

ETIOLOGIA VIRAL DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
Dueñas CC, Chaparro MC, Boshell SJ.
Hospital Santa Clara Bogotá, Escuela Colombiana de Medicina, Instituto Nacional de Salud.

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) ocupa el primer lugar en mortalidad por patologías infecciosas en Estados Unidos.

Aunque el neumococo, los virus, el mycoplasma y la legionella ocupan los primeros lugares en la etiología del NAC, el predominio de uno u otro es tan variable que el manejo debe basarse en estudios propios.

El presente estudio es el primero en evaluar la etiología viral en NAC en Colombia.

En forma prospectiva se estudiaron todos los pacientes mayores de 15 años que con NAC fueron manejados en el Hospital Santa Clara desde el 1 de Agosto de 1989 hasta el 30 de Julio de 1990. A todos los pacientes se les realizó hemograma, gram y cultivo de esputo, radiografía de tórax, hemocultivos, crioglutininas, cultivo celular para virus, hemadsorción, inmunofluorescencia indirecta e inhibición de hemaglutinación.

Ingresaron 45 pacientes con un promedio de 45,1 años. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron el compromiso lobar inferior derecho (44,4%) y derrame pleural (37,7%), mientras que el compromiso intersticial en 11 pacientes (24,4%).

Diagnóstico de neumonía típica se hizo en 37 pacientes (82,4%) mientras que 8 (17,6%), reunieron criterios de Neumonía Atípica. Los pacientes con Neumonía Atípica eran más jóvenes (21,2 años), con poca leucocitosis, infiltrado intersticial y con etiología viral en 7 y posible mycoplasma en 1.

Diagnóstico de etiología definitiva se logró en 20 pacientes (44,5%): Neumococo (20%), virus influenza A (15,5%) y estafilococo, klebsiella, S. viridans, y H. influenza, cada uno con 2,2%. Probable etiología por mycoplasma se hizo en un paciente. 6 pacientes fallecieron (13,3%), este grupo tenía mayor edad (58 años), menos fiebre, más hemocultivos positivos (3 neumococo y 1 klebsiella), 66,6% tenía neumonía multilobar y la mitad recibía esteroides. Un paciente con NAC viral falleció: en SDRRA.

Concluimos que dividir la NAC en típica y atípica es un útil enfoque para diagnóstico y manejo. En nuestro medio el neumococo es el germen más frecuente, seguido por los virus Influenza tipo A. Factores como la edad, neumonía multilobar, uso previo de esteroides y hemocultivos positivos se asocian con incrementada mortalidad. Futuros estudios para descartar legionella, mycoplasma, clamidia etc, son necesarios.

TUBERCULOSIS. OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA.
Reyes PV, Torres CA, Serrano FO, Awad CE.
Programa de Tuberculosis, Unidad de Neumología, Hospital Santa Clara. Escuela Colombiana de Medicina.

Con el propósito de evaluar la experiencia en tuberculosis (TBC) de un Hospital Universitario que ha sido fundamentalmente antituberculoso y de referencia nacional para esta entidad, revisamos los registros del Programa de TBC desde 1984 hasta 1991. Se analizó la distribución por edad, sexo y órgano comprometido, la mortalidad y las tasas de abandono del tratamiento. Ingresaron al Programa de TBC 2045 pacientes: 1215 (59%) hombres y 830 (41%) mujeres. El promedio de edad fue de 44,9 años; el 54% tenía entre 15 y 49 años con un predominio del sexo masculino que se hizo más evidente entre los 50 y los 60 años (3:1). El 87% presentó compromiso pulmonar y el 19%, extrapulmonar. Un grupo (6%) presentó tanto compromiso pulmonar como extrapulmonar. Los diagnósticos de afección respiratoria (no pleural) correspondieron a afección parenquimatosa (95%), miliar (3%) y laringea (2%). Ochenta y cuatro pacientes (4%) presentaron TBC endobronquial. Los diagnósticos de TBC extrapulmonar, 388 en total, se distribuyeron así: pleural 174(45%), ganglionar 66(17%), mal de Pott 25(6%), renal 19(5%), meningea 16(4%), peritoneal 15(4%), genitourinaria 14(4%), osteoarticular no Pott 14(4%) y otras 45(11%). La TBC pleural es francamente predominante en hombres (75%), menores de 30 años. Por el contrario, la TBC ganglionar predomina en mujeres (73%) de edad media, al igual que la TBC genital. Abandonaron el tratamiento, durante los 8 años, 362 pacientes que representa una tasa global de abandono de 18%. Analizada año a año, esta tasa ha declinado progresivamente desde 27% en 1984 hasta 8% en 1991, lo cual se atribuye a la estabilización del personal del Programa, la mejoría de las actividades educativas y la participación de un grupo multidisciplinario al que recientemente se ha integrado Trabajo Social. La mortalidad fue de 6%. Desde 1987 hasta 1991 se diagnosticaron 7 casos de asociación entre infección VIH y TBC.

CONCLUSIONES: La TBC continúa siendo un problema importante de salud pública en nuestro país a pesar de los esfuerzos del Programa Nacional. La enfermedad tiene un espectro muy amplio, confirmando la tendencia mundial de aumento de las formas extrapulmonares. A partir de 1987 tenemos un incremento progresivo de la asociación VIH/TBC. La mejoría progresiva de las actividades de motivación, educación y seguimiento a los pacientes en nuestro Programa ha conducido a un descenso sustancial de las tasas de abandono.

CORRELACION DE LA SENSIBILIDAD DE LA REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) VS BACILOSCOPIA Y CULTIVO EN EL DIAGNOSTICO DE TBC.

Villegas J.E., Matyas R.E., Amézquita C.
Servicio de Neumología. Clínica San Rafael. Escuela de Medicina Juan N. Corpas.

Se estudiaron 50 pacientes a quienes se les sospechó TBC, para comprobar la sensibilidad de la prueba de PCR contra los métodos convencionales. Los pacientes mostraron sospecha de TBC pulmonar en un 86%, articular en un 10%, meningea 2% y urinaria 2%. Se les practicó examen físico, Rx de tórax, BK, cultivo y PCR. El BK y cultivo se procesaron por los métodos convencionales. Las muestras para PCR se estudiaron en el Instituto de Inmunología; se les practicó la prueba con inductores específicos para M. Tuberculosis la mtp 40; a todos se les realizó electroforesis en gel de agar mas hibridación con fósforo. La clínica mas frecuente en los pacientes con sospecha de TBC pulmonar fue tos 60%, disnea 30%, pérdida de peso 30% y fiebre 10%. Los pacientes sospechosos de TBC osteoarticular manifestaban infecciones crónicas recurrentes. Los hallazgos radiológicos mostraron alteración en un 80 % con infiltrados intersticiales en mayor frecuencia, calcificaciones y atelectasias. La baciloscopia fue positiva en un 4% de los pacientes, el cultivo en un 20% y la PCR en un 38% del total. 18 % de los pacientes presentaron PCR positivo con cultivo negativo, no se presentó ningún paciente con PCR negativo cultivo positivo. Conclusión, la PCR en el diagnóstico rápido (2 días) de la TBC tiene una sensibilidad mayor que el cultivo y la baciloscopia.

UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION RESPIRATORIA BAJA.

D. Pacheco; D. Severiche; O. Oviedo. M. Medina. L. Tavera B. Reina.
Servicio de Neumología y Bacteriología, Hospital Militar Central. Bogotá.

Se tomaron 23 pacientes con sospecha de infección respiratoria baja que presentaron fiebre, expectoración purulenta e infiltrados recientes en los RX de tórax. Se les practicó BAL para cultivo por aislamiento en 4 cuadrantes en Agar sangre, chocolate, MacConcey y cerebro corazón, tomando 0.1 ml del material obtenido y si-luyendolo en 10 cc de solución salina para sembrar, de ésta dilución 0.1 ml. Adicionalmente se practicó centrifugado para Grm, BK, KOH, coloración de plata e inclusiones virales.

Resultados:

En 9 pacientes (39%) no se demostró presencia de gérmenes en la vía aérea inferior.

En 12 pacientes (52%) se demostró la presencia de gérmenes en el lavado. 89% de ellas consideradas patógenas. Se demostró la presencia de Candida sp en 1 caso (4.3%) Histoplasma en 1 caso (4.3%) y Pneumocystis Carini en 1 caso (4.3%).

Conclusiones:

El BAL puede ser útil para excluir casos de infecciones no bacterianas demostrables por cultivos rutinarios. En la mitad de los casos se logró aislar un germen de la vía aérea inferior en concentraciones altas (10⁵). La presencia de gérmenes oportunistas puede fácilmente reconocerse.

En un 20% de los casos pueden recuperarse bacterias con sideradas no patógenas.

ANOMALIAS CONGENITAS BRONCOPULMONARES.

Torres CA, Dueñas E, Ojeda P.

Unidades de Neumología y Neumología Pediátrica, Hospital Santa Clara.

Las anomalías congénitas broncopulmonares (ACBP) son poco comunes pero no excepcionales. Dos grupos pueden diferenciarse en cuanto a su morbilidad: las ACBP que se manifiestan en el período neonatal con morbilidad alta y las que lo hacen después de este período con morbilidad mucho menor. Con el propósito de presentar la experiencia en ACBP de nuestro Hospital, que usualmente no atiende neonatos, revisamos nuestros registros entre 1984 y 1991. Hallamos 79 ACBP en 71 pacientes, así: quiste broncogénico (QB) (27%) disquinesia traqueobronquial (DTB) (19%), secuestro (S) (13%), laringo-malacia (L) (13%), síndrome de hiperinflación (enfisema lobar congénito) (SH) (8%), malformación adenomatosa quística (MAQ) (4%), quiste entérico (QE) (4%), hipoplasia pulmonar (HP) (4%), agenesia pulmonar (AP) (2%), bronquio traqueal (BT) (2%), agenesia de arteria pulmonar (AAP) (1%), fístula AV (1%), síndrome de William-Campbell (1%) y linfangiectasia pulmonar (1%). Esta distribución es similar a la referida en la literatura mundial en el grupo de no neonatos; sin embargo, llama la atención el lugar preponderante que en nuestro estudio tuvo la DTB. La exclusión de otras entidades, el inicio temprano de síntomas y los hallazgos de ausencia, fragmentación o inmadurez del cartilago bronquial hacen el diagnóstico de DTB primaria o congénita, requisitos que cumplieron todos nuestros pacientes. La edad de diagnóstico de la ACBP, como se refiere en la literatura, varió según el tipo de anomalía: más del 80% de los SH, DTB y L se diagnosticaron antes de los 6 meses; por el contrario, más del 80% de los S intralobares y de los QB se diagnosticaron después de los 2 años. La única diferencia significativa en cuanto a sexo se presentó con el SH, cuya relación hombre:mujer fue de 5:1. De los QB, 19% fueron mediastinales; de los pulmonares, contrario a lo referido en otras series, la mayoría se localizaron en L1SS. Todos los S se ubicaron en L1II y más en el izquierdo. La suplencia arterial de los S provenía de aorta torácica en 60% y abdominal en 40%; eran suplidos por más de una arteria el 30%. No encontramos drenaje venoso pulmonar anómalo. De los SH, 67% se localizaron en LSI. El 47% de las DTB se localizaron en tráquea y grandes bronquios y 40% se acompañaron de hipertensión pulmonar. A destacar: un S se asoció con DTB; todas las MAQ fueron tipo II, una en un adulto. Hallamos una AAP con HTP, dos QB con aspergiloma, un S en un mayor de 60 años que presentó arteriosclerosis marcada de la arteria de suplencia y un BT izquierdo con QB. Hubo seis muertes (9%), tres por DTB.

NIVELES DE MONOXIDO DE CARBONO EN AIRE ESPIRADO EN PACIENTES FUMADORES Y NO FUMADORES

Giraldo H, Arenas C, Porras I, Dueñas R.

Fundación Clínica Shaio. Departamento de Neumología

Tradicionalmente se ha hecho la determinación de los niveles de monóxido de carbono (CO) a través de la medición de la Carboxi-hemoglobina en sangre periférica. Los avances tecnológicos han permitido desarrollar aparatos que miden en forma no invasiva los niveles de CO en el aire espirado en partes por millón (ppm) que se correlacionan muy bien con los niveles de Carboxi-hemoglobina en sangre. En el presente estudio hemos determinado los niveles de CO en 233 voluntarios, 141 no fumadores, y 92 fumadores quienes habían fumado su último cigarrillo entre 1 y 24 horas antes, y se dividieron en 7 grupos, de acuerdo al tiempo en que lo habían hecho: 0-1 hora (n=34), 1-2 horas (n=20), 2-4 horas (n=8), 4-8 horas (n=4), 8-12 horas (n=4), 12-24 horas (n=17) y más de 24 horas (n=5). Los pacientes no fumadores se dividieron en dos grupos: fumadores pasivos (n=59) y pacientes no expuestos (n=82).

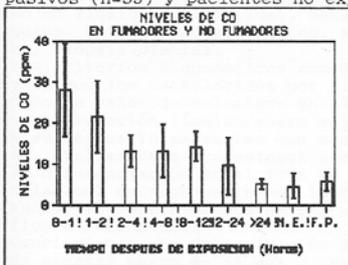


Figura 1

similares a los no fumadores después de 24 horas de haberlo hecho.

