%, otros bacilos Gram Negativos 30%, SAMR 12%. El uso de tratamiento antibiótico empírico fue adecuado en el 75 % de los casos. Los pacientes presentaron un promedio de 3,4 (+/- 1,6) días de fiebre y los que no fallecieron alcanzaron la estabilidad clínica en 4,1 (+/- 0,9) días. La mortalidad total de la muestra fue del 56%.

Conclusión: la incidencia de NAV en nuestro servicio fue del 17,4 % cada 1000 pacientes día ventilados. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron Acinetobacter y otros bacilos Gram Negativos. La mortalidad asociada al evento fue del 56 %.

La microbiología y la mortalidad se encuentran dentro de lo esperado según las normas de calidad del CDC.

La incidencia de NAV es alta para los estándares de calidad establecidos por el CDC.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Juan de Garay Norte – 14:30 a 16:00 horas

Prevención y lucha antitabáquica

24301. PREVALENCIA DE TABAQUISMO, ACEPTACION Y PERCEPCION DE LA LEY ANTITABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Stok A, Altieri HH, Willigs RM, Fabio S, Tarcic A, Núñez PE, Rojas MV

Desde el año 2006 comenzó a aplicarse en Tucumán la ley 7575 que promueve ambientes totalmente libres de humo de tabaco. Realizamos este estudio con el fin de evaluar prevalencia de tabaquismo, aceptación y percepción de la ley en los trabajadores de salud.

Se realizó una encuesta anónima, autoadministrada y validada en el hospital Centro de Salud «Zenón Santillán» de S. M. de Tucumán.

Se dividió la población a estudiar en cuatro estratos: médicos, enfermeras/auxiliares/técnicos, administrativos y servicios generales.

Resultados: se incluyeron 272 personas, de las cuales el 61% (166) eran mujeres. Se observó una prevalencia de tabaquismo del 35% (94), de los cuales el 28% (27) eran médicos, 20% (19) los de servicios generales, el 25% (24) administrativos, con un mismo porcentaje en enfermeras/auxiliares/técnicos.

Del total de fumadores el 36% (34) fuman en su lugar de trabajo. El 91% (247) conoce la ley antitabaco y el 95% (243) está de acuerdo con la misma. El 79% (202) considera que no se cumple en el hospital.

Conclusión: en el marco de una provincia con ley 100% de libre de humo y con alto acatamiento en la población general, encontramos en nuestro hospital un notable incumplimiento de la misma por parte de los fumadores asociada a una alta percepción general de dicho incumplimiento.

Se destaca con respecto a un estudio de consumo previo a la ley, un descenso notable del mismo en trabajadores de la salud.

24412. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL TRANSITO CACERES DE ALLENDE DE LA CIUDAD DE CORDOBA, ARGENTINA

Kevorkof G, Najó MA, Baena Cagnani R, Oviedo E, Britos L

Objetivos: determinar la prevalencia de tabaquismo y sus variables en el personal de las distintas áreas del H. Tránsito Cáceres de Allende.

Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal mediante cuestionarios anónimos autoadministrado, en el período comprendido entre mayo-abril de 2007 al personal de planta permanente. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, nivel de instrucción alcanzado, lugar y actividades que cumple en el Hospital, inicio de tabaquismo, dependencia y relación familiar, conducta y cumplimiento frente a normas en el nosocomio, como así también identificar entre los encuestados la población más fumadora. Se calcularon las frecuencias de las variables estudiadas y sus intervalos de confianza de 95%, la significación estadística se evaluó por medio de la prueba Chi-cuadrado. Se escogió un nivel de significación estadística de 0.05. Los datos fueron analizados mediante Epi Info 6.04c. Se realizaron Tablas de Contingencia calculando el Riesgo Relativo, el Índice de Confianza 95% y la asociación significativa.

Resultados: de un universo de 476 personas se encuestaron 318 (67% de la población del Hospital en el momento de la encuestas). La prevalencia de tabaquismo fue de un 44.1 % de la población total, el 76.7 % alguna vez había fumado. El 81% fuma en su casa; de existir normas en el hospital sobre la prohibición del tabaco el 52 % la cumpliría, el 8 % no las cumpliría, el 40 % lo haría en forma ocasional. De la población total el 100% refiere que el fumar es perjudicial para la salud.

Conclusión: la población estudiada fue una muestra representativa, de un 67% (318) de la población total 100% (476). El 44,1% correspondía a las personas tabaquistas donde la mayor prevalencia fue en el sexo femenino 72% con respecto al sexo masculino 28%. Con respecto a la edad la mayor prevalencia de tabaquismo se encontró en el grupo comprendido entre los 44-54 años (44,7%). De la población tabaquista el 82% fuma en su hogar, frente a un 17% que refiere no hacerlo y un 1% que no lo hace en presencia de niños. Las persona que refieren fumar actualmente el 52% manifiesta que cumple las normas antitabaco en el hospital, un 40% responde que lo hace en forma ocasional, siendo un 8% los tabaquistas que no cumplen con las normas.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Juan de Garay Norte – 14:30 a 16:00 horas

Epidemiología de las enfermedades respiratorias

24082. EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN EL AREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL PIÑERO

Poropat A, Pontino M, Sancineto A, Campo L, Turuzzi R

Objetivos: analizar la distribución de las variables epidemiológicas de la Tuberculosis en el Area Programática del Hóspital Piñero.

Comparar dichas variables con las halladas en toda la Ciudad de Buenos Aires.

Evaluar los cambios epidemiológicos a través del tiempo.

Conocer la población atendida en el Hospital Piñero.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal.

Fuente: Base de datos del Programa de Tuberculosis, período 1-1.02 al 31-12-07

Software estadístico: Epi6.0 - Excel 2007

Resultados: la mayor parte de la población atendida en el Hospital Piñero pertenece al área programática del mismo.

La tendencia de casos de Tb va en aumento.

La población extranjera del área programática Piñero es mayoritariamente Boliviana.

El aumento de casos a través del tiempo es mayor entre los bolivianos que entre los argentinos.

El 67,6% de los casos de nacionalidad argentina, atendidos durante el año 2007, están concentrados en menores de 15 años de edad. Mientras que los pacientes de nacionalidad boliviana muestran su pico máximo entre los 20 y 24 años de edad.

El mismo patrón epidemiológico se repite en todos los años.

La tasa en el Area Programática, del grupo de menores de 15 años, es de 157/100000 habitantes y para el resto de CABA es del orden de 33/100000 habitantes

AÑO	TOTAL	CABA	AREA PINERO	ARGENTINOS	BOLIVIANOS	OTROS
2002	186	156(85.5%)	152(97.4%)	111(60%)	64(34%)	11(6%)
2003	212	186(87.7%)	177(95.2%)	140(66%)	59(28%)	13(6%)
2004	245	218(89%)	212(97.2%)	147(60%)	84(35%)	14(5%)
2005	219	196(89.5%)	191(97.4%)	141(64%)	64(29%)	14(7%)
2006	221	199(90%)	185(93.0%)	118(53%)	90(40%)	13(7%)
2007	274	250(91.2%)	237(86.5%)	148(54%)	107(39%)	19(7%)

Conclusión: el Área Programática Piñero presenta el mayor número de casos de Tb de la CABA. Su población extranjera es mayoritariamente boliviana. El grupo de pacientes menores a 15 años de nacionalidad argentina, son en su mayoría hijos de bolivianos, por lo que consideramos importante agregar la nacionalidad de los padres en la planilla de vigilancia epidemiológica.

24205. MÁS CON MENOS: OPTIMIZANDO RECURSOS EN INTERVENCIÓN INTENSIVA

Borrajó MC, Mazarín MI

El Hospital «Ntra Sra. de Luján» fue declarado Libre de Humo de Tabaco el 31 de Mayo de 2007. Dentro de los objetivos que se plantearon en esa oportunidad estaba el de ofrecer ayuda a los

empleados fumadores. El Programa «Salud sin Humo» del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires nos entregó 10 tratamientos completos de Bupropión y diseñamos una estrategia para utilizar este recurso.

