

VALIDACION DEL INDICE PRONOSTICO ESPECIFICO DE NEUMONIA (INDICE DE FINE) EN NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE (HUV), CALI-COLOMBIA. 1993-1995

Rosso F, Fernández L, Perafán P, Arce I. Sección de Neumología, Departamento de Medicina Interna. Universidad del Valle, Cali-Colombia.

El propósito del presente estudio es la validación de un índice pronóstico en neumonía adquirida en la comunidad desarrollado por M. Fine y Col. con el fin de ayudar al clínico a decidir el manejo selectivo de pacientes con NAC y recientemente incluido en las pautas de manejo de NAC de la Sociedad Colombiana de Neumología. METODOLOGIA: Se escogieron pacientes mayores de 15 años atendidos en el HUV con diagnóstico de NAC entre 1993-1995. Se excluyeron pacientes HIV/SIDA. Se utilizaron los mismos predictores de mortalidad: Edad > 65 años, dolor pleurítico, anormalidad en los signos vitales, alteración en el estado de conciencia, patógenos de alto riesgo y enfermedad neoplásica. A cada variable se le asignó un valor igual al del trabajo original y se incluyeron en 5 clases de riesgo pronóstico de acuerdo con la puntuación: clase I: < 0 puntos, Clase II: 0 puntos, Clase III: 1-4 puntos, Clase IV: 5-7 y Clase V: 8-11 puntos. RESULTADOS: Se analizaron un total de 294 pacientes, con un promedio de edad de 52.7 años (15-97 años), el 36.7 % eran > de 65 años. Los antecedentes médicos de importancia fueron: Tabaquismo (41.2%), EPOC (30.6%), ICC (19%), DM (11%), Alcoholismo (14.8%), Asma (8.8%) y Cáncer (7.8%). La mortalidad total del grupo fue del 25 % (74/294). Sólo se obtuvo aislamiento del agente causal en el 11%, siendo el neumococo el germen más frecuente.

Al analizar separadamente cada uno de los predictores de mortalidad se encontraron con asociación estadísticamente significativa: Edad > 65 años (R.R=2.3 p=0.0019), Alteración del estado de conciencia (R.R=3.18 p=0.0001) y falla respiratoria (R.R=2.52 p=0.00026). La presencia de enfermedad neoplásica no fue significativa. La presencia de dolor pleurítico fue indicador de sobrevida (R.R=0.34 p=0.000558). Los puntajes del Fine variaron entre -2 a 7. Según la clase se agruparon como Clase I: 36 (12.2 %), Clase II: 82 (28%), Clase III: 139 (47.3%) y Clase IV: 37 (12.6%). No hubo pacientes en Clase V. La mortalidad porcentual de cada una de las clases fue: I: 2/36 (5.5%), II: 11/82 (13.4%), III: 41/139 (29.4%) y IV: 20/37 (54%).

CONCLUSIONES: El uso de este índice sirvió para predecir la mortalidad en nuestro grupo. Sin embargo no nos parece un buen índice para nuestro medio porque: A) El aislamiento del agente causal en nuestro medio fue bajo (lo que disminuye la puntuación) y B) El Cáncer no fue un factor determinante en la mortalidad (Para este índice es el factor que tiene la mayor puntuación). La mortalidad encontrada para cada Clase fue superior a la esperada según este índice. Consideramos que se debe diseñar otro índice más aplicable a nuestro medio como instrumento predictor de mortalidad.

MÉTODOS BACTERIOLÓGICOS Y NO BACTERIOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PLEURAL. Naranjo N, Guerrero MI, León CI, Hernández A, Pacheco D, Matyas R, Caballero A, Latorre P, INS, HSJdeD, H Militar, H San Rafael, Clínica de la Policía. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Objetivos: Determinar y validar los valores de ADA y su relación (líquido/suero) en la tuberculosis pleural y establecer el aporte de las diferentes muestras en su diagnóstico bacteriológico.

Metodología: Se diseñó un estudio prospectivo observacional en cuatro hospitales universitarios de Santa Fe de Bogotá donde se incluyeron pacientes adultos hospitalizados y ambulatorios que presentaron derrame pleural y quienes aceptaron la práctica de toracocentesis-biopsia pleural. En estos pacientes se realizaron las determinaciones de ADA en líquido pleural y en suero además del cultivo y baciloscopia tanto del líquido como de la biopsia, cuando fue posible se realizó estudio anatómopatológico del tejido pleural. Para la interpretación de los resultados se tuvo como patrón de oro la bacteriología con aislamiento de *M. tuberculosis* y/o la presencia de granulomas de caseificación con ZN positivo.