EVALUACION DE LA PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD EN ADULTOS.

Awad CE, Serrano FO, Torres CA, Reyes PV, Chaparro C, Diazgranados B, Bottia M.

Programa de Asma y Laboratorio Pulmonar. Unidad de Neumología. Hospital Santa Clara de Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina.

Se analizaron 66 pruebas de broncomotricidad (PEM) realizadas de Enero/89 a Mayo/92, con el propósito de evaluar su utilidad diagnóstica en pacientes con patología respiratoria. Se practicó la prueba en los casos cuya curva flujo-volumen de base normal y el cuadro clínico obligaba a descartar hiperreactividad bronquial (HRB). Se realizó con el protocolo establecido en banda sin fin, ejercicio sin calentamiento previo y alcanzando rápidamente una velocidad de 6 millas/h y durante 7 min, efectuándose la curva y auscultándose el paciente a los 5, 10 y 15 min luego de finalizado el ejercicio. Se incluyeron 27 mujeres (41%) y 39 hombres (59%), edad promedio de 33.8 años (15-57) con diagnóstico de asma 25 casos (38%), HRB 29 casos (44%), bronquitis simple 8 casos (12%) y otros 4 casos (6%). Se consideró prueba positiva aquella que disminuyó la CVF en más del 10%, el VEF, en más del 15% y/o los flujos periféricos 25-75 y MEF 50 en más del 25% del valor hallado en reposo. Fue positiva en 26 pacientes (39.4%), 12 mujeres y 14 hombres correspondiendo 21 casos (81%) a asma, 4 (15%) a HRB y 1 EPOC. El 25-75 disminuyó en el 100% de los casos positivos siendo más sensible a los 15 min (76%). El MEF 50 disminuyó en el 73% siendo su sensibilidad a los 10 y 15 min del 89%. El VEF, disminuyó en 14 casos con una sensibilidad del 85% a los 10 min. La CVF disminuyó en el 50% de los casos con baja sensibilidad. Las caídas promedios fueron de -19%, -27.9%, -41.2% y -43.9% para CVF, VEF, 25-75 y MEF 50 respectivamente. Se auscultaron sibilancias en 18 casos de los cuales 16 (89%) tenían PEM positiva. De los 25 asmáticos 21 fueron positivos. Hubo 4 negativos (16%) cuyo análisis puede sugerir ejercicio insuficiente. De los 29 pacientes catalogados clínicamente como HRB sólo 4 de ellos (14%) tuvieron PEM positiva; las patologías en estos casos fueron: rinitis 9 (31%), bronquitis aguda 9 (31%), sinusitis 5 (17%) y otros. **CONCLUSIONES.** La PEM en pacientes asmáticos tiene una sensibilidad del 81% y una especificidad del 84%. Debe indicarse en pacientes con elevada sospecha de asma y no en el estudio de los pacientes catalogados clínicamente como HRB secundaria (no asmática), para los cuales deberán indicarse otras PEM como las pruebas de reto con histamina y metacolina. El auscultar sibilancias tiene una sensibilidad del 89% para las PEM positivas.

COMPARACION DEL VALOR DIAGNOSTICO DE LA IMPRESION, CON EL ESTUDIO HISTOLOGICO DE LAS BIOPSIAS BRONQUIALES Y TRANSBRONQUIALES.

Bernal T.M., Ojeda L.P., Baena P.J., Ayala M.

Departamentos de Broncoscopia y Patología. Hospital Santa Clara de Santafé de Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina.

A 120 biopsias tomadas a través del fibrobroncoscopio (90 bronquiales, 22 transbronquiales, 3 traqueales y 5 laringeas) se les realizó impresión en lámina de vidrio para estudio citológico con tinción de papanicolau y análisis histopatológico de la muestra. Los resultados fueron analizados en un estudio comparativo, encontrando que 30 impresiones eran sugestivas o conclusivas de malignidad (PAP IV ó V) y 29 estudios histopatológicos mostraban neoplasia. En dos pacientes la impresión fue positiva y el estudio histopatológico de los diferentes cortes de la biopsia fueron negativos para neoplasia la cual posteriormente se confirmó por otros métodos. En 1 paciente la biopsia evidenció neoplasia y la impresión no (esta última de mala calidad técnica comparada con el resto de las tomadas en el presente estudio). El estudio citológico de la impresión de la biopsia establece la presencia y orienta hacia el tipo histológico de neoplasia con alta sensibilidad y especificidad. La mayor sensibilidad de la impresión comparada con el estudio histopatológico ha sido sugerida previamente en la literatura y demostrada en el presente estudio aunque no con una diferencia estadísticamente significativa.

Nos permitimos recomendar como método diagnóstico adicional la realización de la impresión de las biopsias tomadas a través del fibrobroncoscopio para ser estudiadas con tinción de papanicolau y establecer de manera rápida y económica la presencia ó no de neoplasia

BRONCOSCOPÍA URGENTE EN HEMOPTISIS: SOBREUTILIZACIÓN DE UN METODO DIAGNOSTICO?. Prieto E., Martínez C., Baena J. Unidades de Broncoscopia y Neumología. Hospital Santa Clara - Escuela Colombiana de Medicina, Santafé de Bogotá.

Con el objeto de conocer el papel de la Broncofibroscopia urgente (BF) en el diagnóstico de la Hemoptisis y su patrón de utilización en nuestro medio, revisamos de manera retrospectiva la experiencia de un año en este servicio. Durante el período de julio 1990 a junio 1991 se estudiaron 52 pacientes con hemoptisis, 36 hombres y 16 mujeres, con edad promedio de 46 años. Las BF fueron indicadas por el médico tratante de cada paciente. Los diagnósticos finales fueron TBC activa o secuelas en 17 pacientes (33%), Bronquitis aguda en 4 (7%), Neumonía en 3 (6%), Bronquiectasias 3(6%), ICC en 3 (6%), Aspergiloma en 2(4%), no aclarado en 7 (13%) y otras en los demás pacientes. **El sitio de origen del sangrado** fue detectado en la BF en 26 pacientes (50%), a otros 26 pacientes no se les logró determinar el sitio de sangrado, la mayoría de ellos (17 pacientes) tenían un sangrado menor de 300 ml en las 24 horas anteriores al estudio (Hemoptisis de leve a moderada). En 8 pacientes la BF se realizó luego de 24 horas de haber desaparecido el sangrado, y no se pudo determinar el sitio de sangrado en 7(88%). Por el contrario, en 24 de los 44 a quienes la BF se realizó en un tiempo menor a las 24 horas desde el último sangrado si se pudo ubicar sitio del sangrado ($p > 0.05$). La BF fue diagnóstica de la **causa del sangrado** en solo 14 casos (27%) (Cáncer, TBC, cuerpo extraño, bronquitis) las demás entidades fueron diagnosticadas por otros métodos. Es de resaltar la baja frecuencia del cáncer en esta serie (2 pacientes). En pacientes con diagnóstico final de infección aguda del tracto respiratorio inferior (Neumonía o Bronquitis aguda) nunca se detectó sitio de sangrado y siempre se presentaron como hemoptisis de leve a moderada. En el subgrupo de 25 pacientes con hemoptisis masiva (más de 600 ml en 24 horas o de 400 ml en 16 horas) la BF aclaró sitio de sangrado en 20(80%). En **conclusión**, aunque necesaria y propuesta como método de estudio inmediato en el paciente con hemoptisis, en nuestra experiencia la broncoscopia urgente solo aporta información diagnóstica en 50% de los casos. Un mejor rendimiento de este método diagnóstico puede lograrse si se reserva para los pacientes con sangrado activo en las 24 horas anteriores, sangrado mayor de 300 ml y pacientes con hemoptisis masiva. Probablemente los pacientes con clínica de infección bacteriana aguda y aquellos con sangrado escaso o que ya ha cedido no se beneficiarán de la broncoscopia urgente. Es necesario confirmar estos hallazgos iniciales con estudios más amplios.

