



COMUNICACIONES ORALES

C01

"INMUNOLOGÍA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: UTILIDAD DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO."

RODRÍGUEZ MARTÍN I

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas son un grupo heterogéneo de enfermedades respiratorias con difícil diagnóstico. El estudio del lavado broncoalveolar (BAL) mediante citometría de flujo puede definir patrones celulares típicos en diferentes enfermedades, proporcionando algo de ayuda en el diagnóstico diferencial. El objetivo de este estudio ha sido analizar retrospectivamente la utilidad clínica del análisis de las subpoblaciones celulares y linfocitarias por citometría de flujo.

Métodos: hemos estudiado 102 pacientes retrospectivamente. Los sujetos fueron diagnosticados de enfermedad pulmonar intersticial durante 3 años. Se realizó el análisis celular de BAL por citometría de flujo, pruebas histológicas y de imagen (TACAR) en las diferentes enfermedades pulmonares. El porcentaje de células T, células B, células NK, CD4, CD8 y CD4 / CD8 se analizaron por citometría de flujo, a través de los marcadores CD3 +, CD19 + CD4 +, CD8 +, CD3 + CD4-CD8- y CD3 + CD16-CD56-.

Resultados: se confirmó la baja incidencia de enfermedades pulmonares intersticiales difusas en nuestra área (1/10000 por año). La fibrosis pulmonar idiopática (30%) y la sarcoidosis (16%) fueron las enfermedades pulmonares intersticiales diagnosticadas con más frecuencia.

Concluimos que los parámetros de mayor utilidad son la linfocitosis y el cociente CD4/CD8l. Este cociente se presentó alto en patologías como la sarcoidosis y se invirtió en alveolitis alérgica extrínseca. Los neutrófilos fueron la población predominante en la fibrosis pulmonar idiopática.

Conclusiones: El estudio de BAL es útil para discriminar entre enfermedades pulmonares intersticiales.

C02

"TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: ESTUDIO

MULTICÉNTRICO EN CÓRDOBA"

NIGRA NATALIA; NIGRA NATALIA P.1 , ARISMENDI VIRGINIA2 , FARREL PAMELA 2, MOYANO VIVIANA1 2, CUESTAS ERICA 1, SAVIO VERONICA3, CASAS JUAN P.1 Y URIBE MARIA ELISA 2.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El curso y la severidad de las EPID asociadas a las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) es variable. El pilar del tratamiento es la inmunosupresión: corticoides asociados a drogas tales como el metotrexato (MTX), azatioprina y micofenolato(MICO). En casos refractarios se han utilizado inmunoglobulinas endovenosas, rituximab (RTX), ciclofosfamida, ciclosporina A y tacrolimus. Nuestro objetivo principal es identificar el tratamiento farmacológico recibido por los pacientes con EPID asociada a MII. Como objetivos secundarios : determinar la respuesta terapéutica según clínica, pruebas de función respiratoria e imágenes. En los pacientes que padecieron infección por COVID-19, describir el tratamiento que estaban recibiendo para su MII y la evolución de EPID.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se reclutaron pacientes con MII del año 2017 a 2022 de 3 centros de la ciudad de Córdoba (Hospital Córdoba, Hospital Italiano y Sanatorio Allende). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con EPID asociada a MII y seguimiento clínico, funcional respiratorio y/o de imágenes en el período de los 5 años del inicio del tratamiento. Se excluyeron aquellos con falta de seguimiento correspondiente y con miositis por cuerpos de inclusión. Se revisaron las historias clínicas y se consignaron: datos demográficos, tipo de miopatía, serología autoinmune, patrón tomográfico, pruebas funcionales respiratorias (espirometría y DLCO), infección por COVID-19, tratamiento farmacológico y respuesta terapéutica. Se consideraron las drogas utilizadas inicialmente y en los casos refractarios, el último esquema recibido. La respuesta al tratamiento se evaluó según la evolución clínica, funcional respiratoria e imágenes.

RESULTADOS: Del total de 47 pacientes con MII, se analizaron los 14 que presentaron EPID asociada. El 74% de sexo femenino y edad media de 50,7 años. El 52% de los casos fueron de síndrome antisintetasa, 32% de polimiositis y 16% de dermatomiositis. El patrón tomográfico más frecuente fue NINE (74%) y el anticuerpo de mayor prevalencia Jo-1 (47%). El esquema terapéutico inicial más frecuente fueron los corticoides (asociados a otro inmunosupresor) en el 84%, seguidos por MICO (63%) y RTX (26%). La respuesta al tratamiento inicial no fue favorable en el 41%. El patrón NINE se asoció a una mala respuesta terapéutica mientras que el NIU a

una evolución favorable. En los casos refractarios, el Rituximab fue la principal opción con resultados variados. Un 37% de los pacientes padecieron Covid-19 (principalmente formas leves). Luego de la infección, el 43% de presentó progresión de su EPID.

CONCLUSIÓN: Nuestra cohorte de pacientes con EPID asociada a MII presentó como esquema terapéutico inicial más frecuente corticoides y MICO. Aproximadamente la mitad de los casos presentaron mala respuesta siendo necesario el cambio de tratamiento. En los casos refractarios, el Rituximab fue la principal opción obteniéndose resultados variados. En general los casos de infección por COVID-19 fueron leves. Sin embargo, la mitad presentó progresión de su EPID.

C03

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES ASISTIDOS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

TABAJ G; ROLDAN R; FUENTES N; DELGADO J

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo de enfermedades poco prevalentes, pero de abordaje muy complejo en la práctica clínica. Si bien son entidades poco prevalentes existe un incremento en su incidencia y una complejización creciente en su manejo global. Hasta la fecha en Latinoamérica existen muy escasos datos epidemiológicos, y se conoce que existe un importante retraso en el diagnóstico. Recientemente se han publicado los datos del registro latinoamericano de fibrosis pulmonar idiopática (REFIPI) en donde se observó un periodo sintomático relativamente largo hasta el diagnóstico definitivo (mediana de 1 año).

Objetivo: Conocer las principales características clínicas de los pacientes con EPID que fueron asistidos en un hospital especializado en medicina respiratoria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes evaluados en la consulta especializada de EPID del Hospital Cetrángolo desde enero de 2015 hasta julio de 2022.

Resultados: Se evaluaron 445 pacientes con una edad de $63,7 \pm 11,95$ años, 334 (75%) eran mujeres, 190 (42.69%) tabaquistas o ex tabaquistas y entre los fumadores, la media de carga tabáquica fue de $29,29 \pm 24,82$ p/y. El diagnóstico se estableció mediante biopsia en 62 pacientes (13.93%) y la mediana de tiempo hasta la consulta fue de 12 meses (rango de 0 a 240). La media

de FVC fue de 2.35 litros y $73.83 \pm 19.21\%$ y 160 pacientes (35.95%) presentaban diagnóstico previo de enfermedad del tejido conectivo. En relación a los diagnósticos, las EPID más frecuentes fueron las autoinmunes (n=203, 45%), fibrosis pulmonar idiopática (n=118, 26.41%) y exposicionales (n=52, 11.68%). Con respecto al tratamiento, 86 (19.32%) pacientes recibieron antifibroproliferativos: 62 pirfenidona y 29 nintedanib.

Conclusiones: Las EPID más frecuentes fueron asociadas a ETC y FPI. Casi un 10% de los pacientes presentaba una “ETC oculta”.

C04

PROTEINOSIS ALVEOLAR REPORTE DE CASOS

FARRELL P; LEVIS K; MOYANO V; USANDIVARAS M; PEREYRA B; CUESTAS E; MDEOT A; LOSANO M; URIBE ECHEVARRIA M E; CASAS J P

Introducción: Proteinosis Alveolar Pulmonar (PAP) enfermedad caracterizada por acumulación de lipoproteína en el espacio alveolar. Tres formas: genética, secundaria y autoinmune. El factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) importante en función de macrófagos alveolares y homeostasis del surfactante pulmonar

1: Femenina 22 años, asma en infancia. Derivada en 2017 por insuficiencia respiratoria hipoxémica e hipercápnica. SpO₂: 86% aa. TCAR patrón de empedrado irregular, difuso, bilateral. FBC con BAL diagnóstico de PAP. Se realiza LPT derecho sin respuesta. Valoración para trasplante pulmonar. Fallece.

2: Femenina, 18 años, diagnóstico de PAP por biopsia pulmonar a los 5 años. Lavado pulmonar a los 6 años con mejoría clínica. Referida para control. Disnea, SpO₂: 95%aa. TCAR con patrón de empedrado irregular, difuso, bilateral, desaturación significativa. Se indica oxigenoterapia y LPT.

3: Femenina 41 años, obesa, TBQ 28 p/y; Derivada para FBC por internación con Insuficiencia Respiratoria. disnea y SpO₂ 87%aa. TCAR: patrón de empedrado irregular. BAL que confirma PAP. Se realiza trámites para lavado pulmonar total (LPT). En espera, la paciente evoluciona con mejoría, con disminución del requerimiento de oxígeno. TC control con resolución casi completa, persiste sutil VE. Actualmente sin oxigenoterapia.

4: Femenina 37 años, PAP diagnosticada en 2006, internaciones en infancia por infecciones respiratorias. BAL con escasa mejoría de sintomatología 2017/2018. Derivada para evaluación en 2021 por aumento de disnea habitual y requerimiento de oxígeno. TCAR patrón de empedrado irregular difuso. Se decide internación para BAL, paciente presenta empeoramiento clínico y fallece.

5: Femenina 43 años. Diagnóstico PAP en 2017, tratamiento con estimulantes de GM-CSF en 2020 por progresión de enfermedad, derivada para LPT. TCAR patrón de empedrado irregular. LPT sin complicaciones con mejoría de imágenes en radiografía y descenso de requerimiento de oxígeno.

6: Masculino 35 años, ex tabaquista, sobredosis de cocaína, marihuana, abandonó consumo. internación en UTI por insuficiencia respiratoria con ARM, TCAR patrón de empedrado irregular con consolidaciones. Biopsia quirúrgica: alveolos con material amorfo acidófilo.

Recibe esteroides, mejoría clínica. Controles persiste disnea, micofenolato, buena respuesta.

Discusión: PAP enfermedad huérfana, afecta a pacientes jóvenes, la forma autoinmune representa 90% de casos, se observa posible asociación con exposición ambiental en algunos pacientes. Sospechar ante TCAR con patrón crazy paving y fallo respiratorio. LPT, tratamiento principal; destaca la importancia de la derivación de pacientes a centros experimentados en la técnica.

Conclusión: El diagnóstico precoz y manejo oportuno podrían resultar en mejoría clínica para el paciente.

C05

EVALUACION DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

CORONEL D; MATAS L; RODRÍGUEZ T

Introducción: La Apnea obstructiva del sueño (AOS) es una afección común y tratable, es un problema de salud pública a nivel mundial. La aplicación de presión positiva continua vías aéreas (CPAP) es la forma principal de tratamiento. Sin embargo, 30% de personas diagnosticadas y con prescripción de CPAP, no se adhieren al tratamiento. Lo que aumente la adherencia beneficia al paciente y sistema de salud en términos de costo. La limpieza del

CPAP, tubuladura y máscara debe ser de rutina porque minimiza los problemas de ajuste. El lavado es esencial para deshacerse de aceites para el cuerpo, polvo, suciedad y germen. La falta de limpieza regular produce problemas como fugas, perjudicando la adherencia y reduciendo la duración de la máscara. Objetivos: 1) Describir tipo de equipos y máscaras usados, evaluar su limpieza y mantenimiento 2) Analizar cobertura social predominante 3) Describir tipo de monitoreo utilizado. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal. La población bajo estudio estuvo conformada por 34 pacientes que realizaron consultas en consultorios de sueño para control de tratamiento de AOS, desde enero a mayo del 2022. Se recolectaron datos de: edad, sexo, índice de masa corporal, tipos de equipos, máscaras, tiempo de tratamiento, así como también medidas de limpieza y cuidados con los equipos. La recolección de datos se realizó a partir de un formulario de Google, administrados por personal del equipo de salud. Resultados: De los 34 pacientes el 53% (18) eran de sexo masculino, el grupo etario con mayor frecuencia fue de 60 a 69 años con 32% (11), 41% (14) eran pacientes con obesidad mórbida. Tenían 51% (17) cobertura social nacional de su tratamiento. Usaban en su mayoría equipos de CPAP 91% (31) y máscaras buconasales. Respecto a los cuidados de los equipos y máscaras las mayores frecuencias se observaron para las siguientes situaciones: 56% (19) lavaba su máscara más de 1 vez/semana, 62% (21) lavaba el arnés 1 vez/mes y 47% (16) lavaba la tubuladura una vez/mes. La frecuencia de cambio de máscaras era generalmente 42% (11) una vez/año. El cambio de filtro del equipo la mayor parte de los pacientes no lo había realizado nunca 69% (18). El 71% (24) no usaban humidificador con su equipo. El 44% (15) de los pacientes estudiados realizaban tratamiento hacia más de 5 años, pero, cuando se consideraba la lectura de manual instrucciones el 68% (23) no había leído el manual. Respecto al tipo de control el 62% (16) se realizaba por tarjetas inteligentes el seguimiento. Conclusión: Se observó que la mayoría de los pacientes usaban CPAP y máscaras buconasales. Sobre la higiene las máscaras se lavaban al menos 1 vez/semana. Los arneses y tubuladuras 1 vez/mes. Pero la mayoría nunca había cambiado el filtro de su equipo. Muestra desconocimiento o falta de concientización por parte de los usuarios de la importancia de la limpieza de los equipos.

C06

DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO STOP-BANG PARA PREDECIR APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN MUJERES

GINETTI M B; FRANZOY J; GONZALEZ Y; BLANCO M; ERNST G; SALVADO A; BORSINI E

Introducción: Las apneas e hipopneas obstructivas del sueño (AOS) son más prevalentes en la población masculina. Sus mecanismos fisiopatológicos y las manifestaciones clínicas estarán determinados por el género del paciente. Las mujeres han sido infra representadas en los estudios de investigación, en decir, los datos para su abordaje se extrapolan de una población de diferente sexo. El STOP-BANG es un cuestionario validado para el cribado de la AOS, aunque su desempeño en la población femenina aún no se comprende completamente.

Objetivo: Evaluar el desempeño de STOP-BANG con particular énfasis en el género femenino y su capacidad de predicción para identificar un índice de apneas e hipopneas por hora (IAH) en grado moderado a severo (> 15 eventos/hora) en pacientes con sospecha clínica derivados para la realización de una poligrafía respiratoria domiciliar auto-administrada (PR) de nivel III.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, en adultos referidos al Hospital Británico de Buenos Aires, entre 2013 y 2020. Se utilizaron la escala de somnolencia de Epworth (ESS), cuestionario de Berlín y de STOP-BANG (SBQ). Los resultados se correlacionaron con los datos de la PR utilizando IAH. Se calcularon la Sensibilidad (S), Especificidad (Sp), el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), y el área bajo la curva ROC (AUC-ROC) para cada cuestionario y sus combinaciones.

Resultados: 5344 pacientes fueron analizados; 3366 hombres (62.9%) y 1978 mujeres (37.1%) con media en edad; 54.7 ± 14 años, índice de masa corporal; 32 ± 7.2 kg/m², ESS; 7.8 ± 5.1 y Berlín alto; 88.38%. La proporción de IAH > 15 ev/h fue 30.4% en mujeres y 54.5% para hombres. El cuestionario de ESS > 10 para discriminar IAH > 15 en mujeres, presentó una AUC-ROC; 53% y Berlín de alto riesgo una AUC-ROC; 58%.

Para identificar AOS moderado a severo en población femenina, tres componentes de SBQ en cualquier combinación mostraron; S: 65.1% (CI: 61.2 – 68.9) y Sp: 61.5% (CI: 58.9

– 64.1) con VPN: 80.1 y VPP: 42.6 y AUC-ROC de 67%, mientras que, en hombres, la presencia de cuatro componentes demostró S: 68.99% (CI: 66,8 – 71.1) y Sp: 55.58% (CI: 53.1 – 58.1) con VPN: 59.9 y VPP: 65.1 y AUC-ROC de 66.5%.

Conclusión: En mujeres, 3 componentes del SBQ obtuvieron el mejor desempeño para identificar la presencia de apneas del sueño en grado moderado a severo. La capacidad discriminativa de SBQ para AOS moderado a severo fue mayor que el cuestionario de ESS y Berlín.

C07

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MICROBIOLOGÍA DE LAS BRONQUIECTASIAS NO FIBROQUÍSTICA DE LA POLICLÍNICA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL MACIEL

CHABAT T; LARROSA A; BOURDIN V; GRILL F; FERNÁNDEZ L

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La enfermedad bronquiectásica es una patología que se caracteriza por inflamación bronquial crónica, heterogénea, con importante morbimortalidad. Su prevalencia está en aumento, aunque continúa siendo subdiagnosticada.

Las infecciones bacterianas juegan un rol importante en la progresión de esta enfermedad, así como en las exacerbaciones. Por lo tanto, conocer los microorganismos potencialmente patógenos (MPP) involucrados es fundamental para guiar el tratamiento.

El objetivo es describir los MPP prevalentes y las resistencias antimicrobianas de pacientes con enfermedad bronquiectásica no fibroquística asistidos en la policlínica especializada de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Estudio descriptivo, observacional, de pacientes asistidos en la policlínica de bronquiectasias del Hospital Maciel, entre marzo 2020–junio 2022. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y microbiológicos de historias clínicas electrónicas.

RESULTADOS

Se analizaron 43 pacientes, mediana de edad 53 años, mayor prevalencia en sexo femenino (67%). Asilaron al menos un MPP 36 pacientes (84%): 25 (69%) corresponden a Pseudomonas

spp, 16 (44%) *H. influenzae*, 15 (42%) *K. pneumoniae*, 8 (22%) *S. aureus*, de los cuales 2 fueron meticilino resistentes.

De las *Pseudomonas* spp. 13 (52%) fueron primer aislamiento. Presentaron infección bronquial crónica (IBC) a *Pseudomonas* spp 13 pacientes (52%).

Considerando *Pseudomonas* spp y su antibiograma: 16 (70%) fueron sensibles a Ciprofloxacina (CIP), 19 (83%) sensibles a Ceftazidima (CAZ), 21 (91%) sensible a Amikacina (AMK). De los 13 cultivos en los que se testeó sensibilidad a Colistina (COL) el 100% fue sensible; en cuanto a TOB, de 17 testeos 14 resultaron sensibles (82%). De 2 aislamientos no se obtuvo antibiotipo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El alto porcentaje de pacientes con al menos un aislamiento de MPP traduce el rol de la infección bacteriana en esta enfermedad, así como la importancia de realizar cultivos seriados para conocer la microbiología de cada paciente y guiar el tratamiento.

Pseudomonas spp, fue el MPP más prevalente y el principal agente de IBC, coincidiendo con lo reportado en series internacionales. La alta prevalencia de IBC a *Pseudomonas* spp en esta serie es un indicador indirecto de severidad de la enfermedad en los pacientes asistidos, sabiendo que repercute en la calidad de vida y en la función pulmonar.

Considerando la sensibilidad antibiótica de *Pseudomonas* spp, se resalta el alto porcentaje de sensibilidad a CIP, antibiótico con disponibilidad vía oral, con alto poder antipseudomonas, permitiendo el tratamiento ambulatorio. Destacamos la sensibilidad a CAZ y AMK, que constituyen el tratamiento empírico antipseudomónico de nuestro centro hospitalario; decisión basada en registros previos de sensibilidad antibiótica de la unidad de enfermedades infecciosas.

Por otra parte, la sensibilidad a los tratamientos inhalados, tanto TOB como COL, arroja resultados muy alentadores. La terapia inhalada es un pilar fundamental en el control de las poblaciones bacterianas, con impacto en la calidad de vida y progresión de la enfermedad en los pacientes con IBC.

C08

COSTOS DIRECTOS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO ADHERENTE DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CAPELLI L; JAJATI M; SÍVORI M; PASCANSKY D; CATANIA I

Objetivos: Determinar los costos directos del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes ambulatorios y adherentes en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires entre los años 2017 y 2021.

Métodos: Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de ingreso de tuberculosis pulmonar ambulatorios entre los años 2017 y 2021 en nuestro Hospital. El costo de las drogas antituberculosas fue provisto por el Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). El costo de otras drogas fue realizado tomando el manual farmacéutico Kairos de Julio 2022 y de los estudios diagnósticos de nomencladores del GCBA de 2022, a una cotización peso/dólar de 140. Se usaron técnicas estadísticas convencionales.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (60% masculinos), edad mediana 33,5 años (RIQ 22,5-48,75). Sólo dos pacientes eran tabaquistas actuales 25 paq-año), 20% situación de calle y desnutridos y 10% desocupados y con adicciones. El tiempo de tratamiento fue 24 semanas de media (DS 2,52) y la adherencia fue 100% al tratamiento.

El costo final por paciente fue 257,79 dólares mediana (RIQ 191,6-328,55).

Conclusión: El costo directo de cumplir el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires es 257 dólares por paciente. El perfil de pacientes es representativo de los pacientes atendidos en su sistema público. Es el primer estudio de costos directos en nuestro país del tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar en pacientes adherentes. El costo de tratar a los pacientes ambulatorios es quince veces menor que internarlos según otro estudio de nuestro Servicio. Es fundamental lograr la adherencia al tratamiento para curar la tuberculosis y evitar problemas de drogo-resistencia y aumento de la morbi-mortalidad.

C09

IMPACTO EN LOS COSTOS DIRECTOS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR ESTUDIO CASO-CONTROL EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CAPELLI L; JAJATI M; SÍVORI M; PASCANSKY D; CATANIA I

Objetivos: Determinar los costos directos del tratamiento de pacientes con tuberculosis (TB) pulmonar hospitalizados y que luego abandonen el tratamiento en comparación a quienes lo cumplen, en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires entre los años 2017 y 2021.

