

Neumología

Pneumology

- NM-1 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECURRENTE EN UN PACIENTE CON NEUMONITIS POR SENSIBILIDAD CRÓNICO
- NM-2 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: SINDROME DE GOOD
- NM-3 HEMOTÓRAX ESPONTANEO; HOMBRE SIN ANTECEDENTE DE TRAUMA TORÁCICO
- NM-4 REGISTRO DE FIBROBRONCOSCOPIAS HOSPITAL SAN RAFAEL 2008
- NM-5 NEUMONIA POR NEISERIA MENINGITIDIS EN SOLDADO DE 21 AÑOS PREVIAMENTE SANO: REPORTE DE UN CASO
- MN-6 PACIENTE CON TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL Y GANGLIONAR MANIFESTADA CON MASA MEDIASTINAL
- NM-7 CARACTERIZACIÓN NUTRICIONAL DE PACIENTES DE LA CLINICA CARLOS LLERAS RESTREPO CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
- NM-8 ¿QUÉ COLONIZA E INFECTA LA VÍA RESPIRATORIA BAJA EN LOS PACIENTES EN UCI?
- NM-9 ETIOLOGÍA DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN ADULTOS INMUNOCOMPETENTES EN URGENCIAS DE LA CLÍNICA REINA SOFÍA (CRS), BOGOTÁ. COLOMBIA
- NM-10 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: MUJER DE 41 AÑOS PREVIAMENTE SANA, CON MASA PULMONAR Y ALTERACIÓN EN CONDUCTA
- NM-11 DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN PULMONAR
- NM-12 DIFERENCIAS RELACIONADAS AL GENERO EN LA RESPUESTA AL PROGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) EN PACIENTES DE LA EPS SANITAS EN BOGOTA
- NM-13 IMPACTO DEL PROGRAMA “MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)” EN PACIENTES DE LA EPS SANITAS BOGOTÁ
- NM-14 RESULTADOS DE PPD EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO, BOGOTÁ
- NM-15 IMPACTO DEL CUMPLIMIENTO DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 2006-2008
- NM-16 PRESENTACIÓN DE CASO: TRAQUEOBRONCOMALACIA
- NM-17 CARACTERIZACIÓN DE LA DISFAGIA Y SUS COMPLICACIONES MEDIANTE LA EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
- NM-18 REPORTE DE CASO: RAMA VEGETAL COMO CAUSA DE HEMOPTISIS MODERADA EN HOMBRE JOVEN
- NM-19 UTILIDAD DEL ANGIOTAC MULTIDETECTOR NEGATIVO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
- NM-20 FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON EPOC A 2600 METROS SOBRE EL NIVEL DEL MAR. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS

NM-1**PRESENTACIÓN DE CASO: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECURRENTE EN UN PACIENTE CON NEUMONITIS POR SENSIBILIDAD CRÓNICO****CUBILLOS JEIMMY, CONTRERAS RD***Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C. - Colombia*

Palabras clave. Alveolitis, alergia extrínseca, neumonitis crónica por hipersensibilidad, enfermedad intersticial pulmonar, neumotórax.

Objetivos. 1. Revisión de la literatura 2. Documentar la incidencia de alveolitis alérgica crónica. 3. Establecer frecuencia de asociación entre alveolitis alérgica extrínseca y neumotórax espontáneo.

Diseño del estudio. Estudio descriptivo: Reporte de caso

Lugar del estudio. Hospital Universitario Clínica San Rafael

Pacientes. 1: OC

Intervenciones. No

Mediciones. No

Resultados. Se trata de un paciente de 37 años quien consulta por disnea progresiva sin antecedentes patológicos previos, con exposición 4 años previos a palomas, con hallazgos al examen físico taquipnea, cianosis central y periférica, estertores velcro en ambos campos pulmonares, hipocratismo digital, Rx de tórax de ingreso con neumotórax bilateral predominio derecho en quien se considera enfermedad pulmonar crónica secundaria a exposición a polvos orgánicos. En la revisión de la literatura encontramos que la epidemiología de la enfermedad permanece desconocida. la prevalencia y la incidencia es alta, pero pocos estudios basados en población están orientados a responder esta pregunta, así como la definición de casos, intensidad de la exposición al antígeno, condiciones geográficas, prácticas locales y costumbres, las cuales varían considerablemente. En Colombia la incidencia y la prevalencia de la enfermedad no están bien establecidas. En el hospital Santa Clara de Bogotá, es quizás una de las enfermedades intersticiales, de tipo granulomatosa no infecciosa, más diagnosticada, siendo la exposición a palomas, pericos y pollos los factores que más frecuentemente están asociados con la patología.

Conclusiones. Se realizó revisión de neumonitis de hipersensibilidad y la asociación con neumotórax espontáneo es poco frecuente, encontramos dos publicaciones de caso en búsqueda de MBE.

NM-2**PRESENTACIÓN DE CASO: SINDROME DE GOOD****MONTOYA JULIÁN FELIPE, GÓMEZ G***Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín – Colombia***Palabras clave.** Timoma, hipogamaglobulinemia, encefalitis límbica.**Objetivos.** Describir un caso de una mujer con la presentación clásica del síndrome de Good y algunas manifestaciones paraneoplásicas asociadas.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín).**Pacientes.** Paciente del Hospital Universitario San Vicente de Paul.**Intervenciones.** Descripción del caso.**Mediciones.** Reporte de caso.**Resultados.** Descripción de una mujer de 41 años con cuadro clínico de infecciones a repetición y diarrea crónica de 6 meses de evolución a quien se le descubrió una masa en mediastino anterior en compañía de hipogamaglobulinemia, y posteriormente comenzó a presentar cambios en el comportamiento. Se llegó al diagnóstico de timoma y se demostró una encefalitis límbica como fenómeno paraneoplásico. Como tratamiento se le ofreció resección quirúrgica del timoma y se administró gamaglobulina hiperimmune IV.**Conclusiones.** Este caso representa uno más de los pocos casos reportados en el mundo desde que se publicó en 1964 un caso de un adulto con timoma e hipogamaglobulinemia por el Dr Robert Good. En nuestro medio existen escasos reportes acerca de este síndrome y su abordaje diagnóstico es un gran reto clínico en el campo de la medicina interna.