NODULO PULMONAR SOLITARIO - ESTUDIO SOBRE 60 CASOS
 Ibañez B, Giraldo H, Dueñas R, Lozano H, Triana R.
 Fundación Clínica Shaio. Deptos Neumología y Radiología

Se estudian retrospectivamente las Historias Clínicas y los estudios radiológicos de 60 pacientes (M:42, F:18 con promedio de edad 55+/-12.4 años) quienes fueron enviados a neumología desde VII-1-89 hasta III-31-92, por presentar nódulo pulmonar solitario. 42 (70%) de los pacientes tenían nódulo verdadero con tamaño promedio de 1.58 cms (máx:4.3 cm, min:0.3 cm), distribuidos así: LSD: 10 (23.8%), LM: 3 (7.1%), LID: 6 (14.2%), LSI: 14 (33.3%) y LII: 9 (21.4%). 15 de las lesiones contenían calcio en la radiografía simple. En 7 pacientes en quienes no se encontró calcificación a los Rayos X, se encontró calcificación en el TAC. Se practicó broncoscopia a 21 pacientes, y biopsia del nódulo en 9; punción aspiración se practicó en 6 pacientes con lesiones periféricas.

De las 4 lesiones malignas diagnosticadas (9%), 1 de ellas fue por biopsia transbronquial y otra por punción aspiración transparietal. Las otras dos fueron diagnosticadas por biopsia abierta. Un total de 20 pacientes fueron llevados a cirugía. Los diagnósticos definitivos de los 60 nódulos se presentan en la

NODULOS	NO NODULOS (O MULTIPLES)
Cálcico 13	Granulomas calcific 4
No determinado 6	Imagen compuesta 4
Hamartoma 5	Lesión costal 4
Histoplasmosa 4	Granulomas no calcif 2
Adenocarcinoma 2	Líquido en cisura 1
Ca escavocel 2	Desapareció 2º examen 1
Fibroantrac 2	Masa tejidos blandos 1
Granul no calc 2	Pezón 1
Fibrolipoma pl 1	
Nip nod linf 1	
Malf vascular 1	
Proc inflam 1	
Quemodect min 1	
Quieste broncoy 1	

Tabla 1

El nódulo pulmonar solitario es una entidad común en nuestro medio, y su diagnóstico es más frecuente en Radiografías de chequeo.

Neumología ~ Presentación cartel

167

OBSTRUCCION SEVERA DE LA VIA AEREA SUPERIOR NO BRONCOASPIRATIVA: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

Martínez C., Barrera R., Baena J., Brieva J.
Unidades de Cuidado Intensivo, Neumología, Broncoscopia y Cirugía de tórax. Hospital Santa Clara - Escuela Colombiana de Medicina. Santafé de Bogotá.

El diagnóstico definitivo, pero sobre todo la acción terapéutica temprana son necesarios para evitar la muerte por sofocación debida a la Obstrucción de la Vía Aérea Superior (OVAS). La mayoría de los médicos tienen buena información sobre la OVAS secundaria a la aspiración de cuerpo extraño, sin embargo las demás causas no son frecuentemente revisadas en la literatura. El propósito de este estudio es revisar las causas de OVAS de severidad suficiente para llevar al paciente a la UCI, diferentes de la aspiración de cuerpo extraño, e informar nuestra experiencia con este problema: Durante un período de cuatro años (1988-1991) ingresaron a nuestra UCI 15 pacientes con OVAS, 8 hombres y 7 mujeres, con edad promedio 32 años (Rango 16-83 años), cuya causa fue Estenosis post-intubación 3, Masa Mediastinal 4, Escleroma traqueal 2, Epiglotitis del adulto 2, y con un caso cada uno Ca, traquea, Ca tiroides, TBC laríngea y Traqueostomía con cánula mal posicionada. 14 pacientes tenían signos clínicos sugestivos de OVAS tales como estridos, limitación inspiratoria y uso de músculos accesorios altos. Los síntomas aunque desarrollados en horas en todos los pacientes, presentaban evolución mayor de una semana en todos los pacientes excepto en aquellos con Epiglotitis. La Broncoscopia se realizó en 14 pacientes y aportó datos diagnósticos en 12 pacientes, tales como sitio y/o causa de la obstrucción. El promedio de estancia en UCI fue de 2.7 días (Rango 1-10 días) y 11 pacientes requirieron ventilación mecánica. La mortalidad fue de 1 paciente. Requirieron traqueostomía 5 pacientes (33%) y sólo 2 fueron de urgencia. Se **concluye** que es necesario mantener un alto índice de sospecha de la OVAS severa por causa diferente a la aspiración de cuerpo extraño ya que sus causas son múltiples y no es una entidad infrecuente en nuestro medio. Un equipo multidisciplinario que incluye la broncoscopia, la cirugía y el adecuado manejo ventilatorio permite un manejo apropiado con una baja mortalidad y un índice bajo de traqueostomías de urgencia.

169

UTILIDAD DIAGNOSTICA EN LA DETERMINACION DEL COLESTEROL EN EL LIQUIDO PLEURAL

D. Severiche, D. Pacheco, O. Oviedo.
Servicio de Neumología. Hospital Militar Central. Bogotá.

Con el fin de evaluar la utilidad diagnóstica del colesterol en el líquido pleural para ayudar a diferenciar entre exudado y trasudado, se estudiaron 20 pacientes con derrame pleural de etiología a determinar, constituidos por 11 hombre y 9 mujeres, con un promedio de edad de 53 años.