Objetivos: obtener el mayor rédito posible del recurso recibido para personal del Hospital .

Método: se convocó a los empleados fumadores a tomar la decisión de abandonar el cigarrillo, ofreciéndoles información, consejería, medicación y apoyo. La convocatoria se realizó mediante cartelera y en forma personal en las áreas con más concentración de fumadores. Los interesados se anotaron en una lista que permaneció abierta durante un mes. Se inscribieron 16 personas. Se les realizó una entrevista evaluando el consumo de tabaco, la dependencia física, la motivación para abandonar y los niveles de CO en aire espirado. Completaron la entrevista 13 empleados y se programaron 4 encuentros.

Conclusión: al 1º encuentro asistieron 8 empleados. De éstos 8 empleados uno dejó de fumar antes del tercer encuentro por iniciativa propia, otro desistió por problemas de salud y 2 no asistieron al resto de los encuentros. En el 4º encuentro se estableció el Día D y se les indicó Bupropión en las dosis establecidas. El día D dejaron de fumar tres empleados. Posteriormente al día D se pautó un encuentro por parte del equipo de cesación y los demás de común acuerdo con los miembros del grupo. Cuatro empleados dejaron de fumar debido a esta intervención.

La convocatoria tuvo un alto impacto motivador entre el personal del Hospital. Los entrevistados mostraron un alto índice de dependencia física (T de Fagestrom) por lo que inferimos que la ayuda farmacológica resultaría útil. De los 16 inscriptos lograron el objetivo 4 personas. Estos actuaron como modelos y multiplicadores de la convocatoria iniciándose una nueva intervención, aún en marcha. El recurso utilizado fue el existente en el hospital: dos personas de la Unidad de Tabaquismo, algunas fotocopias y la medicación provista por el MS de la Pcia. Los empleados que dejaron de fumar pertenecen a distintas áreas transformándose en agentes activos manteniendo los espacios de trabajo libres de humo y promoviendo la cesación en los que aún fuman.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Real Sur – 14:30 a 16:00 horas

Endoscopia torácica

24204. UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA DURANTE FIBROBRONCOSCOPÍA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

Di Yelsi S, Lardies J, Wagner G, Ahumada R, Ossés JM

La realización de Fibrobroncoscopia (FBC) en pacientes con insuficiencia respiratoria severa (IRS), no intubados y con altos requerimientos de oxígeno suele estar contraindicada debido a los riesgos de arritmias graves o abrupto deterioro ventilatorio. Un importante número de estudios ha demostrado que la utilización de ventilación no invasiva (VNI) como soporte ventilatorio durante la FBC en pacientes con IRS, es una alternativa a la intubación, segura y efectiva, permitiendo un adecuado intercambio de gases durante el procedimiento.

Objetivos: evaluar la utilidad y seguridad de la VNI durante la realización de FBC en pacientes con IRS.

Materiales y métodos: se evaluaron prospectivamente pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, con IRS, no intubados que requerían FBC con lavado broncoalveolar (BAL) por sospecha de neumonía nosocomial. El procedimiento se realizó a través de máscara facial, conectado a un generador de doble nivel de presión (BiPAP), con FiO₂ 100%, utilizando un adaptador en «T» e ingresando por vía transnasal. Durante el estudio se controló tolerancia, saturación de oxígeno y parámetros de mecánica ventilatoria, incluyendo frecuencia respiratoria (FR) y volumen corriente (VT).

Resultados: se incluyeron 13 pacientes (7 femeninos), la edad media fue de 53 años (rango 13-82), 5 pacientes con trasplante pulmonar, 4 en posoperatorios de cirugía cardíaca y 4 internados por motivos clínicos. La adaptación y tolerancia durante el estudio fue buena en 10 (77%) pacientes, los 3 restantes presentaron taquipnea sin necesidad de suspender el estudio. La saturación media, al inicio y final del estudio fue de 96% (rango 92-100%) y 97% (rango 95-100%) respectivamente. La FR media, inicial y final fue de 25 (rango 14-33) y 26 (rango 22-39). El VT medio al finalizar el estudio fue de 446 ml (rango 130-760). Ningún paciente requirió intubación orotraqueal posterior a FBC.

Conclusión: la aplicación de VNI durante la FBC representa una alternativa segura y efectiva, permitiendo evitar la intubación en pacientes con IRS.

24230. BRONCOSCOPÍA RÍGIDA: DIAGNÓSTICA E INTERVENCIONISTA. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Smith D, Pacheco R, Da Lozzo A, Rodríguez Giménez J, Vassallo B

Antecedentes: la broncoscopia rígida (BR) es un excelente método en diagnóstico y tratamiento de patología traqueobronquial.

Objetivos: analizar nuestra experiencia en BR en los últimos diez años.

Lugar de aplicación: Hospital privado escuela.

Diseño: Observacional retrospectivo.

Población: Pacientes con patología torácica, devía aérea y mediastino.

Materiales y métodos: búsqueda retrospectiva en base de datos de BR efectuadas entre 03/1998 y 06/2008 en este hospital. Se evaluaron: edad, sexo, antecedentes, diagnóstico, localización de la patología, operador, instrumental utilizado, procedimiento realizado, empleo de prótesis y complicaciones.

Resultados: total: 443 procedimientos. Edad media: 52 (15-92) años; 62% varones. Antecedentes: intubación prolongada (20%), cáncer (20%), prótesis traqueal (15%), atelectasia/neumopatía (12%), traqueostomía (12%), traumatismo (4%), trasplante pulmonar (3%), cirugía traqueal (2%), hemoptisis (1%) y otros (11%). Operador: neumonólogo (85%); cirujano torácico (15%). Diagnósticos: estenosis traqueal (306), cáncer (120), granuloma/lesión endoluminal (52), fistula traqueoesofágica (49), cuerpo extraño (16), dehiscencia de sutura (2) y obstrucción de prótesis (1). Localización: tráquea (250), bronquio (108), subglótica (54), carina (18) y cuerdas vocales (1). Procedimiento: dilatación (243), colocación/extracción de prótesis (278), resección de tumor endoluminal/granuloma (93), punción transtraqueal/biopsia (33), extracción de cuerpo extraño (16) y BR únicamente (12). Dilataciones: mecánica (243), láser (253) o balón (9). Condición: electiva (414) o urgencia/emergencia (39). Mortalidad: 0,67%. Complicaciones: 14,9%.

Conclusión: la BR requiere su curva de aprendizaje siendo en su mayoría neumonólogos los más entrenados. El entrenamiento del cirujano torácico en endoscopia debe ser incluido en su formación. La BR permite el diagnóstico y tratamiento de patologías traqueobronquiales, pulmonares y mediastinales

24240. LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL): VALOR DIAGNÓSTICO EN INMUNOCOMPROMETIDOS

Kahl G, De la Canal A, Precerutti J, Viudes J, Dubra C, Svetliza G, Rodríguez Giménez J

Introducción: las complicaciones pulmonares son la mayor causa de morbi-mortalidad en el huésped inmunocomprometido. El 75% de ellas son de origen infeccioso. El aumento del número de trasplantes, el avance de los tratamientos inmunosupresores y quimioterápicos ha incrementado el riesgo de complicaciones pulmonares. La fibrobroncoscopia con BAL ocupa un lugar importante en el diagnóstico etiológico de estos pacientes.

Objetivos: evaluar el rendimiento diagnóstico del BAL en pacientes inmunocomprometidos.