NM-3**HEMOTÓRAX ESPONTANEO; HOMBRE SIN ANTECEDENTE DE TRAUMA TORÁCICO****PIOTROSTANALZKI AUTREY, RADA R, VEGA K***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Hemotórax espontaneo, toracostomía, neoplasias, coagulación**Objetivos.** Descripción caso**Diseño del estudio.** Reporte de caso**Lugar del estudio.** Bogotá**Pacientes.** 1**Intervenciones.** Toracostomía, biopsia pleural, lavado broncoalveolar, fibrobroncoscopía**Mediciones.** Cuadro Hemático, Rx de tórax, tomografía de tórax, angiotac, biopsia pleural**Resultados.** Paciente masculino 52 años dolor torácico y en hipocondrio izquierdo características pleuríticas, antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial, sin antecedente de trauma. En imágenes derrame pleural, en toracoscopia se encontró hemotórax no masivo, egresó en buenas condiciones generales. El hemotórax espontaneo es una rara entidad clínica, que se presenta en ausencia de trauma de tórax previo. Se encuentra en relación con desordenes de la coagulación, neoplasias pulmonares, pleurales, o ruptura de vasos torácicos de forma espontanea, disección aortica, endometriosis, e infarto pulmonar, malformaciones arteriovenosas, entre otras.**Conclusiones.** El caso de hemotórax espontaneo, no es usual, sin embargo abre al clínico un espectro de posibilidades diagnósticas principalmente de neoplasias, trastorno de la coagulación y malformaciones arteriovenosas.

NM-4**REGISTRO DE FIBROBRONCOSCOPIAS HOSPITAL SAN RAFAEL 2008**

CUBILLOS JEIMMY, MATYAS R

*Hospital Universitario San Rafael, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** Biopsias endobronquiales, Fibrobroncoscopia**Objetivos.** 1. Establecer el perfil diagnóstico de las fibrobroncoscopias realizadas en el Servicio de Neumología del HUCSR durante lo transcurrido del año 2008 basados en los reportes de patología y laboratorio de las muestras tomadas y enviadas. 2. Determinar las características sociales y demográficas de los pacientes con indicación de fibrobroncoscopia realizados en 2008. 3. Establecer congruencias entre los diagnósticos de remisión y el diagnóstico definitivo por laboratorio y patología. 4. Medir frecuencia de fibrobroncoscopias diagnósticas y terapéuticas, así como la eficacia diagnóstica de las muestras realizadas durante el procedimiento.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo periodo 2008 con la idea de mejorar el conocimiento sobre la frecuencia diagnóstica y terapéutica de las fibrobroncoscopias realizadas en el Servicio de Neumología del HUCSR y generar hipótesis para posteriormente realizar estudios analíticos. También demostrar la ventaja de tener un registro de fibrobroncoscopias para el conocimiento epidemiológico de las patologías pulmonares con indicación de dicho procedimiento, se realizaran entregas parciales cada 6 meses con la discusión de los resultados. La primera será en el mes de junio.**Lugar del estudio.** Pacientes que ingresan a la Unidad de Neumología del HUCSR ubicado en el centro oriente de Bogotá (Colombia), población principalmente de estratos 2, 3 y 4 afiliados como cotizantes beneficiarios al régimen contributivo cuyas EPS son: Compensar, Famisanar, Cruz Blanca, Cafesalud, Salud Coop, ISS y otros. Son pacientes de diferentes niveles educativos, edades y distribuidos en ambos géneros a quienes se realizó fibrobroncoscopia diagnóstica o terapéutica durante lo transcurrido del año 2008. Pueden ser pacientes hospitalizados o remitidos de otras instituciones para la realización del procedimiento o programados ambulatoriamente. Se revisaron las historias clínicas correspondientes para toma de los datos demográficos, clínicos, laboratorio e histopatológicos.**Pacientes.** 209 pacientes del registro de fibrobroncoscopias del Servicio de Neumología del HUCSR periodo 2008 pacientes hospitalizados, remitidos o ambulatorios, se cuenta con las historias clínicas de dichos pacientes y se tomaron los datos de interés del estudio**Intervenciones.** No**Mediciones.** Variables demográficas: Edad: Nivel de razón, Género: Nominal, Seguridad social: Nominal Variables de seguimiento: Diagnósticos de remisión, antecedentes, exposiciones, radiografía de tórax y TAC: nominal. Laboratorio: Gram, BK, KOH: nivel de razón. Cultivo para gérmenes comunes, cultivo para micobacterias y cultivo para hongos Nominal Patología: Lavado broncoalveolar, cepillado y biopsia nominal Complicaciones. Una vez registrados los datos se importa a análisis del programa EPIINFO 3.3.2 se obtendrán frecuencias absolutas, frecuencias relativas y distribuciones de frecuencias que se presentarán en cuadros y gráficos. A las variables numéricas se obtendrán medidas de tendencia central adecuadas. Se aplicara el modelo para la comparación de frecuencias relativas test Chi-cuadrado, se considera como P significativa menor de 0.05.**Resultados.** Se cuenta con el registro de fibrobroncoscopia que se crea para el análisis semestral desde enero de 2008, se realiza primera entrega enero –mayo 2008. Un total de 209 fibrobroncoscopias, 59% hombres y 41% mujeres, con una mediana de edad de 62 y una desviación estándar de 17, principalmente afiliados al ISS 45%, seguido de Famisanar, Compensar y Cruz Blanca, la mayoría se realizaron en pacientes ambulatorios 57.8%, hospitalizados 31% y UCI 12%. El diagnóstico de remisión fue masa pulmonar en 20%, enfermedad pulmonar intersticial 14.3%, neumonía 12.9%, atelectasia 10%, TBC 8.1%, hemoptisis 6.2% y otros 28%. En cuanto a atelectasias la más frecuente fue la del lóbulo medio 50% y en cuanto a masas pulmonares la masa en el lóbulo superior derecho se presento en 37%. Hallazgos en radiografía de tórax 25.13% infiltrados intersticiales seguido del 20.3% masa pulmonar y el 18.1% infiltrados alveolares. El diagnóstico endoscópico más frecuente con el 27.7% endobronquitis, normal en el 17.8%, obstrucción bronquial en 10.5%, antracosis y masa bronquial el 8% cada una y compresión extrínseca el 6.9%. Se enviaron 186 muestras a laboratorio, la coloración Gram fue negativa en 44%, no se solicitó en el 22% y se encontraron cocos gram positivos en 21.5%, el BK fue positivo en 3.23% (6 pacientes) y KOH positivo en 1.6% (3 pacientes), el cultivo para gérmenes comunes fue negativo en 66.1% el germen más frecuente fue *Candida albicans* 2.15% (4 pacientes), el cultivo para micobacterias ha reportado positivo en 4 pacientes y el cultivo para hongos 11 casos de *Candida albicans*, 2 casos de *candida tropicales*, uno de *C. famata* y uno de *c. glabrata*. El estudio patológico realizó citología de lavado broncoalveolar con coloraciones ZN y Diff Quik, reportando principalmente macrófagos con antracosis en 30.9%, seguido de hematíes en el 17.2% y neutrofilia 15.8%, ZN negativo en 99% y DQ negativo el 100%, cepillado broncoalveolar negativo para malignidad 73.5% y sospechoso de malignidad 16% y por último biopsia broncoalveolar que correspondió 17.9% a cáncer, de estos adenocarcinoma 43.4%, CA escamocelular 30.4%, carcinoma anaplásico 17.3% y tumor de célula pequeña y metástasis pulmonares en 4.3% cada uno. Otros hallazgos, hemorragia aguda, bronquitis crónica, fibroantracosis, proliferación de linfocitos.**Conclusiones.** La fibrobroncoscopia es un método diagnóstico que ha ganado importante campo en el diagnóstico de enfermedades pulmonares, nuestro perfil diagnóstico es principalmente hemorragia aguda, bronquitis crónica, fibroantracosis y cancer pulmonar siendo más frecuente el adenocarcinoma.