Los diagnósticos definitivos fueron: IRC 3 pacientes. Neumonía con derrame paraneumónico 3 pacientes. TBC pleural 3 pacientes. ICC 2 pacientes. Cáncer 6 pacientes (pulmón 2, Seno 1, Cervix 1, Linfoma 1, Melanoma 1 paciente). POP cirugía cardiovascular 1. Enfermedad del colágeno 1. Diagnóstico no definido 2 pacientes.

En todos los casos se practicó citoquímico completo incluyendo Glucosa, LDH, Colesterol, tanto en sangre como en líquido. Celularidad, determinación de Ph en máquina. Estudio bacteriológico, y si el caso lo ameritaba, biopsia pleural.

Los criterios diagnósticos con HDL, proteínas, Glucosa y Ph son los establecidos por LIGHT. Se consideró exudado un valor de colesterol en líquido mayor de 55 mg% y una relación líquido/suero mayor de 0.35.

Resultados: 10 pacientes con exudado y 10 con trasudado. Utilizando el colesterol como diagnóstico, permitió la diferenciación en el 100% de los casos. Esto se correlacionó estrechamente con la HDL. En el presente estudio, la determinación de proteínas resultó inespecífica e insensible.

Conclusiones: La determinación de colesterol en líquido pleural mayor de 55 mg% o una relación con el serico mayor de 0.35 permite una clara diferenciación entre exudados y trasudados, por lo tanto debe usarse como un criterio complementario en el estudio de todo derrame pleural.

168

CUERPO EXTRAÑO NO SOSPECHADO EN LA VIA AEREA EN ADULTOS: DESCRIPCION CLINICA. Martínez C., Fernández L., Hincapié G., Ferro R., Baena J.

Unidades de Broncoscopia y Neumología, Hospital Santa Clara, Escuela Colombiana de Medicina, Santafé de Bogotá.

El cuerpo extraño en la vía aérea en adultos usualmente se sospecha en presencia de alteración de los mecanismos de defensa de la vía aérea asociados al desarrollo de patología pulmonar infecciosa. Existen pocos informes sobre el hallazgo de cuerpo extraño en la broncoscopia realizada por indicaciones diferentes, a lo cual llamamos "cuerpo extraño no sospechado". Informamos aquí, las características clínicas de este sub-grupo de pacientes en nuestra institución: Entre los años 1984-1990 se encontró cuerpo extraño no sospechado en 8 pacientes. 6 hombres y 2 mujeres con edad promedio 54 años (rango 24-66 años), con síntomas pulmonares entre 1-18 meses de evolución. Con diagnóstico de ingreso de neumonía bacteriana (3), tuberculosis (1), neumonía lipóide (1), CA. de laringe (1), hemoptisis (2). Los Rx. se interpretaron como consolidación y/o atelectasia de predominio en lóbulos inferiores ninguno con imagen radiopaca sospechosa de cuerpo extraño. El diagnóstico broncoscópico se hizo en promedio después de 15 días de hospitalización (rango 3-25 días). La extracción se realizó por fibrobroncoscopia (3), broncoscopia rígida (3), cirugía (2). El material encontrado fue hueso (6), material vegetal (1), fragmento de roca (1). La localización fue: Lóbulo inferior derecho (4), Bronquio intermediario (2), Tráquea (1), Carina (1). Se concluye que aunque poco frecuente, el cuerpo extraño no sospechado puede llevar a infecciones broncopulmonares recurrentes o de resolución lenta, siendo necesario mantener la sospecha de esta entidad. Para su tratamiento debe mantenerse como alternativa la habilidad en la broncoscopia rígida.

170

COORDINACION INTERINSTITUCIONAL MULTIDISCIPLINARIA PARA EL CONTROL DE TUBERCULOSIS EN COLOMBIA.

Chaves M.G. Bravo O.E.

Comité Asesor del Ministerio de Salud: Academia Nacional de Medicina, ASCOFAME, Consejo Nacional de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Hospitales San Carlos y Santa Clara, ICBF, INS, ISS, OPS/OMS, Sociedades Colombiana de Neumología de Pediatría y Liga Antituberculosa Colombiana.

Objetivos: Concertar recursos humanos, físicos, técnicos y económicos para máximo aprovechamiento en Control de Tuberculosis (TBC).

Con la experiencia y asesoría de los representantes de las Instituciones del Comité de TBC. Actualizar las Normas y ejecutarlas con las mismas instituciones a nivel Nacional y en cada Servicio Seccional de Salud. La Supervisión para el seguimiento de las acciones se efectuó con las Instituciones mencionadas.

Resumen de Formulario para cuantificación:

ACTIVIDADES	SECTOR SALUD	ISS	ICBF	LAC	FACULTDES	HOSP.UNIV.
Localización de Casos	X	X		X		X
Tratamiento	X	X		X		X
Vacunación	X	X		X		X
Educación	X	X	X	X	X	X
Componentes de Apoyo	X	X	X	X	X	X
Complementación Alimentaria			X			

Resultado: Las metas y directrices se cumplieron, el seguimiento demostró el incremento de actividades en Control de TBC en las Instituciones conformantes del Comité Asesor de TBC.

Conclusión: Efectuar el encuentro de varias disciplinas de diferentes Instituciones con identidad, las cuales logran definir sus diferencias y construyen un campo nuevo para los componentes de cada uno, con su propio lugar y movilidad.

DETERMINACION DE ADENOSINA DEAMINASA EN DERRAMES PLEURALES; UTILIDAD PARA EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PLEURAL
Briceño C., López B., Pacheco C., Gómez M.,
Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Santafé de Bogotá.

Se estudiaron muestras de 39 derrames pleurales de pacientes manejados en el servicio de Neumología del Hospital Militar Central (HMC), en el lapso de un año; en ellos se realizaron pruebas convencionales (gram, baciloscopia, citoquímico, cultivo, citología), y biopsia pleural en quienes había sospecha de malignidad o Tuberculosis Pleural. A todas las muestras se les tomó niveles de Adenosina Deaminasa (ADA) mediante la técnica colorimétrica de Galanti y Giusti.

Los resultados obtenidos son los siguientes, luego de dividir los pacientes en cuatro grupos, según la etiología del derrame.

GRUPO	No. DE PACIENTES	PATOLOGIA	ADA PROMEDIO
I	10	TBC PLEURAL*	139,2
ii	9	NEOPLASIAS	32,9
III	11	MISCELANEAS	11,5
IV	9	NO DETERMINADA	41,9

*: (Diagnóstico corroborado por Auramina, Baciloscopia, cultivo o histología).