Resultados: Se incluyó un total de 88 pacientes entre los cuales el 14% (12 pacientes) presentaron derrame pleural de etiología tuberculosa, el 86% restante correspondió a cáncer, empiema bacteriano, ICC, y otros diagnósticos. De los 12 casos de tuberculosis el 8.3% (1) se diagnosticó por histopatología, el 17% (2) mediante cultivo de líquido pleural y biopsia pleural, el 25% (3) por cultivo de biopsia pleural únicamente, mientras que por cultivo de líquido pleural exclusivamente, se diagnosticó el 50% (6) de los casos. En resumen, el cultivo de líquido pleural permitió captar el 67% (8) de los casos contra un 42% (5) que captó el cultivo de biopsia pleural. La cuantificación de ADA en el líquido pleural -teniendo como punto de corte 34.2UI- presentó valores de S=91%, E=79.5%, VPP=40% y VPN=98.0%. La cuantificación de ADA en suero -teniendo como punto de corte 30.8UI- mostró valores de S=45.5%, E=81.5%, VPP=29.0 y VPN=98.0%. La relación ADA líquido/ADA suero -teniendo como punto de corte 1.3- presentó una S=80%, E=73%, VPP=32% y VPN=98%.

Conclusiones: Se concluye que para hacer la confirmación bacteriológica de la tuberculosis pleural, es más sensible y menos traumática la muestra de líquido pleural que la biopsia, puesto que es capaz de captar casi el doble de casos que los que se captan con el cultivo de la biopsia. En cuanto a las ayudas diagnósticas en tuberculosis pleural se confirma que la cuantificación de ADA en líquido pleural es muy bondadosa puesto que su VPN es muy alto (98%), ayudando a descartar etiologías diferentes a la tuberculosa, en el mismo sentido la relación ADA líquido pleural/ADA suero, ayuda a descartar la tuberculosis pleural es de resaltar que en el presente estudio la cuantificación de ADA en suero sanguíneo no fue de gran ayuda ya que su S fue tan solo del 45%.

PREVALENCIA DE VIH, TUBERCULOSIS Y COINFECCIÓN EN SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS. Martínez R, Jiménez M, Guerrero M, Guerrero MI, León CI, De la Torre P, INS, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: Establecer la prevalencia de tuberculosis en pacientes sintomáticos respiratorios infectados y no infectados con VIH en Santa Fe de Bogotá, con el fin de obtener dos cohortes para subsecuentes investigaciones a nivel genómico.

MÉTODOS: Se desarrolló un estudio transversal teniendo como universo los pacientes sintomáticos respiratorios que asistieron a las diferentes instituciones participantes. El esputo fue sometido a baciloscopia y cultivo, los cultivos positivos para baar se sometieron a pruebas de identificación de especie. El suero fue analizado por duplicado, para anticuerpos anti VIH, por la técnica ELISA. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, raza, lugar de procedencia, resultado de baciloscopia, cultivo y serología para VIH, historia de contacto y tiempo de evolución de la sintomatología clínica. Se midió la prevalencia de tuberculosis, así como la prevalencia de seropositividad para VIH. Se asoció la positividad de cada una de estas entidades con las variables estudiadas. La positividad para tuberculosis y VIH fue comparada dentro de cada una de las categorías de las variables en estudio. Se midió la asociación entre ellas usando las razones de prevalencias y sus intervalos de confianza del 95%. Se calculó el riesgo porcentual de tuberculosis atribuible a VIH. RESULTADOS: La prevalencia de tuberculosis fue de 10.3% en la población total del estudio; 9.5% en el grupo VIH(-) y del 20% en el grupo VIH(+). La seropositividad para VIH fue del 7.4% en la población total, siendo 14.3% en el grupo tuberculoso y 8.3% en el grupo no tuberculoso. 1.5% de la población resultó coinfectada. La distribución por sexo fue del 47% mujeres y 53% hombres, en la población total. En el grupo tuberculoso la relación hombre:mujer fue de 1.8:1 y para los VIH(+) esta relación fue de 6:1 y para la población coinfectada fue de 3:1. El 54.8% de la población total había presentado tos y expectoración durante más de un mes. La probabilidad de presentar fiebre en tuberculosos fue 2 veces más alta que en no tuberculosos, mientras que esta probabilidad fue 13 veces mayor en el grupo VIH (+) que en el VIH (-). La probabilidad de presentar pérdida de peso entre los tuberculosos fue 16 veces mayor que en el grupo no tuberculoso. En el grupo VIH (+) esta probabilidad fue 3 veces mayor que en el grupo VIH (-) pero no significativa. CONCLUSIONES: Es claro que el pulmón es órgano blanco para gran parte de las patologías que sufren los pacientes VIH(+) y que hace de la población sintomática respiratoria un grupo seleccionado y productivo para hacer la vigilancia epidemiológica no sólo de tuberculosis sino también de VIH, dadas las altas prevalencias de las dos entidades encontradas en Santa Fe de Bogotá. Además, el impacto de la implementación de la vigilancia epidemiológica de VIH y tuberculosis en este grupo, es susceptible de medir. El impacto del VIH sobre la tuberculosis en nuestro medio es muy importante ya que el 50% de los casos de tuberculosis entre los pacientes VIH (+), pueden ser atribuibles a la inmunosupresión causada por el VIH.