NM-5**NEUMONIA POR *NEISERIA MENINGITIDIS* EN SOLDADO DE 21 AÑOS PREVIAMENTE SANO****ACOSTA RAFAEL EMIRO, RADA R***Hospital Militar Central, Servicio de Medicina Interna, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Neumonía multilobar, *N. meningitidis*, falla ventilatoria, ceftriaxona**Objetivos.** 1. Dar a conocer el cuadro clínico de la neumonía causada por la *N. meningitidis*.**Diseño del estudio.** Reporte de un caso**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central. Bogotá-Colombia**Pacientes.** Soldado de 21 años previamente sano con cuadro de 15 días de fiebre asociada a dolor torácico pleurítico, tos con expectoración verdosa y disnea, quien progresa rápidamente a falla ventilatoria hipoxémica**Intervenciones.** Ventilación mecánica invasiva. Inicio de antibioticoterapia empírica**Mediciones.** Radiografía de tórax: Infiltrados alveolares bilaterales con compromiso multilobar. Hemocultivos No.2: *Neisseria meningitidis***Resultados.** Adecuada respuesta al tratamiento con ceftriaxona por 7 días. Profilaxis con ciprofloxacina a los contactos directos**Conclusiones.** La neumonía causada por la bacteria *N. meningitidis* es una enfermedad infrecuente, que se reconoce desde hace más de 60 años. La mortalidad es baja y la transmisión de persona a persona, aunque se ha documentado, es rara. Los pacientes con neumonía por *N. meningitidis* raramente cursan con el síndrome de meningococemia y sus posibles complicaciones.

MN-6 PACIENTE CON TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL Y GANGLIONAR MANIFESTADA CON MASA MEDIASTINAL

ACOSTA RAFAEL EMIRO, RADA R, VEGA A, PERÉZ R

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia

Palabras clave. Tuberculosis endobronquial, masa mediastinal, lesiones granulomatosas, *Mycobacterium tuberculosis*

Objetivos. 1. Dar a conocer cuadro de presentación atípica de la tuberculosis endobronquial 2. Invitar a todo el personal de salud a mantener una alta sospecha clínica para el diagnóstico de TBC en nuestro medio

Diseño del estudio. Reporte de caso

Lugar del estudio. Hospital Militar Central

Pacientes. Paciente joven de 22 años previamente sano quien consulta por cuadro clínico de dos meses de evolución de fiebre asociada a tos con expectoración hemoptoica, disnea y pérdida de peso

Intervenciones. Ante sospecha de tuberculosis pulmonar realizar estudios complementarios

Mediciones. Baciloscopia seriada: Negativa para BAAR Tomografía axial computarizada (tac) de tórax: Masa que compromete mediastino medio. Fibrobroncoscopia (FBC) demuestra lesión exofítica endobronquial que ocupa el 70% de la luz del bronquio fuente derecho,

Resultados. Biopsias por toracoscopia de la masa mediastinal y por FBC de la masa endobronquial demuestran lesiones granulomatosas con necrosis de caseificación diagnósticas de tuberculosis endobronquial y ganglionar.

Conclusiones. La tuberculosis endobronquial (tbceb) es una enfermedad infecciosa de gran importancia global. Es la infección por el *Mycobacterium tuberculosis* del árbol traqueo bronquial con evidencia microbiológica e histopatología. Es altamente infecciosa e implica un reto diagnóstico para el clínico. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, lo que implica tener una alta sospecha clínica para realizar su diagnóstico. Se puede presentar como una enfermedad de inicio agudo (y simular patologías como asma, neumonía, aspiración de cuerpo extraño) ó de inicio insidioso (similar a un CA de pulmón).

NM-7**CARACTERIZACIÓN NUTRICIONAL DE PACIENTES DE LA CLÍNICA CARLOS LLERAS RESTREPO CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

APONTE H. CAROLINA, CÁRDENAS Y, SÁNCHEZ E

*Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** EPOC, nutrición**Objetivos.** Determinar la prevalencia de desnutrición en los pacientes con EPOC de la Clínica Carlos Lleras Restrepo y establecer una asociación con la severidad de la enfermedad según espirometría y número de hospitalizaciones anuales**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo de prevalencia**Lugar del estudio.** Clínica Carlos Lleras Restrepo, Consulta de neumología**Pacientes.** Pacientes asistentes a la consulta de neumología en Octubre de 2007, con diagnóstico de EPOC por espirometría según los criterios del GOLD, se excluyeron los pacientes con otras enfermedades asociadas y hospitalizados en el último mes**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Medición del índice de masa corporal (IMC), circunferencia muscular del brazo (CMB) y pliegue tricótipal (EPT)**Resultados.** Se incluyeron 58 pacientes, 37 hombres y 21 mujeres, con un porcentaje de severidad según VEF1<50% de 43,1% (25 pacientes) y según el número de hospitalizaciones de mayor o igual a 3 en el último año de 8,62% (5 pacientes). Con IMC promedio de 24,86 +/- 5,03, CMB 25,88cm +/- 3,58 (19,9-39) y EPT de 11,10 mm +/-7 (3-34). La prevalencia de desnutrición fue de 15,52% (9 pacientes). No hubo asociación estadística entre IMC ni EPT con VEF1% ni número de hospitalizaciones, la única asociación fue con la CMB OR: 15,27 (IC 95% 1,26-769,18) p: 0,0038**Conclusiones.** La prevalencia de desnutrición fue inferior a la reportada en la literatura, con un promedio similar de severidad. Con una asociación existente entre la depleción del compartimento muscular y la severidad de la enfermedad, sin lograr documentar lo mismo con respecto al IMC.

NM-8**¿QUÉ COLONIZA E INFECTA LA VÍA RESPIRATORIA BAJA EN LOS PACIENTES EN UCI?****RODRÍGUEZ FREDY, CORTÉS JA, BROCHERO AD, BUITRAGO G, LEAL AL, CASTILLO JS***Veintisiete hospitales participantes en GREBO, de 5 ciudades de Colombia: Bogotá, Manizales, Neiva, Ibagué y Bucaramanga*

Palabras clave. Neumonía asociada al ventilador, Neumonía bacteriana, Neumonía por aspiración, neumonía estafilocócica

Objetivos. Identificar los microorganismos que colonizan e infectan la vía aérea y su sensibilidad antimicrobiana en los pacientes manejados en UCI.

Diseño del estudio. Estudio multicéntrico (27 instituciones) en donde se identificaron los aislamientos de secreciones respiratorias (aspirado traqueal, lavado bronquioloalveolar, secreciones respiratorias) de pacientes en UCI de la base de datos del grupo GREBO entre 2005 y 2007. Se identificó el primer aislamiento por paciente y la resistencia fue determinada de acuerdo a las normas de CLSI de 2007.