Lo anterior da a la prueba una sensibilidad de 100%, especificidad de 85%, valor predictivo Positivo de 57% y valor predictivo Negativo de 100%. Se concluye con lo anterior que la determinación de Adenosina Deaminasa en derrames pleurales es un método de alta sensibilidad y especificidad para diagnóstico de TBC Pleural, que permite un diagnóstico rápido y que debería utilizarse como rutina en el estudio de los derrames Pleurales.

COMPARACION DE CAPACIDAD VITAL FORZADA Y VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN EL PRIMER SEGUNDO EN ESPIROMETROS PORTATILES CON ESPIROMETRO DE FUELLE
Giraldo H., Arenas C., Porras I., Dueñas R.
Fundación Clínica Shaio. Departamento de Neumología, Santafé de Bogotá.

Con el fin de conocer la precisión de los Espirómetros portátiles Spiropet, que miden sólo Capacidad Vital Forzada (CVF) y Kinetix, que mide CVF y volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF 1), se compararon dichos valores medidos en el mismo momento en que se practicó Espirometría con un Equipo de fuelle (Breon Spirometer) a 96 pacientes voluntarios, tanto normales como con trastornos obstructivos y restrictivos. De cada uno de ellos se practicaron 3 medidas que fueran similares con menos de 5% de diferencia y se tomó el mayor de ellos, dando tiempo prudencial para descanso entre uno y otro de los estudios. Los dos equipos portátiles funcionan con base en mecanismos de hélice impulsada por el aire a través de la boquilla. Uno de ellos (Spiropet) tiene tablero con aguja que indica el volumen, y el otro (Kinetix) tiene un tablero electrónico que indica los valores de CVF Y VEF1. Los valores fueron analizados mediante el cálculo de regresión lineal. La mejor correlación se obtuvo con la CVF del Spiropet (r=0.927, EEE=0.35), seguido por la relación del VEF1 del Kinetix (r=0.920, EEE=0.31) y la CV del Kinetix (r=0.844, EEE=0.50). Se presentan las fórmulas para calcular los valores partiendo del dato de los espirómetros portátiles:

$$\begin{aligned} \text{CVF Spiropet: } & y = 0.328 + 0.813 X \\ \text{VEF1 Kinetix: } & y = 0.370 + 0.714 X \\ \text{CVF Kinetix: } & y = 0.537 + 0.988 x \end{aligned}$$

La correlación obtenida es importante y permite determinar la utilidad de éstos equipos portátiles en servicios de urgencias o seguimiento de pacientes en crisis o post-operatorios con menor costo y buena seguridad.

MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER) DURANTE FIBROBRONSCOPIAS EN PACIENTES CARDIOPATAS Y NO CARDIOPATAS.

Giraldo H., Dueñas R., Porras I., Arenas C.
Fundación Clínica Shaio. Departamento de Neumología

Con el fin de estudiar la presencia de arritmias durante bronoscopias (B/C), se colocó monitoreo continuo de ECG (Holter) además de su monitoreo usual con visoscopio y señal auditiva de frecuencia cardíaca a 40 pacientes (24 hombres y 16 mujeres). El estudio con Holter se inició un promedio de 27 minutos antes de bronoscopia y se extendió un promedio de 7 minutos después del procedimiento. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: A) Cardiopatas (n=10, edad:57.0+/-15.7 años), con antecedentes de enfermedad coronaria, post-operatorios de corazón, valvulopatía, cardiopatía congénita, Cor pulmonale, arritmias o falla cardíaca; B) No cardiopatas (n=30, edad:53.1+/-13.4 años), sin antecedentes cardíacos conocidos. Los pacientes fueron premedicados en la forma usual con Meperidina (x=43 mg), Diazepam (x=4.56 mg), Atropina (x=0.44 mg) intramuscular 30 min. antes del examen. Durante la B/C se anotó en la hoja del paciente la presencia de arritmias en el visoscopio, para comparar posteriormente con los hallazgos en el Holter.

El número de pacientes que tuvieron arritmias y el promedio de episodios por minuto en el periodo pre, intra y post-B/C se muestra en la Tabla 1, diferenciados en los grupos A y B. Creemos que estos resultados favorecen la idea de practicar monitoreo de ECG durante la B/C, aún en pacientes que no tengan antecedentes de enfermedad cardíaca.

	PRE			INTRA			POST					
	No	x'	%	No	x'	%	No	x'	%			
SUPRVENTRICULAR												
CARDIOP	4	1.03	7	0.53	2	0.76	3	3.10	6	0.33	2	0.07
NO CARD	2	0.09	0	0.06	2	0.00	4	0.16	4	0.70	3	0.17
VENTRICULAR												
CARDIOP	3	0.15	3	0.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
NO CARD	1	0.01	2	0.03	1	0.02	9	0.05	3	0.02	1	0.01

FIGURA 1. Episodios de extrasístoles supraventriculares, ventriculares, Dupletas o tripletes y bigemínias (60c) en pacientes cardiopatas y no cardiopatas. No.: número de pacientes con episodios, x': Episodios promedio por min.

Tabla 1

LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) EN EL DIAGNOSTICO DE LA NEUMONIA NOSOCOMIAL (N.N)

B. Reina
Servicio de Neumología y Bacteriología, Hospital Militar Central, Santafé de Bogotá.

Se tomaron 15 pacientes con diagnóstico clínico de N.N. 11 (61%) se encontraron en UCI y de ellos 8 (44%) con intubación traqueal.

Se les practicó BAL para cultivo por aislamiento en 4 cuadrantes en Agar sangre, chocolate, MacConcek y cerebro corazón, tomando directamente del material obtenido en el BAL 0.1 ml para la siembra y 0.1 ml para diluirlo en 10 cc de solución salina y de esta dilución se tomó 0.1 ml para las mismas siembras. Adicionalmente se practicó centrifugado para Gram, BK, KOH, coloración de plata e inclusiones virales.

Resultados: Se dividen en tres grupos:

- 1) Negativo : 4 pacientes (26%). Gram y cultivos negativos.
- 2) Positivo : 8 pacientes (53%). Cultivos positivos para el mismo germen. Gram consistente con cultivos. Los gérmenes recuperados fueron: Pseudomona 50%, E. Coli 12%, Stafilococo Epidermidis 12%, Stafilococo dorado 12%, Klebsiella sp 12%.
- 3) Indeterminado: 3 pacientes (20%). Cultivo directo positivo con cultivo diluido negativo. Gram no consistente. Los gérmenes recuperados fueron: Pseudomona 66%, Stafilococo Epidermidis 33%. (Los pacientes con Pseudomona tenían traqueostomía. El paciente con Stafilococo Epidermidis requirió biopsia pulmonar sin demostrar neumonía.

Conclusiones:
Permitió excluir pacientes con falsos diagnósticos de Neumonía Nosocomial.