Métodos: Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de ingreso de TB pulmonar hospitalizados entre los años 2017 y 2021 en nuestro Hospital. Se determinaron los costos directos desde la perspectiva del financiador, teniendo en cuenta los costos de medicamentos y la modulación de internación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a Julio (GCBA) de 2022, a una cotización peso/dólar de 140. El costo de las drogas antituberculosas fue provisto por el Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud del GCBA. El costo de las drogas por fuera de la modulación fue realizado tomando el manual farmacéutico Kairos de Julio 2022 y de los estudios diagnósticos de nomencladores del GCBA. Se consideró como caso a aquel paciente que abandono (GA) el tratamiento y como control al que lo cumplió (GC). La relación de GA:GC fue 2:1. Se usaron técnicas estadísticas convencionales.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes en el GA y 10 en el GC sin haber diferencias en la edad y género entre los grupos (85/80% y 38,5 y 31,5 años de mediana, respectivamente). En el GA hubo más pacientes con carga tabáquica, situación de calle, desnutrición, alcoholismo, adicciones y serología reactiva a VIH (todos $p < 0.05$). El tiempo de primer tratamiento fue para GA 5,5 semanas (RIQ 3-8) y 24 semanas GC. La duración en el GA de segundos hasta sexto tratamientos fue en rango de 0.5 a 9 semanas. Once pacientes hicieron segundos tratamientos hasta uno sólo el sexto. No hubo diferencias en los días de la primera internación entre ambos grupos (GA: 21,5 vs GC:19,5 días). Un paciente falleció. Se detectó un caso de resistencia a rifampicina en la evolución posterior.

El costo final por paciente fue 8.165,87 dólares (RIQ 4706,45-12897,82) en el GA y 4015,26 dólares (RIQ 3458,15-4482,6) en el GC ($p < 0.01$). El costo directo no modulado fue de 33% del

total en el GA y 8.29% en el GC ($p < 0.05$).

Conclusión: El costo directo de abandonar el tratamiento por paciente que se le inicia tratamiento para TB pulmonar hospitalizada es el doble en comparación a los que lo cumplen (8165 vs. 4015 dólares, mediana). En el GA se encontraron más pacientes con carga tabáquica, situación de calle, desnutrición, alcoholismo, adicciones y serología reactiva a VIH ($p < 0.05$). Un tercio del costo directo del tratamiento de los pacientes del GA están por fuera de la modulación del GCBA. La primera internación en sala fue entre 19,5 a 21,5 días. Es el primer estudio de costos directos en nuestro país del impacto del abandono del tratamiento de la TB pulmonar hospitalizada. Se deben instrumentar programas de mejorar la adherencia al tratamiento y así paliar la compleja situación social de los pacientes que abandonan el tratamiento, evitando un alto costo sanitario, de drogo-resistencia y aumento de la morbi-mortalidad.

C10

ANALISIS DE CASOS DE PERIPLEURITIS TUBERCULOSA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES DURANTE EL PERIODO DE 1983 HASTA 2021. SERIE DE CASOS

BALOCO O; SIVORI M; JAJATI M; GONZALEZ C

Objetivo: conocer la incidencia y características demográficas de la peripleuritis tuberculosa (PPTB), su asociación con lesiones parenquimatosas, su coinfección con el VIH y las tasas de cumplimiento y abandono de tratamiento registradas en un hospital público durante el periodo 1983-2021.

Material y métodos: se procedió a un análisis retrospectivo de casos de PPTB tuberculosa confirmados por biopsia o imágenes, que fueron notificados por ficha al Programa respectivo, registrados en el archivo de historias clínicas y el sistema informático del Ministerio de Salud del GCABA (SIGEHOS). Se consideraron los siguientes datos: antecedentes demográficos, vacunación BCG, coinfección con HIV, presencia o no de compromiso pulmonar simultáneo, adherencia al tratamiento, toxicidad, resistencia farmacológica y mortalidad.

Resultados: se registraron 4076 casos de TB, 11 de ellos PPTB (incidencia de 269.8

casos de PPTB/100.000 casos de TB). La mediana de edad fue de 42 años (RIQ 23-96) y los varones resultaron el 72.7% (n=8) de la muestra, de la que 36.3% (n=4), tenían vacunación BCG y 18% (n=2), coinfección con el VIH (período 1989-2021). Un 54,5% (n=6) de los pacientes presentaron lesiones parenquimatosas agregadas: el 50% (n=3) tuvieron lesiones únicas no cavitadas y el resto de ellos, 1 con imágenes únicas cavitadas, 1 con lesiones bilaterales no cavitadas y 1 con lesiones bilaterales cavitadas. Se arribó al diagnóstico por biopsia en 72.7% (n=8) de los casos y fué clínico-radiológico en los restantes. Las zonas anatómicas comprometidas resultaron la cadena ganglionar mamaria interna en el 63% (n=7), la paravertebral 27% (n=3) y la intercostal 9% (n=1). Se observaron 3 abandonos del tratamiento (27%), 1 fallecimiento durante el mismo (9%), 1 caso de resistencia a rifampicina en un paciente con compromiso pulmonar simultáneo y 1 paciente (9%), presentó hepatotoxicidad por pirazinamida de carácter reversible.

Conclusiones: en este reporte, la incidencia de PPTB fue de 269.8 casos/100.000, con predominio en hombres de edad mediana, sin vacunación BCG y con afectación pulmonar unilateral no cavitada. La coinfección con VIH fue considerable, del 18% , lo que podría atribuirse al perfil de nuestra institución. En casi tres de cada cuatro pacientes se realizó un diagnóstico por biopsia, el procedimiento de elección en estos casos, la que correspondió mayoritariamente a la cadena mamaria interna. Se registró abandono de tratamiento al menos en uno de cada cuatro pacientes, lo que se asoció al policonsumo de sustancias y la situación de calle. Debido a la considerable incidencia de TB en nuestro país y a la baja sospecha clínico-radiológica de peripleuritis, se debería tener en cuenta esta forma de presentación clínica para su diagnóstico y tratamiento tempranos.

C11

AZTREONAM BASE: CARACTERIZACIÓN FÍSICOQUÍMICA INTEGRAL APLICABLE A PREFORMULACIÓN DE INHALADORES DE POLVO SECO PARA FIBROSIS QUÍSTICA

CALDAROLA M P; BUCALÁ V; RAMÍREZ RIGO M V

Introducción y objetivo: Aztreonam (AZT) es un antibiótico monobactámico cuya sal de lisina es

empleada vía inhalatoria, por nebulizaciones, para el tratamiento de infecciones pulmonares crónicas

por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). La formulación farmacéutica empleando AZT representa un desafío, debido a que la información disponible en la literatura abierta

referida a sus propiedades fisicoquímicas es escasa. Se requiere el conocimiento de los atributos de la

materia prima para respaldar la formulación de un producto y el desarrollo del proceso productivo. En

este contexto, este trabajo tuvo como objetivo caracterizar las propiedades relevantes de la materia prima AZT base, en términos de: morfología de partículas, distribución de tamaño, espectroscopía infrarroja, estructura cristalina y comportamiento térmico; a fin de obtener información significativa para la etapa de preformulación que pueda ser aplicable al desarrollo de un polvo seco por un proceso

de secado por atomización (SA).

Material y método: AZT fue obtenido de Discovery Fine Chemicals Limited (Dorset, Reino Unido).

Se realizó una caracterización fisicoquímica integral de la materia prima, abordando las siguientes técnicas: microscopía electrónica de barrido (SEM); determinación de tamaño de partícula por difracción de luz láser; espectrometría infrarroja con transformada de Fourier (FT-IR); difracción de rayos X (XRD); y análisis térmico, por calorimetría diferencial de barrido (DSC) y termogravimetría (TGA).

Resultados: Las partículas exhibieron un diámetro volumétrico medio de alrededor de 61.31 μm , con cristales de forma corrugada conformados por agregados de partículas más pequeñas. Además, el difractograma de rayos X confirmó la naturaleza cristalina del AZT, y la presencia del polimorfo β . De acuerdo con el espectro FT-IR, la molécula del fármaco exhibió el set de picos característico de AZT: 3297, 1782, 1649, 1188 y 1046 cm^{-1} . La curva de DSC exhibió un pico exotérmico agudo a 220 °C correspondiente a la descomposición del fármaco, que se relaciona con lo anteriormente informado sobre el polimorfo β . La curva termogravimétrica reveló una pérdida de masa del 1.56% por calentamiento hasta temperaturas cercanas a 100 °C, posiblemente por pérdida de agua adsorbida.

A temperaturas mayores a 200°C, la velocidad de pérdida de peso aumenta progresivamente hasta

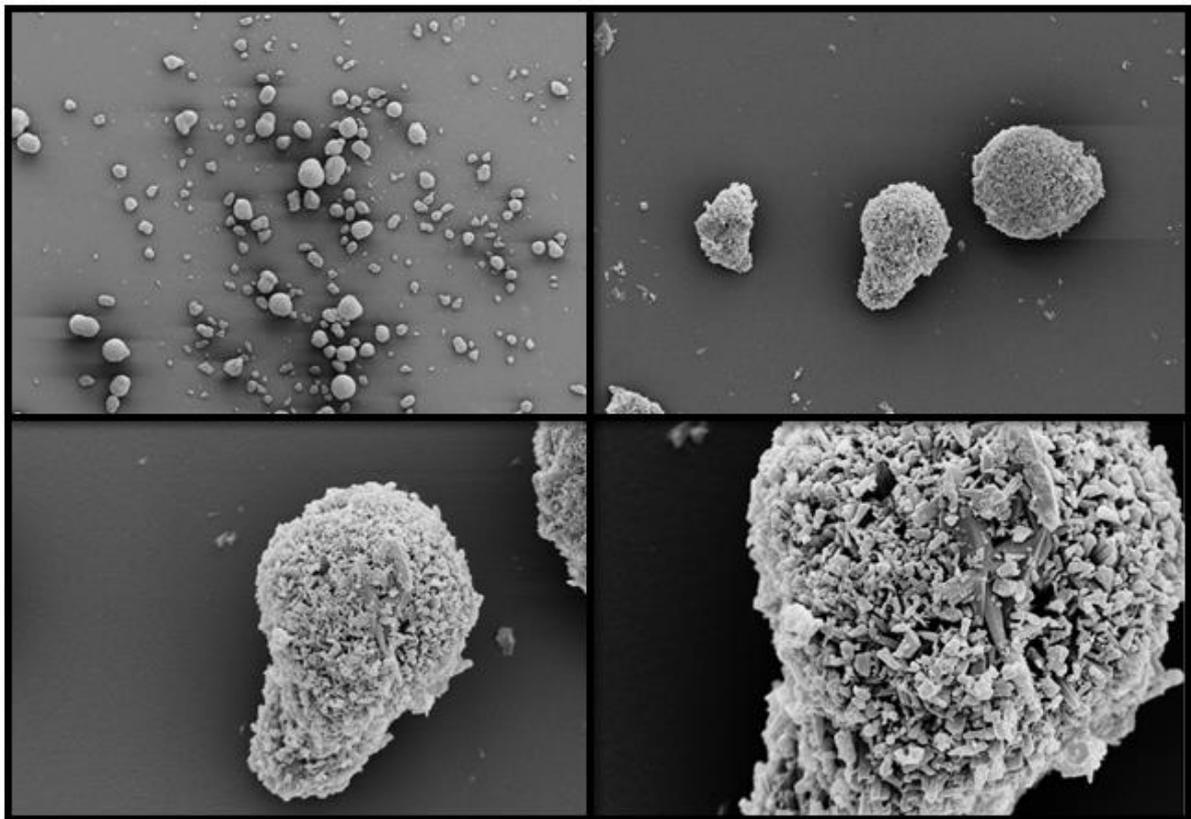
alcanzar un máximo en 219°C, confirmando la descomposición del fármaco observada por DSC.

Discusión y conclusiones: Se confirmó que el polvo analizado está constituido por microcristales de AZT, encontrándose mayoritariamente presente el polimorfo β . Los análisis térmicos sugieren que la materia prima es compatible con las temperaturas empleadas en el proceso de SA (típicamente entre

100 y 150 °C para formulaciones acuosas). La información obtenida en el presente trabajo posibilitará

avanzar en la aplicación de la tecnología de SA para el diseño racional de un polvo seco de AZT, aún no disponible en el mercado.

Agradecimiento: MPC cuenta con beca CONICET-ANLAP. Se agradece la colaboración de T. Odoux y F. Cabrera (PLAPIQUI).



C12

DESARROLLO Y CARACTERIZACIÓN DE UNA FORMULACIÓN DE LEVOFLOXACINA BAJO LA FORMA DE POLVO SECO

PALMISANO E; CALDAROLA M P; CESCHAN N; RAMÍREZ RIGO M V

Introducción y objetivo: La antibioticoterapia inhalada ofrece amplias ventajas sobre la vía oral para tratar infecciones pulmonares en pacientes con fibrosis quística (FQ). Recientemente se ha incorporado

levofloxacina (LVF) a los esquemas farmacoterapéuticos, pero solo se dispone como solución para nebulizar. Este formato implica elevados tiempos de administración y de desinfección de los nebulizadores. Los inhaladores de polvo seco (IPS) son dispositivos de administración inhalatoria con baja propensión a la contaminación microbiana, cortos tiempos de administración y elevada estabilidad.

En este contexto, se produjeron y caracterizaron micropartículas de LVF para formularse como IPS.

Considerando los beneficios de la antibioticoterapia inhalada desde edades tempranas, en este trabajo

se seleccionó el perfil respiratorio de los pacientes pediátricos fibroquísticos (PPF) como modelo para estudiar los parámetros aerodinámicos de la formulación diseñada, evaluar su utilidad para el tratamiento de infecciones respiratorias crónicas en PPF y establecer sus potenciales ventajas respecto

a tecnologías existentes.

Material y método: Empleando secado por atomización, se desarrolló un sistema particulado de LVF y se evaluó su desempeño aerodinámico in vitro bajo condiciones que simulan perfiles respiratorios de

PPF. Para ello se utilizó un impactador en cascada de múltiples etapas (NGI) y un inhalador de alta resistencia para aerosolizar la formulación. El caudal de aire, provisto por una bomba de vacío, fue de

20, 25 y 40 L/min y el volumen evaluado fue de 4L. Se determinó la masa de LVF en cada etapa del NGI mediante espectroscopía UV-Visible y se calcularon los siguientes parámetros de interés: fracción

emitida (FE), fracción respirable para partículas con diámetro aerodinámico menor a $5\mu\text{m}$ (FR $5\mu\text{m}$),

mediana en masa del diámetro aerodinámico (MMAD) y distribución geométrica estándar (GSD). Paralelamente, se realizó un estudio de vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva evaluando oportunidades para el desarrollo del producto.

Resultados: La FE bajo los diferentes caudales fue mayor a 60%. La FR 5µm se ubicó entre 18,7% y 30,2%, indicando que entre el 18 y 30% de la formulación cargada en la cápsula podría ingresar al pulmón. El MMAD fue menor a 5µm, adecuado para la deposición del fármaco en el pulmón, y el GSD

fue menor a 3, indicando una distribución de tamaño aerodinámico angosta. Todas las variables presentaron una clara mejoría al aumentar el caudal de aire ensayado. En bibliografía se reporta interés

en el desarrollo de LVF como IPS considerando las ventajas competitivas de estos sobre los sistemas nebulizados.

Discusión y conclusiones: Los indicadores del desempeño aerodinámico mostraron que el uso del IPS de LVF es factible en los diferentes perfiles respiratorios simulados. El estudio de literatura abierta presenta la oportunidad de incorporar el IPS de LVF dentro de los esquemas combinados para tratar infecciones crónicas en PPF.

C13

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, 1980-2021

FERNÁNDEZ H; ARIAS S; BOSSIO J C; MORDINI N

Introducción y objetivo: El objetivo del presente trabajo es describir la situación de la Tuberculosis (TB) en Argentina en el período 1980-2021.

Material y método: Se realizó un análisis descriptivo de los casos y defunciones por TB notificados en el país. Para el análisis según edad, sexo, jurisdicción y sub jurisdicción de residencia, se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes. La tendencia se evaluó mediante el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de la tasa de notificación de casos nuevos y recaídas, y se expresó como Variación Anual Promedio (VAP). Se midió desigualdad mediante el índice de Gini.

Los datos de notificación se obtuvieron del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) y los de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el cálculo de las tasas se

utilizaron las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Resultados: En el año 2021 se notificaron 12.606 casos de TB (tasa 27,5 por 100.000 habitantes), siendo 11.970 casos nuevos (26,1 por 100.000), de los cuales fueron pulmonares 9.594 (20,9 por 100.000), confirmándose bacteriológicamente 7.856 (81,9%). La tasa de notificación en varones fue de 30,2 por 100.000, y de 21,7 por 100.000 en mujeres, con una razón de tasas hombre:mujer de 1,4. Las jurisdicciones con tasas por encima de la tasa nacional fueron Salta, Jujuy, Buenos Aires, CABA, Chaco y Formosa. Un total de 21 sub jurisdicciones presentaron tasas sobre el percentil 95 con (promedio de 84,4 por 100.000), 34,4 veces superior a la correspondiente a los departamentos por debajo del percentil 5, (2,5 por 100.000). En los últimos 10 años, la VAP de la tasa de notificación fue del 2% (0,6; 3,3). En el año 2021 hubo una recuperación de la notificación de casos totales del 15,7% respecto a 2020. El total de defunciones en 2020 fue de 655, representando una tasa de 1,4 por 100.000, 3% más baja que en 2019, presentando los varones una tasa de 1,8 por 100.000 y las mujeres de 1,1 por 100.000. Seis jurisdicciones presentaron tasas mayores al promedio nacional. El número de muertes por TB se redujo un 65,9% entre 1980 y 2020, y la tasa un 80,1%, con una VAP de -4,08% (IC95: -4,03; -3,90). En el bienio 2019-2020, 13 sub jurisdicciones presentaron tasas de mortalidad por encima del p95 (promedio 15,9), y 13 tasas por debajo del p5 (promedio 0,4). Para el bienio 2019-2020, el índice de Gini para la mortalidad por TB en las sub jurisdicciones fue de 0,33 (IC: 0,30 - 0,36), cuatro veces mayor que la desigualdad correspondiente a las muertes por todas las causas (0,091). De los casos notificados en 2020 con información al respecto, 75,4% fueron éxitos, 14,9% abandonos, 9,6% muertes y 0,1% fracasos. 37,7% no tuvieron información respecto a resultado de tratamiento.

Discusión y conclusiones: La TB sigue constituyendo un importante problema de salud pública, manifestado en el aumento de casos durante los últimos años, y el alto porcentaje de casos en que se desconoce el resultado del tratamiento. En 2021 se observó una recuperación en la notificación de caso en el país.

C14

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS; ADHERENCIA Y SU IMPACTO EN LA CONVERSIÓN BACTERIOLÓGICA.

GAMBERALE A; FURCINITTO P; BARTOLETTI B; REY L; CRUZ V; MATEO M; AIDAR O; PALMERO D

La tuberculosis (TB) drogorresistente (DR) es un serio problema para la salud pública. Su propagación indiscriminada compromete no solo a los pacientes, sino también al personal de salud involucrado en su seguimiento. El tratamiento prolongado tiene como consecuencias la mala adherencia al mismo, el mayor deterioro del paciente afectado y la amplificación de la resistencia, lo cual impacta de forma negativa sobre el sistema de salud.

OBJETIVOS: analizar las características clínico-epidemiológicas, la adherencia al tratamiento y su impacto sobre la conversión bacteriológica en un grupo de pacientes tratados en un hospital público de CABA.

MATERIALES Y MÉTODOS: análisis retrospectivo, entre septiembre de 2015 y mayo del 2022, período en el cual se revisaron 53 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TB-MDR (multidrogorresistente) y Pre-XDR (pre-extremadamente resistente), que fueron atendidos y realizaron seguimiento en el consultorio externo de sala 19, del hospital F.J. Muñiz, CABA.

RESULTADOS: fueron evaluados 53 pacientes; 39 varones y 14 mujeres. El promedio de edad fue 48 años. Nacionalidad 62% argentinos y 33% extranjeros. Respecto a la presencia de comorbilidades, el 32% de ellos HIV positivos (17 pacientes). Al interrogatorio, el 51% no presentó nexo epidemiológico con otros pacientes DR. En cuanto al compromiso radiológico, 49% bilateral con cavidad (BCC). El patrón de resistencia antimicrobiana, acorde a la última notificación de la OMS 2021, fue en el 85% de los casos MR y 15% restante Pre-XDR. La adherencia al tratamiento fue buena en 33 pacientes, e insatisfactoria en los 20 restantes. El 85% de los pacientes, como parte del tratamiento indicado recibió inyectables, en promedio durante 5.5 meses. El 62% presentó reacciones adversas autolimitadas, a excepción de un pequeño subgrupo que requirió suspensión por intolerancia digestiva (PAS) y cambios de medicación dentro del mismo grupo de drogas (Quinolonas). El tiempo total de tratamiento en promedio alcanzó los 18.8 meses, y el de conversión bacteriológica fue de 193.2 días

desde el inicio del mismo. La evolución fue favorable en el 85% de los casos, manteniéndose en la actualidad con cultivo negativo.

CONCLUSIONES: retrospectivamente, los pacientes con buena adherencia al tratamiento, alcanzaron la conversión del cultivo de esputo en menor tiempo, en relación a los no adherentes (152.8 vs 265.9 días), con una P de 0.045. Ésta condición se acompañó de un adecuado control de los efectos adversos y tolerancia a la medicación. Como consecuencia, resaltamos la necesidad de fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia, para mejorar el acceso y cumplimiento del tratamiento. Pensamos que con el advenimiento e implementación de las nuevas drogas y esquemas orales se alcanzarán las metas para mayor adherencia y control de la TB-DR.

C15

ESTUDIO SECUEL-AR 19: FACTORES ASOCIADOS A PATRON SIMIL FIBROTICO AL AÑO DE EVOLUCION EN PACIENTES CON NEUMONIA POR COVID-19

SALDARINI F; GONZÁLEZ A; ROSSI P; SIVORI M; MARTINEZ FRAGA A; ANDREU M; SEGOVIA-ROCA J; SALDARINI F; TRULLAS F

Objetivo: Identificar los factores asociados a patrón similar fibrótico en la tomografía en pacientes dados de alta por neumonía COVID-19 moderada y grave a 12 meses del diagnóstico.

Materiales y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, analítico y prospectivo, de una cohorte de pacientes dados de alta hospitalaria por neumonía moderada o grave por COVID-19, seguidos por 52 semanas en cuatro hospitales generales de agudos de Buenos Aires a partir del 1/6/2020. Se realizó análisis según grupos presencia o ausencia del patrón tomográfico similar fibrótico (SF): presencia de al menos uno de los signos tomográficos: engrosamiento septal interlobulillar, reticulaciones, bronquiectasias por tracción, y/o panalización. Se realizó un análisis de regresión logística, la capacidad de discriminación del modelo se evaluó utilizando el área bajo la curva ROC

Resultados: Se evaluaron 98 pacientes, las características demográficas fueron sexo masculino (62.4%), edad 57.7 ± 10.9 años, comorbilidades frecuentes (hipertensión arterial 38.8%, diabetes 29,6% y respiratorias 18.4%). Se observó a los 12 meses patrón SF en 34.7% y vidrio esmerilado

en el 39%, reducción de la CVF en el 27% y desaturación en el 12.8%.