FUROSEMIDA NEBULIZADA EN EL MANEJO DE LA TOS DE ORIGEN VIRAL. Dueñas CR, Tordecilla YM, Tordecilla YY, Carmona R. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

Objetivos: Establecer la utilidad de la Furosemida en el manejo de la tos de origen viral comparada con la Terbutalina.

Metodología: Experimento clínico, controlado, aleatorio, doble ciego. Se seleccionaron pacientes entre 15-45 años, con cuadro viral respiratorio agudo, que consultasen, desde 1994 hasta 1996, por tos de menos de 5 días de evolución y sin patología respiratoria previa. Todos los pacientes, previo consentimiento informado, fueron asignados a uno de los grupos del estudio para recibir 3 nebulizaciones con intervalos de 30 min: I. Terbutalina (2cc de solución salina+Terbutalina 2 gotas por cada 10Kg de peso), II. Furosemida (2 amp=40mg). Las variables a medir fueron: Frecuencia cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), conteo de tos, Flujo Espiratorio Pico (FEP). Se midieron antes(a) de iniciar el protocolo, y 30(b) y 60(c) minutos después de la tercera nebulización. Para el análisis estadístico se registraron los datos en una tabla maestra, se tomaron medidas de tendencia central(media), porcentajes, desviación estándar. Las variables evaluadas fueron analizadas mediante prueba T de student(p<0.05).

Resultados: No hubo diferencias entre los valores iniciales en los dos grupos. La FCB y FCC fueron más altas en el grupo Terbutalina pero no hubo diferencias estadísticamente significativas. Los resultados del conteo de Tos y del FEP se presentan en la Tabla:

	TOSa	PEFa	TOSb	PEFb	TOSc	PEFc
Grupo Terbutalina	20.1 (^{4.8})	180 (^{22.2})	14* (^{3.5})	239 (^{30.9})	10.6* (^{3.5})	278 (^{26.6})
Grupo Furosemida	20.7 (^{5.5})	178 (^{18.8})	19.6 (^{4.9})	241 (^{27.1})	21.4 (^{4.6})	268 (^{29.1})

*Dato con significancia estadística

Discusión: La Furosemida y la Terbutalina mejoraron el FEP en similares proporciones, esto sugiere un similar poder broncodilatador, discutido aun en la literatura. Sin embargo, la Furosemida no logró mejorar el conteo de Tos mientras que la Terbutalina si, esta diferencia tuvo significancia estadística. Este resultado contradice publicaciones que plantean la utilidad de la Furosemida en Tos inducida por diversos tipos de alérgenos.

Conclusiones: 1. La Furosemida no es tan útil como la Terbutalina en mejorar la Tos de origen viral.

2. No existe correlación entre el conteo de Tos y el FEP.

3. Son necesarios estudios grandes, con grupos placebo para establecer el real lugar de la Furosemida en Tos de etiología viral.