Lugar del estudio. Hospitales participantes del GREBO en Bogotá, Manizales, Neiva, Ibagué y Bucaramanga.

Pacientes. Muestras de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) participantes del GREBO entre 2005 y 2007.

Intervenciones. Ninguna

Mediciones. Identificación de microorganismos y susceptibilidad antimicrobiana

Resultados. A partir de las UCI de los hospitales, 5 de fuera de Bogotá, se reunieron 14796 muestras. Los microorganismos más frecuentes fueron: *S. aureus* (14,29%), *S. epidermidis* (11,9%), *K. pneumoniae* (7,98%), *E. coli* (6,35%), y *P. aeruginosa* (5,22%). *S. aureus* presentó resistencia a meticilina en 38,1%; se identificó una elevada tasa de enterobacterias con perfil de beta lactamasas de espectro extendido (9,2-34,1% según la especie y antibiótico marcador). La tasa de resistencia a cefepime por *P. aeruginosa* fue de hasta 22,3%. Las tasas de resistencia a carbapenémicos alcanzaron 27,3% en los aislamientos de *P. aeruginosa* y 63,7% en *A. baumannii*.

Conclusiones. Las tasas de resistencia de los microorganismos que colonizan e infectan a los pacientes en UCI en los hospitales de la red es elevada. Esto tiene impacto sobre la selección de antibióticos empíricos y sobre la necesidad de reforzar las medidas de control de la resistencia.

NM-9**ETIOLOGÍA DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN ADULTOS INMUNOCOMPETENTES EN URGENCIAS DE LA CLÍNICA REINA SOFÍA (CRS), BOGOTÁ. COLOMBIA**

CABALLERO ANDRÉS, POLANÍA E, GORDILLO MR, MARTÍNEZ O, TORRADO E, SAAVEDRA A, ROBINSON E, DUEÑAS R, CONTRERAS R, YOMAYUSA N, ISAZA M

Clínica Reina Sofía, Bogotá D.C. - Colombia

Palabras clave. Neumonía, comunidad, etiología

Objetivos. Establecer la etiología de la NAC en adultos inmunocompetentes

Diseño del estudio. Estudio de prevalencia de periodo.

Lugar del estudio. Clínica Reina Sofía, Bogotá. Colombia.

Pacientes. 136 pacientes con diagnóstico de NAC que cumplieron criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado

Intervenciones. se realizó historia clínica, radiografía de tórax, cuadro hemático, Gram, BK, KOH y cultivos del esputo, coloración para *Pneumocystis*, hemocultivos, en suero de fase aguda anticuerpos IgM para *Legionella pneumophila* S1, *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetti*, *Chlamydia pneumoniae*, *Adenovirus*, VSR, Influenza A y B, Parainfluenza 1, 2,3. Escobillado nasofaríngeo para antígenos virales. Antígeno urinario de *Legionella pneumophila* y *S. pneumoniae*.

Mediciones. Variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes, las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar

Resultados. 73 mujeres (53,6%) y 63 hombres (46,4%), edad 61+/-21 años, la mayoría 72p(53%) > 65 años, 49p tenían EPOC. 35p(25,7%) vacunados contra Influenza y 17p(12,5%) contra neumococo. 68p (50%) fueron del Grupo II (CRB65). 96p (70,5%) se hospitalizaron en pisos, 3 a UCI, 15p(11%) cuidados domiciliarios y 17p(12,5%) en casa. Establecimos diagnóstico etiológico en 62 p(45,5%) en 12 de ellos aislamos 2 gérmenes, para un total de 74 aislamientos: *S. pneumoniae* 30(22%), *Legionella pneumophila* 8(5,9%) *H. parainfluenza* 6(4,4%), *S. aureus* 4(2,9%), *H. influenzae* 4(2,9), Virus influenza/parainfluenza 3(2,2%). *K. pneumoniae* 2(1,5%), *E. coli* 2(1,5%), *M. tuberculosis* 1(0,7%), *S. viridans* 1(0,7%), *M. pneumoniae* 1 (0,7%) Otros 12(8,8%). El esputo fue positivo en 29p (21,3%). Hemocultivos positivos en 4 p (2,9%) El antígeno urinario fue positivo en 22p para *S. pneumoniae*, en 2p para *L. pneumophila*. En 6p la serología fue positiva para legionella. La mortalidad fue de 2,2% (3p)

Conclusiones. El germen mas frecuente es *S. pneumoniae*. Debemos considerar la *Legionella pneumophila* como causa de NAC. La positividad de hemocultivos es muy baja. La mayoría de pacientes mayor de 65 años puede explicar la baja etiología viral

NM-10**PRESENTACIÓN DE CASO: MUJER DE 41 AÑOS PREVIAMENTE SANA, CON MASA PULMONAR Y ALTERACIÓN EN CONDUCTA****MONCADA VALLEJO PABLO ANDRÉS, FERNÁNDEZ L, SANABRIA F***Fundación Clínica Valle del Lili, CES posgrado en Medicina Interna, Cali - Colombia***Palabras clave.** Adenocarcinoma de pulmón, metástasis a sistema nervioso central**Objetivos.** Describir las diferentes manifestaciones clínicas relacionadas con el adenocarcinoma de pulmón en mujeres sin factores de riesgo.**Diseño del estudio.** Descripción de Caso Clínico**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili, Cali**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Mujer indígena, procedente de Santa Marta, (Magdalena) con cuadro de aproximadamente cuatro meses de tos seca en ocasiones con hemoptisis no masiva. Decaimiento malestar general astenia y adinamia asociada a pérdida no intencionada de más o menos 22 kilogramos de peso. Antecedente familiar de tuberculosis, En la revisión de síntomas por sistemas refería ortopnea. Examen Físico: peso 47kg Signos vitales estables, sin adenopatías. Examen Neurológico Normal. Extenso derrame pleural izquierdo, atelectasia pasiva de segmentos basales, acompañada de masa que compromete la región hilar y apical del pulmón izquierdo. Al segundo día de hospitalización paciente presenta agitación psicomotora, delirio: agresividad y al examen físico signos meníngeos. Se realiza punción lumbar la cual hace reporta pleocitosis linfocitaria, líquido xantocromico. Estudios citológicos de fibrobroncoscopia y líquido pleural fueron negativos para malignidad. TAC de cráneo: área de hiperdensidad en región temporal derecha hacia la cisterna silviana. se sospechó hemorragia subaracnoidea asociada, por lo cual se realizó una panangiografía convencional de 6 vasos cerebrales que fue normal. A pesar de tratamiento antiescótico la paciente persistía con marcados cambios en la personalidad con nudismo y signos de frontalización. Finalmente se programó para mediastinostomía anterior. Derrame Pleural Izquierdo con 1500 cc líquido seroso Pulmón izquierdo Hepatizado Blanquecino. Además se realiza RMN de cerebro donde se observaron lesiones sugestivas de infiltración de hemisferio derecho lóbulo frontal.**Mediciones.** Análisis de citologías Líquido Pleural: indeterminado, Cultivos Negativos LCR Líquido pleural. Hemocultivos, ADA LCR, Pleural en rangos normales.**Resultados.** Reporte de biopsia abierta de pulmón. Todo el tejido corresponde a una lesión tumoral maligna infiltrante compuesta por células cilíndricas no mucinosas grandes que disponen estructuras tubulares y papilares e inducen respuesta desmoplásica estromal marcada. Se continuó manejo a cargo de Oncología. Por estadio avanzado no se ofreció tratamiento quirúrgico.**Conclusiones.** El adenocarcinoma de pulmón no asociado a tabaquismo es poco frecuentes con menos del 20%, de las neoplasias pulmonares, sin embargo su incidencia es mayor en mujeres. La edad de aparición es usualmente más temprana pero se ha observado variabilidad de acuerdo a los diferentes reportes. En este caso se consideraron otros diagnósticos tales como tuberculosis pulmonar o infecciones micóticas, sin embargo el diagnóstico diferencial principal fue el de una neoplasia pulmonar. Sin embargo su demostración no fue posible sino por biopsia de pulmón abierto. La asociación de metástasis cerebrales con primarios en pulmón es poco frecuente, pero al presentarse puede manifestarse con una amplia estela de manifestaciones de tipo neurológico, de acuerdo al lugar de afectación, en el sistema nervioso central.