	Sin patrón SF(n=64)	Patrón SF (n=34)	Valor p
Edad, media (DE), años	56.3(11.3)	59.8(9.5)	0.13
Sexo femenino n (%)	24 (37.5%)	12 (35.3)	0.99
Desaturadores a los 3 meses n (%)	18(32.1)	9(33.3)	0.91
CVF < 80% a los 3 meses n (%)	16(26.2)	17(54.8)	0.001
Antecedentes, n (%)	10(15.6)	8(23.5)	0.34
Respiratorios	10(15.6)	8(23.5)	0.34
DBT	15 (23.4)	14 (41.2)	0.07
HTA	22(34.4)	16 (47.1)	0.22
Neumonía grave	33 (51.6)	22 (64.7)	0.21

Las variables analizadas en el multivariado asociadas a patrón SF a 12 meses post COVID fueron edad [OR 1.04 (IC 95% 0.98-1.10)], sexo OR 1.74 [(IC 95% 0.61-4.96)], FVC < 80% [OR 3.84 (IC 95% 1.34-10.99)] y SF a los 3 meses[OR 3.72 (IC 95% 1.26-10.98)] . El AUC de las curvas ROC es de 0.76 (IC 95% 0.65-0.87)

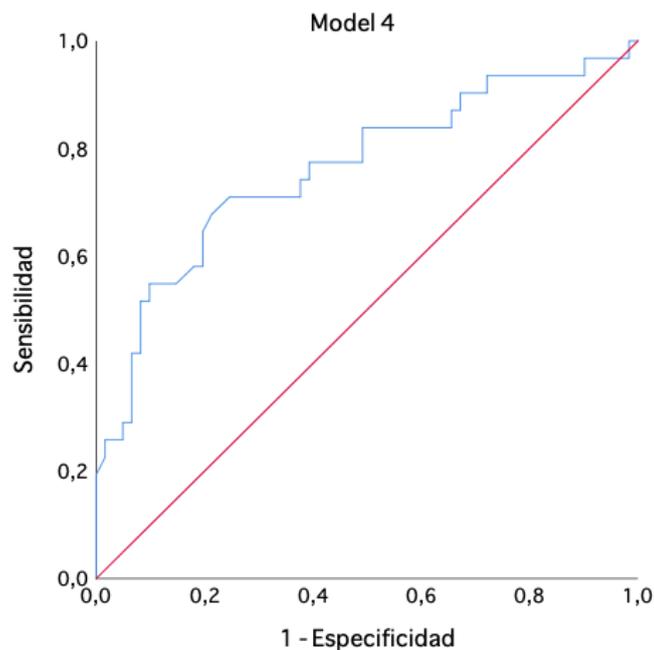


Figura 1. Área Bajo la Curva para patrón símil fibrótico a 12 meses post covid.

CONCLUSION: En nuestra cohorte a los 12 meses observamos alteraciones funcionales y en la tomografía. La FVC <80% y el patrón SF a los 3 meses predictores de patrón símil fibrótico tomográfico al año del alta. Debemos estar atentos a su presencia en su evaluación a los tres meses.

C16

EVOLUCION DE PATRONES TOMOGRÁFICOS EN HRCT POST- COVID A UN AÑO: ESTUDIO DE LA COHORTE DEL HTAL. J. M. RAMOS MEJIA

TRULLÁS M; SIVORI M

Introducción

El compromiso pulmonar como afectación más descripta por infección SARS-COV-2 ha llevado a especialistas a buscar signos tomográficos que permitan entender o predecir su comportamiento.

Objetivo

Evaluar la reversibilidad o persistencia de patrones tomograficos en una cohorte de pacientes con neumonías moderadas y graves COVID-19 a un año de seguimiento del diagnóstico, analizándose el diferente comportamiento evolutivo según haya o no estado en unidad de terapia intensiva (UTI).

Material y métodos

Se examinan las imágenes de 28 pacientes al ingreso de la internación con neumonía COVID19 moderada o grave en sala/ UTI y a los 12 meses, en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre octubre de 2020 y marzo 2022. Todas las imágenes fueron realizadas con el mismo tomógrafo como alta resolución de tórax (HRCT) y evaluadas por dos observadores. Se los dividió en dos grupos de acuerdo a la clasificación propuesta por Han y col.: patrón símil fibrótico (FL) (bronquiectasias por tracción, bandas parenquimatosas, y/o panal) y no símil fibrótico (NFL) (vidrio esmerilado, reticulaciones, crazy paving, consolidación).

Resultados

Se evaluaron al año 28 pacientes con HRCT: 21 con patrón FL (75%) y 7 con NFL (25%).

Del total de pacientes con patrón FL (n=21) el 66% eran hombres (mediana edad 61 años, RIQ 55-65,7). El 28.5 % de los pacientes cursaron internación en UTI y el resto en sala. Los signos tomográficos de este patrón en la HRCT inicial fueron bandas parenquimatosas 90%, bronquiectasias por tracción 47%. 10 de los 21 pacientes (47.6%) con patrón FL presentaron persistencia de sus lesiones al año de la infección inicial en la HRCT. De los internados en UTI, el 33.3% presentaron persistencia de las imágenes al año, vs. 53.4% de los que se internaron en sala (p=0.39).

De los pacientes NFL (n=7), todos cursaron internación en sala, el 57% eran mujeres (mediana edad 64 años, RIQ 56-65). Los signos tomográficos de este patrón en la HRCT inicial fueron 100% VE, 85% de crazy-paving y 71% neumonía en organización. Al año, 2 de 7 pacientes (28.6%) persistieron con lesiones tomográficas.

No hay diferencias significativas en la incidencia de la persistencia de las lesiones pulmonares del patrón FL vs NFL inicial a los doce meses (47.6% vs. 28.6%, p=0.24).

Conclusiones

En nuestra cohorte se observó tendencia a mayor persistencia de las imágenes tomográficas del patrón FL vs NFL (p=0.24) al año de seguimiento. En el patrón FL, no hay diferencia entre las neumonías moderadas vs. graves (p=0.39). El patrón NFL se asoció a neumonías de menor gravedad en los pacientes internados en sala.

Ya sea por secuelas pulmonares del SDRA, injuria asociada al ventilador o por activación de vías inflamatorias/autoinmunes (reportes de casos de COVID-19) en la evolución al año, el patrón FL no indica necesariamente irreversibilidad, así como el patrón NFL no se relaciona a reversibilidad, como ya había comentado A. Wells (Radiology 2021).

C17

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POST COVID-19 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

OPEL J; BOVARI M; DÍAZ L; GARCIA L; PACUSSE V; RAGGI V

Introducción.

El coronavirus SARS-CoV-2, es el responsable de la pandemia iniciada en el año 2019, afecta preferentemente al tracto respiratorio, con un número creciente de publicaciones sobre su predisposición a fenómenos trombóticos.

Objetivo: describir los casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los pacientes con antecedentes de COVID-19 que fueron tratados en el servicio de Hematología del HIEAyC San Juan de Dios de La Plata.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, a partir del registro de pacientes que concurrieron al servicio de Hematología del hospital, desde el 23/09/2020 a 31/05/2022. Se registró edad, sexo, gravedad del cuadro clínico de COVID-19 según recomendaciones OMS 1, método imagenológico de diagnóstico, localización y tratamiento.

Resultados.

Se evaluaron 31 pacientes con diagnóstico de TEP, la mediana de edad fue 58 (± 13) años. El 65% (20) eran de sexo femenino. De los 31 pacientes, el 61% (19) presentaban el antecedente de infección por SARS COV-2. Dentro de este grupo, la edad media fue 63 (± 21) años, el 58% (11) eran de sexo femenino. Con respecto a la gravedad del cuadro clínico de COVID-19, el 32% (6) fue grave, 26% (5) crítico, 21% (4) moderado y 21% (4) leve. El tiempo promedio entre el diagnóstico de COVID y TEP fueron 5 meses. El 74% (14) de los casos se diagnosticó por centellograma ventilación perfusión (V/Q) y el 26% (5) por Angio- Tomografía de tórax (16 filas). Las localizaciones en orden de frecuencia fueron segmentario en el 37% (7), segmentario-subsegmentario 31% (6), lobar 16% (3), y en el 16% (3) de los casos no se contaba con la información.

El total de los pacientes iniciaron tratamiento con Heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y Acenocumarol con un RIN objetivo entre 2 y 3.

Discusión y Conclusión.

En nuestro trabajo encontramos que dentro de nuestra población de estudio predominaba el antecedente de la enfermedad por SARS COV-2, dentro de este grupo, el 58% padecieron una forma grave y crítica de la misma. Dichos datos concuerdan con la literatura publicada, en la cual

asocian la enfermedad por COVID-19 con mayor riesgo de TEP. Con respecto a la localización el 81% (n 16) de los casos la afectación vascular fue distal, lo cual podría estar asociado a la fisiopatogenia de la enfermedad. Se necesitan de más estudios para poder especificar qué factores podrían relacionarse a que algunos pacientes desarrollen enfermedad tromboembólica relacionada con la COVID-19 y otros no, así como también determinar cuál es el mejor método para su evaluación.

1. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales. WHO/201nCoV/clinical/2020.5 .

C18

EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE LA ESOFAGECTOMÍA: TEST-CARDIOPULMONAR O ESTUDIOS FUNCIONALES RESPIRATORIOS?

ROSCIANI CAMPOS F; FERNÁNDEZ CEBALLOS I; RUIZ V; CARBONI BISSO I; SIAN A; NEGRI RICO F; JUANA C; GALLI G; WRIGHT F; DI STEFANO S; LAS HERAS M

Objetivo: La esofagectomía es una cirugía de alto riesgo de morbi-mortalidad. Es por ello que la evaluación preoperatorio es crucial, dado que parte del tratamiento preoperatorio incluye la realización de radioterapia y quimioterapia, las cuales tienen un impacto negativo sobre el aparato cardiovascular y respiratorio.

En la actualidad la evaluación prequirúrgica está orientada en la detección de alteraciones en la pruebas que evalúan la funcionalidad del aparato respiratorio y cardíaco con el objetivo de estratificar el riesgo de morbimortalidad postoperatoria. Si bien la espirometría y la Difusión de monóxido de carbono (DLCO) son los estudios más solicitados, ninguno de ellos brinda información sobre la capacidad funcional frente al estrés postoperatorio. En el caso del cáncer de esófago, la presencia de desnutrición es elevada, y su impacto en la reserva funcional del paciente no es posible de ser medida con los estudios funcionales respiratorios (EFR) convencionales. El test cardiopulmonar (TCP) permite evaluar la reserva fisiológica funcional al simular, mediante el ejercicio, el estrés perioperatorio.

El objetivo principal de este estudio es comparar los resultados de los EFR convencionales con la reserva fisiológica medida por TCP.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de

pacientes que fueron sometidos a esofagectomía en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resultados: Desde Febrero del 2011 a Abril 2022 se realizaron 174 esofagectomías. En el 2018 se comenzó a utilizar el test cardiopulmonar (TCP) como parte de la evaluación preoperatoria. Del total de pacientes intervenidos, 60 realizaron un TCP, siendo el 73% de sexo masculino, con una edad media de 62 (56 - 67). El 97% fue intervenido por patología oncológica de esófago y de la unión esofágica. Los antecedentes más frecuentes fueron HTA y tabaquismo en el 47 % y 45% respectivamente, seguido de diabetes (23%) e ICC (22%). El 52% realizó quimioterapia y el 37% radioterapia. El 63% de los pacientes presentaron desnutrición.

Del total de pacientes, el 73,3% (n=44) se realizó al menos 1 estudio funcional respiratorio. El 28,3% (n=17) de los pacientes tuvieron al menos un estudio funcional respiratorio patológico. En ellos el 30% (n=5) presentaron un test cardiopulmonar durante el ejercicio normal.

El 45% (n=27) de los pacientes presentó un test cardio pulmonar alterado, siendo el origen desacondicionamiento en el 44,5% (n=12), cardíaco el 40,7% (n=11) y respiratorio el 14,8% (n=4). De ellos el 44,4% (n=12) presentaba EFR normales. Sólo el 2,7% (n=3) de los pacientes con TCP alterado por deterioro de la función cardíaca presentó alteración de la función sistólica o diastólica del VI.

Conclusiones: en el periodo analizado el TCP fue una herramienta útil dado que detectó pacientes con reserva fisiológica conservada cuando los EFR fueron patológicos, y pacientes con reserva fisiológica reducida, pese a EFR normales.

C19

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE USO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO COMO TERAPÉUTICA EN NEUMONÍA POR SARSCOV 2.

PICOS E; JOAQUIN J; CASTRO I; ARANDA R; FRADIN B; DUTTO E; FRANKENBERGER G; STAFFOLANI P; DESOUSA P; FIORENTINI V; ALVAREZ S.

Introducción

Durante la pandemia por SARSCOV2, la cánula nasal de alto flujo (CNAF) se usó como soporte en espera de UTI (unidad de terapia intensiva) o como alternativa a la ventilación invasiva. Su uso fue controversial por bioseguridad y temor a intubación

tardía. El objetivo de este trabajo es la descripción y análisis del uso de CNAF en nuestra población.

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. 154 pacientes utilizaron cnaF entre octubre de 2020 y marzo 2021; se incluyeron 72 (16 a 88 años), SARS-COV2 positivos, atendidos en Guardia y UTI.

Se recolectaron datos en planillas individuales, analizadas por un profesional externo.

Resultados

*20 mujeres y 52 hombres; los principales factores de riesgo: Hipertensos (32), obesos (24) y diabéticos (21). 9 pacientes no tenían comórbidas.

*50% de éxito y 50% de fracaso.

Se analizaron las variables:

*Comparación Irox inicio grupo “éxito” vs grupo “fracaso” p: 0.006 (Test U Mann–Whitney)

*Comparación Irox.12hs grupo “éxito” vs grupo “fracaso” p < 0.001 (Test U Mann–Whitney)

*Comparación “Tiempo desde ingreso a inicio de CNAF” grupo “éxito” vs grupo “fracaso” p 0.133

*Comparación “Delta IROX” grupo “éxito” vs grupo “fracaso” p 0.092 (Test U de Mann –Whitney)

Discusión y Conclusión

Predominio de sexo masculino, similar a otras series revisadas.

Principales comórbidas: obesidad, Diabetes e hipertensión arterial.

50% de los pacientes no requirió ventilación invasiva.

Las variables "irox de inicio" e "irox a las 12hs" se relacionaron al grupo "éxito" de manera significativa.

Ante la presunción que el inicio precoz se asociaba a mayor éxito se correlacionaron las variables: “tiempo de ingreso a inicio de CNAF “/ éxito o fracaso. La

diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa.

Ante la presunción de que mejoría del irox se asociaba a éxito se correlacionaron las variables: “delta irox/éxito o fracaso”. La diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa.

Nos parece interesante en un futuro validar estos datos en otras patologías a fin de afianzar el manejo de la CNAF.

C20

SERIE DE CASOS DE HEMORRAGIA ALVEOLAR EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

RIVEROS Y; DEVIA H; SANTIAGO G; CODELUPPI M; ABDALA J; WEBER G; QUILES R; RIVAS A; VILLEGAS P; ALVAREZ S; KURI I; BARIMBOIM E

INTRODUCCIÓN: La hemorragia alveolar (HA) es un síndrome clínico infrecuente y potencialmente mortal.

OBJETIVO: Análisis descriptivo de una serie de casos de pacientes con HA.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de HC de internados en CM y UCI desde Marzo 2018 a

Diciembre 2021 con diagnóstico de HA. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** BAL ≥ 25 % de Macrófagos cargados con

hemosiderina.

RESULTADOS: La muestra fue de 38 casos, 24 (63%) hombres y 14 (37%) mujeres, rango etario 17 a 70 años,

media 46.8 años. Presentación: disnea 10 (26%), hemoptisis 7 (18%), disnea y hemoptisis 4 (11%) y otros 17

(45%). Etiologías: Autoinmune 17 (45%), dentro de este grupo Vasculitis asociadas a ANCA (VAA) 13 (76%) y

otras etiologías 21 (55%). En el grupo VAA, 9 (70%) cursaron con nefropatía primaria, 2 (15%) con nefropatía

secundaria, 2 (15%) presentaron Síndrome pulmón-riñón. Un paciente reingresó por HA (grupo VAA). 32 casos

(84%) presentaron anemia, Hb media de 9,4 mg/dl y DS de 2,8. Se realizó BAL bilateral en 18 (47%) y BAL

unilateral en 20 (52%). Evolución: 27 (71%) requirieron pase a UCI, de los cuales 23 (85%) requirieron ARM con

una media de 19,4 días, DS 17,3 días, fallecieron 13 (48%). En cuanto a las imágenes, 29 (76%) fueron

bilaterales, patrón de vidrio esmerilado en 21 (72%), consolidación bilateral en 6 (21%) y otros patrones en 2

(7%). El tratamiento de los casos de etiología VAA en su mayoría fue combinado, utilizando corticoterapia en 12

(92%), Ciclofosfamida en 6 (46%), Plasmaféresis en 5 (38%), Gammaglobulina en 5 (38%) y Rituximab en 3

(23%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Describimos una serie de 38 casos de HA. La mayoría fueron hombres. Solo

11 (29%) presentaron como síntoma cardinal, hemoptisis. El dato analítico prevalente fue la anemia (84%). En

cuanto a la evolución, 23 (60%) requirieron ARM con una mortalidad del 34% (n=13). En cuanto al grupo de

pacientes con enfermedad inmunológica, las VAA abarcaron la mayoría de los casos, gran parte recibió

tratamiento combinado. La HA es un síndrome heterogéneo, en donde la etiología marca el curso evolutivo

C21

CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO COMO SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

TURK R I; LARREA AVANZINI G E; SOSA L T; ACHIG ARIAS E V; BRAVO CEDEÑO N J; CRIZ UR CIA H; BARRAGÁN ATIAGA J F; CAMPOVERDE ENCALADA M A; ALBERTI L; CORONEL M; LEW A; STÜGELMAYER N

Introducción

Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) pueden cursar con exacerbaciones agudas, con una tasa de mortalidad hospitalaria superior al 50%, siendo mayor en pacientes con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI). La cánula nasal de alto flujo (CNAF) ofrece una alternativa a la oxigenoterapia convencional (OC) para la insuficiencia

respiratoria aguda (IRA).

El objetivo es describir las características clínico-demográficas, la tasa de mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días en sujetos con EPI que requirieron CNAF por IRA.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes hospitalizados de junio 2021 a mayo 2022 con EPI que presentaron IRA secundaria a exacerbación o progresión de enfermedad, que no respondían a OC, en los que se utilizó CNAF.

Se analizaron datos demográficos, clínicos, patrón tomográfico, uso previo de antifibróticos, administración de esteroides en altas dosis (EAD) durante la internación, dispositivo de OC previo y posterior al uso de CNAF, requerimiento de VMI, mortalidad hospitalaria y a los 30 días del alta.

Resultados

Un total de 16 pacientes, 10 de sexo masculino con una mediana de edad de 61,5 años (RIC 58.5 a 68.5), 6 con diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad, 7 de EPI asociada a tejido conectivo y 1 de fibrosis pulmonar idiopática (FPI). En TACAR 13 (81,3%) presentaban un patrón de neumonía intersticial no específica (NINE). La mediana de FVC% (n12) fue de 49.5 (RIC 37.5 a 64.4). Dentro de las causas de internación 10 se interpretaron como exacerbación y 6 como progresión de la EPI, además en 4 pacientes se diagnosticó de CoViD-19.

La mediana de días de internación fue de 20 (RIC 12 a 55) y de uso de CAFO fue de 8 (RIC 3 a 11.5) El promedio de días de uso de CNAF fue de 8 (DS 8-11,7). Respecto al tratamiento 10 (62,5%) realizaron EAD.

Dispositivos de OC previos a CNAF: cánula nasal 56,3% (9), máscara de reservorio 31,3% (5) y máscara de venturi 12,5% (2). El 62,5% (10) usó CN posterior a CNAF. La mediana de frecuencia respiratoria previa al uso de CNAF fue de 33 rpm (RIC 26.5-40) y posterior de 20 rpm (RIC 18-22). En 9 pacientes, se decidió en caso de requerimiento, progresar a ARM y de ellos, sólo uno requirió VMI.

Del total, 8 pacientes fallecieron durante la internación y 1, a los 30 días del alta hospitalaria

Conclusión

Los pacientes que utilizaron CNAF por IRA en su mayoría presentaban un diagnóstico diferente al de FPI con patrón de NINE en TACAR. La mitad de ellos falleció durante la internación. La CNAF podría utilizarse para la IRA en EPI como soporte en aquellos pacientes en los cuales no se progresará en maniobras invasivas como la ARM, a causa de la naturaleza irreversible de la enfermedad y condiciones previas del paciente, aunque los resultados deben confirmarse mediante estudios randomizados y controlados.

C22

COAGULOPATÍA EN NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV-2: ¿QUÉ ALTERACIONES HEMOSTÁTICAS PRESENTAN NUESTROS PACIENTES?

RODRÍGUEZ MARTÍN I

Introducción: Además de los síntomas respiratorios típicos, COVID-19 se asocia con anomalías de la coagulación que conducen a complicaciones tromboembólicas. Aún estamos muy lejos de comprender de forma clara y detallada el mecanismo molecular involucrado en la coagulopatía mediada por SARS-CoV-2.

Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo que nos permita conocer las alteraciones hemostáticas desarrolladas en los casos graves de COVID-19, utilizando para ello test clásicos de coagulación y técnicas viscoelásticas como la tromboelastometría rotacional (ROTEM).

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 84 pacientes con neumonía grave ingresados en nuestro centro hospitalario, en un periodo de tiempo de 16 meses. Los pacientes han sido divididos en dos grupos. El grupo 1 está formado por los pacientes que presentaron neumonía grave por SARS-Cov-2, a los que se les realizó hemograma, pruebas clásicas de coagulación (a su ingreso y diez días después) y tromboelastometría rotacional como forma de evaluación de la coagulación. El grupo 2 está formado por pacientes que presentaron neumonía grave de diferente etiología, a quienes se les realizó hemograma y pruebas básicas de coagulación a su ingreso hospitalario. Nuestro estudio comparó los datos relacionados con la hemostasia (hemoglobina, recuento de plaquetas y test clásicos de coagulación) entre ambos grupos y también realizó un análisis comparativo de los cambios producidos en los parámetros de coagulación en los pacientes del grupo 1, a su ingreso

(T0) y diez días después (T10), así como en los parámetros de tromboelastometría.