Materiales y métodos: se realizó estudio retrospectivo en 149 pacientes inmunocomprometidos con infiltrados pulmonares a los que se les efectuó BAL entre enero del 2006 y febrero del 2008 en la Sección de Neumonología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resultados: se realizaron 191 FBC con BAL a 149 pacientes IMC. El 59% fue de sexo masculino y 41% femenino. Edad promedio 52 años (19- 85). 55% de los procedimientos se realizaron en Sala de endoscopia respiratoria y 26% en terapia intensiva. Las enfermedades de base fueron: 36% oncohematológicas, 27% trasplantes de órganos sólidos, 17% tumores de órganos sólidos, 8% HIV+, 5% trasplante de médula ósea. El 14% con neutropenia y el 42% trombocitopenia. Se obtuvo diagnóstico etiológico en el 67% de los casos. Patógenos aislados Bacterias 62%, Hongos 25% Virus 7%, Mycobacterias tuberculosis 6%. Los microorganismos más frecuentes: Pseudomona, Pneumocystis y Estafilococo Aureus. Citología del BAL: 7% hemorragia alveolar, 3% distress respiratorio, 2% infiltración por Linfoma y 1% por Adenocarcinoma. No se registraron muertes por el procedimiento. Comparando cada uno de los grupos de pacientes con inmunosupresión, bacterias y hongos fueron los gérmenes más frecuentes, con excepción en los HIV+ en donde los hongos ocuparon el primer lugar. La presencia de Mycobacteria tuberculosis fue predominante en los pacientes HIV+, enfermedades oncohematológicas y aisladamente en los trasplantes de órganos sólidos.

Conclusión: el BAL fue un método seguro y con rendimiento diagnóstico en el 67% de los pacientes inmunocomprometidos con infiltrados pulmonares. Los patógenos aislados con mayor frecuencia fueron bacterias (62%) y hongos (25%).

24241. RENTABILIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Nahabedián S, Carbone M, Maldonado M, Kassabian S

Objetivos: evaluar la rentabilidad de la fibrobroncoscopia como método diagnóstico en el cancer de pulmón.

Materiales y métodos: del total de 1028 fibrobroncoscopias (FBC) realizadas entre los años 2003 y 2007 en el HIGA Evita, Lanús, se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de 272 pacientes con sospecha epidemiológica, clínica y por imágenes de cáncer de pulmón.

Resultados: del analisis de los datos se obtuvieron los datos: total de FBC período 2003-2007: 1028. Total de casos sospechados: 272 (26,46%), de estos el 20,22% fueron de sexo femenino y el 79,78% masculino. Grupo por edades: menores de 30 años: 0.74%, 31-49 años: 12.5%, 50-69: 70,96%, mayores de 70: 5.8%. Antecedentes Tabaquismo: fumadores: 222 (81.61%), exfumadores: 15 (5.5%), nunca fumadores: 35 (12.9%). Diagnostico FBC confirmado por histopatología (biopsia, lavado y/o cepillado): Total: 160 (58.8%), siendo adenocarcinoma: 78 (48%), epidermoide: 31 (19.4%), oat cell 16: (10%), celulas grandes 9 (5.7%), otros 27 (18.9%). De estos correspondieron al sexo fe-

menino 33.75% y al masculino: 62.25%. Por edades menores de 30 años: 1 (0.62%) , 31-49 años:26 (16.25%), 50-69: 115 (71.9%), mayores de 70: 32 (20%).

Sin diagnóstico por FBC 112 (41.2). De los cuales en 3 se diagnóstico TBC (2.6%), cáncer de pulmón en 50 casos (44.6%) por punción aspirativa con aguja fina bajo TAC. 59 casos sin confirmación (21.6%).

Conclusión: 1-El antecedente de tabaquismo fue un dato epidemiológico relevante para la sospecha de cáncer de pulmón ya que el 81.6% eran tabaquistas activos al momento de la consulta, y exfumadores un 5.5%. 2- De los casos confirmados hay un franco predominio en el sexo masculino. El rango de edad de mayor incidencia estuvo comprendido entre los 50-69 años (78.9%), no siendo despreciable en el grupo de 31-49 (16.25%). 3- Para nuestro medio la FBC fue un método útil en el diagnóstico de cáncer de pulmón. 4-Diagnóstico tardío de la enfermedad.

24267. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA FIBROBRONCOSCOPIA (FBC) EN LA POBLACION INMUNOCOMPROMETIDA (IC) NO HIV DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Boyertas I, Carnevalle L, Franchi E, Otaola M, Ramirez M, Vujacich P, Berenguer R

Introducción: las patologías pulmonares son una causa frecuente de complicaciones en la población de pacientes IC no HIV, y conllevan alta mortalidad. La FBC tiene un rol en el diagnóstico rápido y preciso mejorando la sobrevida. Existen escasos datos publicados sobre la experiencia en nuestra región.

Objetivos: a) determinar el rendimiento diagnóstico de la FBC en las complicaciones pulmonares en pacientes IC no HIV y post trasplante de órgano sólido en nuestro hospital; b) describir las características clínico epidemiológicas de esta población.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo.

Resultados: desde 01/2005 al 06/2008 se analizaron 117 FBC(BAL 111, BTB 40) en 100 pacientes IC. Masculino 51%. Edad media 46 ± 24 . Diagnósticos de base: neoplasias hematológicas en 49(42%), trasplantes de médula ósea en 3(2,5%), anemia hemolítica en 4(3,5%), aplasia medular en 1, neoplasia de órganos sólidos en 12(10%), enfermedades autoinmunes en 30(26%), enfermedades intersticiales en 4(3,5%) y otras enfermedades con tratamiento inmunosupresor en 14(12%) Sobre 111 muestras de BAL, se obtuvo una positividad bacteriológica (>104 UFC) en 29(26%) (Acinetobacter sp 30%, Stafilococo Aureus 27%, Pseudomonas sp10%) y hubo un 14% con múltiples gérmenes. Micobacterias se observaron 4/111 BAL(3,6%). Micológico: 15 muestras positivas (12 en BAL y 3 en lavado bronquial:Aspergillus (53%) Pneumocistis jiroveci (20%) y criptococo (13%). De 111 BAL realizados tuvimos positividad microbiológica en 48. Como en 5 de estas muestras se hallaron 2 gérmenes (BAAR u hongos + bacteria) el rendimiento neto microbiológico del BAL es de 43/111(39%). Con el estudio anatomopatológico del BAL se realizó diagnóstico de hemorragia alveolar en 3 pacientes (rédito diagnóstico del BAL 46/111, 41%). De 40 BTB se obtuvo un diagnóstico adicional en 7(2 COP, 2 adenocarcinomas y 1 cáncer pobremente diferenciado y 2 por positividad bacteriológica). Rendimiento global fue 53/117 FBC (48%).

Conclusión: en un análisis retrospectivo de un grupo de pacientes IC no HIV, el uso de FBC arrojó diagnóstico en el 48% de los casos(80% de origen infeccioso). Dado la alta mortalidad en este tipo de pacientes, el uso de FBC en el diagnóstico etiológico de los infiltrados pulmonares ayuda a dirigir el tratamiento hacia el agente causal o bien excluir el origen infeccioso

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Real Sur – 14:30 a 16:00 horas

Enfermedades obstructivas

24197. EPOC: ESTIMACIÓN DE COSTOS DIRECTOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BUENOS AIRES

Barth MA, Sivori M, Sáenz C, Rubilar A, Rossi T, Kaplan P, González C, Pascansky D, Martínez Fraga A

La EPOC es una enfermedad con creciente costo para el sistema de salud. No existe en nuestro país, estudio alguno, acerca del consumo de recursos de salud en pacientes ambulatorios con EPOC.

Objetivos: describir los costos directos de tratamiento ambulatorio utilizados en cada paciente con EPOC, por año en un Hospital Público.

Materiales y métodos: fueron incluidos 242 pacientes con diagnóstico de EPOC según Guías GOLD, durante un periodo de 12 meses, entre 2007 y 2008. Se evaluaron hospitalizaciones en guardia, piso y terapia intensiva, consultas a guardias, domiciliarias, ambulatorias, tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se utilizó el Nomenclador de Prestaciones de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, (Marzo de 2008) y Farmacológico según Manual Kairos (Agosto 2008). Se estimó la relación peso/dólar en 3.12/1.

Resultados: se evaluaron 242 pacientes, media de edad $66,91 \pm 7,7$ años. Sexo masculino: 63%. Media de VEF1: $41,43 \pm 17,4\%$. El costo total directo anual fue 197.755,54 pesos para toda la población en estudio. El costo total anual por paciente fue de 859,8 pesos.