NM-11**DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN PULMONAR****DENNIS RODOLFO, MALDONADO D, ROJAS MX, ASCHNER P, RONDÓN M, CHARRY L, CASAS A***Fundación Cardioinfantil, Fundación Neumológica Colombiana, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Universidad Javeriana, Asociación Colombiana de Diabetes, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Diabetes mellitus, función pulmonar, pronóstico, riesgo, espirometría**Objetivos.** Un aspecto poco estudiado de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), es su posible asociación con alteraciones de la función pulmonar. El objetivo de este estudio fue el determinar si la función pulmonar de personas con DM 2, es diferente de la función pulmonar de un grupo control sin DM.**Diseño del estudio.** Estudio observacional transversal, comunitario.**Lugar del estudio.** La muestra de diabéticos se seleccionó de la población de pacientes que consultan a la Asociación Colombiana de Diabetes (ACD) en Bogotá.**Pacientes.** Diabéticos y controles sanos, apareados por estratos de edad y sexo.**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Se comprobó el estatus de diabético y de control sano mediante pruebas de glucemia. Se realizaron curvas de flujo volumen, y de acuerdo con los valores de referencia obtenidos por Hankinson se obtuvieron valores residuales promedios (observado – esperado) para VEF1, CVF y relación VEF1/CVF. Mediante regresión lineal múltiple se ajustó por diferencias en determinantes de la función pulmonar (edad, sexo, talla, tabaquismo, exposición a humo de leña).**Resultados.** Se estudiaron 262 diabéticos y 262 sujetos sanos. En los diabéticos así como en los controles sanos, la proporción de mujeres fue 51% y el promedio de edad fue de 50 años. Después de ajustar por determinantes conocidos de la función pulmonar, los casos de DM2 tuvieron menor VEF1 (-91 mL, IC95%: -115, -74; P<0.0001), CVF (-212 mL, IC95%: -225, -199; P<0,0001), y mayor relación VEF1/CVF (0.030%, IC95%: 0.027 a 0.034, P<0.0001) que los controles sin DM.**Conclusiones.** Los pacientes con DM2 presentaron menor CVF y VEF1 que personas sin diabetes mellitus, aun después de ajustar por determinantes conocidos de la función pulmonar. Estos hallazgos pueden estar dados por mayores niveles de marcadores de inflamación aguda y crónica de baja intensidad vistos en pacientes con DM2, y por alteraciones de los músculos respiratorios.

NM-12**DIFERENCIAS RELACIONADAS AL GENERO EN LA RESPUESTA AL PROGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) EN PACIENTES DE LA EPS SANITAS EN BOGOTA****CABALLERO ANDRÉS, ÁLVAREZ A, IBÁÑEZ M, MOJICA E, ARDILA LD, POSADA A, SOLER S, SANABRIA I, CAICEDO M***EPS SANITAS, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** EPOC, género, manejo integral**Objetivos.** Comparar la respuesta por género de un programa de manejo integral del paciente con EPOC**Diseño del estudio.** Antes y después de aplicar un programa de manejo integral**Lugar del estudio.** Clinisanitas Toberín, Bogotá. Colombia**Pacientes.** 200 con EPOC confirmado por espirometría (VEF1/CVF<70% postbroncodilatador).**Intervenciones.** Programa manejo integral de la EPOC: talleres educativos sobre la enfermedad, medicamentos, uso correcto de inhaladores, nutrición, oxigenoterapia, inmunización, apoyo psicológico. Ejercicios de reacondicionamiento físico, grupales y en casa, durante un período de 6 a 8 meses**Mediciones.** Mediciones antes y después de participar en el programa se realizaron mediciones. Para variables cuantitativas se utilizó T-pareada, en las cualitativas dicotómicas ji-cuadrado de McNemar. Las diferencias de las variables cuantitativas antes y después por género mediante la prueba T-student; para grupos independientes de varianzas homogéneas o heterogéneas (Test de Levene) Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% ($p<0.05$).**Resultados.** En 128 hombres (M) y 72 mujeres (F) no hubo diferencias significativas en edad (70.8 ± 8.6 (M) vs. 72.11 ± 8.4 (F), $p=0.292$), hubo cambios significativos en la mayoría de las variables medidas en ambos géneros; las diferencias en respuesta fueron: En BODE cambio: $0.69\pm 1,23$ (M) Vs $0.71\pm 1,2$ (F) $P=0,471$; Calidad de vida: $12.08\pm 12,61$ (M) Vs. $18,2\pm 14,85$ (F) $P=0.001$; Actividad: $16,07\pm 23,23$ (M) Vs $21,04\pm 22,56$ (F) $P=0,072$; Síntomas: $11,70\pm 21,53$ (M) Vs $14,89\pm 26,89$ (F) $P=0.1795$; Impacto: $7,56\pm 13,57$ (M) Vs $15,25\pm 17,19$ (F), $P=0.0005$; test marcha de 6 minutos: $51,68\pm 64,26$ (M) Vs $36,32\pm 49,78$ (F) $P=0.0405$ Exacerbaciones: $0,94\pm 1,99$ (M) Vs $1,26\pm 2,5$ (F) $P=0.181$; Aprendizaje técnica uso inhalador: $62,5\%$ (M) Vs 57.8% (F) $P=0.561$; Adherencia al plan de manejo: 22.5% (M) Vs 26.5% (F), $P=0.539$ **Conclusiones.** Hay diferencias significativas en la respuesta por género al manejo de la EPOC en Calidad de Vida, especialmente en el dominio impacto, el cual fue mayor en mujeres que en hombres y en el test de la marcha de los seis minutos, con mayores cambios en los hombres. No hubo diferencias significativas en las otras variables.