Resultados: Participaron 84 pacientes en nuestro estudio. Los pacientes del grupo 1 y 2 presentaron resultados similares en test clásicos de coagulación, sin embargo, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el recuento de dímeros-D, muy elevados en los pacientes del grupo 1 (2442.11 ng/ml vs 370 ng/ml, $p=0.03$). Igualmente concluimos un aumento de los niveles de los mismo durante la estancia hospitalaria (T0= 2442.11 ng/ml vs T10= 8564.39 ng/ml, $p=0.000$). Por último, los pacientes con neumonía por SARS-Cov-2 exhibieron perfiles en tromboelastometría hipercoagulantes, caracterizados principalmente por una máxima firmeza del coágulo elevada.

Conclusiones: Los resultados observados en nuestro estudio apoyan la hipercoagulabilidad en un estado inflamatorio severo, más que un estado de Coagulopatía por consumo (CID). Se necesitan más estudios que permitan un mejor conocimiento de la coagulopatía producida en pacientes con neumonía grave por la COVID-19.

C23

ANÁLISIS PREDICTIVO DE LA MORTALIDAD POR SARS

BIDE A W; RODRIGUEZ G; COLLAZOS H; CALDERÓN N; LARROQUE P; LEBOZEC D; ECHEVERRIA C; QUARINO J; ARGAU M; VANDAELE G; TOVAR L; CERUZZI R; CORTEZ J; HERRERA J; LAURIA G; OÑATE C, GARNICA R

Introducción.

En el contexto del inicio de la Pandemia por Sars-Cov2 en nuestro País, se efectua el presente estudio que se compone de un n=145 de pacientes diagnosticados con COVID+ entre el 2/7/2020 a 12/11/2020; 133 días, lo que equivale al 36,43% del año en cuestión, 2020 en el hospital de Merlo.

Objetivo. Se busca dar respuesta a ¿Cuáles son los principales indicadores de Mortalidad por SarsCov2?

La metodología es de tipo No experimental, Transversal, con datos de tipo Cuantitativos, finalidad Predictiva con resultados de tipo probabilísticos para el hospital.

Para los Resultados se utilizó la Regresión Logística Binaria y en todos los casos supera el 80% de precisión. Entre los factores de riesgo se probó que el fumador tiene 12,89 veces probabilidades de morir y el diabético 4,60 veces. Los tratamientos compuestos de ventilación aumentan 6,67 el riesgo. Estar más de 15 días internado aumenta en 3,19 veces el riesgo, personas de más 60 años 5,38 veces y el Grado de Oxigenación(PaO₂/FIO₂) al ingresar es determinante para todos los pacientes en 12,16 veces entre las principales

Conclusiones: Se pudo estimar la cantidad de días de internación de la persona en función del Grado de Oxigenación(PaO₂/FIO₂) (< 200), Sexo(hombres 63,%) y Sobrepeso(> 29IMC). En cuanto a letalidad para EPOC fue del 50% y para la DBT del 37.50%. La razón de que estas 3 variables (Oxigenación, edad y tiempo de internación) sean las más influyentes se debe a que muchas de las patologías quedan abarcadas por los 3 fenómenos. En lo posible es recomendable evitar la ventilación mecánica siempre que se pueda. El noveno día de internación define si la persona seguirá internada o no, por lo que se concluyó que se debe realizar un diagnóstico al sexto día, la cantidad de días internado aumentó el riesgo de morir.

Bibliografía.

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Published 2021. Accessed July 12, 2021.
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Informes diarios. <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios>. Published 2021. Accessed July 12, 2021.
3. GRADE guidelines 26: informative statements to communicate the findings of Plasma de convaleciente para el tratamiento de pacientes con COVID-19 19 systematic reviews of interventions - Journal of Clinical Epidemiology. [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(19\)30416-0/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(19)30416-0/fulltext).

EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MAYORES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE PLASMA DE CONVALECIENTE EN PACIENTES CON COVID-19

TAMAYO A; ROMERO D; BARRIENTOS D; WILCHES M; MORALES J; GARNICA R; RODRÍGUEZ G; FERNANDEZ B; HUANCA T; BARRA MONTES DE OCA L; VIDETTA W; QUINTANA S; GONZALEZ O; MONTALVO G; COLLAZOS H

Introducción.

En el contexto de la Pandemia por la COVID-19, producida SARS- CoV-2 , la utilización de transfusiones por plasma de personas convalecientes (PC) que hayan padecido de COVID-19 , surgió como una opción de tratamiento compasivo que fue sometida a su empleo y desarrollo experimental desde el principio.

Objetivo.

Evaluar parámetros de seguridad a fin de evitar y/o tratar las complicaciones mayores y conocer la frecuencia de su presentación

Material y Métodos. Se realizó un estudio experimental, no aleatorizado, que abarco un periodo de 8 meses, se analizarón las métricas de seguridad luego de la transfusión de PC de COVID-19 en 144 pacientes hospitalizados con enfermedad moderada o grave, con criterios de inclusión: edad igual o mayor a 18 años; diagnosticado por rt-PCR; consentimiento informado del receptor o un familiar; con imagenes de lesiones pulmonares más alguno de los siguiente: Saturación igual o menor a 93% con O2 por máscara reservorio; uso de CPAP o de CAFO o VNI por IRA hipoxémica; con IOT y AVM con SDRA según definición de Berlin (PAFI menor a 300mmHg con PEEP igual o mayor a 5 cmH2O) y Menos de 7 días de internación por infección respiratoria

Resultados. Se efectuó un análisis descriptivo por variables en cuanto a: Hombres 90(62%) y mujeres 54 (38%) y edad menores de 60 años el 76% y mayores de 40 años un 24%

La incidencia de complicaciones mayores en las primeras cuatro horas luego de la transfusión fue menor al 2%,(TACO:2, TRALI:0 y Shock anafiláctico: 0 con una mortalidad del total de los transfundidos del 18% , pero con mortalidad 0% por causa directa de su aplicación. La administración del PC antes de las 72 horas de internación fue del 90% y luego de las 72 horas fue del 10%, los antecedentes patológicos de mayor frecuencia fueron: HTA 26 %; DBT 24% y Obesidad 14%.

Conclusiones.

La tasa de complicaciones mayores no es mayor a lo encontrado en otros estudios y con una mortalidad del 0%, lo que establece que la transfusión de PC es un método seguro y que su eficacia aún se sigue evaluando en algunos grupos.

C25

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS GRAVES POR TRANSFUSIÓN DE SUERO HIPERINMUNE COVID

DELINA BARRIENTOS D; BARRA MONTES DE OCA A; TCINTHYA CLAROS H; GARNICA R; MORALES J; FERNANDEZ B; VIDETTA W; RODRIGUEZ G; FLORES O; GONZALEZ O; COLLAZOS H; CARABAJAL S; ROMERO D; QUINTANA FLOR LUJAN S; TAMAYO A

INTRODUCCIÓN.

El Suero Hiperinmune anti-COVID 19 esta basado en usos previos como como antitétanico, picadura por aracnidos,etc, incluso en la shigella productora del SHU, utilizandose solo fragmentos F (ab) 2 generados por la digestión en la pepsina y retienen la capacidad de unión bivalente hacia la inmunoglobulina G (IgG), careciendo de la región constante (Fc) responsable de reacciones como la enfermedad del suero y efectos secundarios importantes.

OBJETIVO

Evaluar la presentación y frecuencia de complicaciones mayores debido a su administración.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio experimental, no aleatorizado , durante un periodo de 6 meses en nuestra UTI, observando la seguridad luego de la transfusión de SH de Caballo en 28 pacientes adultos hospitalizados con la enfermedad moderada o grave. Criterios de inclusión: Edad igual o mayor de 18 años; Infección por SARS-CoV-2 confirmado mediante PCR; Enfermedad moderada o severa según definición de NIH, con no menos de 10 días de Fecha de Inicio de Síntomas (FIS)al momento de la selección- Con criterios de exclusión: Pacientes que hayan recibido tratamiento con PC por COVID-19; Enfermos que requieran AVM en el momento de la selección; antecedentes de anafilaxia grave, administración de suero equino (p.ej. suero antitétanico, suero antiofídico o suero antitoxina por arácnido) o una reacción alérgica por contacto o exposición a los caballos).

RESULTADOS.

Existió una sola complicación mayor debido a la transfusión del suero equino o hiperinmune, una falla de bomba por aparente sobrecarga de volumen en una sola paciente, no existió mortalidad en relación directa con la transfusión según el análisis de seguridad , con una mortalidad del 10,7% para aquellos transfundidos pero por la propia enfermedad (Tabla No. 1).



CONCLUSIONES

Se establece que la transfusión del suero equino presenta un perfil adecuado de seguridad acorde a los productos (Fab) con una mortalidad del 11% entre los transfundidos pero por la enfermedad per se y no relacionada con la transfusión

Bibliografía.

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Published 2021. Accessed July 12, 2021.
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Informes diarios. <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios>. Published 2021. Accessed July 12, 2021.
3. Zylberman V, Sanguineti S, Pontoriero AV, et al. Development of a hyperimmune equine serum therapy for COVID-19 in Argentina. *Medicina (B Aires)* 2020;80 (Suppl 3):1
4. G. Lopardo et al., RBD-specific polyclonal F(ab)2 fragments of equine antibodies in patients with moderate to severe COVID-19 disease: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled, adaptive phase 2/3 clinical trial, *EClinicalMedicine* (2021),

C26

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST COVID-19 EGRESADOS DE UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN.

CROMBERG J; DELVALLE M L; ROSITI E S; MOREL VULLIEZ G G; NAVARRO E; ESCOBAR M A; DE VITO E L

Introducción: los pacientes hospitalizados por COVID-19 pueden desarrollar complicaciones graves, requerir ventilación mecánica invasiva (VMi) y tener una estadía prolongada en unidades de cuidados intensivos (UCI). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) puede afectarse luego del evento agudo. Nuestro objetivo fue comparar la evolución de la CVRS en pacientes post COVID-19 mediante el EQ-5D en relación al estado previo de su internación en UCI y hasta el sexto mes luego del alta de nuestra institución. Material y método: estudio observacional retrospectivo. Se revisaron historias clínicas y se incluyeron a todos los pacientes adultos que ingresaron con diagnóstico de neumonía post COVID-19 a nuestro centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación

(CDVMR) desde el 1 de enero de 2021 hasta 31 octubre de 2021. Se registraron características demográficas y la condición de ingreso al CDVMR, como así también la CVRS a través del valor del índice del EQ-5D (VI-EQ5D) de 5 niveles un mes previo al ingreso a la UCI. Luego se realizaron mediciones de seguimiento al mes, tres y seis meses de manera telefónica de forma estandarizada al alta del CDVMR. Los datos se expresaron como mediana y rango intercuartil [RIQ] y las variables categóricas como porcentaje (cantidad). Se utilizaron los tests de Friedamn ajustado por Bonferroni para comparar la CVRS durante el seguimiento.

Resultados: durante el período de estudio ingresaron 100 pacientes al CDVMR, de los cuales 45 cumplieron los criterios de inclusión. La edad fue de 61 [51-70] años, 73% (n=33) eran hombres. El IMC fue de 25 [23-30] kg/m², el índice de comorbilidad de Charlson fue de 2 [1-3], el 93% procedían de la UCI y requirieron ventilación mecánica prolongada. La condición al ingreso fue: ventilación espontánea (VE) sin traqueostomía (TQT) 36% (n=16), VE con TQT 33% (n=15) y con requerimiento de VMi 31% (n=14). Los días de VMi en el CDVMR fueron de 3 [2-8]. El VI-EQ5D global del mes previo al ingreso a UCI fue de 0,98 [0,96-1] (n=45); al mes del alta del CDVMR 0,87 [0,72-0,94] (n=44); a los 3 meses 0,92 [0,86-0,95] (n=40); a los 6 meses 0,93 [0,86-0,97] (n=39). Se encontraron diferencias significativas en el VI-EQ5D a lo largo del seguimiento ($p < 0,001$). Respecto a su estado basal, la totalidad de los pacientes presentó la mayor caída en el VI-EQ5D al mes del alta ($p < 0,001$). A los seis meses, si bien el VI-EQ5D aumentó respecto al mes posterior al alta, aún continuaba por debajo de sus valores basales ($p < 0,001$). El grupo de pacientes con condición de ingreso VMi presentó el menor VI-EQ5D para cada una de las instancias de medición.

Conclusión: todos los pacientes tuvieron una reducción en la percepción de la CVRS que se mantuvo incluso hasta los 6 meses posteriores al egreso de nuestro CDVMR. Los pacientes que ingresaban con dependencia de la VMi fueron los que menor VI-EQ5D presentaron durante el seguimiento. Estos hallazgos podrían favorecer la generación de estrategias para mitigar el impacto negativo del COVID-19 en la CVRS.

C27

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS E HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

BELLON P A; MONTERO G; CANALE D; BOSSO M; MANSILLA D; KLYMENKO I; TOLEDO D

Resumen

Introducción y Objetivo

El síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) se caracteriza por episodios repetitivos de obstrucción de la vía respiratoria superior que ocurren durante el sueño.

Su presencia podría limitar el destete exitoso de la ventilación mecánica y, especialmente, la decanulación. Existe poca información acerca de su evolución en aquellos pacientes que requirieron internación en centros de desvinculación de ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR).

El objetivo del estudio fue describir la evolución de pacientes que ingresaron a un CDVMR con diagnóstico previo de SAHOS.

Materiales y métodos

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años que ingresaron a un CDVMR con diagnóstico previo de SAHOS entre el 1 enero de 2016 y el 30 de noviembre de 2019.

Se describieron las características clínico-demográficas utilizando mediana y cuartiles 25-75 o frecuencia y porcentaje, según correspondiera. Se comparó, utilizando test de Kruskal Wallis o Test de Fisher, la evolución de los pacientes según a su ingreso presentaron: traqueostomía con ventilación mecánica invasiva (Grupo VMI), traqueostomía ventilando espontáneamente (Grupo TQT) o vía aérea natural con requerimiento de ventilación mecánica no invasiva (Grupo VMNI). Se consideró significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultados

Durante el período de estudio, 31 sujetos ingresaron con diagnóstico previo de SAHOS, edad 72 (69-77.5) años y alta prevalencia de hipertensión arterial (77.4%) y obesidad (48.4%). El

29% había ingresado en unidad de cuidados intensivos (UCI) por patología neurológica central.

12 pacientes utilizaban VMNI previo a su internación en UCI.

Al ingreso, 11 pacientes presentaban TQT + ventilación mecánica invasiva, 10 TQT y 10 utilizaban VMNI. De los 21 pacientes con TQT, el 47.6% logró decanularse (6 del grupo VMI y 4 del grupo TQT). El 67% de los pacientes decanulados del grupo VMI y el 25% del grupo TQT requirieron VMNI para lograr el retiro de la TQT.

El 45% de los pacientes egresaron con VMNI, con mayor uso de interfaz oronasal (92.9%) y CPAP 10 (8-12) cm H₂O, sin diferencias significativas entre los grupos. El 36.7% de los pacientes lograron el alta al domicilio, de los cuales el 55% lo hizo con VMNI. 16 pacientes requirieron derivación a centros de mayor complejidad y 3 murieron en la institución, sin diferencias significativas entre los grupos.

Conclusión

Un tercio de los pacientes que ingresan con antecedente de SAHOS a un CDVMR logran el alta domiciliaria, de los cuales el 50% aproximadamente lo hace con VMNI. El ingreso con VMI y/o TQT en este grupo de pacientes no influyó en su condición de egreso de la institución.

C28

DEMANDA TRANSFUSIONAL EN CIRUGÍA CARDIACA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA TROMBOELASTOMETRÍA ROTACIONAL: IMPACTO CLÍNICO

RODRÍGUEZ MARTÍN I

Introducción: La cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático.

Objetivos: Demostrar que la implantación de test viscoelásticos, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea, permite una terapia transfusional más selectiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 675 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular bajo circulación extracorpórea en nuestro centro hospitalario, durante un periodo de tiempo de 3 años. Este estudio incluye el análisis del consumo de productos hemoderivados y las posibles complicaciones desarrolladas durante el postoperatorio de cirugía

cardiaca, antes y tras la implementación de un sistema viscoelástico de tromboelastometría rotacional ROTEM®.

Resultados: Tras la implementación de un sistema viscoelástico, junto a un algoritmo transfusional específico, se observó una disminución de la incidencia de cualquier tipo de transfusión (41.4% vs 31.9%, $p=0.026$) durante el perioperatorio de cirugía cardiovascular. Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31.3% vs 19.8%, $p=0.002$) y de plasma fresco congelado (9.8% vs 3.8%, $p=0.008$). Del mismo modo, el uso de ROTEM® se asoció a una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de transfusión de unidades de plasma fresco congelado durante la estancia en UCI (15.8% vs 7.7, $p=0.004$). Además, se registró una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de hemorragia postoperatoria (9.5% vs 5.3%, $p=0.037$), de la necesidad de reintervención (6.0% vs 2.9%, $p=0.035$) y del tiempo de estancia en UCI (6.0 días vs 5.1 días, $p=0.026$).

Conclusiones: El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo cual se ha traducido en un uso más racional de los productos hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y en una menor estancia en UCI.

C29

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS RESPIRATORIAS EN CIRUGÍAS TORÁCICAS Y NO TORÁCICAS: ESCALA DE TORRINGTON EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL

RUBADO P L; TABOADA M I; FIGUEROA L M; MIRABAL G Y; MONTOYA R J; ROMERA A; BARRAGÁN H P

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las complicaciones respiratorias postoperatorias (POP) causan mayor internación y gastos. La incidencia es de 5-8% (varía 5-70%) y la mortalidad del 8-14 %. Se describen la re intubación traqueal a las 48 hs, atelectasias, exacerbación de enfermedad pulmonar previa (ej: enfermedad intersticial), neumotórax (NTX), derrame pleural, infecciones, hipercapnia y uso de ventilación mecánica no invasiva (VNI) (ej: apneas del sueño-AOS). La escala de Torrington y Henderson incluye variables espirométricas, edad >65, obesidad >150%, tabaquismo, tos y expectoración, antecedentes respiratorios y tipo de cirugía: TORÁCICA,

ABDOMINAL SUPERIOR Y OTRAS. Según puntaje se divide en: alto (11,7%), moderado (6,3%) y bajo (1,7%) riesgo. La espirometría es útil en cirugías cardiotorácicas, abdomen y en obesos. Sin embargo, la American College of Physicians no la indica de rutina. En nuestro servicio se unifica el riesgo utilizando Torrington y Henderson. El objetivo es evaluar su utilidad pronóstica en cirugías torácicas y no torácicas en relación con las complicaciones respiratorias POP.

MATERIALES Y METODOS: Se evaluaron retrospectivamente los prequirúrgicos y espirometría de nuestro centro (25/1/2019 al 19/5/2022) y los datos quirúrgicos de la historia informatizada analizándose en Excel®. Se incluyeron a mayores de 18 años, que realizaron riesgo y cirugía (torácicas o no torácicas). Se excluyeron a los no operados. Las complicaciones RESPIRATORIAS POP se definieron como: ocurridas a 24 hs, 48-72 hs y más de 6 días de la cirugía, IOT (intubación orotraqueal), TQT (traqueostomía), infecciones respiratorias, atelectasias, exacerbación, NTX, derrame pleural, insuficiencia respiratoria (IRA) hipercapnia, VMNI y embolia pulmonar.

RESULTADOS: De 255 fichas, se excluyeron 87 pacientes (34%), 85 (97%) no se operaron y 2 (3%) faltaron a la consulta. Se incluyeron 168 (66%), el 57% fueron hombres. La edad promedio fue de 60 años. De los incluidos, 88 (52%) fueron de bajo riesgo, moderado 64 (38%) y alto riesgo 16 (9, 52%). El 50% son >65 años, 72% tiene exposición al tabaco, 38% patología pulmonar previa y espirometrías normales (58%). El 54% fueron "OTRAS" cirugías. Se complicaron el 10,12% (n=17), 2 óbitos (11,76%) con edad promedio de 69 años, con internación promedio de 9 días. El grupo de mayores complicaciones fue el de alto riesgo (n=5, 31,3%), le siguen moderado (n=8; 12%) y bajo riesgo (n=4; 4%). En los de alto riesgo la principal cirugía fueron las "TORÁCICAS" (VATS n=2, 12,5%, reemplazo valvular; cirugía de reemplazo miocárdico- 6,25% N=1), complicados a 48-72hs con IRA, IOT, infección respiratoria, NTX, VNI e hipercapnia (6%; N=1). Los 2 óbitos con TQT de emergencia eran de moderado Riesgo. Los días promedio para la cirugía fue de 62 días (262 para bariátrica).

DISCUSION Y CONCLUSIÓN: En nuestro centro la escala fue de gran utilidad pronóstica y la espirometría una buena herramienta de pesquisa. Sin embargo, se necesitan estudios prospectivos para continuar con su estudio y obtener mejor análisis estadísticos.

C30

TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA GUIADA POR BRONCOSCOPIA EN PACIENTES COVID-19 Y NO COVID-19

RUIZ V; CARBONI BISSO I; LAS HERAS M; ROSCIANI F; CANTOS J; LOCKHART C; FERNANDEZ CEBALLOS I

Objetivo: Evaluación de la eficacia y las complicaciones asociadas con la realización de traqueostomía percutánea (TP) guiada por broncoscopia en pacientes con COVID-19 y pacientes sin COVID-19.

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado entre marzo de 2020 y febrero de 2022. Se incluyeron todos los pacientes adultos a los que se les realizó TP guiada por broncoscopia electiva. La eficacia del procedimiento se evaluó en función de la tasa de éxito en la ejecución o en la necesidad de conversión a técnica abierta. Además, se registraron las complicaciones tempranas y tardías observadas.

Resultados: Durante el período de estudio se analizaron 312 traqueostomías percutáneas guiadas por broncoscopia. Ciento ochenta y tres se realizaron en pacientes con COVID-19 y 129 entre pacientes sin COVID-19. En general, el 64,1% (200) de los pacientes eran del sexo masculino, con una mediana de edad de 66 (RIC 54 - 74) y el sesenta y cinco por ciento (205) presentaba al menos una comorbilidad. La desaturación de oxígeno fue la principal complicación observada (20,8% [65]), siendo más frecuente en el grupo COVID-19 ocurriendo en un 27,3% (50) con una diferencia estadísticamente significativa vs el grupo de pacientes no COVID-19 (11,6% [15]); $p < 0,01$).

Las complicaciones mayores como hipotensión, arritmias y neumotórax también se observaron con mayor frecuencia entre los pacientes con COVID-19, pero sin diferencias significativas.