Permitió suspender o modificar tratamientos antibióticos. Cerca del 20% de los casos mostró crecimiento de gérmenes habituales de la vida aérea superior.

175

ASPERGILLOSIS BRONCOPULMONAR ALERGICA (ABPA). ENTIDAD MUY POCO DIAGNOSTICADA EN COLOMBIA.Torres CA, Serrano FO, Awad CE, Reyes PV.
Unidad de Neumología, Hospital Santa Clara de Bogotá.

Con el propósito de motivar la búsqueda de aspergilosis bronco-pulmonar alérgica (ABPA) en nuestro medio, presentamos un paciente que, a nuestro conocimiento, es el **cuarto caso** informado en Colombia con esta entidad. La ABPA es una enfermedad producida por una respuesta de hipersensibilidad a especies de *Aspergillus* que han colonizado la vía aérea. La mayoría de autores divide los criterios diagnósticos en **mayores**: asma, infiltrados pulmonares, eosinofilia en sangre y esputo y test cutáneo positivo; y **menores**: Ig E elevada, precipitinas a *Aspergillus* positivas, aislamiento del hongo en muestras de la vía aérea y expectoración de tapones mucosos. Las bronquiectasias centrales se consideran poco sensibles pero muy específicas de la entidad. El diagnóstico se establece en presencia de los cuatro criterios mayores y al menos dos de los menores, entendiendo que no todos ellos deben estar presentes en un momento dado, sino que pueden aparecer y desaparecer periódicamente.

Presentación del caso. Hombre de 71 años. Desde los 12 hasta los 20 años presentó episodios de disnea sibilante que reaparecen a los 44 años, acompañados de tos y expectoración. En 1988 lo estudiamos hallándose: Rx del tórax con atrapamiento de aire, infiltrados alveolares parahiliares izquierdos e imágenes sugestivas de bronquiectasias centrales; curva flujo-volumen con obstrucción reversible. Dos mediciones de eosinófilos en sangre periférica de 1593 y 1014/mm³. Eosinófilos en esputo del 27%. Cultivo del esputo y reacción cutánea dual para *Aspergillus* positivos. Ig E mayor de 800u. Precipitinas negativas. Se diagnosticó ABPA, requiriendo temporalmente esteroides con mejoría clínica y funcional y remisión de la eosinofilia.

En 1978, Bolaños y Restrepo publicaron los tres primeros casos de ABPA en Colombia entre 342 asmáticos (1%). Es llamativo que en Inglaterra hasta el 22% de los asmáticos extrínsecos y en EEUU el 9% de los corticoides dependen tienen ABPA. La búsqueda sistemática de ABPA en una población muy seleccionada de ya más de 160 asmáticos inscritos en nuestro Programa de Asma desde 1989, sumados a otro tanto de la consulta de neumología que hacen una población de cerca de 300 asmáticos, sólo ha permitido el diagnóstico de este paciente (menos de 1%). Siendo el *Aspergillus* tan ubicuo llama la atención los pocos casos informados. Aunque no hay duda que la ABPA existe en el país y que debe buscarse, es posible que algún factor, como la altura, influya en que su prevalencia sea menor.

177

ETIOLOGIA INFECCIOSA DE LAS EXACERBACIONES DE EPOCDueñas CC, Chaparro MC, Boshell SJ.
Hospital Santa Clara, Escuela Colombiana de Medicina,
Instituto Nacional de Salud. Santafé de Bogotá.

La prevalencia de EPOC tiende a aumentar, concomitantemente la mortalidad derivada de ella se incrementa después de cada exacerbación. Hasta el momento no hay estudios que determinen la etiología de las exacerbaciones por EPOC en nuestro medio.

En forma prospectiva se estudiaron 15 pacientes con exacerbaciones de EPOC entre 1989 y 1990.

A todos los pacientes se les realizó hemograma, hemocultivos seriados, gram y cultivos de esputo, crioprecipitinas, radiografía de tórax, cultivos virales, inmunofluorescencia indirecta e inhibición de la hemaglutinación. La edad promedio fue de 70,8 años, 12 hombres y 3 mujeres. En ningún caso fue considerada inicialmente la etiología viral. El 46.6% de los pacientes presentó leucocitosis. El germen predominante en el esputo fue neumococo en 66.6% y H. influenza en 6.6%. Los hemocultivos fueron positivos en el 28.6%, todos para neumococo. Un paciente desarrolló empiema por streptococo viridans. 3 pacientes (20%) presentaron exacerbación viral por influenza A, ninguno presentó fiebre o leucocitosis, la estancia hospitalaria fue más prolongada y las crioprecipitinas fueron debilmente positivas en 2 de ellos. Dos pacientes fallecieron (13%), ambos con hemocultivos positivos para neumococo y con clase funcional previa de III y IV.

Concluimos que en nuestro medio el neumococo sigue siendo el agente etiológico más frecuente de exacerbaciones de EPOC con importante mortalidad seguido por los virus, especialmente el influenza A.

Factores de mal pronóstico son hemocultivos positivos y una clase funcional previa mayor de III. La etiología viral debe ser considerada en pacientes con exacerbación sin fiebre, sin leucocitosis, con pocos hallazgos radiográficos y con unas crioprecipitinas debilmente positivas. De la etiología reportada podemos sugerir que el manejo antibiótico inicial para cubrir neumococo sigue siendo válido y debe considerarse el empleo de inmunoprofilaxis para neumococo y virus de influenza A en pacientes con EPOC, dada la importante morbimortalidad asociada.

176

ACTINOMICOSIS TORACICA:Osorio P.P., González F., Bravo M.W.
Departamento de Medicina Interna, hospital Universitario de Barranquilla.

Paciente de 32 años, natural de Barrancabermeja (Sant.), quien consulto por cuadro de 15 días de evolución, caracterizado por dolor torácico retroesternal irradiado o mesogástrico y a cuello; además disnea de esfuerzo G I, y ortopnea. Relató concomitantemente fiebre alta sin escalofríos de una semana de evolución.

A su ingreso en el examen físico se halló: Paciente conciente, agudamente enfermo, cuyos signos vitales fueron: TA: 120/70 FC: 120 X' P: 120 x' FR: 36 X' T: 37°C. Ingurgitación yugular a 45°C de 3 mts. Masa dolorosa a la palpación, blanda, renitente, calor y rubor, a nivel del tercer y cuarto espacio intercostal oaraesternal izquierdo. Pulmones: Murmullo vesicular disminuido en el 1/3 inferior de hemitórax derecho. Corazón: Frote pericárdico, audible en focos de ápex, sin soplos. Abdomen: Hepatomegalia lisa, dolorosa, de 10 cms. a expensas del lóbulo derecho. Extremidades sin edema.