El costo total anual en dólares fue de 63.383,18 dólares para toda la población, y por paciente de 275,57 dólares. Se estimó el costo directo anual por estadio GOLD:

	Costo Total Anual(pesos)	Costo Anual por paciente (pesos)
GOLD II (n=63)	20.197,59	320,59
GOLD III (n=108)	35.032,52	324,37
GOLD IV (n=71)	135.785,6	1912,47

Conclusión: se ha estimado el costo directo anual de una población de pacientes con EPOC, ambulatoria, de un hospital público, y se ha observado mayores costos a estadios más avanzados (estadio IV 6 veces más que estadio II). Esta es la primera comunicación en esta área, en nuestro país.

24313. EPOC: RECURSOS APLICADOS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BUENOS AIRES

Barth MA, Sivori M, Sáenz C, Kaplan P, González C, Pascansky D, Martínez Fraga A

La EPOC es una enfermedad con creciente costo para el sistema de salud. No existe en nuestro país, estudio alguno publicado acerca del consumo de recursos de salud en pacientes ambulatorios con EPOC.

Objetivos: describir los recursos aplicados en el tratamiento ambulatorio en cada paciente con EPOC en un hospital público.

Materiales y métodos: fueron incluidos 242 pacientes con diagnóstico de EPOC según guías GOLD durante un período de 12 meses entre 2007 y 2008. Se evaluaron hospitalizaciones en guardia, piso y terapia intensiva, consultas a guardia, domiciliarias, ambulatorias, tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se utilizó el Nomenclador de Prestaciones de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Marzo 2008), y farmacológico según Manual Kairos (Agosto 2008) restándole el 30%. Se estimó la relación peso/dólar en 3,12/1.

Resultados: se evaluaron 242 pacientes: media de edad 66,91 \pm 7,7 años, sexo masculino 63%; media FEV1: 41,43 \pm 17,4%. Resultaron en un consumo de 139.002,71 pesos (44.552,15 dólares) para toda la población en estudio.

El consumo anual total por paciente fue de 604,36 pesos (193,70 dólares).

Se estimó el consumo anual por estadio GOLD.

Conclusión: se ha estimado el consumo anual de una población de pacientes con EPOC ambulatoria de un hospital público, y se ha observado mayor consumo a estadios más avanzados (estadio IV 6 veces más que estadio II). Esta es la primera comunicación en esta área en nuestro país.

24344. IMPACTO DE NUEVOS VIRUS RESPIRATORIOS, MYCOPLASMA Y CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE EN LAS EXACERBACIONES DE ASMA EN NIÑOS

Maffey A, Venialgo C, Barrero P, Saia M, Villalba A, Entrocassi A, Fermepin M, Fernández F, Teper A, Mistchenko A

Introducción: los virus respiratorios, entre otros patógenos, son los agentes infecciosos que con mayor frecuencia desencadenan sibilancias en las distintas etapas de la infancia.

Objetivos: conocer la circulación estacional y evaluar la prevalencia de los virus respiratorios, Mycoplasma y Chlamydophila pneumoniae en niños con sibilancias recurrentes y factores de riesgo para asma hospitalizados por obstrucción bronquial.

Materiales y métodos: estudio observacional, prospectivo y de corte transversal. Se incluyeron pacientes de 2 meses a 16 años, hospitalizados, con antecedentes de dos o más episodios de obstrucción bronquial y factores de riesgo para asma durante un año calendario. A partir de secreciones respiratorias se analizó la presencia de Virus Sincicial Respiratorio (VSR); Adenovirus (AV); Parainfluenza (PI) 1, 2 y 3; e Influenza (INF) A y B mediante inmunofluorescencia indirecta, y Rinovirus (RV); Enterovirus (EV); Metapneumovirus (MNV); Bocavirus (BoV) Coronavirus (CoV), Mycoplasma pneumoniae (Mycop) y Chlamydophila pneumoniae (Chlam) mediante reacción en cadena de la polimerasa

Resultados: se reclutaron 209 pacientes (118 femeninos), edad ($x \pm DS$) 4.4 \pm 4 años. El 80% y 66% de los pacientes tenía antecedentes familiares y personales de atopía respectivamente. Se detectaron 162 (78%) casos positivos. El 72% de los casos positivos presentaba un solo agente viral, el 26% una coinfección doble y el 2% una coinfección triple. Los agentes detectados fueron: VSR 85 (40%); RV 52 (24.5%); MNV 16 (7.5%); INFA 13 (6%); EV 11 (5%); BoV 10 (4.7%); Mycop 7 (3.3%); Chlam 6 (3%); AV 4 (2%); CoV 4 (2%); PI1 2 (1%); INFB 1 (0.5%) y PI 3 1 (0.5%). Las internaciones se incrementaron desde marzo y abril, alcanzaron su pico máximo durante el mes de julio y volvieron a aumentar durante octubre, en coincidencia con la mayor circulación de RV, VSR y MNV respectivamente.

Conclusión: los niños con sibilancias recurrentes y factores de riesgo para asma hospitalizados por obstrucción bronquial presentan una alta prevalencia de virus respiratorios y baja de Chlamydophila y Mycoplasma pneumoniae.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Real Sur – 14:30 a 16:00 horas

Enfermedades Ocupacionales

24040. ASMA OCUPACIONAL: ¿PEOR QUE ASMA NO OCUPACIONAL?

González CD

El asma ocupacional (AO) constituye la patología respiratoria de origen laboral más frecuente.

Objetivos: analizar las características de un grupo de pacientes con AO y compararlo con una muestra de pacientes asmáticos sin antecedentes laborales (ANOC).

Materiales y métodos: se evaluaron 39 pacientes con AO contra 156 ANOC. Las variables consignadas fueron: sexo, edad, tiempo de evolución, preexistencia ó no de asma en AO, FEV1 al diagnóstico, clasificación según estadios GINA y niveles de control, antecedentes de Asma Casi Fatal (ACF) y Asma de Control Difícil (ACD), consultas a guardia en el último año, internaciones, comorbilidades, dosaje de IgE sérica, uso de medicinas alternativas y nivel de escolaridad.

Se utilizó el software Stata y métodos estadísticos convencionales, ANOVA, chi cuadrado y se consideró p significativa = 0.5.

Resultados: un 15.3 % del grupo AO fueron mujeres, contra 64.1 % del ANOC (p=0.000), con media de edad de 46.5 DS \pm 11.6 años para AO frente a 47.2 DS \pm 17 años para ANOC. El tiempo de evolución fué de 9.35 DS \pm 11 años para AO y 25.9 DS \pm 17.6 años para ANOC (p=0.000); 89.4% del AO era no preexistente; FEV1 inicial resultó 61.2% DS \pm 17% en AO y 63.7% DS \pm 16% en ANOC; 82% de pacientes con AO correspondieron a estadios GINA 3-4 y 72% en ANOC; se registró Asma No Controlada en 38.4% de AO y 41.9% de ANOC; sin diferencias en ACF y ACD; en consultas a guardia: 34.3% para AO vs. 76.9% en ANOC (p=0.000); en internaciones, 6.4% en AO y 34.5% en ANOC (p=0.002); mayor rinitis y RGE en ANOC (p=0.01 y p=0.001); dosaje de IgE 782 DS \pm 974 UI/l para AO y 822 DS \pm 956 para ANOC; 2.5% pacientes con AO hicieron uso de medicinas alternativas y 27.5% en ANOC (p=0.001); en escolaridad, 9.09 % de AO completaron estudios secundarios ó terciarios frente a 48.6% de pacientes con ANOC que sí lo hicieron (p=0.007).

Conclusión: en esta serie de pacientes con asma ocupacional no se registraron diferencias significativas en la gravedad del cuadro clínico inicial ó en su evolución frente a asmáticos no ocupacionales. En AO, el tiempo de evolución al momento del diagnóstico fué estadísticamente menor con respecto a ANOC, así como menor el uso de medicinas alternativas para el asma, más bajos sus niveles de escolaridad y un número de consultas a guardia e internaciones menos frecuentes que en ANOC, sin que ello conllevara una menor prevalencia de casos de Asma Casi Fatal ó Asma de Control Difícil en AO.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Real Sur – 14:30 a 16:00 horas

Rehabilitación Respiratoria

24092. ¿ES IGUAL LA RESPUESTA AL ENTRENAMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC LIMITADOS AL EJERCICIO POR FATIGA VS DISNEA?