La TP se pudo realizar de forma rápida y satisfactoria en todos los pacientes sin necesidad de conversión a la técnica abierta.

Asimismo, no se requirió en ningún caso la suspensión del procedimiento.

Conclusión: La TP guiada por broncoscopia puede considerarse un procedimiento eficaz y seguro en pacientes con COVID-19. No obstante, es muy destacable que en la serie en estudio, un gran número de pacientes con COVID-19 presentaron desaturación durante el

procedimiento.

C31

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA BRONCOSCOPÍA DIAGNÓSTICA EN UN CENTRO AMBULATORIO

CHIRINO A; GIL E; HAUILLE E; PÁEZ Y; CONTRERAS

Nuestro objetivo es describir la experiencia en un centro ambulatorio dedicado en relación con la seguridad y eficacia de la broncoscopia diagnóstica

Realizamos un estudio retro-prospectivo de las bronoscopías diagnósticas realizadas en nuestro centro entre 2020 y 2022, utilizando estadística descriptiva. Se recolectaron parámetros demográficos, indicaciones, tipo de anestesia empleado y resultados obtenidos. Se consideró complicación a todo evento adverso que motivara una conducta específica. Se consideró evento adverso serio (EAS) aquel que pusiera en riesgo la vida del paciente. Se definió como diagnóstico positivo todo aquel resultado que aportara valor al caso en estudio.

Se realizaron 340 endoscopías en el periodo estudiado. 278 en el periodo 2020-2021 y 62 en el periodo prospectivo 2022. Los datos de seguridad se obtuvieron de la cohorte completa. Ningún paciente falleció debido a la broncoscopia. Hubo un EAS en un paciente (sangrado masivo) durante el periodo estudiado (0.3%) que requirió traslado a centro de mayor complejidad.

C32

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO. ANÁLISIS DE 53 MESES.

KERGARAVAT J M; CARINCI E; LUJAN L; GARCÍA L; VIGO S; CAPÚA J M

Introducción:

Según GLOBOCAN 2020 1 el cáncer de pulmón (CP) es el tipo de cáncer con mayor incidencia en hombres

y el tercero en orden de frecuencia en mujeres, luego del cáncer de mama y colorectal; siendo la principal

causa de muerte por cáncer a nivel mundial sin distinción de sexo.

Objetivo: Analizar el comportamiento epidemiológico del cáncer de pulmón en el servicio de Oncología

del Hospital San Juan de Dios de La Plata.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes con

confirmación histológica de CP, que acudieron al Servicio de Oncología del Hospital San Juan de Dios de

La Plata desde el 01/01/2018 al 30/05/2022. Los datos registrados fueron: edad, sexo, tabaquismo y carga

tabáquica en paquetes-año (P/A), presencia de mutaciones genéticas ALK, EGFR y ROS-1, dosaje de PDL1

y el estadio al diagnóstico.

Resultados: 190 pacientes presentaron diagnóstico de CP, lo cual representa el 58% del total de los cánceres atendidos en dicho período. La mediana de edad fue de 63 ± 10 años, el 58% (110) eran masculinos. El 79% (151) tenía antecedentes de tabaquismo, de los cuales el 97% calificaron como tabaquistas severos (≥ 20 P/A). Según el resultado histológico, el 60% (114) eran Adenocarcinoma, 22%

(42) Carcinoma Epidermoide, 9% (17) Carcinoma de Células Pequeñas, 4% (8) Tumor Carcinoide y el 5%

(9) Carcinoma indiferenciado. El 10% (19) de los pacientes presentaron mutaciones genéticas, 89% (17)

EGFR, 5% (1) ROS1, y 5% (1) ALK. Con respecto al dosaje de PDL-1 el 17% (32) tenían un PDL1 $\geq 1\%$ (14 de

ellos con expresión de PDL1 $\geq 50\%$). El 63% (120) de los pacientes presentaron un estadio IV al momento

del diagnóstico, 24% (46) estadio III, 7% (13) estadio II y 6% (11) estadio I. 18% (35) presentaron antecedentes de abordaje quirúrgico.

Discusión y Conclusión: En nuestro estudio la mediana edad, el predominio de sexo masculino, la exposición al principal factor de riesgo para CP y la distribución según la variante histológica coincide con

la bibliografía publicada en la actualidad. Con respecto a las mutaciones genéticas, el 14,9% de los adenocarcinomas del estudio presentaron mutación del EGFR, lo cual coincide con el estudio CLICap 2. El

77% de los pacientes fueron diagnosticados en un estadio irresecable, coincidiendo con la literatura, condicionando las posibilidades terapéuticas, impactando en la morbi-mortalidad y generando un incremento en los costos sanitarios, lo cual demuestra la importancia de aplicar protocolos que nos permitan un diagnóstico precoz.

1. Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr>); Globocan 2020.
2. Genotyping NSCLC in Latin America Journal of Thoracic Oncology, Volume 6, Number 11, November 2011.

C33

CÁNCER PRIMARIO DE PULMÓN: DEMORA AL DIAGNOSTICO Y SOBREVIDA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL

TABOADA M IG; RUBADO P L; FIGUEROA L; VELAZQUEZ MENDEZ L M; JORDAN P D; GULLO R F; RENOM H A; ROMERA A; BARRAGAN H P

Introducción: El cáncer de pulmón es la causa de muerte más frecuente por cáncer, representando el 14,96% en Argentina

Esta enfermedad presenta mal pronóstico con una sobrevida global a 5 años del 15%. Respecto al estadio se desglosa la sobrevida en 54% para el estadio localizado, 26% para el localmente avanzado y sólo 4% para el metastásico.

El principal factor de riesgo asociado al cáncer de pulmón es el tabaquismo.

El tiempo de demora al diagnóstico se estableció en 28 días en la mayoría de los casos como tiempo deseado.

El objetivo es evaluar la demora al diagnóstico y la sobrevida a 5 años.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Desde el 1/1/2015 hasta el 30/04/2022 inclusive.

Se revisaron las historias clínicas y se recopilaron datos sociodemográficos, fecha diagnóstica, anatomía patológica, mortalidad por todas las causas.

La estadificación se agrupó en localizado (estadio I y II), localmente avanzado (estadio III) y metastásico (estadio IV).

Se evaluó la sobrevida a 1, 3 y 5 años en porcentaje.

La base de datos y sus cálculos se realizaron en "LibreOffice Calc". La significancia se estableció por

Chi Cuadrado.

Resultados: Se evaluaron 158 pacientes que presentaron un predominio masculino (56,96%), con edad promedio de 67.04 años (± 8.41 años) y hábito tabáquico en el 86,71%. El carcinoma de células pequeñas representó el 12.03% mientras que el carcinoma de células no pequeñas fue el 84,18% (adenocarcinoma 78,95%, carcinoma escamoso 17,29% y neuroendocrinos 3.76%).

La demora al diagnóstico fue de 104.65 días (± 182.94), sólo el 32,28% (51 pacientes) fueron diagnosticados dentro de los 28 días y la mayoría de ellos por método endoscópico (44 pacientes, 86,27%). Al estadificarlos el localizado representó el 15,19%, el localmente avanzado el 22,15% y el metastásico el 62.03%.

De la muestra el 57,59% realizó tratamiento, de ellos 27,47% cirugía con fines curativos.

Fallecieron 121 pacientes y se contaba con la fecha en 97 de ellos, estableciendo la supervivencia al año del 45,22%, a los 3 años del 30,68% y a los 5 años del 21,67%. Por estadio el localizado es 80%, el localmente avanzado 25% y el metastásico 2,94% ($p < 0.01$). Por tratamiento recibido, el quirúrgico fue del 71,43%, el no quirúrgico del 10,71% y los no tratados 0% ($p < 0.01$). Respecto a la demora en el diagnóstico se evidencia que la menor mortalidad está en el grupo mayor 120 días ($p < 0,01$).

Discusión: Los pacientes que realizaron tratamiento también presentaron mejor performance principalmente aquellos que fueron tratados quirúrgicamente. Esto último es consistente respecto al estadio localizado, ya que sería el tratamiento de elección. Sin embargo, no se demostró asociación entre la demora al diagnóstico y la sobrevida.

Conclusión: En base a los resultados creemos que la implementación de un método de screening que permita un diagnóstico en estadio temprano tendrá mayor impacto que acortar los tiempos entre el contacto con el servicio de neumonología y el diagnóstico.

C34

PROPUESTA DE UN ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MEDIANTE OXIMETRÍA DE PULSO

BORSINI E; BLANCO M; SALVADO A; ERNST G; REINO F; BLEDEL I; NIGRO C

Introducción: La Asociación Americana de Medicina del Sueño y el documento internacional de

consenso (SEPAR-ALAT) no consideran la oximetría de pulso (OP) en el manejo de la apnea obstructiva de sueño (AOS). Otras sociedades médicas latinoamericanas contemplan a la OP como una estrategia para el abordaje diagnóstico e iniciación de tratamiento con presión continua positiva en la vía aérea (CPAP) sin una sistemática de cómo debería ser utilizada la OP en la práctica médica rutinaria. El objetivo del presente estudio fue desarrollar un algoritmo basado en oximetría de pulso para la aproximación diagnóstica y terapéutica inicial en sujetos sospechados de AOS.

Materiales y métodos: Diseño: Estudio de validación diagnóstica de la oximetría de pulso de carácter transversal y retrospectivo.

Población de estudio: sujetos mayores de 17 años que realizaron una PSG en el laboratorio de sueño entre 2015 y 2018 (Hospital Alemán-HA), o hicieron una poligrafía respiratoria en domicilio entre 2011 y el 2020 (Hospital Británico-HB). Se excluyeron los registros con artefactos significativos, tiempo total de sueño (PSG) o tiempo total de registro válido (PR) menor a 240 minutos y los estudios con CPAP.

Procedimientos y definiciones: AOS fue definida como un AHI ≥ 5 y 15. La base de datos del HA fue el grupo experimental (G-Exp) que sirvió para determinar los puntos de corte del índice de desaturaciones de O₂ \geq (IDO3) que mostraron una especificidad del 100% para ambas definiciones de AOS. Estos valores del IDO3 fueron aplicados a la base de datos del HB o grupo de validación (G-Val) para establecer si su desempeño diagnóstico fue similar al observado en el G-Exp. Finalmente, se propone una sistemática para el diagnóstico y tratamiento con CPAP de la AOS basada en OP.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva y comparativa. Se calcularon sensibilidad, especificidad y razones de probabilidad positiva y negativa del IDO3 en G-Exp. Los valores del IDO3 (obtenidos de los estudios de sueño de PSG o PR) que mostraron una especificidad del 100% se usaron en el G-Val para corroborar su desempeño diagnóstico (valor diagnóstico de la OP).

Resultados: G-Exp: n = 1141, 514 mujeres (45%); IDO3 > 12: sensibilidad y especificidad para AOS (IAH ≥ 5) de 69.5%/100%; IDO3 ≥ 26 : sensibilidad y especificidad para AOS moderada a severa (IAH ≥ 15) del 53.8%/100%. G-Val: n = 5471, 2016 mujeres (37%); IDO3 > 12 y ≥ 26

tuvieron una sensibilidad/especificidad similar al G-Exp (69.4%/99.05% y 55.8%/99.8% respectivamente, p NS).

Conclusiones: En una población de más de 6000 individuos con sospecha de AOS, un IDO3 > 12 (IAH \geq 5) o \geq 26 (IAH \geq 15) mostraron una especificidad diagnóstica cercana al 100% (falsos positivos menor al 1%). Estos datos fueron usados para proponer un algoritmo para el manejo inicial de los sujetos sospechados con AOS mediante OP. En este modelo, el 70% de los sujetos sospechados podrían inicialmente manejarse con OP, planteando un escenario aplicable a contextos de recursos limitados.

C35

LA HIPOXEMIA Y EL RIESGO DE HIPERTENSIÓN EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

BORSINI E; BLANCO M; SALVADO A; BLEDEL I; VARELA B; NIGRO C

Introducción: La información disponible en escenarios clínicos acerca del papel de la magnitud de la hipoxemia como factor de riesgo de hipertensión arterial (HTA) en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) es aún limitado.

Estudios en animales y en humanos han demostrado que la hipoxemia intermitente (HI) puede desencadenar Hipertensión Arterial (HTA). Nuestra hipótesis es que el tiempo de saturación debajo de 90% a nivel del mar (T90) puede estar asociado a la HTA en pacientes con AOS. El objetivo de este estudio fue evaluar la hipoxemia como factor de riesgo independiente de HTA en un modelo de trabajo de la vida real basado en pacientes examinados en una unidad de sueño mediante poligrafía respiratoria domiciliaria (periodo 2011-2019).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en una base de datos de recolección sistemática basada en registros clínicos y de poligrafía respiratoria (PR).

La base de datos se dividió aleatoriamente en un conjunto experimental (Exp-G) y uno de validación (Val-G). Las variables predictivas continuas (edad, IMC y T90) se ingresaron en los diversos modelos como variables dicotómicas. Se realizó análisis ROC para establecer el mejor punto de corte para separar pacientes con y sin HTA. Los modelos predictivos se basaron en puntos de corte tradicionales para el AHI (\geq 5, 10 y \geq 15).

Se construyeron modelos predictivos mediante regresión logística múltiple para establecer la

relación entre HTA y; edad (> 50), sexo, índice de masa corporal ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), índice de apnea/hipopnea (IAH) y tiempo por debajo de una saturación de oxígeno ($\text{SO}_2 \leq 90\%$ ($\text{T90} \geq 3\%$)).

Resultados: Se incluyeron 3.854 pacientes (mediana de edad: 55 años), en su mayoría hombres (61,5%). Las prevalencias de obesidad e hipertensión arterial fueron 57% y 52.3% respectivamente. El 48% de la muestra tuvo AOS moderada a severa. El 29% de los pacientes reportaron somnolencia diurna excesiva ($\text{ESS} > 10$ puntos).

El área debajo de la curva ROC (AUC-ROC) con mejor desempeño para discriminar HTA fue: edad; ≥ 52 años, $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$, $\text{IAH} \geq 14 \text{ ev/h}$ y $\text{T90} \geq 3\%$. En el modelo final, las variables que se asociaron con HTA en Exp-G y Val-G fueron; edad (OR 3.07-3.58, IC95% 2.92-4.4, $p < 0.0001$), sexo masculino (OR 1.33 -1.51, IC95% 1.09- 1.85, $p 0.005 - 0.0001$), IMC (OR 1.8 – 1.96, IC95% 1.47 – 2.39, $p < 0.0001$) y el T90 (OR 1.64 – 1.72, IC95% 1.33 – 2.12, $p < 0.0001$). El IAH no mostró relación significativa con la existencia de HTA (OR 0.99 – 1.23, IC95% 0.75 – 1.54, $p \text{ NS}$).

Conclusiones: La hipoxemia nocturna ($\text{T90} \geq 3\%$) fue un factor de riesgo independiente asociado a hipertensión arterial, en una población clínica de pacientes con sospecha de apneas del sueño. Esta observación enfatiza la necesidad de extender las investigaciones en este campo del conocimiento utilizando métricas combinadas para la evaluación de riesgos.

C36

ASOCIACIÓN INDEPENDIENTE ENTRE HIPOXEMIA Y SUDORACIÓN NOCTURNA EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

NIGRO C; BLEDEL I; REINO F; VARELA B; BORSINI E

Introducción: La prevalencia de sudores nocturnos (SN) en atención primaria oscila entre el 10 y el 41 % y puede ser causada por varias condiciones médicas. El 30% de los pacientes con apneas obstructivas del sueño (AOS) comunican SN. A pesar de la evidencia experimental en humanos sanos y en AOS que vincula la hipoxia e hipercapnia con excitación simpática, indicadores como; el índice apnea-hipopnea (IAH), el índice de desaturaciones de oxígeno (IDO) y el tiempo de saturación debajo de 90% (T90) no han demostrado una asociación significativa con SN.

Objetivo: evaluar la relación entre la hipoxemia durante la polisomnografía (PSG) y los sudores

nocturnos (SN) informados por los pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos consecutivos que completaron un cuestionario de sueño estandarizado y se les realizó una polisomnografía (PSG).

Resultados: Se incluyeron 1.397 pacientes (41% mujeres). La mediana de edad fue 52 años, el 80% tenía AOS (IAH \geq 5) y el 35% era obeso (índice de masa corporal - IMC $>$ 30 kg/m²). Un total de 245 pacientes (17.5%) informaron sudores nocturnos. La prevalencia de SN fue mayor entre los pacientes con AOS en comparación con los controles (18.9 % vs. 12.2 %, $p < 0.01$). En el análisis bivariado las variables asociadas a SN fueron; IMC, IAH, presencia de hipoxemia por T90 \geq 2.5% del tiempo total de registro más SatO₂ mínimo $<$ 85%, movimientos corporales o despertares frecuentes, pesadillas, somnolencia diurna excesiva (Epworth $>$ 10), nocturia, eventos cardiovasculares y uso de sedantes o antidepresivos.

En el modelo multivariado, los predictores independientes de SN fueron; IMC (OR: 1.47, IC 95%: 1.07-2.01, p 0.016), hipoxemia como indicador combinado (OR: 1.87, IC 95%: 1.37-2.60, p 0.0001), pesadillas (OR: 2.60, IC 95%: 1.73-3.80, $p < 0.0001$), movimientos corporales y despertares frecuentes (OR: 1.57, IC 95%: 1.16-2.11, p 0.003 y OR: 1.54, IC 95%: 1.13-2.08, p : 0.005, respectivamente) y somnolencia diurna excesiva (OR: 1.65, IC 95%: 1.24-2.20, p : 0.0007).

Conclusiones: En pacientes con apnea obstructiva del sueño, la sudoración nocturna se asoció de manera significativa e independiente con desaturación de oxígeno durante la noche.

C37

PREDICTORES DE FALLA EN LA PRUEBA DE TITULACIÓN DE CPAP NO VIGILADA EN DOMICILIO EN PACIENTES SIN ADAPTACIÓN PREVIA

BLANCO M; ERNST G; SALVADO A; BORSINI E

Introducción: Los equipos de CPAP automáticos (A-CPAP) son una opción aceptada de titulación en la apnea obstructiva del sueño (AOS). La AAMS y las guías nacionales (AAMR 2019) consideran aceptable una prueba de titulación en domicilio con uso \geq a 4 horas/noche e índice de apneas residuales (IAHr) \leq 10 eventos/hora.

Objetivo: Evaluar predictores de falla (inaceptabilidad) en estudios de titulación no vigilados en el domicilio, de una base de datos de recolección sistemática, durante 6 años.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo basado en titulaciones de A-CPAP entre 2015 y 2021 (76 meses) en pacientes con AOS "naive" de tratamiento con CPAP. Aquellos con experiencia previa con el uso de CPAP, menores de 18 años o con otros diagnósticos, no fueron incluidos. El tipo y tamaño de la máscara fueron seleccionados luego de una demostración de interfaces. Se utilizaron equipos de A-CPAP S9 y AirSense (ResMed®) y System One y Dream Station (Philips-Respironics®). Los datos de la titulación se obtuvieron con software ResScan y Encore Pro II. Los datos de presión efectiva fueron obtenidos luego de la curva de presión/tiempo. Se extrajeron datos de cumplimiento, fugas e índice de apneas e hipopneas residual (IAHr). Se utilizó criterio de aceptabilidad de la AAMS.

Se realizó estadística descriptiva y regresión logística múltiple para identificar predictores de falla en la prueba de titulación (aceptabilidad de la prueba) y como variables independientes las siguientes: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC en kg/m²), síntomas por escala de Epworth, circunferencia de cuello, IAH basal, AOS severa y tipo de interfase seleccionada.

Resultados: Se incluyeron 1809 pacientes de los cuales 1325 cumplieron criterios de aceptabilidad (GAcept) constituidos por; 941 hombres (71%), edad 57 ± 12.4 años, IMC 32.3 ± 8.8 kg/m², valor en la escala de somnolencia de Epworth 9.19 ± 5.7 puntos, IAH basal de 34.2 ± 19 ev/h y categorizados como AOS leve (4.7%), moderada (39.6%) y severa (55.6%). El periodo de titulación alcanzó 3.4 ± 3.5 noches con una adherencia media fue de 379 minutos/noche. La presión efectiva (cmH₂O) fue; 8.7 ± 1.7, el IAHr; 3.1 ± 2.4 ev/h y las fugas (L/m) de 16.1 ± 8.7. La única diferencia observada con el grupo de estudios inaceptables (GIncept) se observó en la proporción de edad ≥ 50 años (p: 0.0005).

Existieron diferencias (%) en la utilización de interfases entre ambos grupos (GAcept vs. GIncept); almohadillas (22.4 vs.15.2, p < 0.00001), máscara nasal (70.6 vs. 58, p < 0.0001) y oronasal (7 vs. 26.8, p < 0.0001), respectivamente.

La regresión múltiple ajustada, arrojó significación como predictor de falla únicamente para la utilización de máscara oronasal; OR: 2.49 (IC95%: 1.79-3.46), p < 0.0001.

Conclusiones: Durante la titulación de A-CPAP en domicilio, los pacientes no adaptados tienen mayor riesgo de una prueba inaceptable cuando se selecciona una máscara oronasal.

C38

PREDICTORES DE APNEAS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

BORSINI E; TELLO SANTACRUZ I; BARCOS J; ERNST G; RECALDE L; BLANCO M; SALVADO A; CÁCERES MONIÉ C; AVACA H

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común del adulto y la apnea obstructiva del sueño (AOS) es un factor vinculado a su desarrollo y recurrencia. Objetivo: Identificar predictores de AOS moderada–severa (IAH \geq 15 ev/h) en pacientes con FA.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo en una clínica especializada en arritmias cardíacas. Se correlacionaron datos antropométricos, cuestionario de Berlín (CB), escala de somnolencia de Epworth (ESS) y STOP-BANG (SBQ), laboratorio y ecocardiograma. Se construyeron modelos de regresión múltiple para predecir un IAH \geq 15 eventos/hora (ev/h).

Resultados: Estudiamos 82 pacientes con FA (30.5% paroxística); 69.5% hombres, edad 65.7 ± 12.0 años, IMC de 29.9 ± 4.9 kg/m². 38 pacientes (46.3%) fueron obesos. Las comorbilidades fueron (n; %); dislipemia (41; 50%), hipertensión arterial (41; 50%), sedentarismo (29; 35.4%), tabaquismo activo (12; 14.6%), enfermedad coronaria (11; 13.4%), diabetes (9; 10.9%), valvulopatías (3; 3.6%) EPOC (2; 2.4%) y ACV (2; 2.4%). 13 pacientes (15.8%) tenían antecedentes de ablación previa, 52 casos (63.4%) recibían anticoagulación y 50 (61%) tenía puntaje CHADS₂-VASC $>$ 2 (riesgo elevado de stroke incidente).