La RX de Tórax mostró: Derrame pleural derecho, imagen de masa mediastinal superior, silueta cardíaca aumentada de tamaño con bordes rectificados.

El ecocardiograma reveló Derrame Pericárdico de moderada cantidad sin compromiso hemodinámico. El pericardio se halló engrosado.

Se le realizó TAC de Tórax en el que se evidenció la presencia de masa con densidad de tejidos blandos, de contornos irregulares, en situación anterior y superior al corazón, alcanzando la pared anterior, deformándola.

Finalmente el paciente se llevó a cirugía, donde le practicaron Toracotomía postero-lateral izquierda. Hallazgos: Masa amorfa, friable ubicada en mediastino anterosuperior que infiltra pleura, pericardio y lóbulo superior pulmonar izquierdo.

Realizaron biopsias múltiples de tejido graso premediastinal, y de la propia masa mediastinal.

Los resultados de la biopsia fueron: Se identifica proceso inflamatorio agudo y crónico. Abundante número de macrófagos y "Granulos de Azufre".

No hay tumor.

Diagnóstico: ACTINOMICOSIS TORACICA.

178

NEUMONIA BACTEREMICA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.Torres CA, Fernández L, Ruiz A.
Unidad de Neumología, Hospital Santa Clara. Esc. Col. de Medicina.

Diversos estudios confirman que el *Streptococcus pneumoniae* (SP) continúa siendo la causa más común de neumonía adquirida en comunidad (NAC). Con frecuencia se considera que la NAC por SP tiene siempre un curso benigno y se olvida esta etiología en presencia de neumonía grave. Con el propósito de conocer las características clínico-radiológicas y el pronóstico de la neumonía por SP asociada con hemocultivos positivos (neumonía bacterémica por SP(NBSP)), analizamos las historias de pacientes mayores de 15 años con esta condición hospitalizados entre abril de 1986 y abril de 1992.

Dieciséis pacientes (n=16) presentaron NBSP. El promedio de edad fue de 53.5 años, siendo el 75% mayores de 48 (r:16-80). Los síntomas comunes fueron: tos y expectoración (87%), fiebre (87%), escalofrío (75%), dolor torácico (75%) y disnea (69%). Cinco pacientes tenían antecedente de EPOC y dos se encontraban en estado de embarazo. Al examen físico la fc, fr y ^oT promedios fueron: 113, 37 y 38.1 respectivamente; 14 pacientes (87%) tenían síndrome de consolidación, 6 cianosis y 5 ictericia. El CH inicial mostró como promedios: leucoc: 17100, neut:79%, cay:8% y el de control: 10764, 77% y 1% respectivamente. De los 13 esputos recogidos, 9 mostraron predominio de diplococos Gram+ y 4 de cocos Gram+. En 5 creció SP en el cultivo. La Rx tórax mostró patrón lobar en los 16 pacientes: 7(44%) multilobares y 9(56%) de un solo lóbulo, distribuidos así: LSD:19%, LM:31%, LID:56% LSI:12% y LII:50%. Un paciente presentó cavitación y 4, derrames: dos empiemas (12%) y dos paraneumónicos no complicados (12%). Cuatro pacientes (25%) desarrollaron SDR, 3(19%) falla multiorgánica (FMO) y 5 (31%) hepatitis. Los 4 con SDR tenían compromiso multilobar. Fallecieron 5(31%) pacientes: una mujer embarazada de 38 años y los 4 restantes con un promedio de edad de 69 años. De los 7 pacientes con compromiso multilobar, 3(43%) fallecieron por SDR. De los 9 con compromiso unilobar 2(22%) fallecieron, no por SDR, pero con un promedio de 73 años.

CONCLUSIONES: El SP sigue siendo la principal causa de NAC, aún en sus formas graves. Los hemocultivos positivos indican severidad. La NBSP tuvo en nuestro estudio una mortalidad de 32%, diferente a la informada para las formas no bacterémicas (hemocultivos negativos) que es inferior a 10%. El compromiso multilobar en la NBSP es factor de riesgo para SDR. Como está descrito, la edad avanzada se asocia con NBSP de alta mortalidad. Aunque puede ser observación casual, el embarazo deberá estudiarse como factor de riesgo para NBSP.

179

LA DESNUTRICION, UN FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC).

Vélez P., Castro A., Angel LA., Vanegas C., Castillo B.
Departamento de Medicina Interna, U. Nacional. Sección Nutrición y Dietética, Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia.

El objetivo fue establecer la relación de la desnutrición (DNT) en pacientes con EPOC y la frecuencia de hospitalizaciones, infecciones y mortalidad.

MATERIALES Y METODOS: Se incluyeron pacientes hospitalizados y de la consulta externa, con diagnóstico comprobado de EPOC según los criterios de Hodking y Petty para la relación VEF1¹/CVF, excluyendo otras enfermedades asociadas: TBC, cáncer, cirrosis, hipertiroidismo e insuficiencia renal. Se realizó una evaluación nutricional completa (encuesta alimentaria, antropometría, albúmina sérica y recuento de linfocitos), test de la D-xylosa, sudán en materia fecal, escala de depresión de Hamilton y escala visual analógica para apetito y hambre. Fueron controlados y evaluados por consulta externa o durante la hospitalización. Se evaluó el consumo de cigarrillo, café, broncodilatadores y el estado clínico de su EPOC.

RESULTADOS: Se incluyeron 38 pacientes, 25 hombres y 13 mujeres, con $66 \pm 9,8$ años. La evaluación nutricional demostró DNT en 63% de los pacientes (15% leve, 10% moderada y 42% severa). El consumo calórico fue de 1699 Kcal/d y 48 g/d de proteínas. El 75% bebían más de una taza de café al día y el 20% fumaban. El test de la D-xylosa fue anormal en el 35% (13/37). El 35% presentaban una depresión menor y 35% depresión mayor y el 57% de los pacientes con DNT severa presentaban una depresión mayor. En la escala visual analógica el hambre y apetito fueron similares y sin relación con el estado nutricional. 14 pacientes fueron evaluados después de un año y dos fallecieron, uno con DNT severa y el otro sin DNT. Se evidenció una tendencia a un mayor número de hospitalizaciones y al incremento en la dosis de medicamentos en los pacientes con DNT moderada y severa, comparados con aquellos sin DNT o de grado leve.

CONCLUSIONES: 1- En la EPOC, la DNT parece ser un factor de riesgo para la aparición de complicaciones: baja respuesta a broncodilatadores y hospitalizaciones. 2- El consumo calórico promedio es muy bajos en este grupo de pacientes y probablemente se relacione con su estado nutricional. 3- El aumento en el trabajo respiratorio o la eficiencia del metabolismo energético es probable se relacionen con la DNT en pacientes con EPOC.