Sivori M, Almeida M, Barth M, Sáenz C

Existen muy pocos estudios que evalúen los factores que hacen a la mejor respuesta al entrenamiento de pacientes con EPOC.

Objetivos: comparar la respuesta a ejercicios máximos y submáximos post entrenamiento, comparando aquellos pacientes limitados por fatiga de miembros inferiores vs. disnea.

Materiales y métodos: Fueron incluidos pacientes con EPOC moderada y severa (definición GOLD). Se los clasificó como limitados por fatiga si en respuesta a cicloergometría máxima tenían \geq a 2 puntos en la escala de Borg para fatiga de miembros inferiores en comparación a la disnea. Se los clasificó como limitados por disnea si se daba lo inverso. Se los evaluó además con pruebas ergométricas al 75% de la carga máxima, calidad de vida (SGRQ) y prueba de seis minutos. Todos los pacientes fueron entrenados de manera similar por 8 semanas, 3 veces/semana, 90 min/sesión con ejercicios de miembros superiores e inferiores de fuerza y aeróbicos. Se los evaluó de la misma manera a ciegas de su condición. Se usaron técnicas estadísticas convencionales ($p < 0.05$)

Resultados: fueron evaluados 25 pacientes con EPOC: 11 pacientes limitados por disnea y 14 por fatiga de miembros inferiores. Las poblaciones fueron comparables al inicio del estudio en todas las variables, a excepción del BMI (fatiga: 23.97 ± 3 vs. disnea: 27.5 ± 3.6 , $p = 0.01$).

	Limitados Fatiga (N=14)	Limitados Disnea (N=11)	p
VO2 pico, ml/kg/min	11.44 \pm 4.6	9.6 \pm 2.05	NS
WRmax, watts	48.71 \pm 9.2	40.04 \pm 15.48	0.033
Test 6 min, m	505.42 \pm 50.75	454.9 \pm 6.43	0.048
Prueba 75%	14.57 \pm 9.55	6.71 \pm 4.18	0.025
WRmax, min			
Delta SGRQ, unid.	-16.35 \pm 27.63	-4.63 \pm 7.69	NS

Conclusión: los pacientes limitados por fatiga de miembros inferiores tienen una mayor respuesta al entrenamiento evaluándolos por ejercicios submáximos y carga máxima en comparación con los limitados por disnea. No hubo diferencias en la respuesta en calidad de vida. Posiblemente, diferentes estrategias de entrenamiento deban ser instrumentados para entrenar diferentes fenotipos de pacientes con EPOC.

24219. ESTUDIO COMPARATIVO DE ENTRENAMIENTO AMBULATORIO HOSPITALARIO VS. DOMICILIARIO EN PACIENTES CON EPOC

Jolly E, Sivori M, Villareal S, Almeida M, Sáenz C

No existe en nuestro país, experiencia publicada sobre el impacto del entrenamiento en domicilio para pacientes con EPOC en comparación al ambulatorio hospitalario.

Objetivos: comparar si el entrenamiento domiciliario (rD) puede impactar sobre pruebas de ejercicio, escalas de disnea y calidad de vida, similar al entrenamiento ambulatorio hospitalario (rH).

Materiales y métodos: los pacientes fueron evaluados a ciegas de la intervención. Se realizó antes y después del entrenamiento espirometría, gases en sangre arterial, escalas de disnea (MRC, Borg y Mahler, calidad de vida (St. George y SF-36), y pruebas de ejercicio submáximas (prueba de 6 minutos, shuttle endurance y prueba de resistencia en cicloergometro-Tlim-), y pruebas máximas (shuttle test y cardiopulmonar). Ambas ramas entrenaron 24 sesiones en 8 semanas, La rH entrenó con ejercicios aeróbicos y de fuerza para miembros inferiores y superiores en gimnasio. La rD entrenó con caminatas al 70% de la velocidad alcanzada en el shuttle test, y complementó con ejercicios de fuerza de MI y MS.

Resultados: se incluyeron 62 pacientes con EPOC estable, descartándose 12. 50 fueron aleatorizados: 25 a la rH y 25 a la rD. Abandonaron 12 pacientes: 5 rH (20%) y 8 rD (32%) ($p = NS$). Ambos grupos fueron comparables. Las variables primarias aumentaron significativamente en ambos grupos. El Tlim creció de 6,67 a 15,07 minutos (+125%, $p < 0,001$) en el grupo rH y de 9,15 a 12,9 minutos (+63%, $p < 0,001$) en el grupo rD. La distancia recorrida en el shuttle endurance aumentó 77% (775 a 1375 metros, $p < 0,05$) en el grupo rH y 79% (856 a 1529 metros, $p < 0,02$) en el grupo rD. La distancia de la prueba de 6 minutos aumentó 12% en rD ($p < 0,01$). Se observaron cambios significativos en la carga máxima alcanzada (de 37, 5 a 46,6 Watts en el grupo rH - $p < 0,005$) y el consumo pico de oxígeno en el grupo rD (de 10,1 a 11 ml/Kg/min - $p < 0,02$). Se observó mejoría significativa en todas las escalas del SF 36 excepto dolor, salud mental y salud general en rD, y salud general y función física en rH. El Cuestionario de St George mostró reducción significativa sólo en rH. En el grupo rD abandonaron 32% vs. 20 en el rH ($p = NS$)

Conclusión: el entrenamiento domiciliario con mínimo control resultó tan eficaz como el realizado en medio hospitalario, aunque se advirtió mayor tendencia al abandono.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Salón Juan de Garay Norte – 14:30 a 16:00 horas

Neumonología pediátrica

24382. OXIDO NÍTRICO EXHALADO EN NIÑOS ASMÁTICOS

Figueroa JM, Vocos M, Roque M, Balanzat A, Primrose D, Velaco Suárez C

Introducción: en asma, el aumento en la actividad de la oxido nítrico sintasa inducible, lleva a una producción de oxido nítrico (NO) elevada. El NO puede ser medido en el aire exhalado (FENO) permitiendo inferir el grado de inflamación de la vía aérea.

La espirometría forzada refleja el estado funcional respiratorio y es una herramienta fundamental en el diagnóstico y monitoreo del asma.

Los corticoides tópicos inhalados (CTI) son la primera elección en el tratamiento del asma. El FENO disminuye con los corticoides sistémicos o inhalados y esto tiene valor pronóstico sobre la evolución. La forma de administración más utilizada con los CTI son los aerosoles de dosis medida (MDI). En niños es necesario el uso de espaciadores; existen diferentes tipos de ellos: comerciales y caseros. Se ha mostrado efecto broncodilatador del salbutamol-MDI similar usando diferentes espaciadores.

La medición del FENO ha sido estandarizada por la ATS/ERS con flujo espiratorio de 50 ml/s. Estudios recientes han mostrado que esta metodología refleja al FENO producido en las grandes vías aéreas. Tsoukias y col. describieron un modelo matemático en el que pueden inferirse los niveles de FENO originados en la gran vía aérea o en la pequeña vía y alvéolos (Calv) partiendo de mediciones con distintos flujos espiratorios.

Objetivos: 1) estimar la correlación entre los valores de la espirometría y los niveles de FENO; 2) estimar y comparar la variación del FENO en niños asmáticos tratados con budesonide-MDI con tres tipos de espaciadores: a) bivalvulado, b) no valvulado, y c) casero (botella plástica); 3) estimar el comportamiento del Calv con el tratamiento con CTI.

Materiales y métodos: se estudiaron 3 grupos de niños asmáticos sin tratamiento previo: 1) 21 niños; se les midió FENO seguido de espirometría y prueba de respuesta al broncodilatador. 2) 68 niños; se les asignó aleatoriamente un tipo de espaciador y se les midió FENO basal y post 2 semanas con budesonide MDI. 3) 19 niños; se midió FENO bronquial y alveolar pre y post tratamiento.