La prevalencia de IAH \geq 15 ev/h fue 54.8% (indicación de CPAP en el 50%). El 21% de esta población mostró un ESS $>$ 10 puntos. Hallamos diferencias entre los grupos con IAH $<$ 15 y \geq 15 ev/h para; frecuencia cardíaca basal (lpm); 67.1 ± 11.8 vs. 75.9 ± 13.9 (p: 0.003), uso de betabloqueantes 32.4% vs 60% (p: 0.01), intervalo PA-TDI (117.6 ± 19.6 vs. 135.5 ± 19.7) p: 0.03, volumen ecocardiográfico indexado de aurícula izquierda (VAI); 36.9 ± 9.7 vs. 46.2 ± 24.4 (p: 0.03), creatinina (p: 0.003) y NTProBnp (p: 0.016) pg/ml, respectivamente.

El CB correlacionó con IAH \geq 15 ev/h (p: 0.008). El número de componentes SBQ se incrementaron para formas severas ($>$ 4 obtuvo sensibilidad (S): 55% y especificidad (Sp): 78.4%), área bajo la curva (AUC-ROC) de 0.65 (p: 0.015). El volumen ecocardiográfico auricular izquierdo indexado (VAI) mostró S: 82.9%, Sp: 51.3%, AUC-ROC: 0.69 (p: 0.002).

La regresión logística múltiple identificó como predictores de IAH \geq 15 ev/h las siguientes

variables; ronquido (OR: 4.1, IC95%: 1.56-10.7), circunferencia de cuello > 40 cm en mujeres o > 42 cm en hombres (2.8, IC95%: 1.12-7.1) y CB de alto riesgo (OR: 13.8, IC95%: 1.6-15.2).

Conclusiones: En pacientes con FA, hallamos una elevada prevalencia de AOS con poca expresión sintomática, la mitad de ellos candidatos a utilizar CPAP. El ronquido, la circunferencia de cuello aumentada y CB predijeron la AOS de relevancia cardiovascular en esta población específica.

C39

CRIBADO DÉFICIT DE ALFA 1-ANTITRIPSINA EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

MORAN B; DAYANAUBAL L G; ACOSTA M A; OVIEDO E E; FERNÁNDEZ R G; APPIOLAZA A; KEVORKOF G V

INTRODUCCIÓN

El déficit alfa 1-antitripsina (DAAT) es una enfermedad genética, autosómica co-dominante que se manifiesta como EPOC, cirrosis, paniculitis y vasculitis.

Alfa 1-antitripsina (AAT) es una glicoproteína inhibidora de proteasas. Su deficiencia grave se define por

concentración sérica <35% del normal. Genotipos más frecuentes: MM, MS, SS, MZ, SZ y ZZ asociados con

100%, 80%, 60%, 55%, 40% y 15% de actividad AAT.

En +95% de los casos de DAAT se asocia con genotipos Pi ZZ y menos frecuente a genotipos de alelos Z, S,

raros y nulos. Fenotipos MS y MZ suelen causar déficit intermedio.

Enfisema asociado DAAT es de inicio precoz, sin factores de riesgo y distribución basal-panacinar. Podría

favorecer desarrollo de asma y bronquiectasias (BQ), no existen pruebas definitivas.

Existe subdiagnóstico del DAAT. Prevalencia global 1/2500-5000 individuos y 0,83% en Argentina.

OBJETIVO

Determinar proporción de DAAT en individuos con antecedente de enfermedades respiratorias crónicas

y caracterizarlos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Estadística descriptiva Infostat y Excel. Dosaje AAT por gota

seca. Período marzo 2017-marzo 2022.

RESULTADOS

Muestra final (n:60): 53,3% femenino. Edad media 57,7 años (19-85). 75% con por lo menos un antecedente patol. De éstos, EPOC 65%, asma 18.3% y el resto BQ y neumotórax a repetición. Valor medio

AAT 1,73mg/dl (0,3-2,8). 41,7% \leq 1,5mg/dl.

Muestra con DAAT (AAT \leq 1,5 mg/dl) (n:25): 52% mujeres. EPOC 68%, asma 16%, BQ y neumotórax a repetición 4%. Espirometría obstrucción 88%, sugestivo de restricción 8% y normal 4%. TAC enfisema panacinar 44%, centrolobulillar 40% y otros patrones 16%. 40% tabaquista activo (33,8p/y) y 44% ex tabaquista (25,6p/y).

Genotipificación:

*4 heterocigotos S de Pi MS, todos con antecedente EPOC.

*1 homocigota para Z de Pi ZZ, con valor más bajo AAT (0,30mg/dl). Masculino 29 años, ex tabaquista

10p/y, edad inicio síntomas 22 años, EPOC GOLD2, enfisema panlobulillar predominio lóbulos superiores,

exacerbador.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se recomienda realizar al menos una vez dosaje AAT en EPOC, también en asma grave, vasculitis y paniculitis. No recomendada habitualmente en BQ ya que se debería a tracción de la pared bronquial

secundario a enfisema.

DAAT variante Pi ZZ se caracteriza por concentraciones AAT debajo 15% y tiene mayor mortalidad.

Pacientes Pi SZ con niveles AAT de 40% tienen mayor riesgo desarrollar EPOC si fuman. Genotipo MS es

ligeramente deficiente sin riesgo reconocido de desarrollar enfermedades. En este trabajo, de los 30 pacientes EPOC (del total muestral), 17 tuvieron valores de AAT \leq 1.5 mg/dl. De éstos, sólo 5 con alelos Z

y S.

Se desconoce prevalencia de DAAT en otras patologías respiratorias que no sea EPOC. En este estudio, la

mitad de los 8 pacientes con asma presentó DAAT y 1 de los 6 con BQ. Todos con genotipo No S No Z.

El diagnóstico precoz del DAAT y su tratamiento oportuno, evita progresión de enfermedad y posteriores

complicaciones. Consideramos relevante su screening no sólo en EPOC sino también en otras patologías

respiratorias.

C40

INHALADORES DE ACCION PROLONGADA EN PACIENTES EPOC ¿24 HS DE ACCION? ESTUDIO PILOTO EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

SERRANO M; SIVORI M; PASCANSKY D

INTRODUCCION

Los broncodilatadores inhalados son fundamentales para el manejo de pacientes con EPOC. Las combinaciones de inhaladores de acción prolongada (IAP) controlan síntomas, previenen exacerbaciones y mejoran la calidad de vida. Los IAP de 24 hs brindan estos beneficios con el uso de una dosis diaria, sin embargo, en la práctica clínica observamos la necesidad de uso de medicación de rescate en ciertos pacientes.

OBJETIVO

Describir si el uso de inhaladores de acción prolongada (IAP) en pacientes con EPOC, mantiene un efecto clínico de 24 hs, y uso de broncodilatadores de acción corta adicional (BACA), de ser necesarios para aliviar síntomas respiratorios como rescate, en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de EPOC (definición GOLD) y uso de IAP, enrolados al azar. Se realizó una encuesta a estos pacientes y se completaron datos demográficos y funcionales, tomando como horario de administración del IAP entre las 6 y 8 AM y el horario adicional del rescate de síntomas de BACA durante el día y la noche. Los IAP y BACA se

clasificaron por grupos farmacológicos. Se realizó análisis estadístico con técnicas convencionales

RESULTADOS

Se enrolaron un total de 42 pacientes con tratamiento IAP: 64,2% triple terapia (TT) y 35,7% LAMA/LABA. De los cuales 25 (60%) fueron varones, 17 (40%) mujeres, la mediana de edad fue 62.5 años (IC:25-75; 57,3- 66,8), mediana de FEV1 post broncodilatador de 59% (IC: 25-75; 50-68), CAT con mediana de 21 (IC: 25-75; 16-28), y TAI con promedio de 46. El 81% de los pacientes realizaban una técnica adecuada.

Del total de pacientes, 30 (69.7%) necesitaron BACA, IAP: 76,6% TT; 23,3% LAMA/LABA. 56,6 % requirió más de 2 rescates durante todo el día, el 50% necesito BACA tanto a la mañana como a la noche, 50% de 13 hs a 24 hs. El BACA más usado fue SABA 76,6%; seguido de SABA+SAMA 23.3%. El CAT y el TAI promedio de pacientes que requirieron BACA fue de 24 y 46 respectivamente. GOLD: B1:7,6%; B2:3,8%; B3:3,8%; D1:3,8%; D2:54%; D3:19,2; D4:7,6%. En cuanto a disnea el 57% tuvo un mMRC 2; 39,2% mMRC 3; 3,5% mMRC 4. Es decir, el 100% tuvo un mMRC igual o mayor a 2.

CONCLUSIONES

Se encontró que 69,7% de los pacientes con IAP requieren de medicación adicional, siendo los SABA el BACA más usado 76,6%; el horario donde se requiere más de BACA fue entre las 13hs a 24 hs, sin embargo, durante la mañana el 50% también uso BACA. La adherencia de los pacientes fue pobre. La necesidad de BACA podría estar relacionada con la gravedad de la enfermedad de base, la pobre adherencia y la actividad física durante el día. El 73% de los pacientes fueron GOLD D 2-3, justamente

la población a quien va dirigida este tipo de medicación.

Se concluye que el tratamiento con IAP en pacientes con EPOC grave no llegan a cubrir la duración de acción supuesta de 24hs, por lo que los pacientes habitualmente realizan rescates con inhaladores de acción corta para mantener control de sus síntomas durante su actividad cotidiana.

C41

IMPACTO SISTÉMICO DE LA CORTICOTERAPIA PROLONGADA EN PACIENTES CON ASMA: SERIE DE CASOS

PASCANSKY M U; SAN MARTIN P; SIVORI M

Objetivos: Determinar en pacientes con asma bronquial y uso de la corticoterapia prolongada, el impacto endocrinológico sobre el eje hipofisoadrenal y clínico sobre órganos blancos.

Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con asma bronquial que recibían corticoides sistémicos para controlarla y que fueron derivados a los consultorios externos de Neumología. Fueron evaluados por una endocrinóloga para determinar el impacto sistémico (CS) clínico y endocrinológico de su uso. Se usaron técnicas estadísticas convencionales.

Resultados: Se analizaron 31 pacientes y se descartaron 19 por tener una indicación de CS por una enfermedad asociada. Sobre 12 pacientes, la mediana de edad fue 41 años (rango intercuartilar-RIQ- 35-59,5); género femenino 66.6%; asma de comienzo infancia 66.6%; 33% expuestos a tabaco: 35 paquetes-año (RIQ 21.25-46.75); FEV₁ 1.99 L mediana (RIQ 1.71-2.72); FEV₁ % 72.5 mediana (RIQ 68-77.25); FEV₁ /FVC 0.73 (RIQ 69.2-76.5). La mediana de eosinofilia fue 230 cel/ul (RIQ 189-310) e IgE 120 UI/L (RIQ 103,2-177). Sólo el 8% tenía control del asma, ACT 13 (RIQ 12.5-13.5); consultas a guardia en último año 2 (RIQ 1.25-3). El tratamiento preventivo de base del asma fue 25% corticoides inhalados sólo, 75% CI+LABA y 8% LAMA, adherencia pobre.

Impacto endocrinológico: Tiempo de uso de CS 24 meses (RIQ 8-24); uso parenteral 25%; uso oral 83%. Evaluación del eje: cortisol basal 3,5 ug/dl (RIQ 1,3-7,5) y repedido al mes 8,1 ug/dl (RIQ 3,1-10,25), alterado en el 100% de los pacientes; post-ACTH 14,5 (RIQ 12,77-17,65); recuperación eje en el 75% de los pacientes con mediana 12 meses (8-12). Tres pacientes (25%) no lo recuperaron (2 a 10 años de seguimiento).

Impacto clínico sistémico: pirosis/reflujo 66.6%; hipertensión arterial 41.6%; osteopenia/osteoporosis 33.3%; obesidad 33% y 8% (diabetes, intolerancia glucosa, cataratas, cada una).

Conclusión: En pacientes con asma mal controlada, predominio femenino, edad media, asma de inicio en la infancia y fenotipo alérgico-eosinofílico, se describió uso de CS promedio de 2 años a la consulta neumológica. En la evaluación endocrinológica se diagnosticó insuficiencia suprarrenal en todos los pacientes, la cual el 25% permaneció insuficiente al año de evaluación. Se determinó un gran impacto clínico cardiovascular, óseo y gastrointestinal. No hay estudios en

nuestro país en este aspecto. Se deben educar al paciente y comunidad médica sobre el impacto deletéreo de los CS, e insistir en el acceso y adherencia al tratamiento preventivo escalonado como mejor forma de controlar el asma.

C42

DERIVACIÓN DE PACIENTES CON ASMA NO CONTROLADA A NEUMONOLOGÍA DESDE GUARDIA O CENTRO DE SALUD: EXPERIENCIA UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

CAPELLI L; SÍVORI M; GONZALEZ C

Objetivo: describir pacientes con diagnóstico de asma sin seguimiento por Neumonología atendidos por médicos generalistas en centros de salud, consultorio externo o guardias, y evaluar cuales debían ser derivados a un neumonólogo en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Material y métodos: se incluyeron pacientes con asma bronquial a través de la derivación del servicio de Clínica Médica (consultorios externos e internación), guardia externa y centros de salud y acción comunitaria en el programa Asthma ReferID durante los años 2020-2022. Se evaluaron datos demográficos, número de ciclos de corticoides sistémicos (CS) y número de visitas a guardias durante el último año, antecedente de asma casi fatal (ACF), uso anual de SABA a demanda y ACT (Asthma Control Test). En base a cuatro de estos últimos parámetros se determinaron que pacientes requerían derivación a especialista (aquellos que utilizaron 2 o más ciclos de CS o tuvieron 2 o más visitas a guardia o consulta no programada por asma o tenían antecedente de ACF o utilizaban más de 3 canisters de salbutamol anualmente).

Resultados: se incluyeron 105 pacientes, 74 eran mujeres (70.5%) y 31 eran hombres (29.5%), mediana de edad de 48,5 años, 29,5% presentaban antecedente de tabaquismo pasado o actual (promedio 10 p/y). Solo el 23% utilizaba medicación inhalatoria con beta adrenérgico de acción prolongada + corticoide (LABA+CSI). El 55% de los pacientes habían recibido 2 o más ciclos de CS en el último año, el 65.7% tuvo 2 o más visitas de emergencia o no programadas debido al asma, 13,3% presentaban antecedente de ACF y el 72,3% habían utilizado más de 3 canister de SABA en el último año (38 pacientes utilizaban 6 o más al año). La mediana de ACT fue de 15 puntos.

Del total de pacientes evaluados 87.6% requerían derivación para atención por Neumonología. Conclusiones: se determinó que la gran mayoría de los pacientes deberían ser evaluados por Neumonología en forma más temprana. Se observó que se encontraban solamente en tratamiento con SABA, con gran demanda del mismo, probablemente relacionado a la dificultad de acceso a medicación inhalatoria LABA+CSI por sus costos como también por la falta de adherencia o derivación previa por facultativos de otras especialidades. Al no contar con medicación preventiva y el control de comorbilidades terminan presentando crisis asmáticas que podrían ser evitables, repercutiendo en mayor costo directo e indirecto en salud, como así también un mayor uso de corticoide sistémico con los efectos adversos que ello implica y peor calidad de vida.

C43

EVALUACIÓN DE TÉCNICA BRONCODILATADORA EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

MOROSANO G; NAVARRETE R; MORALI M

Introducción y objetivo. El tratamiento para el asma y la EPOC cuenta con una variedad de fármacos cuya vía de administración más empleada es la inhalada. Los dispositivos utilizados con mayor frecuencia son los inhaladores de dosis medida (IDM) y los de polvo seco (IPS). Se encuentran publicados numerosos trabajos que han registrado el inadecuado uso de inhaladores y su relación con síntomas respiratorios. El objetivo de este trabajo fue identificar la frecuencia de errores en la técnica inhalatoria.

Material y método. Estudio prospectivo que incluyó a 43 pacientes con asma o EPOC del Hospital Provincial del Centenario entre abril de 2021 y febrero de 2022. Se incluyeron adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, que se encontraran utilizando uno o varios inhaladores. A los pacientes aptos para ser enrolados se les proporcionó la medicación que estaban utilizando hasta ese momento por 30 días. En la segunda entrevista se controló las dosis administradas y se les solicitó que realizaran una demostración de la técnica inhalatoria. Se registraron los errores en una lista de verificación, se procedió a su corrección y se implementaron cuestionarios CAT y ACT y escala de disnea mMRC. Se efectuó un control en 30

días con el objetivo de reevaluar la técnica. Se controló la adherencia, se realizaron los cuestionarios, se registraron los errores y se los corrigió. Dispositivos evaluados: IDM, IPS de simple dosis, Diskus®, Turbuhaler® y Ellipta®.

Resultados. La edad promedio fue de 55.3 años, el 62.8% fueron hombres. El 62.8% tenía EPOC y el 37.2% asma, 45% eran fumadores y 12.5% ex fumadores. El VEF1 promedio fue de 62%. El dispositivo más utilizado fue el IDM (44.1%) seguido por IPS de simple dosis (41.8%), Ellipta (23.3%), Diskus (14%) y turbuhaler (11.6%). En la primera consulta se objetivaron 43 errores cometidos por 26/43 pacientes (60.4%). En la segunda consulta se registraron 17 errores cometidos por 9/30 (30.0%). La cantidad de errores cometidos entre la primera y segunda visita se redujo de forma significativa en todos los dispositivos ($p=0.040$).

No se observó diferencia significativa en CAT, ACT y disnea mMRC entre la primera y segunda visita.

Discusión y conclusiones. Numerosos trabajos alertan sobre el uso inadecuado de inhaladores con gran dispersión porcentual. Henry Chrystyn y col. en 40 trabajos evaluados encontraron que la tasa de errores generales varió entre 50% y 100%. En nuestra muestra la tasa de errores en la primera visita fue de 54.5%.

El 75% de los pacientes que utilizaron IPS de simple dosis y turbuhaler tuvieron algún error ($p=0.04$), estos hallazgos discrepan con la literatura que describe mayor frecuencia de errores al utilizar IDM.

En la segunda visita la muestra de pacientes evaluados disminuyó de forma significativa la cantidad de errores cometidos. Sin embargo, la cantidad de errores siguió siendo elevada.

Por tanto, en base a los resultados preliminares aquí volcados y a futuras investigaciones de mayor alcance deberían diseñarse estrategias para el manejo y la resolución de dicha problemática

C44

FACTORES DE RIESGO EN ASMA GRAVE

PASCUA RIGADA J; DI TULLIO F; ERNST G; BOSIO M; SALVADO A

INTRODUCCION

El asma se define como una enfermedad heterogénea, usualmente caracterizada por inflamación crónica de la vía aérea que se asocia a obstrucción e hiperrespuesta bronquial. La mayoría de los pacientes con asma pueden ser tratados adecuadamente con esteroides inhalados y la combinación de broncodilatadores usualmente agonistas beta adrenérgicos de acción larga. Existe un grupo de pacientes que no pueden ser controlados pese a este tratamiento, este grupo consume la mayoría de los costos de salud en lo que a asma se refiere.

El asma grave corresponde del 5 a 10% de la población de asmáticos.

Se plantea la necesidad de llevar un registro de pacientes asmáticos que se atienden en nuestro hospital englobados dentro de esta clasificación (grave, no controlada, grave no controlada).

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional prospectivo entre 04/2018 y 06/2022.

Objetivos: Determinar la proporción de los distintos tipos de asma en nuestra población desde abril de 2018 a junio de 2022.

Registrar las situaciones problemáticas que podrían conducir a un mal manejo del asma tales como adherencia, dificultad con las técnicas inhalatorias y descartar diagnósticos diferenciales en esta población de pacientes (tales como reflujo, etc).

Evaluación de:

- Adherencia inadecuada (temporalidad, regularidad, dosis)
- Técnica inhalatoria incorrecta
- Dosis insuficiente o esquema incorrecto (responsabilidad médica)
- Medicamento mal elegido o desacertado (no considerar diversidad fenotípica)
- Comorbilidades no tratadas (Particularmente rinosinusales, obesidad, SAHOS)
- Factores de riesgo no considerados ni removidos (tabaquismo, profesionales, exposicionales, emocionales)

Se registrarán datos del Control del asma:

El control del asma se evaluará mediante cuestionarios autoadministrados: Asthma Control Test (ACT) y Asthma Control Questionnaire (ACQ)

Evaluar correlación entre el mal control del asma y los niveles de eosinofilia en sangre periférica. Umbral para definir esta eosinofilia: 300 cells per μL

Análisis estadístico:

Se realizará un análisis descriptivo de las variables recolectadas. Variables nominales serán expresadas como media y SD y variables continuas serán expresadas como media y SD. Se analizaron los factores de riesgo asociados a asma grave mediante un análisis multivariado.

Se utilizó software MedCalc12.1.2

RESULTADOS

Se incluyeron 45 pacientes con asma de difícil control con una edad media de 58.7 ± 16.5 años de los cuales el 61.5% eran mujeres. La edad media de inicio del asma fue a los 39 años ± 17.3 . De los pacientes que realizaron esputo inducido (5) solo uno presentó eosinofilia en esputo.

Los pacientes fueron agrupados en asma grave o de difícil control en función de la eosinofilia periférica (más de 5% y/o 300 cells per μL). Los factores de riesgo asociados al asma grave fueron la edad de inicio (OR 1.2 IC 95% 1.04 a 1.45), el índice de masa corporal (IC 95% 1.36 a 10.9)

Se observó un incremento no significativo del mal control establecido por ACQ mayor o igual 1.5 de tener asma grave (OR de 1.8 IC 95% 0.37 a 8.68). Hubo incremento significativo por ser tabaquista actual (OR 1.16 entre 0.1 a 15.3) y por incremento en paquete/año con aumento del riesgo en 1.04 con IC 0.96 a 1.14. Otras variables analizadas como exposición laboral no resultaron factores de riesgo en este análisis.

CONCLUSIONES

El presente estudio encuentra una consistente relación entre la dosis de eosinófilos en sangre periférica y variables de mal control clínico, como son las agudizaciones graves, y la afectación en la calidad de vida. Utilizando como mejor punto de corte 300 cells per μL .