NM-13**IMPACTO DEL PROGRAMA “MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)” EN PACIENTES DE LA EPS SANITAS BOGOTÁ**

ALVAREZ ANDRES, CABALLERO A, MOJICA E, GAITAN H, IBAÑEZ M, SOLER S, POSADA A, SANABRIA I, ARDILA L

Clinicentro Toberin-EPS Sanitas, Bogotá, D.c. - Colombia

Palabras clave. EPOC-enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivos. Establecer el impacto del programa sobre la calidad de vida y otras variables fisiológicas en pacientes con EPOC

Diseño del estudio. Estudio longitudinal (antes y después).

Lugar del estudio. Bogotá-Colombia Clinicentro Toberín

Pacientes. 200 pacientes con EPOC (VEF1/CVF<70% postbroncodilatador), quienes ingresaron y completaron el programa de seis meses, con un grupo multidisciplinario conformado por médico neumólogo, enfermera, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista y trabajadora social

Intervenciones. Talleres educativos sobre el EPOC, tratamiento farmacológico, oxigenoterapia, uso de inhaladores, inmunización, dieta y nutrición. Sesiones de reacondicionamiento físico individual y grupal, recomendaciones nutricionales y apoyo psicológico. Se utilizó el cuestionario Saint George para calidad de vida y la escala MRC modificada para medir el índice de disnea

Mediciones. Para medir los cambios en las variables cuantitativas se utilizó una t de student pareada, para las cualitativas, JI² de McNemar y la prueba de Wilcoxon exactas y asintóticas, a un nivel de significancia del 5% (p<0.05).

Resultados. La edad promedio fue 71.26±8.54 años, 64.% hombres, y 36% mujeres, tabaquismo 42.68±25.32 paquetes/año, 53% tenían obstrucción moderada, 29.5% severa, 10.5.0% muy severa. Hubo incremento significativo en adherencia a: uso de inhaladores (incremento: 27.5% p<0.001), plan farmacológico (incremento: 21.0% p<0.001) y su correcta utilización (incremento: 61.% p<0.001) y disminución en el índice de disnea (p<0.001).

Conclusiones. El programa de manejo integral del paciente con EPOC generó incremento significativos en calidad de vida, caminata de los 6 minutos, adherencia uso de inhaladores, adherencia al plan farmacológico, uso correcto de inhaladores y disminución significativa en índice de disnea, índice BODE y exacerbaciones. Aunque se observaron cambios en el VEF1 e IMC no fueron significativos. El programa de manejo integral del paciente con EPOC generó incremento significativos en calidad de vida, caminata de los 6 minutos, adherencia uso de inhaladores, adherencia al plan farmacológico, uso correcto de inhaladores y disminución significativa en índice de disnea, índice BODE y exacerbaciones. Aunque se observaron cambios en el VEF1 e IMC no fueron significativos.

NM-14**RESULTADOS DE PPD EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO, BOGOTÁ****HIDALGO PATRICIA, RUIZ A, FERNÁNDEZ D, MANRIQUE L, ALVAREZ C***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Tuberculosis, ppd, latente, trabajadores de salud**Objetivos.** Determinar prevalencia de PPD positiva en trabajadores del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), y relación entre positividad y área de trabajo, antigüedad, antecedentes.**Diseño del estudio.** Prevalencia de punto**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá.**Pacientes.** Trabajadores**Intervenciones.** PPD unipuntura.**Mediciones.** Resultado de PPD, área de trabajo, antigüedad en área y en el hospital, antecedentes personales y aspectos sociodemográficos.**Resultados.** 600 trabajadores evaluados (92.4% asistenciales); rangos de edad 18-58 años; promedio de edad 33.5 años, 90.36% mujeres. La mayoría provenían de enfermería (45.4% auxiliares, 21.7% jefes). Promedio de IMC 24.0, mediana 23.4. Promedio de antigüedad en HUSI 88.4 meses (mediana=40) y en el área 55.7 y 29 meses. El resultado promedio de PPD fue 5.6 mm, con mediana 3 y valores entre 0 y 36. El resultado más frecuente (37.2%) fue 0 mm, seguido por 2 (9%), 4 (5.5%), 3 (5.2%) y 15 (4.83%). Los resultados estuvieron por debajo de 5mm en 60%, entre 5-9 15.9%, entre 10-14 8.9%, entre 15-19 8.9%, entre 20-24 5.8% y > 25 0.4%. 28.2% de los trabajadores no tenían BCG. Con un punto de corte > 10mm, había 24.5% de positividad (19.8% en los que no tenían BCG, 26.5% en los que sí). La media de PPD en IMC<20 fue 3.8 (rango 0-20). 52% de las positividades ocurrieron en auxiliares de enfermería, 14% en enfermeras jefes y 5.6% en camilleros. Las áreas con más positividad fueron Medicina Interna y Cuidado Intensivo (11.2% cada uno) y Laboratorio y Cardiología con 5.6% cada uno.**Conclusiones.** Se encontró tuberculosis latente en la tercera parte de los trabajadores de un hospital de atención terciaria, principalmente entre auxiliares y jefes de enfermería, y también en camilleros, provenientes de Medicina Interna y Laboratorio. Estas personas están en evaluación con radiografía de tórax y baciloscopia de esputo para decidir tratamiento. Se recomienda hacer este diagnóstico en las instituciones de salud.

NM-15**IMPACTO DEL CUMPLIMIENTO DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 2006-2008**

YOMAYUSA NANCY, SOSSA M, LÓPEZ V, CHACÓN J, SANABRIA I, MUÑOZ H, CORTES J, CABALLERO A, ALVAREZ C

Clinica Reina Sofía, Colsanitas, Unisanitas. Bogotá, D.C. - Colombia

Palabras clave. neumonía adquirida en la comunidad, mortalidad, estancia

Objetivos. Evaluación del cumplimiento de una Guía de Práctica Clínica (GPC) de neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

Diseño del estudio. Estudio antes y después

Lugar del estudio. Clínica Reina Sofía

Pacientes. Adultos mayores de 18 años, con diagnóstico de NAC hospitalizados desde el 1 de enero del 2006 hasta 30 de junio del 2008

Intervenciones. Adaptación de GPC de NAC mediante la metodología AGREE previa recolección de información clínica y epidemiológica del 2006. En Enero del 2007 se implementó un sistema de validación y adhesión a GPC mediante auditoria de pares.

Mediciones. De enero de 2007 a junio 2008 se evaluaron todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de NAC al ingreso. Se consideró caso validado, si cumplía con criterios de NAC acorde a la GPC. Se evaluó el cumplimiento de los criterios de hospitalización, clasificación y tratamiento. Adicionalmente se incluyeron datos demográficos, complicaciones, mortalidad, estancia y costo.