Resultados: 1) todos los niños presentaban FENO elevado (65 ± 44 ppb; normal hasta 25); se observó correlación entre FENO y variabilidad post β_2 . 2) el FENO post tratamiento descendió 50%, sin diferencias entre los espaciadores. 3) el Calv descendió con el tratamiento en todos los niños.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Juan de Garay Norte – 14:30 a 16:00 horas

Trastornos respiratorios durante el sueño

24253. DISPARIDAD EN LA COBERTURA SOCIAL DEL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA EN EL SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO. ENCUESTA TELEFÓNICA A 54 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Borsini E, Chertcoff J, Quadrelli S, Smith R, Salvado A, Villagómez R, Bosio M

Objetivos: analizar los factores que dificultan el tratamiento con presión positiva en la vía aérea (PPVA), en pacientes con síndrome de apneas de sueño (SAS), en un hospital de comunidad.

Materiales y métodos: análisis basado en encuesta telefónica a pacientes derivados para PPVA durante dos años, en el Hospital Británico.

Se interrogó acerca de cobertura de salud, provisión, compra o alquiler de equipos, tipos, costos, abandono y motivos del mismo.

Se analizaron derivaciones desde julio de 2006 a julio de 2008. Fueron registrados 58 pacientes con SAS severo o moderado sintomático a quienes se indicó PPVA. Fue posible encuestar a 54 pacientes, 6 mujeres y 48 hombres (88.8%). La edad promedio fue de 54 años (rango entre 33 y 77 años) y el BMI promedio de 35.

El 93 % (n= 50) tenían Epworth score mayor de 10 al momento de la derivación.

La encuesta telefónica arrojó los siguientes resultados:

Todos los pacientes tenían cobertura de salud (13 obras sociales y 7 empresas de medicina prepaga). El 25 % (14/54 pacientes) abandonaron la PPVA.

Los motivos referidos fueron la intolerancia (n=7), económicos (n=4) y otras causas (n=3).

El 51.8 % (28 pacientes) compraron el equipo de CPAP (sin cobertura por la empresa de salud) y en 13 % (n=7) los gastos fueron compartidos al 50 % con la empresa.

En el 18.5% de los pacientes (n=10) la cobertura de salud entregó el equipo en comodato (todos estos casos correspondieron a obras sociales y ninguno a empresa de medicina prepaga), y 5 pacientes continuaban usando equipos de CPAP en alquiler permanente. De aquellos que compraron equipos o lo obtuvieron en comodato (n=38), solo 4 abandonaron (10%), comparados con los 10 pacientes que lo hicieron mientras alquilaban (60%), y con el 25 % de abandono global.

Comparando pacientes que abandonaron respecto a quienes no lo hicieron, no existieron diferencias de edad, sexo, ni BMI.

El grupo con equipo propio o en comodato mostró menor abandono con significación estadística (p= 0.0001).

Conclusión: la cobertura de salud se obtuvo en menos de la mitad de los casos, fue diferente para obras sociales que para las prepagas, y el mayor riesgo de abandono se presenta con alquiler y en ausencia de equipo propio.

24297. 591 PACIENTES EN EL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA Y VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA EN LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS (OSEP) DE MENDOZA, DESDE MARZO 2004

Lisanti R, González L, Moreno G, Estrella A, Aguilar D

Objetivos: conocer las características de los pacientes que se encuentran en el Programa de Oxigenoterapia y VNI Domiciliaria de la OSEP, desde el 1 de marzo 2004 al 30 de agosto de 2008. La OSEP tiene en toda la provincia 350.000 afiliados, que pueden ser atendidos en efectores propios o por el sistema de libre elección. Todo el suministro de Oxígeno y VNI domiciliario se realiza a través del Programa.

Se revisan las historias clínicas de los pacientes ingresados al programa, que deben tener un formulario especial completado por un neumólogo, y debe reunir los criterios de Oxigenoterapia Cónica Domiciliaria y VNI de consensos nacionales, y existe una indicación en situaciones especiales de oxigenoterapia en pacientes oncológicos, terminales y alta precoz hospitalaria. Formularios e instructivos se encuentran disponibles en la página web de OSEP.

Resultados: ingresan al programa en dicho periodo, 591 pacientes y se suministran 601 equipos. Ingresaron 591 pacientes, 522 (88,3%) a oxigenoterapia y 69 (11.7%) a VNI Ingresan a oxigenoterapia 522 pacientes (306 hombres (58,6%) y 215 mujeres), con edad de menos de 20 años 21, de 21 a 40 años 12, de 41 a 60 años 103, de 61 a 80 años 300 y de más de 81 años 85. Los equipos suministrados fueron los siguientes: concentrador de oxígeno 451 (86,4%), FreeloX 56 (10,7%) y tubo 15 (2,9%).

Se ingresan a VNI 69 pacientes (49 hombres (71%) y 20 mujeres), con edad de menos de 20 años 1, de 21 a 40 años 5, de 41 a 60 años 33, de 61 a 80 años 29 y más de 81 años 1. Los equipos suministrados fueron 79 (10 con doble equipo): BiPAP 22 (27,8%), CPAP 56 (70,9%), autoCPAP 1 (1,3%). En dicho periodo fueron dados de baja 418 pacientes (70,7%): 389 de oxigenoterapia y 29 de VNI y 422 equipos: 389 de oxigenoterapia y 33 de VNI. Siendo las causas de las bajas: óbito 282 pacientes (67,4%), pedido médico 87 pacientes, voluntario 44 pacientes y otras 5 pacientes.

Al 30 de agosto de 2008 hay 173 pacientes con equipos en domicilio: 133 oxigenoterapia (76,8%) y 40 VNI y 179 equipos: 133 oxigenoterapia (74,3%) y 46 de VNI, o sea que hay 6 con doble equipo.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Salón Juan de Garay Norte – 14:30 a 16:00 horas

Tuberculosis

23910. TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DE LA SALUD. EXPERIENCIA A DIEZ AÑOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

González CD, Araujo G, Agogliá R, Hernández S, Seguel I, Borriá JJ, Sáenz C

La aparición de 4 casos de TB entre nuestros TS motivó la creación de un Programa destinado a prevenir y tratar focos de origen nosocomial.

Objetivos: 1) Detectar casos de TB e identificar TS infectados con mayor riesgo de enfermar 2) Monitorear la prevalencia de la infección por áreas 3) Educar e informar sobre TB 4) Controlar a TS ante nuevos casos.

Materiales y métodos: entre 1997-2008, 1268 TS fueron evaluados en 1539 registros. Cada TS completó un registro con sus antecedentes personales, recibió una dosis de PPD 2 UT según técnica de Mantoux y valor de corte en 10 mm. y se incluyó en un algoritmo diseñado para su evaluación. Se instituyeron cursos sobre TB. Se diseñaron dos cortes de prevalencia sobre áreas preclasificadas por riesgo: primero, Grupo 1 (n=533), y diez años después, Grupo 3 (n=670). Un subgrupo, Grupo 1a (n=45), repitió la PPD 3 meses después de G1. El Grupo 2 (n=163) correspondió a controles de foco de casos de TB en TS, y el Grupo 4 (n=127), a TS de áreas no 1-2-3. Se procesaron los datos con el software Stata y se usaron métodos estadísticos convencionales, chi cuadrado, ANOVA y p significativa menor a 0.5.

Resultados: media de edad para G1 y G3: 41DS±10.2 años y 43.1DS±12.1 años, respectivamente, y 39.3 DS±10.2 años, 42 DS±12 años y 44.5 DS±12.2 años para G1a, G2 y G4. Enfermeras y médicos constituyeron las dos terceras partes de la muestra total. La adherencia de G1 y G3 fué del 60 y 61.3% (p=NS), significativamente más alta en enfermeras, técnicos y bioquímicos que médicos. La prevalencia de infección global fué del 31.7%, 35.%, 39.9% y 25.9%, para grupos 1,3,2 y 4 (p=NS). Enfermería tuvo el mayor porcentaje de infectados, aunque en G3 se advirtió un aumento de la infección entre médicos con respecto a G1 (p=0.02).