C45

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL POST COVID

VEREGARA M; SUSSINI M; SUSSINI M M

INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

Por el elevado número de pacientes afectados por infección de Sarcov2, el sistema de salud tuvo la necesidad de implementar una estrategia para control y seguimiento de los paciente post covid, principalmente para los pacientes con neumonía moderada y severa, según la clasificación propuesta por la separ y con diferentes comorbilidades .

El periodo post Covid comienza a las 4 semanas posterior del inicio de síntomas hasta los 6 meses. El seguimiento en esta etapa tiene por objetivo evaluar pacientes con persistencia de síntomas y detectar secuelas a corto y largo plazo, realizando estudios complementarios según las manifestaciones clínicas.

El Objetivo primario fue analizar características clínicas y espirométricas de pacientes que cursaron neumonía por Covid moderado severo 30 días posterior al alta hospitalaria, y evolución dentro de los 6 meses.

El Objetivo secundario fue Describir la asociación entre comorbilidades, respiratorias y no respiratorias, y severidad de la neumonía por Covid.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizo un estudio retrospectivo observacional de las historias clínicas de pacientes que consultaron en periodo post Covid en el servicio de Neumonologia del Hospital Escuela “José Francisco de San Martín” de la provincia de Corrientes, durante el periodo de un año, de octubre de 2020 a octubre de 2021.

Se incluyeron a pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos que consultaron posterior a los 30 días hasta los 3 meses posterior del alta por Covid moderado o severo según la clasificaron de la infección aguda propuesta por la separ.

Se analizaron manifestaciones clínicas, funcionales (espirometría) y tomográficos de ambos grupos, como así también las comorbilidades respiratorias (asma, epoc, enf. intersticiales, tabaquismo. otras) y no respiratorias (Diabetes, hipertensión arterial, obesidad otros), además se analizo la evolución funcional a los 6 meses de pacientes que presentaron espirometrías alteradas.

RESULTADOS:

Se evaluaron en total 418 historias clínicas de pacientes afectados por COVID 19. Presentaron neumonía moderada y severa 121 (28,9%) . El 56% eran masculinos de edad promedio de 49 años y 43,8% femeninas de edad promedio de 47,7años.

Al momento de la consulta fueron sintomáticos 91 (75%) de los pacientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la disnea (29 pacientes, 31,8%), tos (23 pacientes, 25,2%) y fatiga (7 pacientes 7,6%),

En 43 (35,5%) pacientes se realizó espirometría hallándose funcional anormal en 11 pacientes (25,5%) siendo el patrón no obstructivo lo más frecuente 6 (54,5%), seguido por el patrón obstructivo (2 pacientes, 18%) y mixto en el resto (3 pacientes 27%).

En la evaluación dentro de los 6 meses la mayoría de los pacientes habían normalizado su espirometría (7, 63,6%), 2 pacientes no concurren a su control, 1 paciente persistió con patrón restrictivo y uno presento curvas compatibles con obstrucción fija . Los pacientes con funcional anormal habían presentado neumonías graves (7 pacientes,63,6%) y moderadas (4 pacientes, 36,3%). En la TAC de torax se evidenció vidrio esmerilado bilateral (7 pacientes, 63%) y consolidaciones basales sumado al patrón de vidrio esmerilado en algunos casos (4 pacientes, 36,3%).

La presencia de comorbilidades estuvo presente en 63 (52%) de los 121 pacientes, siendo las no respiratorias las más frecuentes (57 pacientes, 76%) y en orden correspondieron a hipertensión arterial (26 pacientes, 58%), obesidad (22 pacientes, 45%), diabetes(11 pacientes,22,9%) , encontrándose además más de dos comorbilidad en un paciente (15 pacientes,31%); En cuanto a las comorbilidades respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otras) correspondieron a (9 pacientes 14%) y el asma la enfermedad más frecuente (7 pacientes, 77%).

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Los trabajos publicados, como el trabajo de cohorte más grande realizado en Wuhan, China, donde se evaluaron las consecuencias para la salud a los 6 meses de alta hospitalaria en sobrevivientes de Covid-19, aquellos pacientes con neumonía moderada severa manifestaban estar sintomáticos posterior a la infección aguda, siendo en nuestro caso, la disnea y todos los síntomas más comunes de hallar. Además, en estos pacientes, fue más probable que presenten alteraciones en estudios funcionales respiratorios. A nivel mundial el patrón restrictivo es el predominante con prevalencia del 15% sobre el patrón obstructivo que alcanza prevalencias de tan solo el 7% y a su vez está más relacionado a pacientes que ya padecían comorbilidades respiratorias, coincidiendo con la literatura en nuestro trabajo el patrón restrictivo alcanzó cifras mayores al 50%.

El presente trabajo nos permitió conocer en vida real de nuestro hospital las características y evolución de los pacientes que tuvieron Covid moderado o severo, coincidiendo con la literatura internacional, donde predominaron los hombres, con al menos una comorbilidad, sobre todo metabólica. Aquellos que presentaron alteración funcional, principalmente patrón restrictivo, resolvieron dentro de los 6 meses posteriores sin complicaciones.

La falta de espirometrías de todos los pacientes, no permite sacar conclusiones de la evolución de la totalidad de los mismos.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Chaolin Huang, MD, Lixue Huang, MD, Yeming Wang, MD, Xia Li, MD, Lili Ren, PhD, Xiaoying Gu, PhD, et al. January 08, 2021 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8).
- 2- Respiratory consequences after COVID-19: outcome and treatment. Revista Española de Quimioterapia doi:10.37201/req/s01.16.2022
- 3- Evaluación Funcional y Respiratoria en Pacientes post COVID-19: ¿Cuáles son las mejores pruebas? Vasconcello-Castillo et al.

Kinesiología (2020) 39(2): 109-115

4- La gravedad de la insuficiencia respiratoria y la tomografía computarizada de tórax en la COVID-19 aguda se correlaciona con la función pulmonar y los síntomas respiratorios después de la infección por SARS-CoV-2: un estudio observacional longitudinal durante 12 meses. *Respiro Med.* 2022 ene; 191: 106709. doi: 10.1016/j.rmed.2021.106709

C46

ANALISIS DE LA FUNCIÓN PULMONAR DE PACIENTES POST- COVID QUE CONCURREN A UN CONSULTORIO ESPECIALIZADO.

VILTE GINA S M; CORREA Y B; SAINZ M; MARQUEZ S; PELLEGRINO G; CLIVIO L; ECHAZARRETA A L

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 favorece el desarrollo de diversas secuelas respiratorias. Algunos estudios que han descrito los efectos de la COVID-19 en la función pulmonar observaron deterioro de la misma meses después de la infección, por tal motivo actualmente existen protocolos de seguimiento para detectar dichas secuelas y evaluar su comportamiento a largo plazo.

Objetivo: : Describir la función pulmonar de los pacientes que fueron asistidos en el consultorio especializado Post-COVID-19 del servicio de Neumonología del HIEAyC San Juan de Dios de La Plata.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo a partir de las historias clínicas de pacientes que concurren al consultorio especializado Post-COVID-19 en el período desde el 01/11/2020 al 24/06/2022. Se registró edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, valores de las pruebas de función respiratoria (PFR) tales como volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF 1) , capacidad vital forzada (CVF), relación VEF 1 /CVF, capacidad pulmonar total (CPT), volumen residual (VR), relación VR/CPT Y test de difusión de monóxido de carbono (DLCO) por maniobra de respiración única, realizada 3 meses posteriores al inicio de síntomas

Resultados: Se obtuvieron estudios funcionales de 147 pacientes. El 57% (84) eran masculinos, la

edad media fue de 55 años (± 12 DS). El 63% (92) eran no tabaquistas, 20% (29) ex tabaquistas, 17% (26) tabaquistas actuales. 10% (15) presentaron antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas, de estas el 80% (12) era asma, y el 20% (3) EPOC. El 20% (30) padecieron un cuadro leve de COVID-19 según criterios OMS 1, 48% (71) moderado, 28% (40) severo y 4% (6) crítico. Con respecto a los valores de función pulmonar respiratoria, el 37% (55) de los estudios eran normales, el 59% (86) presentó una disminución de la DLCO. 20% (29) tenían patrón restrictivo, 7% (10) patrón de hiperinsuflación en forma aislada y 4% (6) patrón obstructivo, dentro de este último grupo el 50% (3) tenían el antecedente de enfermedad respiratoria. Con respecto al grupo que presentó descenso de la DLCO (n:86), el 55% (47) consistió en un descenso aislado, entre los diferentes grupos de gravedad de la COVID-19, el 50% (15) de los pacientes con cuadro leve presentaron descenso de la misma, 56% (40) en el moderado, 72% (29) en el severo y 17% (1) en la forma crítica.

Conclusión: Nuestro estudio revela que, luego de la COVID-19, el deterioro de la capacidad de difusión es la anomalía más frecuente de la función pulmonar, seguida de los defectos ventilatorios restrictivos, lo cual coincide con la literatura publicada a la fecha. Las pruebas de función pulmonar no solo la espirometría sino también la capacidad de difusión debe considerarse en el seguimiento clínico de rutina para los pacientes. Se necesitan estudios a largo plazo para determinar si estas alteraciones son persistentes.

C47

SÍNDROME POST COVID EN PACIENTES QUE CURSARON INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL MADARIAGA

CRUZ J N ; AZCONA M S; GONZÁLEZ A G; ROMAN A G

INTRODUCCIÓN

La enfermedad prolongada producida por SARS COV 2 conlleva a un complicado y heterogéneo escenario con múltiples presentaciones clínicas.

El Síndrome Post Covid se caracteriza por signos y síntomas clínicos persistentes que se desarrollan después de la infección por covid19 pasadas las 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo.

En este trabajo investigaremos síntomas del Síndrome Post covid, en pacientes con neumonía moderada-severa que requirieron internación en el hospital durante los meses de diciembre de 2021 y enero de 2022.

OBJETIVOS

Determinar qué porcentajes de pacientes que estuvieron internados por Neumonía SarS cov 2 moderada y severa durante el periodo de diciembre 2021 y enero de 2022 presentan síntomas respiratorios Post Covid como ser disnea, tos, astenia, dolor torácico, mialgias.

Determinar las características epidemiológicas, comorbilidades y tabaquismo.

Determinar vacunación por Sarcov2 en la población estudiada.

Determinar el compromiso tomográfico y funcional de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo observacional de pacientes que requirieron internación por

neumonía sars cov 2 moderada a severa desde el 1 de diciembre de 2021 a 30 de enero 2022 en el Hospital Madariaga.

Se analizaron las historia clínicas informatizadas de los pacientes, los siguientes datos epidemiológicos:

sexo, edad, comorbilidades, habito tabaquico, vacunación para sarcov2.

Se realizó control al mes y a los 3 meses del alta, investigando síntomas respiratorios, examen físico exhaustivo, registro basal de saturación, tomografía de tórax de alta resolución, espirometría con y sin

B2.

RESULTADOS

De un registro total de 94 pacientes que requirieron internación por neumonía moderada a severa; 55

de ellos (58.5%) fallecieron durante la internación y 39 pacientes que fueron externados, 19 fueron excluidos porque no hubo comunicación posterior al alta, siendo nuestra población efectiva de 20 pacientes. La distribución por sexo fue un 70% (14) eran masculinos y 30% (6) femeninos, con una mediana de edad de 62 años.

El 90% (18) del total de los pacientes persiste con síntomas posterior a los 3 meses de internación. Los

síntomas más frecuentes fueron la disnea, astenia, dolor torácico, y en menor proporción tos, mialgias.

El 90% de los pacientes tenían patología previa al momento de la internación, 70% hipertensión, 45%

diabetes, 10% asma y EPOC, obesidad 25%, ERC 15%, FA 10%. Un 5%(1) de la población era tabaquista actual, 35%(7) ex tabaquista y 60%(12) niega hábito tabáquico. Un 50% presentaron un patrón restrictivo 30% en grado moderado, 30% severo, un patrón normal 40% y 10% obstructivo muy severo.

Con respecto al compromiso tomográfico 16 pacientes (80%) presentaban afección bilateral y 20% (4)

unilateral, siendo el patrón común observado el vidrio esmerilado en un 80%, 15% (3) consolidación, y

5% (1) patrón reticular. El 15% (3) del total de la población no contaba con vacunas contra sars cov 2.

CONCLUSIÓN

Pudimos ver que el 90% de los pacientes internados persistieron con síntomas al mes y a los 3 meses posteriores al alta, coincidiendo así con datos de la bibliografía consultada, siendo los más frecuentes

disnea, astenia y dolor torácico.

El mayor porcentaje de la población era de sexo masculino, con una mediana de edad de 62 años. Con

respecto a las comorbilidades el 90% refirió antecedente patológico previo, con mayor prevalencia de

HTA, diabetes y obesidad. En relación al hábito tabáquico más del 50 % de la población no refería antecedente.

El 85% de los pacientes contaban con vacunación previa, un 40% 2 dosis y 35% 3 dosis.

Al evaluar el compromiso tomográfico vimos que 16 pacientes de un total de 20, presentaban infiltrado

bilateral, con 80% del total de la población presentando un patrón en vidrio esmerilado. Durante la evaluación funcional se observó el componente restrictivo moderado a severo en la mitad de la

población.

C48

DÉFICIT DE VITAMINA D Y EXACERBACIONES RESPIRATORIAS EN FIBROSIS QUÍSTICA

ORELLANA CAMPOVERDE G; KAHL G N; LUBOVICH S L; GARCÍA K D; CASTRO H M ; TALAMONI H L; BENITO H J; WAINSTEIN E J

Introducción

Las exacerbaciones respiratorias están asociadas a disminución de la función pulmonar y progresión de la enfermedad Fibrosis Quística (FQ). Existe controversia acerca de la relación entre la deficiencia de vitamina D y las exacerbaciones respiratorias.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de déficit de vitamina D en los pacientes con FQ seguidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires y evaluar si los pacientes con déficit de vitamina D tienen mayor número de exacerbaciones.

Material y Métodos

Estudio de corte transversal retrospectivo de los pacientes con FQ en seguimiento por equipo multidisciplinario del Hospital Italiano Central de Buenos Aires durante un año desde 30 junio 2021 a 30 de junio de 2022 mediante la revisión de historia clínica electrónica. Se consideraron niveles deficientes de vitamina D < 30 ng/ml. Se registraron edad, sexo, insuficiencia pancreática, infección crónica (3 o más cultivos positivos en el año), índice de masa corporal (IMC), características clínicas y funcionales respiratorias, número y días de hospitalizaciones por exacerbaciones, valor de vitamina D durante el año.

Se compararon las características de los deficientes de vitamina D y los suficientes: número de exacerbaciones anuales, función pulmonar (VEF1), infección bronquial crónica, insuficiencia pancreática y desnutrición. Se realizó un análisis estadístico de regresión logística bivariado para valorar la asociación entre déficit de vitamina D y el número de exacerbaciones. Se compararon las variables categóricas con chi cuadrado y Fisher y las variables continuas con Test Wilcoxon Mann Whitne según distribución observada.

Resultados:

Se reclutaron 40 pacientes, de los cuales, 35 fueron seleccionados para el estudio. Los pacientes tenían una mediana de edad de 12 (RIQ 10) y 28 años (RIQ 17) en pediatría y adultos respectivamente. Sexo masculino (57%). La prevalencia de déficit de vitamina D fue de 47% (7/15) (IC95% 21-73% en pediátricos y 40% (8/20) (IC 95% 19 -64%) en adultos (porcentaje).

	Todos N= 35	Déficit de Vitamina D N= 21	Vitamina D Normal N=14	Valor de P
Sexo Masculino n (%)	20 (57)	11 (52)	9 (64)	0.486
Edad n (%)				0.036*
>18 años	20 (57)	9 (45)	11 (55)	
< 18 años	15 (43)	12 (80)	3 (20)	
DBT n (%)	12 (34)	7 (58)	5 (42)	0.884
Insuficiencia pancreática n %	32 (80)	18 (86)	10 (71)	0.301
BMI < 18.5 n (%)	10 (29)	8 (40)	2 (14)	0.105
VEF1 % *	66 (26)	72 (26)	62 (26)	0.326
Exacerbaciones severas >=1 n (%)*	11 (31)	8 (38)	3 (21)	0.298
Exacerbaciones Leves*	1.5 (1.2)	1.6 (1.2)	1.5 (1.2)	0.865

* Valores expresados en media (DE)

Conclusión: La prevalencia de deficiencia de vitamina D fue elevada. Los pacientes pediátricos tienen mayor deficiencia de vitamina D que los adultos. Los pacientes con insuficiencia de vitamina D no tienen mayor cantidad de exacerbaciones respiratorias.

C49

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CÉLULAS PROGENITORAS

HEMATOPOYÉTICAS

CANALE H L ; MUÑOZ A M; COLOMBO M; MONTALVO M; CALIGARIS M E; FERNÁNDEZ V; BENSO J D; GIMÉNEZ CONCA A D; BENDEK G E; FURCADA J M; CASTRO H M

Introducción: Las opacidades pulmonares en pacientes trasplantados de médula ósea representan un desafío diagnóstico y son una causa de morbimortalidad.

Existen grandes discrepancias con respecto al rendimiento diagnóstico del lavado

broncoalveolar, sus complicaciones, y los factores asociados al aislamiento microbiológico. Objetivos: Estimar el rédito diagnóstico microbiológico, la modificación en la conducta médica, la tasa de complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria, describir los agentes microbiológicos rescatados, e identificar los factores asociados al aislamiento microbiológico. Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes adultos trasplantados de médula ósea a los que se les realizó una broncoscopia con lavado broncoalveolar por opacidades pulmonares en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre el 01/01/2011 y el 31/12/2020.

Resultados: De los 189 procedimientos analizados, 79 presentaron un aislamiento microbiológico (41,80%) y 122 permitieron modificar la conducta médica (64,55%). En 11 casos se observaron complicaciones severas dentro de las 12 horas (5,82%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 26,19% (33/126 pacientes). El valor de neutrófilos previo al BAL ($p=0,037$) y la presencia de nódulos pulmonares como lesión tomográfica predominante ($p=0,029$) se asociaron independientemente al aislamiento microbiológico global.

Conclusiones: Nuestra investigación apoya la realización del lavado broncoalveolar como herramienta diagnóstica en pacientes trasplantados de médula ósea con opacidades pulmonares.

Palabras clave: “Lavado broncoalveolar”, “broncoscopia flexible”, “trasplante de células progenitoras hematopoyéticas”, “opacidades pulmonares”, “inmunocomprometidos”

C50

TABAQUISMO Y PANDEMIA COVID-19: IMPACTO EN EL CONSUMO Y SEVERIDAD DE LA NEUMONÍA

ELIAS M; ABRATE V; FERNANDEZ J; OLMOS M E; LUDNING S; LOPEZ A M

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe extensa evidencia de mayor vulnerabilidad en fumadores

para adquirir enfermedades infecciosas, no obstante el impacto del tabaquismo (TBQ) como factor de riesgo para contraer Covid-19, en estudios observacionales, es conflictivo. Hay evidencias de que el tabaquismo se asocia a peor evolución de la neumonía por Covid-19. Una revisión sistemática, evaluando asociación entre tabaquismo y evolución de la neumonía por Covid-19, detectó que los fumadores tuvieron 1.4 veces más probabilidades (RR=1.4 95% CI: 0.98–2.00) de tener síntomas más severos y 2.4 veces más posibilidades de ingresar a UTI, requerir ventilación mecánica o muerte vs no fumadores (RR=2.4, 95% CI:1.43–4.04). Actualmente, falta evidencia científica sobre el consumo de tabaco durante la pandemia.

OBJETIVOS

1. Evaluar la influencia de la pandemia en el consumo de tabaco.
1. Determinar prevalencia de neumonía por Covid-19 en tabaquistas activos, ex tabaquistas y nunca fumadores en nuestra población y si hubo diferencias de severidad entre ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta: edad, sexo, enfermedad respiratoria previa y comorbilidades.

Cuestionario sobre consumo de tabaco en pandemia, infección por Covid-19, con o sin neumonía y severidad de la misma. Ambos sexos, mayores a 16 años, atendidos en consultorio de Neumonología en 2 instituciones privadas.

Estudio epidemiológico observacional, retrospectivo analítico de casos y controles.

RESULTADOS. N=450 pacientes. Femenino 63,8%. Edad media: 59,1 años (DE=16). Entre 16 y 95 años, grupo etario más frecuente 66 y 75 años .

Estudios universitarios (47,6%), nivel secundario 34,4%. Comorbilidad respiratoria 80% (ASMA 39,3 %, EPOC 21,1 % rinitis/sinusitis 17,6%

Comorbilidad no respiratoria 38,4%:HTA (19,1%), otras: obesidad y enfermedades cardiovasculares.

Tabaquismo y ex tbq 49,3%. TBQ activo 20,9%. p/y media 27,8 y exTBQ: p/y

22,9. En pandemia 42,6 % aumentó carga TBQ, 34% sin cambios y 12,8% disminuyó consumo, sin diferencias entre ambos sexos ($p=0,905$), edad ($p=0,472$) o nivel de estudios ($p=0,523$). Se atribuyó a ansiedad o estrés al incremento de la carga TBQ durante pandemia.

Covid-19 en 44,4% de los encuestados, 74,5 % síntomas leves, 7,5 % neumonía sin internación, 14,5% hospitalizado con 6% en UTI. Promedio de internación 11,7 días TBQ y ex TBQ presente en el 47,5% de pacientes con COVID-19 positivo. En TBQ activos 51,3% de sexo masculino vs 27,3% de sexo femenino, con significancia estadística ($p=0,018$), no así en la población general ($p=0,122$).

No diferencias significativas al correlacionar COVID-19 y hábito TBQ, ni en severidad de COVID entre TBQ, Ex TBQ y no TBQ ($p=0,606$)

Comentarios y conclusiones: hubo incremento del consumo de tabaco durante la pandemia en esta población, vinculado a ansiedad fundamentalmente. Los varones con tabaquismo activo tuvieron mayor incidencia de COVID, pero no hubo correlación con la severidad. El tabaquismo, en nuestra serie, no constituyó un factor de riesgo relevante asociado a una peor evolución y efectos adversos en la infección por COVID-19

C51

ALTO FLUO DE OXÍGENO EN EL TRASPLANTE UNIPULMONAR: BENEFICIOSO O PERJUDICIAL?

FERNANDEZ CEBALLOS I; STEINBERG E; EMS J; MADORNOM; CARBONI BISSO I; LAS HERAS M

Objetivo: En Argentina el trasplante unipulmonar es utilizado como tratamiento del EPOC en estado terminal debido a escasos de órganos. La ventilación mecánica invasiva en el posoperatorio es un reto dado que el sistema respiratorio está compuesto por dos pulmones con diferentes características elásticas, lo que lleva a una distribución heterogénea de la aireación pulmonar, hiperinsuflación dinámica del pulmón nativo y limitación a la expansión del

pulmón trasplantado.