Resultados. En el año 2006 se hospitalizaron 186 pacientes con diagnóstico de NAC, con una estancia de 5,1 días, costo promedio de \$3.663.953 y una tasa de mortalidad de 8,6% (n=16). Luego de la implementación de la GPC ingresaron 227 pacientes con diagnóstico de NAC, de los cuales 75% (n=172) fueron validados. La media para la edad fue de 65 ± 17 años (Rango: 16 a 99 años). 91% (156) de los pacientes ingresaron por urgencias. De acuerdo a la GPC, el 87% (n=150) cumplían con los criterios de clasificación; 97,6% (n=168) mientras que los criterios de hospitalización y el tratamiento fue adecuado en 100% de los pacientes. La tasa de mortalidad para la población de estudio fue de 4.65% (n=8). La estancia y el costo promedio fue de 3,8 días y 2.113.850, respectivamente.

Conclusiones. La implementación de una GPC de NAC al parecer tiene impacto en la mortalidad y costos de atención.

NM-16**PRESENTACIÓN DE CASO: TRAQUEOBRONCOMALACIA****FERNÁNDEZ LILIANA, DE LA HOZ A, NAVARRO A***Fundación Clínica Valle Del Lili, Cali - Colombia***Palabras clave.** Traqueobroncomalacia**Objetivos.** Reportar caso de interes**Diseño del estudio.** Reporte de caso**Lugar del estudio.** Fundación Valle Del Lili. Cali. Colombia.**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Ninguna

Resultados. Masculino, 64 años, pensionado quien consulta por fiebre y tos productiva. Es exfumador de 50 pq/año y tiene antecedentes de EPOC, enfermedad bulosa apical bilateral, lobectomía superior izquierda en 2003 por nódulo que fue reportado por patología como granuloma y 4 hospitalizaciones en el último año por exacerbaciones. Además HTA y RGE. 5 días previos al ingreso tuvo síntomas respiratorios altos seguidos por fiebre, tos exacerbada en decúbito y cambios en el esputo tornándose amarillo. Recibía ambulatoriamente salmeterol/fluticasona, ipratropio, teofilina, esteroides en ciclos cortos, losartan y omeprazol. La espirometría previa a este cuadro mostraba una relación VEF1/CVF de 0.63. Al ingreso se encontraba hipertenso, taquicárdico, polipneico y febril. Había tirajes universales, espiración prolongada, roncus apicales, estertores basales y edema en miembros inferiores. Los paraclínicos iniciales reportaron leucocitos 15.400, neutrófilos 77.4%, hemoglobina 12.5, PCR 16.7, pH sanguíneo 7.39, PCO₂ 34, HCO₃ 21, PO₂ 65, hemocultivos negativos y radiografía de tórax con borramiento de ambos ángulos costofrenicos. Se hospitalizó y respondió bien al manejo con antibióticos, esteroides y broncodilatadores. Sin embargo persistió con tos irritativa intratable exacerbada en decúbito a pesar de terapia respiratoria frecuente y adición de antileucotrienos, antihistamínicos y antitusivos. Se tomo escanografía de tórax que no reveló nuevos hallazgos respecto a las anteriores y ecocardiograma que fue normal. Por último se ordeno escanografía dinámica de vía aérea y tórax documentando un colapso completo de la tráquea y los bronquios principales en espiración lo cual constituye el diagnóstico de traqueobroncomalacia.

Conclusiones. La traqueobroncomalacia es una patología poco diagnosticada probablemente porque no se busca activamente pero que tiene gran importancia ya que incrementa morbilidad y ocasiona muchas de las hospitalizaciones de los pacientes con EPOC.

NM-17**CARACTERIZACIÓN DE LA DISFAGIA Y SUS COMPLICACIONES MEDIANTE LA EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL****GIRALDO LUIS FERNANDO, BARROS C, HERNÁNDEZ M, MIRANDA X, MARTÍNEZ N, LÓPEZ DE MESA C, LEÓN MX, TRUJILLO C***Clínica Universitaria Teletón, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca – Colombia*

Palabras clave. Disfagia orofaríngea, neumonía aspirativa, evaluación endoscópica de la deglución, broncoaspiración

Objetivos. Determinar la prevalencia de disfagia, severidad y complicaciones de la misma

Diseño del estudio. Estudio retrospectivo y prospectivo de una cohorte de pacientes

Lugar del estudio. Clínica Universitaria Teletón

Pacientes. Pacientes del programa integral de rehabilitación de la Clínica Universitaria Teletón con enfermedades neurológicas o musculares

Intervenciones. Se realizó una evaluación estandarizada buscando disfagia, mediante examen físico y endoscopia funcional de la deglución (FEES-ST). El seguimiento retro-prospectivo permitió determinar la incidencia de neumonía.

Mediciones. Síntomas de disfagia evaluación endoscópica funcional de la deglución (FEES-ST)

Resultados. 49 pacientes: mediana de edad: 66 años (R: 12-88); 51% hombres. Enfermedades de base más frecuentes: ECV 47%; enfermedades neurodegenerativas 20%; TCE: 18%. Características de la disfagia: alteraciones en la fase oral 88.4%, alteraciones del reflejo laríngeo abductor 74%; penetración a laringe: con líquidos claros 90%, con líquidos espesos 56%, con alimentos semisólidos blandos 36.5%. Complicaciones: broncoaspiración: con líquidos claros 81%; con líquidos espesos 31% y con semisólidos blandos 23%. La frecuencia de neumonía fue del 79%. Se encontró asociación entre el IMC menor de 18 Kg/m² y el número de neumonía (U-M, p= 0,033) y correlación (r=-0.47p=0.002), la aspiración en la FEES-ST también se asoció con el número de neumonías (U-M, p= 0,045).

Conclusiones. La alta frecuencia de alteraciones de fase oral y faríngea de la deglución puede estar relacionada con la severidad de la disfagia de esta cohorte. El IMC menor a 18 Kg/m² y el hallazgo de aspiración en la FEES-ST se correlacionaron con la presencia de neumonía. La FEES-ST podría ser una estrategia costo-efectiva para prevenir complicaciones y orientar la rehabilitación de estos pacientes.

NM-18**REPORTE DE CASO: RAMA VEGETAL COMO CAUSA DE HEMOPTISIS MODERADA EN HOMBRE JOVEN****GARCIA CASALLAS JULIO CESAR, PEREZ J, HINCAPIE G**

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia

Palabras clave. Hemoptisis, cuerpo extraño, bronquiolitis, fibrobroncoscopia**Objetivos.** Reportar un caso clínico de un hombre joven, conductor, con episodios de hemoptisis intermitentes y desde hace 1 mes de evolución, con episodio similar hace 2 años interpretado como HVDA. Sin antecedentes de importancia, cuyo diagnóstico quirúrgico y patológico correspondió a una rama vegetal.**Diseño.** Reporte de caso**Lugar.** Hospital Militar Central, Bogotá**Pacientes.** Hombre 29 años, conductor. Residente y procedente: Neiva (Huila), Motivo consulta. "Tos con sangre"**Enfermedad actual:** cuadro clínico de 1 mes de evolución que inicia con hemoptisis, intermitente en 5 oportunidades, última 6 días antes de 100 cc a 200 cc aproximadamente. Consulta a clínica privada en Neiva, realizan estudios y por resultados deciden remitir.**Antecedentes:** Médicos: hace 2 años episodio similar interpretado como HVDA, tratada con omeprazol.