No se detectaron casos de TB nosocomial, pero si 8 virajes tuberculinicos en G1 y uno en G3, que requirieron quimioprofilaxis. **Conclusión:** si bien las limitaciones en el recurso humano dificultan la realización de estos estudios con la periodicidad que se sugiere, tanto los cortes periódicos, como la educación continua, la protección personalizada y la quimioprofilaxis pueden reducir los riesgos de transmisión nosocomial de TB.

23950. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES TUBERCULOSOS CON ADICCIONES LEGALES: TABACO-ALCOHOL

Pontino MV, Brian MC, Wainstein CL, Pelaya E, Sancineto AE

La Tuberculosis, enfermedad infecciosa, sigue siendo prevalente en nuestro país. La adicción a drogas legales, a veces olvidadas en los discursos públicos, tienen mucha importancia como factores de riesgo asociados a esta patología, relacionándolas en el siguiente trabajo.

Objetivos: evaluar la respuesta al tratamiento de pacientes tuberculosos con y sin adicciones legales: tabaco y alcohol, según características demográficas y clínicas.

Materiales y métodos: los pacientes, mayores de 15 años, fueron seleccionados de la base del Programa de Control de la Tuberculosis (TB) del Gobierno de la Ciudad de Bs. As, durante el período 1/1/05 al 31/12/06; siendo un estudio retrospectivo, observacional y transversal.

Se clasificaron 3 grupos :

Grupo 1 : 672 Pacientes TB sin adicciones

Grupo 2 : 77 Pacientes TB adictos al Tabaco

Grupo 3 : 67 Pacientes TB adictos al alcohol

Los programas estadísticos utilizados fueron EPI 6.0 y Excel 2007

Las variables demográficas estudiadas fueron edad y sexo; las clínicas localización y tratamiento previo.

En relación al sexo no hay diferencias en el grupo TB sin adicciones, en cambio en el grupo de TB tabaco los hombres representan el 75% y entre los de alcohol el 91%

En relación a la localización de la enfermedad no hay diferencia entre los grupos, predominando en ambos la forma pulmonar

Los pacientes con TB sin adicciones no han recibido tratamiento previo. En cambio, los grupos con adicciones registran mayor número de casos con retratamiento.

Al analizar la evolución de los pacientes observamos que la mortalidad fue mayor en los pacientes adictos tanto al alcohol como al tabaco.

Sexo	Grupo 1 - N°	Grupo 1 - %	Grupo 2 - N°	Grupo 2 - %	Grupo 3 - N°	Grupo 3 - %
Femenino	334	50	19	25	6	9
Masculino	338	50	58	75	61	91
Total	672	100	77	100	67	100

Conclusión: las adicciones a drogas legales, como el tabaco y el alcohol, afectan negativamente a los pacientes con TB. Si bien estos enfermos se presentan con formas clínicas, en donde predomina la pulmonar, la presencia de tratamientos previos y la mayor frecuencia de evolución fatal avalan lo antedicho.

24183. DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE TUBERCULOSIS MULTIDROGO-RESISTENTE (MDR) Y EXTENSIVAMENTE RESISTENTE (XDR) DESDE EL LABORATORIO

Imperiale B, Di Giulio B, Appendino A, Morcillo N

Objetivos: diagnosticar rápidamente tuberculosis (TB) multidrogo-resistente (MDR) y extensivamente resistente (XDR) a partir de aislamientos clínicos de M. tuberculosis; evaluar un algoritmo basado en el micrométodo colorimétrico con el colorante vital MTT (M-MTT) para determinar la sensibilidad de las micobacterias a drogas de primera y segunda línea en la práctica clínica.

Material y métodos: el algoritmo propuesto incluye: 1) determinación de la concentración inhibitoria mínima (CIM) de isoniacida (INH), rifampicina (RIF), estreptomycin (SM), etambutol (ETH) y levofloxacina (LX) desde aislamientos clínicos; 2) identificación de los microorganismos por medio de pruebas bioquímicas; 3) determinación de CIM a drogas de segunda línea: amikacina (AMK), capreomicina (CPM), cycloserina (CS), etionamida (ETH), kanamicina (KM), linezolid (LZ), moxifloxacina (MOX), rifabutina (RBT) y ácido p-amino salicílico (PAS) en aislamientos MDR. Las concentraciones de drogas de segunda línea probadas (mg/L) fueron: INH, RBT: 1.00 a 0.03; RIF: 2.00 a 0.06; LX, LZ, MOX: 4.00 a 0.13; AMK, CPM, EMB, ETH, KM, PAS: 8.00 a 0.25; CS: 120.00 a 3.75. En este algoritmo fueron incluidos materiales provenientes de 1340 casos recolectados entre 2004 y 2007.

Resultados: se aplicó el algoritmo a 1429 aislamientos provenientes de 1340 pacientes. Un total de 70 (5.2%) casos fueron diagnosticados como MDR, 9 de ellos XDR-TB. El tiempo promedio de obtención de resultados fue 8 días con el sistema M-MTT.

Conclusiones: la aplicación de este algoritmo permitió alcanzar un diagnóstico rápido de MDR y XDR en aproximadamente 23 a 35 días a partir de obtenida la muestra. Este algoritmo utilizando un sistema rápido y de baja tecnología como el M-MTT podría aplicarse para el diagnóstico de MDR-TB y XDR-TB en laboratorios de referencia.

24184. TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA, MDR-TB Y XDR-TB EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE EL PERÍODO 2002-2007

Morcillo N., Imperiale B., Balbona C., Vilaro E., Panella Amigo, M., Corral J.

Objetivos: describir la incidencia de tuberculosis (TB) pediátrica (TBP), comparar las proporciones de niños y adultos enfermos por Mycobacterium tuberculosis multirresistente (MDR) y con resistencia extendida (XDR) a drogas de esquemas estandarizados y analizar la transmisión entre contactos comprobados de TB.

Materiales y métodos: análisis retrospectivo de los casos producidos durante el período 2002-2007, notificados al Programa de Control de Tuberculosis de Buenos Aires (PCTB). Las diferencias entre variables obtenidas de adultos y niños fueron analizadas con el programa MedCalc versión 9.5.0.2 empleando la prueba de Chi² o el test exacto de Fisher según la magnitud de cada variable.

Resultados: durante el período considerado se notificaron 30.784 casos nuevos de TB, 4.276 (14,0%) niños y 26.508 adultos; 249 (5,8%) niños y 2.797 (10,6%) adultos tenían antecedentes de tratamiento. El 4,9% (14/284) y el 7,1% (146/2.042) de los casos de TBP y adultos respectivamente tenían MDR, 5,1% (13/256) de los niños y 5,3% (86/1.616) de los adultos eran vírgenes de tratamiento. El 3,7% (1/27) de los niños y el 13,6% (58/426) de los adultos retratados también presentaban MDR. Se registraron 8 casos de XDR entre adultos, 3 sin tratamiento previo. Además 25,0% (40/160) de los pacientes con MDR eran contacto comprobado de otro paciente MDR. La transmisión entre ellos fue verificada por pruebas moleculares (IS 6110 RFLP y spoligotyping). La evaluación del tratamiento mostró 26 adultos y 3 niños en tratamiento actual, 5 niños y 19 adultos habían completado, 7 adultos abandonaron, 6 recayeron y 12 fallecieron, 82 individuos -6 niños- sin información.

Conclusión: los niños padecieron MDR en la misma proporción que los adultos sin tratamiento previo. Se observó también una necesidad imperiosa de contar con una notificación exhaustiva y un riguroso estudio de cohortes que permitan evaluar la situación real de la TB en la provincia de Buenos Aires. Debería asimismo recomendarse el incremento en la realización de cultivos y pruebas de sensibilidad que permitan determinar el perfil de resistencia bacteriana para tratar apropiadamente la TBP y la MDR, indicadores de transmisión activa y del impacto de las actividades del PCTB en la comunidad.