125

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION DE CRISIS ASMÁTICA EN SANTAFE DE BOGOTÁ

Solarte I., Machado C., Bermúdez M., Dennis R., Londoño D., Roa J., Lobelo R., Paez S., González M., Unidad de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Objetivos: Establecer el impacto del tratamiento inicial estandarizado sobre la conducta final en el manejo de las crisis asmáticas remitidas a la Unidad de Neumología del Hospital de San Ignacio, luego de consultar al servicio de Urgencias.

Diseño: Se diseñó un programa de atención para los pacientes que consultan por crisis asmática en horas hábiles, en éste se establece la severidad de la crisis y se le da el manejo inicial según el International Consensus (1992). Se estudian además las variables demográficas, flujo pico inicial y final, manejo inicial, evolución clínica y funcional a las tres horas de tratamiento y conducta final (egreso vs hospitalización).

Sujetos de estudio: Entre Octubre de 1994 y Abril de 1996 se atendieron 113 pacientes. **Resultados:** 91 mujeres (80.5%), y 22 hombres (19.5%). Promedio de edad 43.5 años (15-80) El 49.5% de los pacientes era menor de 40 años. Crisis leves 43 (38.1%), moderadas 52 (46%) y severas 18 (15.9%). Se determinó el pico flujo basal y luego del tratamiento inicial. Promedio del pico flujo inicial: Leves: 211.8 l/seg, y el del final 319 l/seg, que equivale a un incremento del 50.6%. Moderadas: promedio de flujo pico inicial fue de 119.1 l/seg y del final 226.4 l/seg, incremento de 90%. Severas: promedio de flujo pico inicial 60.5 l/seg, y el final 164 l/seg, incremento del 171%.

Todos los pacientes recibieron oxígeno y β -2 inhalados. El 68% de los pacientes recibieron esteroides (inhalados y/o parenterales). Ningún paciente recibió xantinas.

A las tres horas de manejo inicial hubo mejoría clínica y funcional en 97 casos (85.8%) de todos los grupos y ausencia de respuesta adecuada en los restantes 16 (14.2%). Recibieron manejo ulterior hospitalario 20 pacientes (17.6%), mientras que fueron dados de alta por mejoría 93 pacientes (82.4%). Cuatro pacientes que mejoraron se hospitalizaron por antecedente de crisis de difícil manejo, o de requerimiento de UCI en el pasado.

Todos los pacientes con crisis leves fueron dados de alta por mejoría. De los 52 casos de crisis moderadas 45 (86.5%) fueron manejados ambulatoriamente. De los 18 casos de crisis severa, 65% eran mayores de 40 años. En éste grupo el 100% recibió manejo esteroideo parenteral, evolucionando satisfactoriamente 9 (50%) y sin mejoría los restantes 9 (50%). Requhirieron manejo hospitalario 13 pacientes (72.2%).

Conclusiones: En nuestra serie se presentó un predominio del sexo femenino. La gran mayoría de episodios se catalogaron como leves o moderados (84%). La evolución fue satisfactoria en aquellos con menor severidad y en el 50% de los casos severos, lo cual se correlacionó con la conducta final adoptada (72% de los severos terminaron hospitalizados). Con una clasificación adecuada de la severidad y un manejo inicial consecuente, la mayoría de casos, aún severos, evolucionan satisfactoriamente y muchos pueden continuar manejo posterior ambulatorio.

126

EVALUACION DE UNA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS EN ASMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO DE BOGOTÁ.

Solarte I., Londoño D., Lobelo R., Machado C., Bermúdez M., Dennis R., Roa J., González M., Unidad de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Objetivos: Determinar el conocimiento acerca del asma en pacientes que ingresan a la clínica de asma del Hospital Universitario de San Ignacio. Proponer un manejo educativo a los pacientes asmáticos con el fin de disminuir la aparición de crisis.

Diseño: Es un estudio descriptivo analítico.

Metodología: A los pacientes que ingresaban a la clínica de asma de la Unidad de Neumología en el Hospital San Ignacio se les clasificaba de acuerdo a la severidad de la crisis y la severidad del asma crónico, y a estos pacientes se les aplicaba el cuestionario de conocimientos acerca del asma. "IQ" ASTHMA, (NIH Publicación No. 90-1128, Enero 1990) que consiste en doce preguntas de falso o verdadero y que se califica de acuerdo al número de respuestas correctas: aquellos con 11 o 12 respuestas correctas se clasifican como de alto conocimiento de asma; con 10 respuestas acertadas hay un conocimiento bueno de asma y menor de diez respuestas como pobre conocimiento de asma.