El alto flujo de oxígeno demostró beneficios en el volumen pulmonar de fin de espiración y en homogenización de la aireación pulmonar en pacientes con insuficiencia respiratoria, y en voluntarios sanos.

Su beneficio en el trasplante unipulmonar por EPOC es incierto.

El objetivo de este estudio fue evaluar la distribución de la aireación pulmonar luego de aplicar alto flujo de oxígeno por traqueostomía (AFOT) y por vía nasal (CNAF) en un paciente con trasplante unipulmonar por EPOC.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio fisiológico. Se comparó la aireación pulmonar en 3 escenarios: ventilación por traqueostomía (T0), aplicación de alto flujo de oxígeno por traqueostomía (T1) y alto flujo por cánula nasal (T2). Se utilizó tomografía por impedancia eléctrica (TIE) para la valoración de la distribución del aire pulmonar

Resultado: Se realizó la medición en un paciente masculino de 65 años, EPOC. Se encontraba en lista de espera hace 2 años. BODE 8. Último estudio funcional: VEF 0.81 Lts (26%), CVF 3.11 (75%), VEF/CVF: 26%. TLC 7.48 (25%), RV: 3.77 (176%) Raw: 3.96 (176%). En agosto del 2021 recibe un trasplante unipulmonar izquierdo.

Se utilizó la medición de T0 como muestra basal, donde se evidenció una distribución del 61,5% del volumen corriente en el pulmón nativo (PN) con comportamiento homogéneo del volumen de fin de espiración (EELV) del PN.

T1 demostró un aumento de la heterogeneidad de la distribución del aire pulmonar a expensas del aumento del EELV (+23%), caída del volumen corriente (-17,8%), aumento de los espacios silentes (4%) y constantes de tiempo espiratorias en el PN, sin afectación del pulmón trasplantado.

T2 evidenció un aumento global y regional del EELV (+6,7% y 15,1%), con disminución del volumen corriente (-18,9%), aumento del 11,5% del índice de heterogeneidad, y de las constantes de tiempo espiratorias.

Conclusiones: La aplicación de alto flujo de oxígeno por vía nasal y traqueal provocó hipeinsuflación dinámica, sobredistensión alveolar secundario a atrapamiento aéreo en el pulmón nativo, sin beneficios sobre el pulmón trasplantado.

C52

COMPLICACIONES DEL PULMÓN NATIVO EN TRASPLANTE UNILATERAL

WAINSTEIN E; SVETLIZA G; MARÍA O; DIETRICH A; DALOZZO A; BEVERAGGI E; NUÑEZ J

Contexto: asociado a mejor supervivencia con respecto al unipulmonar, el trasplante bipulmonar ha ganado lugar en el mundo como procedimiento de elección. El pulmón nativo en trasplante unipulmonar puede dar origen a complicaciones.

Objetivo: describir las complicaciones del pulmón nativo en una población adulta de personas trasplantadas pulmonares.

Método: estudio de cohorte retrospectiva de un solo centro en Buenos Aires, Argentina.

Evaluamos todos los trasplantes unipulmonares realizados entre los años 2010 y 2019.

Registramos características demográficas y complicaciones del pulmón nativo, clasificadas, de acuerdo a bibliografía previa, como infecciosas, neoplásicas o hiperinsuflación.

Resultados: durante el período de estudio se realizaron 81 trasplantes pulmonares. El 68 % (n=55) fueron trasplantes unipulmonares. El 45% fue realizado en mujeres. Las tres causas principales de trasplante fueron: EPOC en 45 % (n=25), fibrosis pulmonar en 40% (n=22) y silicosis en 9% (n=5). Se observaron complicaciones del pulmón nativo en el 36% de los trasplantes (n=23). Se registraron infecciones en 13 casos, neoplasias en 2 e hiperinsuflación en 8 casos. Las neoplasias fueron la causa de muerte en ambos casos. Las infecciones originadas en el pulmón nativo, en 1 caso.

Conclusiones: las complicaciones del pulmón nativo fueron frecuentes y determinaron la causa de muerte en el 5% de los casos

C53

SUPERVIVENCIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIOPULMONAR, COMPLICACIONES RELACIONADAS AL TRASPLANTE Y VÍA AÉREA

CALDERON J; AHUMADA J R; NAZZO M V; BEJARANO N; CARRASCO G; IBAÑEZ T; CÁNEVA J O; MOSCOLONI S; MARTÍNEZ L; VICENTE J; CANDIOTTI M; ABSI D; FAVALORO R; FAVALORO L; OSSÉS J M; BERTOLOTTI A

Introducción y objetivo:

Las indicaciones para trasplante cardiopulmonar (TCP) incluyen: hipertensión pulmonar con compromiso de ventrículo izquierdo no factible de tratamiento farmacológico o de dispositivos de asistencia ventricular; cardiopatía congénita compleja o enfermedad cardíaca concomitante a enfermedad pulmonar que requiera trasplante. En la actualidad, a nivel mundial el TCP es escaso (N < 50 casos/año) por escasez de donantes, entre otros. El objetivo principal de este estudio es determinar la supervivencia condicional (30 días) en estos receptores.

Material y método:

Estudio observacional, retrospectivo, en el Hospital Universitario Fundación Favaloro. Fueron incluidos todos los trasplantes cardiopulmonares realizados desde enero 2009 hasta julio 2022. Se recolectaron variables demográficas, características clínicas, inmunosupresión, espirometría y complicaciones en el seguimiento temprano (3 meses) y a largo plazo: rechazo agudo, crónico y estenosis de vía aérea. Se empleó mediana y rango intercuartil (RIQ), así como frecuencia absoluta y relativa; para análisis entre variables categóricas se compararon resultados mediante Chi cuadrado, Mann–Whitney U-test para diferencias de medianas. Kaplan–Meier fue empleado para análisis de supervivencia condicional.

Resultados:

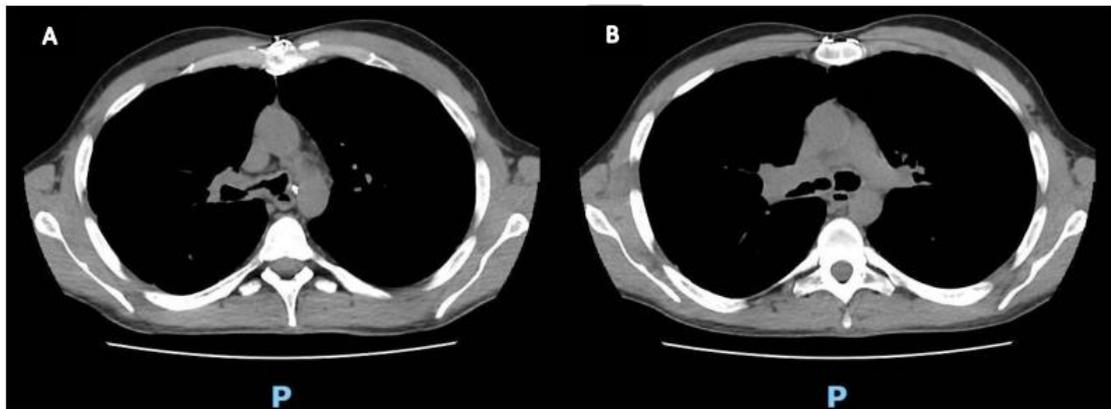
A la fecha, 8 pacientes recibieron TCP, la mitad por Síndrome de Eisenmenger. La mediana de edad al trasplante fue de 34 años (RIQ 32.75 – 35.5), con una mediana de IMC de 20.75 (RIQ 19.58 – 22.88), la mitad en emergencia, y 25% en urgencia y en electivo respectivamente. La mortalidad fue del 63%, mientras que la condicional a 30 días fue de 50% (n=4). La media de supervivencia condicional fue de 68.67 meses (IC 95% 21.72 – 115.61).

El seguimiento se realizó en 3 pacientes, con una mediana de FVC a 3 meses pos trasplante fue de 2.66 L (RIQ 2.64 – 3.45) predicho 80% (RIQ 73.5 – 80%), FEV1 2.53 L (RIQ 2.13 – 2.55) predicho 80% (RIQ 61.5 – 86.5%), FEV1/FVC 95% (RIQ, 68 – 96.5%). A la fecha solo un paciente presenta seguimiento a 98 meses de TCP con espirometría de FVC 3,13 L (61%) FEV1 1,47 L (35%) FEV1/FVC 47%, con estenosis traqueal como complicación (Figura 1 A y B) y rechazo crónico del injerto pulmonar. No se encontraron factores asociados a mortalidad (p>0.05).

Discusión y conclusiones:

A partir del 2009 se realizaron TCP acorde a nuevas indicaciones de guías internacionales. La mortalidad total asociada al trasplante es elevada, relacionada principalmente con complicaciones posoperatorias, pero con una buena supervivencia condicional. Es de destacar el empleo de nueva técnica de anastomosis a nivel bronquial bilateral (diferente a la tradicional, a nivel traqueal) en los últimos dos pacientes de la serie (<1 año), sin evidencia de estenosis o dehiscencia, impactando positivamente en la calidad de vida.

Figura 1



C54

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE 71 PACIENTES EN UN UNICO CENTRO

BOSIO M; CHERTCOFF J; MALDONADO L; SALVADO A; GINETTI B; DI TULLIO F; QUADRELLI S; FRANZOY J; GONZALEZ Y; BORSINI E; BÁEZ M

Introducción: La hipertensión pulmonar (HTP) definida por una presión arterial pulmonar media mayor de 20 mmHg es una patología de muy baja prevalencia, realizar un diagnóstico temprano representa un desafío en la práctica clínica.

Objetivo: Analizar las características de una población de pacientes con diagnóstico de HTP estudiados en un hospital de comunidad excluyendo las correspondientes al grupo II.

Material y Método: Análisis retrospectivo de una base de datos con recolección prospectiva.

Se revisaron las historias clínicas de pacientes con HTP estudiados entre 01/2004 y 07/2022.

Se analizó la población global y posteriormente se realizó un subanálisis antes y después del

inicio del consultorio especializado en HTP.

Resultados: Se presentan 71 pacientes, con una media de edad de 62 años \pm 16 (DE), 63% mujeres. 71% corresponden al grupo 1, 8% al grupo III, 14% grupo IV y 7% al grupo V. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a enfermedades del tejido conectivo junto a la idiopática fueron las más frecuente 24% vs 34% pacientes respectivamente, la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica 14%, enfermedad portopulmonar 4%, infección por HIV 1%, mieloma múltiple 1% y 18% de otras causas.

Se diagnosticaron 50 pacientes en CF III-IV (70%). La mediana de la distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos (PC6M) fue de 370m; luego de 1 año de iniciado el tratamiento presentaban 390m; p: 0.27. El NT-ProBNP promedio fue de 2781 pg/dl, y en el ecocardiograma presentaban un área de aurícula derecha (AD) promedio de 24 cm².

Una mediana de DLCO del 46.5%. No hubo diferencia en el valor de la presión sistólica de la arteria pulmonar medida por ecocardiograma 75.13 mmHg y por cateterismo 72.37 mmHg; p: 0.37. La hemodinamia evidenció una PAD 9 mmHg, IC 1.94 l/min/m² y una presión arterial pulmonar media de 45 mmHg.

En un periodo de 10 años (2004-2014) se diagnosticaron 25 pacientes con HTP y luego de iniciado el consultorio especializado 46 pacientes (2015-2022). No hubo diferencias en ambos grupos en relación a las etiologías, clase funcional al diagnóstico y hemodinamia. Con respecto al tratamiento el 50% de los pacientes iniciaron el tratamiento con monoterapia en el primer grupo y el 19% luego del inicio del consultorio especializado en los últimos 7 años.

Conclusiones: A pesar del incremento en el número de pacientes diagnosticados en los últimos años, la clase funcional avanzada al diagnóstico permanece sin cambios. Sin embargo, se ha intensificado el tratamiento con varias drogas, luego del inicio del consultorio especializado. Todavía pensamos que estamos subtratando a nuestros pacientes. Las características de nuestra población son similares a las descriptas en los registros internacionales.

C55

PREDICTORES DE REMODELADO REVERSO DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA NO QUIRÚRGICA

KAPLAN P; D'AMELIO N;LAGO M;SOUTO G;DINI A;SÍVORI M;CARBAJALES J

La hipertensión arterial pulmonar(HAP) y la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) no quirúrgica

son condiciones hemodinámicas progresivas potencialmente fatales que requieren controles multiparamétricos

periódicos para definir conductas terapéuticas. Estos controles incluyen pruebas funcionales, biomarcadores,

mediciones hemodinámicas y ecocardiográficas entre otros. La disfunción del ventrículo derecho(VD)es marcador

pronóstico en pacientes con HAP. El remodelado reverso del VD(RRVD)es predictor independiente de eventos de

morbimortalidad en estos pacientes. El test de caminata de 6 minutos(TC6M)es una prueba de bajo costo y escasas

complicaciones y su distancia caminada (DC6M) ha permitido aprobar numerosos componentes vasodilatadores en

HAP. Valores bajos en DC6M se asoció con peor sobrevida en HAP. La utilización de otros índices como el trabajo del

TC6M (WTC6M)- peso corporal por distancia caminada- correlaciona con difusión de monóxido de carbono (DLCO) y

con el consumo de oxígeno en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. El cambio entre

Saturación(Sat)basal y la mínima Sat(nadir)durante la prueba(Delta Sat) $\geq 10\%$ correlacionó con mayor mortalidad en

HAP

OBJETIVO:evaluar variables funcionales, bioquímicas, hemodinámicas y clínicas en condiciones basales en pacientes

incidentes como predictores de RRVD luego de 6 meses de tratamiento vasodilatador específico(TVE).

MATERIAL Y MÉTODO: se incluyeron pacientes con diagnóstico reciente de HAP e HPTEC inoperable incidentes con

TVE estable. Se analizaron las variables demográficas, clase funcional(CF),categoría de riesgo a través de REVEAL

2.0,DC6M en metros,Sat basal, nadir y Delta Sat,el WTC6M,NTproBNP y las resistencias vasculares pulmonares(RVP).La asociación entre variables numéricas y presencia de remodelado se evaluó mediante la prueba

de Student para datos apareados expresando los resultados como la diferencia entre las medias y su IC del 95%. La

relación entre variables categóricas y la presencia de remodelado se evaluó mediante la prueba de Chi 2. Se

consideró como significativo un valor $p < 0.05$

RESULTADOS: se incluyeron 11 pacientes:7 HAP idiopática, 3 HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo y 1

HPTEC inoperable, edad 41(± 15)años, 72,7% mujeres,en CF 2: 54,5%, CF 3: 27,3% y CF 4: 18,2%. REVEAL2.0 riesgo

bajo 18,2%, intermedio 54,5%, alto 27,3%. Sat basal media 97,6% en los que presentaron RRVD a los 6 meses, 93,5%

en los que no (p valor 0,026, diferencia 4,1 IC: 0,6 a 7,6).No se observaron diferencias estadísticamente significativas

en el resto de los parámetros evaluados, pero las mismas fueron importantes en Sat nadir,Delta Sat,DC6M,WTC6M

y NTproBNP

CONCLUSIONES: la Sat basal en el TC6M fue el único parámetro que logró predecir adecuadamente la presencia de

RRVD a los 6 meses de tratamiento. El resto de los parámetros evaluados generaron resultados indeterminados pero

tanto la Sat nadir como la DC6M, el WTC6M y los valores de NTproBNP impresionan promisorios como predictores

de RRVD. Se deberá analizar una cohorte mayor de pacientes

C56

HIPERTENSIÓN PULMONAR EXPERIENCIA CONJUNTA SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CARDIOLOGÍA HOSPITAL PADILLA TUCUMÁN, ARGENTINA

FERNANDEZ GOMEZ V; LULUAGA S; GONZALEZ N; DE LA PEÑA J; GONZALEZ C; NARANJO A; DEL RIO R; ABDALA D; CARRIZO M; MORENO C; VACA SEGOVIA M

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una patología multicausal; es un trastorno

hemodinámico definido por el aumento anómalo de la presión arterial pulmonar, que puede presentarse en numerosas enfermedades y situaciones clínicas. Las causas de hipertensión pulmonar se clasifican en 5 grandes grupos.: arterial, debida a cardiopatía izquierda, debida a enfermedad pulmonar y/o hipoxemia, tromboembólica crónica y de mecanismo no establecido y/o multifactorial. Entre ellas, la hipertensión arterial pulmonar (HAP) representa una entidad específica con respuesta parcial al tratamiento médico, el que puede retrasar su curso. Sus rasgos principales son los de una enfermedad infrecuente, con pobre evolución y pronóstico desfavorable.

Resulta común en muchos países la existencia de una considerable demora en ser reconocida por los pacientes, en alcanzar el diagnóstico por los médicos asistentes e implementarse su correcto y oportuno manejo por los centros de referencia

Material y métodos: El presente registro de datos de pacientes con HP es un proyecto cohorte observacional, colaborativo de los servicios de Cardiología y Neumología del Hospital Padilla de la provincia de Tucumán, diseñado con el objetivo de evaluar historias médicas, signos y síntomas clínicos, así como procedimientos de diagnóstico y tratamiento en pacientes de HP.

Resultados: Fueron incluidos 58 pacientes, 71% mujeres, 22% con HP severa, presentando como síntoma capital Disnea, en cuanto a los grupos, el 39% pertenece al Grupo 1, el 41% al grupo 2. Se realizó Ecocardiograma Doppler para screening.

El grupo 1 presento un 35% de idiopáticas, 35% de cardiopatías congénitas.

Se realizó test de caminata obteniéndose como resultado una media de 320 mts recorridos y la necesidad de oxígeno permanente en el 8%.

Del laboratorio específico, se solicitó NT-pro-BNP y Anticuerpos para descartar enfermedades reumáticas, obteniéndose un 10% de pacientes con esclerodermia y un 15% con Lupus.

Se realizó Cateterismo Cardíaco Derecho en todos los pacientes Grupo 1, Grupo 2 paciente con estenosis de venas pulmonares y Grupo 4 un caso de Tromboembólica crónica. Se realizó Test de Vaorreactividad en casos específicos.

Tratamiento: El 8.6% de los pacientes recibe monoterapia, 51% terapia combinada y 3,4% de los pacientes triple asociación.

Conclusiones:

En la HAP es fundamental determinar el perfil de riesgo del paciente. Para pronóstico y guiar la terapéutica., jerarquizar el síntoma capital disnea e intentar mantener o alcanzar el perfil de bajo riesgo escalando el tratamiento y las combinaciones. La triple combinación con el uso de prostanoideos endovenosos y la derivación a un centro de trasplante pulmonar se reservan para aquellos casos con formas muy severas de la enfermedad.

C57

REPORTE DE CASOS- SÍNDROME DE REYNOLDS

PIEDRA M N; MOYANO V; BERMUDEZ A; URIBE M E

INTRODUCCIÓN : El síndrome de Reynolds (RS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por superposición de cirrosis biliar primaria (CBP) y esclerosis sistémica cutánea limitada (SSc); La prevalencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes con esclerosis sistémica es 12%, la prevalencia en algunos estudios aumenta hasta el 26% en RS. Es importante buscar HAP porque esta asociación se relaciona con peor pronóstico. Se presentan una serie de 3 casos de SR.

Nº 1: Femenina 70 años, disnea CF III. Antecedentes (APP): esclerodermia, ERGE, HTA, FA, marcapaso (MCP), hipotiroidismo, CBP, ex tabaquista 2P/Y. SpO2 97aa, rales secos bibasales, edemas perimaleolares. Espirometría: FVC: 2.20(72%) FEV1 1.80(78%) R 81.8(106%) DLCO 20.77(73%) TC6M: 200 m(45%); detiene a 4 min por disnea. Borg 10. Tomografía de tórax (TC): patrón neumonía intersticial usual (NIU), AP 36mm. Ecocardiograma doppler (ETT): dilatación de cavidades derechas (CD) y aurícula izquierda (AI), TAPSE 14, PSVD 26 mmHg. Centellograma: probabilidad intermedia para TEP. Angiotomografía sin defectos de perfusión. Cateterismo cardiaco derecho (CCD): GC 3.44 l/m (Fick 4.47l/m). AP 38/11 (23). IC 1.79 (Fick 2.3) Wedge 6. RVS 2300 dyn*s/cm5 (Fick 1.687). Ecografía hepática esteatosis difusa, vena porta calibre conservado, hilio hepático 10 mm, flujo hepatópeto, vel 15cm/s. Cardiología optimiza tratamiento para insuficiencia cardiaca y reprograma MCP, con mejoría sintomática. Diagnóstico de SR, cardiopatía asociada a SSc, HTP, enfermedad pulmonar intersticial (EPID) no progresiva.

Nº 2: Femenina 62 años, disnea CF I-II, tos seca y astenia. APP: colangitis biliar primaria,

gastritis, fibromialgia, pólipos intestinales, ex tabaquista 1 P/Y. TC de tórax: normal. Espirometría: FVC 2.04(75%) FEV1 1.55(72%) R 75(96%) DLCO 20,31(23%). TC6M 405m (93%), SpO2 86%. AC Anti músculo liso(-), AC Anti mitocondriales(+)1/640, ANA citoplasmático(+)1/40 granular. ETT: PSVD: 48 mmHg. Dilatación de AI. FEY 67%. Se indica oxigenoterapia, al control a 2 meses ETT: AD 22,1 cm, TAPSE 20 mm, CD dilatadas con FSV conservadas, PSVD: 100 mmHg. Inicia sildenafil 25 mg. Se realiza CCD control: AP 42/23 (34) VM 3.99 IC 2.59. ETT post sildenafil PSVD 80 mmHg.

CASO 3: Femenina 73 años, con Raynaud de meses de evolución, doloroso, vinculado al frío. APP: CBP, hemorragia digestiva alta, gastritis erosiva, purpura trombocitopenica, tabaquista. Edemas en MMII, rales secos bibasales. Laboratorio: VSG 25, FR, CCP y scl 70 negativos. TC tórax: patrón NIU. ETT: aumento de tamaño de CD, FEY conservada, PSAP 75 mmHg.

CONCLUSIÓN: En el SR la disnea puede ser el resultado de múltiples causas. La HAP es más frecuente en SR que en SSc sin CBP. En las formas de SSc es menos usual la presencia de enfermedad pulmonar intersticial. Los 3 pacientes tenían HAP, destacamos que 2 pacientes tenían EPID. La HAP debe buscarse siempre en SR, especialmente si la DLCO está significativamente disminuida.