Quirúrgicos: niega

Fármacos: niega

Toxicoalérgicos: niega tabaquismo, niega exposicionales

Epidemiológicos: niega

Familiares: niega

Revisión por sistemas: paciente clase funcional I/IV, no dolor torácico, no edemas en miembros inferiores, hábito intestinal 1 al día, no síntomas urinarios. No pérdida de peso, no dolor articular, no caída de cabello.

Examen físico: normal al ingreso

Intervenciones. Fibrobroncoscopia: restos de sangrado proveniente del segmento apicoposterior izquierdo. Citología lavado broncoalveolar: grupos de células mucosas sin alteraciones nucleares, células mononucleares y hematíes. No se observan células tumorales, coloración para BK y hongos negativa. Ecocardiograma transtorácico: función biventricular conservada con Fevi 60%. TAC de tórax: opacidad basal derecha con compromiso pleural. Lobectomía segmentaria derecha por toracoscopia transparietal**Mediciones.** Paraclínicos de ingreso y durante su hospitalización normales**Resultados.** Lesión nodular irregular segmento basal lateral lóbulo inferior derecho. L bronquiectasia con cuerpo extraño en pulmón (rama vegetal)**Conclusiones.** Se presenta un caso de un paciente joven previamente sano con episodios intermitentes de hemoptisis cuya causa correspondió a una rama vegetal de 6 cm aproximadamente. Al revisar la literatura existen muchos reportes de cuerpos extraños que al intentar ser retirados causan hemoptisis, pero pocos (H. Biemann Othersen, Jr. And Wendell B. Thrower, Chest 1963;43:554-556, Bc Hilman, FT Kurzweg, WW Mccook, Jr And AE Liles, Chest 1980;78:306-309) que el cuerpo extraño genere episodios de hemoptisis, de tal manera que en los algoritmos diagnósticos se piense como causa remota: Robert Corder, Emerg Med Clin N Am 21 (2003) 421-435., Jean Bampstiste: Hospital Physician 2005)

NM-19**UTILIDAD DEL ANGIOTAC MULTIDETECTOR NEGATIVO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR****LOMBANA MILTON, HOLGIN A, COLLAZOS W, BRAVO H***Fundación Valle del Lili, Cali- Colombia. Universidad del Cauca, Popayán-Colombia***Palabras clave.** Embolismo pulmonar, tomografía computarizada multidetector, diagnóstico**Objetivos.** 1. Describir los hallazgos obtenidos en los AngioTAC por multidetector (ATCMDT) cuyo reporte fue negativo para TEP. 2. Clasificar los hallazgos en 6 categorías (A. Potencialmente letales, B. Con morbilidad significativa, requieren seguimiento, C. No requieren acción específica, D. Hallazgos indeterminados, E. No interpretables, N. Normal) 3. Analizar la asociación entre el escenario clínico donde se solicitó el estudio, edad y las categorías.**Diseño del estudio.** Corte transversal retrospectivo analítico**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili, Cali**Pacientes.** Hospitalizados y de urgencias con sospecha de TEP en quienes se solicitó un ATCMDT como método diagnóstico**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Los datos categóricos de los diagnósticos alternativos como frecuencia de ocurrencias y los datos continuos como promedios y desviaciones estándar. Se categorizó la edad en menores y mayores de 65 años para los propósitos de asociación. Las diferencias entre los hallazgos obtenidos en relación al escenario clínico y edad de los pacientes se valoraron como Odds Ratio (OR), y se aplicó la prueba de Chi² por el método de Pearson. Se calculó un intervalo de confianza del 95% en todas las asociaciones.**Resultados.** Total estudios 231. Excluidos 14 (6%) por información insuficiente. Revisados 217 (94%) estudios. 39 positivos para TEP, prevalencia 17,9%. Con 178 (82%) estudios negativos para análisis. Edad media 59 años, 62,9% mujeres, 33,7% hospitalizados. Categoría A 53,37% (95/178), B 20,79% (37), C 14,04% (25), D 1,12% (2), estudio no interpretable en 2,25% (4) y normal 8,43% (15). Análisis de asociación entre el escenario y las categorías: Normal vs otras categorías (RR=0,38 IC95% 0,16-0,88, p=0,0007), resto de categorías sin asociación estadística. En la asociación entre edad y categorías diagnósticas no se encontraron diferencias estadísticas.**Conclusiones.** El uso de ATCMDT en pacientes con sospecha de TEP cuyo estudio fue negativo, plantea diagnóstico alternativo en 90% de los casos, 74% requerirían algún tipo de acción y 53% de estos son de gran relevancia y potencialmente letales.

NM-20**FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON EPOC A 2600 METROS SOBRE EL NIVEL DEL MAR. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS****GÜELL LUISA FERNANDA, MATIJASEVIC E, PAVÍA J, ACERO R, MORALES A***Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de los Andes, Bogotá - Colombia*

Objetivos. Establecer cuáles son los factores predictivos que se correlacionan con la mortalidad en pacientes con EPOC severo a 2600m sobre el nivel del mar (SNM).

Diseño del estudio. Prospectivo, de seguimiento, descriptivo

Lugar. Hospital Universitario de cuarto nivel

Pacientes. 40 pacientes consecutivos con EPOC moderado-severo evaluados para el ingreso a un programa de rehabilitación pulmonar (PRP).

Intervenciones. Programa de rehabilitación pulmonar de 8 semanas tres veces por semana.

Mediciones. Los factores evaluados incluyeron: datos demográficos, índice de masa corporal (IMC), datos fisiológicos, calidad de vida (SGRQ), depresión (Beck), ansiedad (STAI), disnea (MRC), utilización de oxígeno, enfermedades concomitantes, caminata de 6 minutos (6mWT), índices de BODE y SAFE.

Resultados. 17 (42%) pacientes con EPOC severo murieron durante el seguimiento de tres años (3 por causa no respiratoria). Al compararlos con los sobrevivientes los únicos factores que los diferencian son: 6mWT (308 ± 130 vs 420 ± 107 , $p=0.005$), IMC (23.5 ± 5.1 vs 27.1 ± 5.5 , $p=0.045$), Ansiedad ($p=0.006$), BODE ($p=0.04$), SAFE ($p=0.04$)

Conclusiones. A 2600 m SNM los factores que mejor predicen mortalidad en EPOC son la capacidad funcional evaluada en la 6mWT, el estado nutricional (IMC) y el grado de ansiedad. BODE y SAFE también son buenos predictores pero ambos se basan en 6mWT.