Resultados: Se analizaron un total de 71 encuestas. El 71% fueron mujeres. El 12.6% del total tuvieron un alto conocimiento de asma; el 14.3% tuvo un resultado que lo cataloga como de conocimiento bueno y 73% tienen un pobre conocimiento de asma, de los cuales el 12.6% tiene un acierto menor a 6 respuestas. Los pacientes con crisis asmática severa en un 10% tienen conocimientos buenos de la enfermedad y el 87% tiene un acierto menor de 9 respuestas de los cuales el 10% solo aciertan en 5 preguntas. Los pacientes con crisis moderadas en el 60% responden entre 7 a 9 aciertos y el 4% con menos de 6 aciertos. En crisis leves el 60% responden adecuadamente entre 7 y 9 preguntas, y el 20% tienen un conocimiento bueno o alto de asma. La mayoría de los pacientes (99%) reconoce que el cigarrillo empeora el asma y que la enfermedad compromete tanto a niños como adultos. Solo el 50% de pacientes acierta cuando se les interroga sobre el inicio de la crisis, sobre la calidad de vida en los pacientes con asma y en la condición de ser una enfermedad controlable más no curable.

Conclusiones: Dentro del manejo del paciente con asma se debe tener en cuenta la educación acerca de la enfermedad. Hay una tendencia que muestra que los pacientes con crisis leves tienen un mejor conocimiento. Se debe enfatizar en que de el adecuado control de la enfermedad depende el desempeño social del paciente y que existen signos clínicos que predicen la aparición de las crisis y que de su reconocimiento y pronta intervención terapéutica depende en gran parte la severidad de la crisis y la necesidad o no de manejo intrahospitalario.

127

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA DE ASMA EN SANTAFE DE BOGOTÁ.

Solarte I., Machado C., Bermúdez M., Dennis R., Londoño D., Roa J., Lobelo R., González M., Paez S., Unidad de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá, Colombia.

Objetivo: Determinar los aspectos epidemiológicos, factores desencadenantes y tratamiento previo de los pacientes asmáticos atendidos en la consulta de asma de un Hospital.

Lugar: Hospital Universitario de San Ignacio, Urgencias de adultos.

Diseño: Se revisaron los registros del programa de atención de crisis asmática de la Unidad de Neumología entre Octubre de 1994 y Abril de 1996. Se estudiaron las variables demográficas, severidad del asma crónica y de la crisis, tratamiento ambulatorio previo a la crisis actual y factores desencadenantes identificados por el paciente.

Sujetos de estudio: Entre Octubre de 1994 y Abril de 1996 se atendieron 113 pacientes en el programa, siendo adecuada la información en 112.

Resultados: Mujeres: 92 (82.14%). Hombres: 21 (18.75%). Promedio de edad: 42.9 años (15-80). El 49.5% de los pacientes era menor de 40 años. Siguiendo la clasificación del International Consensus (1992) el asma crónica fue leve en 31 casos (27.9%), moderada en 59 (53.2%) y severa en 21 (18.9%).

De los 112 pacientes sólo 12 (10.7%) manifestaron no tener desencadenante conocido, de los restantes el 95% tenían dos o más desencadenantes identificados. Entre los desencadenantes de crisis identificados por los pacientes el principal fue el frío, en 74 casos (66.1%), le siguieron el polvo casero en 70 (62.5%), los episodios de rinitis en 67 (59.8%), el ejercicio en 34 (30.6%) y el contacto con mascotas en 18 (16.1%).

Previo a la crisis, 90 pacientes (81.1%) recibían β -2 inhalados, esteroides inhalados 46 (41.4%) y 23 (20.7%) xantinas. Una combinación de β -2 y esteroides era recibida por 35 pacientes (31.2%). La asociación de los tres fármacos por 10 pacientes (8.9%). Sin ningún tratamiento farmacológico se encontraban 17 pacientes (15.1%). Antes de la crisis, de los 31 casos leves 14 (45%) recibían β -2 como único tratamiento, 10 (32%) no recibían tratamiento y los otros 7 (23%) una asociación de β -2 y esteroide inhalado. De los 59 casos moderados 21(36%) recibían una combinación de β -2 mas esteroides, otros 21(36%) β -2 solos, 5(8%) la asociación de β -2, esteroides y xantinas, 12(20%) tenían otro manejo. De los 21 casos catalogados como severos, sólo 6 (28.5%) recibían una combinación de β -2 y esteroides y 11(52.3%) venían recibiendo sólo β -2 inhalados.