24196. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA (SF-36) EN PACIENTES CON TBC. SECRETARÍA DE SALUD. MUNICIPIO DE QUILMES. BECA CARRILLO-OÑATIVIA 2007

Cusmano L, Morua S, Logran M, Pereyra A, Palmero D

La calidad de vida relacionada con la salud se puede definir como los efectos funcionales de una enfermedad y su terapia en el paciente, percibidos por él mismo. La encuesta SF-36 permite la evaluación global del concepto de salud y la descripción de los cambios en la calidad de vida del paciente durante la enfermedad. Hay pocos estudios de calidad de vida en pacientes con Tuberculosis (TBC) en Latinoamérica.

Objetivos: el objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida en pacientes con TBC durante la fase inicial del tratamiento.

Materiales y métodos: se aplicó la encuesta SF-36 a una muestra de pacientes con TBC y a un grupo control, residentes en Quilmes durante el año 2007. Se utilizó la puntuación de las escalas: 0 peor salud-100 mejor salud. Se analizaron 36 preguntas de las ocho escalas de los tópicos Salud física y salud mental.

Se calculó el promedio y el desvío estándar (DE) de cada escala. Se utilizó un test de T (IC 95%,p: 0.05) para comparar los promedios entre casos y controles. Resultados: se procesaron 60 encuestas: 30 casos y 30 controles. La población encuestada presentaba una mediana de edad de 26 años, en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el 93% del total. Las cuatro escalas correspondientes a la Salud Física fueron: función física, rol física, dolor física y salud general, con una puntuación promedio de 39.53 (DE 23.63) entre los casos y 39.88 (DE 21.4) entre los controles. Las cuatro escalas correspondientes a la Salud Mental: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, con un promedio de 39.19 (DE 17.69) entre

los casos y 39.09 (12.91) en los controles. Entre los pacientes la menor puntuación promedio entre todas las escalas fue el Rol físico (19.29 puntos- DE: 17.57) y la Vitalidad (27.46-DE 14.41), ambas con diferencias significativas entre casos y controles, test de T = 1.01(S) y 0.04(S) respectivamente.

Conclusión: el promedio en los tópicos Salud mental y física fue menor a 40 puntos, sin de datos nacionales para establecer comparaciones. El Rol físico y la vitalidad fueron las dos únicas escalas con diferencias significativas. Una explicación a este hallazgo podría ser el tamaño de la muestra y que ambos grupos estaban integrados por una población en condiciones de gran vulnerabilidad social.

24257. USO DE UNA OXAZOLIDINONA EN PACIENTES VIH/SIDA CON TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE Y EXTENSAMENTE RESISTENTE

Cruz V, Messina F, Bartoletti B, González D, Pagano I, Moreno L, Alberti F, Güemes J, Wáisman J, Palmero D

Antecedentes: experiencias en pequeño número de pacientes con oxazolidinonas.

Objetivos: analizar resultados terapéuticos, toxicidad y costo del empleo de linezolid (LZL) con objeto de aumentar la eficacia de regímenes anti-TB considerados insuficientes en pacientes VIH/sida con drogorresistencia bacilar.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo aprobado por el CODEI del Hospital Muñiz sobre pacientes internados en Sala 19 (TBMDR/sida) entre enero 2004 y marzo 2007, que presentaron TBMDR (TB con resistencia como mínimo a INH y RMP) con mala respuesta terapéutica durante el 1er. mes de tratamiento y TBXDR (TB extensamente resistente: TBMDR más resistencia a fluoroquinolona e inyectable de 2^a. línea). El LZL se utilizó en 2004 a dosis de 1.200 mg/d, luego 600 mg/d. Estudios de sensibilidad realizados en Laboratorio Cetrángolo y Malbrán.

Resultados: se estudiaron 7 pacientes masculinos VIH+ con edad promedio: 39 años; 3 TBXDR y 4 TBMDR con enfermedad diseminada, a los que se indicaron regímenes con drogas de 2^a. línea y LZL como droga de última chance. El recuento promedio de CD4+ fue 123,6 céls/mL (rango: 6-316). Dos tenían antecedente de tratamiento antirretroviral previo. Se obtuvo conversión bacteriológica sostenida del cultivo en un promedio de 2,6 meses (rango 1-4). Apareció toxicidad severa atribuible al LZL en 3 casos (mielosupresión, neuritis óptica y periférica), 2 de ellos tratados con 1.200 mg/d (2004). Tres pacientes adicionales recibieron LZL durante la internación, con conversión bacteriológica, pero fue suspendido al alta por falta de adherencia. El costo mensual del LZL fue USD 850 (600 mg/d).

Evolución: alta con criterio de curación, 3 casos; continúa en tratamiento con cultivos negativos (+ de 1 año), 1; fallecidos con cultivo negativo (sepsis y hemoptisis), 2; abandono, 1.

Conclusión: el agregado de LZL a esquemas anti-tuberculosos con drogas de 2^a. línea en pacientes VIH/sida con TBMDR y TBXDR resultó efectivo, aunque su alto costo y toxicidad lo convierten en una indicación muy restringida, sumado a la necesidad de disponer de la capacidad laboratorial para realizar pruebas de sensibilidad y la posibilidad de generar resistencia en gérmenes comunes.

24273. TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER (CABA). PERÍODO 1996-2006

Tanco SM, Billone RM, Rodríguez MC, Betta Pella ME, Gallego MJ, Otheguy SM

Objetivos: analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con tuberculosis atendidos en el hospital en el período comprendido entre el 01/01/96 y el 31/12/06.

Materiales y métodos: se revisaron las fichas de notificación para la Red de Tuberculosis (CABA) y las historias clínicas de los pacientes, correspondientes a ese período.

Resultados: se atendieron 579 enfermos, 283 hombres y 296 mujeres. La edad media fue de 35,78, rango entre 2y 83, mediana de 32. Se encuentra una tendencia en ascenso del número de casos atendidos por año, superior al 50%

Nacionalidad: Argentina 83.07%, Boliviana: 7.6%, Peruana: 4.66%, Paraguaya: 2.59%, Otras: 2.07.

Residencia: Conurbano: 66.84%, Bs As: 3.45%, Capital: 27.63%. Otros: 2.08%.

Localizaciones: Pulmonar: 478 (82.55%), Extrapulmonar asociada a pulmonar :47 (8.12%), Extrapulmonar: 54(9.33%) Frecuencia de las localizaciones extrapulmonares (101): pleural: 88(87.12%), ganglionar: 3(2.9%), columna:2(1.98%), laringe: 2(1.98%), otras:6(5.94%)

La confirmación bacteriológica por directo y/o cultivo se logró en 402 pacientes (69.43%)

La confirmación por anatomía patológica se obtuvo en 71 pacientes (12.2%)

En 27 pacientes (4.66%) la anatomía patológica fue el único método de confirmación.

Asociaciones morbosas: consignadas en 174 pacientes (asma: 32, diabetes: 30, EPOC: 23, SIDA: 16 embarazo o puerperio: 7, silicosis: 6, bronquiectasias: 6, otras: 54.)

Reacciones adversas: descritas en 74 pacientes (12.78%): hepatitis: 34, elevación de transaminasas: 13, intolerancia digestiva: 7, prurito: 6, dermatitis: 5, neuritis óptica: 1. otras: 8

Fin de tratamiento: completaron 422 (72.88%), abandonaron: 69 (11.92%), fallecieron:14 (2.4%), derivados:70(12.09%) sin dato:4 (0.69)

Conclusión: se observó a lo largo de este período un incremento significativo del número de pacientes atendidos. La confirmación diagnóstica por bacteriología y/o anatomía patológica se logró en el 74.09% A pesar de no poder hasta el momento realizar tratamiento supervisado, con la implementación de medidas conjuntas con Servicio Social y Bacteriología tendientes a lograr la rápida atención del paciente se logró un buen nivel de cumplimiento. Servicio Social continúa trabajando en un proyecto que logre que el paciente tome mayor conciencia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.