Conclusiones: Los pacientes de esta muestra tienen desencadenantes similares a los clásicamente aceptados en la literatura. En muchos pacientes con asma moderada y severa, a pesar de las recomendaciones, no se utilizan medicamentos antiinflamatorios, para el manejo del asma crónica. El énfasis en el manejo de los desencadenantes y el en el uso de medicamentos antiinflamatorios puede ayudar a disminuir el número de crisis y la severidad de las mismas.

128

CONCORDANCIA ENTRE TRES METODOS PARA ESTABLECER DIAGNOSTICO Y SEVERIDAD DE OBSTRUCCION EN ESPIROMETRIA.

Dennis R., Solarte I., Machado C., Bermúdez M., Londoño D., Roa J., Lobelo R., González M., Unidad de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá.

Objetivo: Determinar el grado de acuerdo para la categorización de anomalía obstructiva (presente/ausente) y severidad de obstrucción (Leve, moderada o severa), entre tres métodos de común uso y que tienen sustento en la literatura.

Diseño: Estudio de concordancia (grado de acuerdo).

Materiales y métodos: Se revisaron 300 Curvas de flujo/volumen consecutivas efectuadas en la Unidad de Neumología del Hospital de San Ignacio. Se excluyeron aquellas con CVF baja y VEF1/CVF normal, sugestivas de trastorno restrictivo o mixto según los criterios actuales de ATS. Las restantes se categorizaron en normales/anormales, y aquellas anormales (obstructivas) en leves, moderadas o severas por tres métodos diferentes: 1. < del 70% de un valor predicho (Morris JF, et al. Am Rev Respir Dis 103:57, 1971). 2. Intervalos de confianza del 95% (Morris AH, et al. Clinical Pulmonary function testing, 2^o edition, Salt Lake City, Intermountain Thoracic Society, 1984) y 3. El método recomendado por ATS actualmente, que establece presencia de obstrucción por intervalos de confianza, pero severidad por valores de VEF1 absoluto (Official statement of the American Thoracic Society, Am Rev Respir Dis 1991;144: 1202-1218).

Resultados: Se excluyeron del estudio 122 Curvas con alteraciones restrictivas o mixtas según los criterios de ATS.

Del total de normales u obstructivas (178), encontramos que con los criterios actuales de ATS, el grado de acuerdo es mayor con el método de Intervalos de confianza que con el método del porcentaje del predicho.

Con respecto a concordancia al comparar el grado de severidad entre los tres métodos, también se observó mayor acuerdo entre ATS y el método de intervalos de confianza que con el método de porcentaje del predicho.

Conclusión: Al comparar tres métodos recomendados en la literatura para establecer presencia y categorizar grado de obstrucción en las Curvas flujo/volumen existe desacuerdo importante entre el método más utilizado y el recomendado por ATS y ésta discrepancia debe ser tenida en cuenta al evaluar funcionalmente a los pacientes.

En el momento investigamos los factores que puedan estar asociados causalmente con dichas discrepancias.

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL DIAFRAGMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC): ¿DEGENERACIÓN O ADAPTACIÓN MUSCULAR?

M. Orozco-Levi¹, J. Gea, J. Lloreta, MC. Aguar, J. Minguella, JM. Broquetas. Grupo de Investigación en Neumología, IMIM; Servicios de Neumología y Anatomía Patológica, Hospital Universitario del Mar, Barcelona (España); y Fundación Neumológica Colombiana², Santafé de Bogotá (Colombia).

El diafragma de pacientes con EPOC puede mostrar diversos grados de disfunción (disminución de la fuerza y resistencia) y cambios degenerativos en sus fibras (Sauleda J, AJRCCM 1994). En controversia, estudios en animales y un reciente estudio funcional en humanos han sugerido la potencial existencia de fenómenos compensatorios ante los efectos deletéreos de la hiperinsuflación (Similovsky T, NEJM 1994).

OBJETIVO: Estudiar la estructura subcelular del diafragma humano (sistemas contráctil y energético) y evaluar su eventual asociación con las funciones pulmonar y de los músculos respiratorios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hasta la fecha se han estudiado 33 pacientes (63 ± 9 años) llevados a toracotomía por neoplasia pulmonar de pequeño tamaño. Previo al acto quirúrgico se evaluaron el estado nutricional y las funciones pulmonar y muscular respiratoria. Durante el acto quirúrgico se tomaron biopsias del diafragma costal (zona de aposición) que fueron procesadas para análisis histoquímico (NADH-TR, ATPasa, PAS) y microscopía electrónica de transmisión (x1900-x7100).

RESULTADOS: El estado nutricional de los enfermos estuvo dentro de la normalidad. El volumen espiratorio forzado en el 1er segundo (FEV₁) fue 73 ± 15 %ref; presión inspiratoria máxima (P_{imax}), 108 ± 39 %ref; volumen de gas intratorácico (ITGV), 118 ± 31 %ref; volumen residual/capacidad pulmonar total (RV/TLC), 43 ± 12 %; y presión transdiafragmática máxima, 94 ± 30 cmH₂O. El análisis subcelular de las células del diafragma mostró una densidad mitocondrial (Dmit) de 56 ± 17 mit/100µm², depósitos de glicógeno (%Glic), 9.6 ± 4.4 % del área celular, y longitud de las sarcómeros (Lsar), 2.15 ± 0.17 µm. La presencia de obstrucción del flujo aéreo se asoció con una mayor Dmit, la cual correlacionó tanto con la severidad de la EPOC (con FEV₁, r = -0.57, p < 0.01), como con la fuerza inspiratoria (con P_{imax}, r = -0.57, p < 0.01). Por otra parte, tanto la presencia como la severidad de hiperinsuflación pulmonar se asociaron a una menor Lsar (con ITGV, r = -4.72; con %RV/TLC, r = -0.57; p < 0.01, ambos). El %Glic no correlacionó con ninguna de las variables funcionales.

CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que ha evaluado la estructura subcelular del diafragma en humanos. Sus resultados demuestran una asociación entre las funciones pulmonar y de los músculos respiratorios con la estructura subcelular de este músculo. Específicamente, tanto el incremento en la Dmit como la disminución de la Lsar parecen representar eventos adaptativos frente a la sobrecarga crónica impuesta por la obstrucción y la hiperinsuflación pulmonar crónica (Subvencionado por becas FIS 93/0604 y 94/0937).

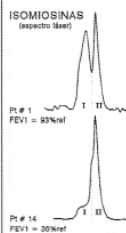
CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA MOLECULAR DE LOS MUSCULOS INTERCOSTALES ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

M. Orozco-Levi¹, J. Gea, MC. Aguar, M. Féliz, JM. Broquetas. Grupo de Investigación en Neumología (IMIM); Servicio de Neumología del Hospital del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona (España); y Fundación Neumológica Colombiana², Santafé de Bogotá (Colombia).

Los intercostales externos (IE) son músculos accesorios del diafragma en la respiración. Recientemente se ha evidenciado que las células de éstos músculos están alteradas en pacientes con EPOC (Aguar et al, AJRCCM 1995). Sin embargo, se desconocen las causas, las bases moleculares y la traducción funcional que éstos cambios pueden tener. **OBJETIVO:** Evaluar la expresión de las isoformas de miosina (principal molécula del aparato contráctil) en los músculos IE y su relación con la función respiratoria en seres humanos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Hasta la fecha se han estudiado 7 pacientes con EPOC severa (FEV₁ = 35 ± 6 %pred), y 8 con función respiratoria normal (FEV₁ = 90 ± 7 %pred). En ellos se evaluaron el estado nutricional y la función respiratoria (espirometría forzada, volúmenes pulmonares estáticos, intercambio de gases, y función de los músculos inspiratorios). Posteriormente se tomaron biopsias de los músculos IE con un modelo de intervención quirúrgica descrito por nuestro grupo. Estas fueron procesadas para estudios morfológicos (tamaño de las fibras, µm) e histoquímicos (frecuencia relativa de fibras I, IIa y IIb).

Además se cuantificaron las distintas isoformas de miosina presentes en el músculo. Para esto último se aislaron las proteínas miofibrilares de cada muestra, se separaron mediante electroforesis en condiciones desnaturalizantes (SDS-PAGE), y se realizó un estudio densitométrico con luz láser (Ultrascan XL, LKB). **RESULTADOS:** El estado nutricional estuvo dentro de la normalidad en todos los pacientes. Todos aquellos con EPOC mostraban atrapamiento aéreo (RV, 203 ± 42 %pred), aunque la fuerza de sus músculos inspiratorios estaba preservada (Pes_{max}, -70 ± 16 frente a -70 ± 17 cmH₂O). En el análisis estructural se evidenció, entre otros, que el músculo IE de los pacientes con EPOC presentaba fibras de mayor tamaño (60 ± 10 frente a 53 ± 4 µm; p < 0.05), y con mayor proporción de isomiosina tipo II (contracción rápida y de menor resistencia a la fatiga, 60 ± 10 frente a 39 ± 6 %, p < 0.01, figura) que los sujetos con función pulmonar normal.

CONCLUSIONES: La presencia de EPOC se asocia a cambios moleculares en el aparato contráctil de los músculos IE. Estos cambios en la estructura de los músculos accesorios de la respiración parecen ser de índole adaptativa frente a la sobrecarga crónica que representa dicha enfermedad (Subvencionado por FIS 93/0604 y 94/0937).



MARCADORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES. PROYECTO GLOBAL DE CIENFUEGOS. ESTUDIO LONGITUDINAL 1992-1994.

Alvarez F., Espinosa D., Alvarez O., Silva L., Espinosa A., Marrero R. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente. Cienfuegos Cuba.

Objetivo: Estimar las tasas de incidencia de enfermedades cerebrovasculares (ECV), así como los odds ratio (OR) en expuestos y no expuestos a marcadores de riesgo (MR), en una muestra de la población del Municipio de Cienfuegos, como parte de la Segunda medición del Proyecto Global de Cienfuegos.

Diseño: Estudio longitudinal o de cohorte.

Contexto: Comunitario. Municipio de Cienfuegos, área geográfica objeto y sujeto de la investigación-intervención del PGC.

Sujetos: Se incluyeron 1369 adultos de 15 años y más (619 hombres y 750 mujeres, 1294 vivos y 75 fallecidos) entre enero de 1992 y febrero de 1994. Muestreo aleatorio, estratificado y equiprobabilístico, por grupos etarios y sexo. La serie de ECV quedó conformada, una vez excluidos los que tenían antecedentes de esta enfermedad, por 1330 individuos y 14 casos nuevos para estudio de los MR dependientes de la entrevista médica.

Mediciones del Desenlace Principal: Se propuso estimar los OR para padecer ECV de los diferentes MR estudiados: edad, sexo, color de la piel, antecedentes patológicos familiares (APF) de ECV, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y la combinación tabaquismo-HTA. Se estimaron además las tasas de incidencia de ECV en los expuestos y no expuestos a estos MR.

Resultados: El OR de la edad como MR para las ECV fue de 2.89, estadísticamente significativo. Las tasas de incidencia de ECV fueron mayores para ambos sexos en los de color blanco de la piel, los que negaron tener APF de ECV, los fumadores, los sedentarios, los hipertensos y en los expuestos a la combinación tabaquismo-HTA. No se computaron los OR ni las correspondientes tasas de incidencia de ECV en los alcohólicos por ausencia de casos en los expuestos a este MR. La incidencia de ECV, independientemente de la exposición o no a los MR fue de .032% (0.24% en los hombres y 0.40% en las mujeres). La edad promedio de los fallecidos de la cohorte fue de 69.5 años (67 años en los hombres y 72 años en las mujeres). Las ECV se ubicaron en el segundo lugar entre las principales causas de muerte de la cohorte.

ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA EN ADULTOS JOVENES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Chalem P, Uribe MG, Varela E, Barrera N, Parra L, Chalem M.

Objetivos. 1. Estudiar la frecuencia de anticuerpos anticardiolipina (ACL) en adultos jóvenes con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. 2. Detectar las variaciones en los títulos de ACL después del episodio agudo.

Diseño. Estudio prospectivo, descriptivo

Materiales y métodos. Se estudiaron pacientes hospitalizados en los servicios de neurología de tres hospitales universitarios de referencia de Santa Fe de Bogotá, que ingresaron entre febrero de 1994 y febrero de 1996, cuyos médicos tratantes aceptaron participar en el estudio. Se incluyeron individuos entre los 15 y los 45 años, con diagnóstico clínico e imagenológico (TAC o RM) de ACV isquémico o de accidente isquémico transitorio (AIT). Se excluyeron los pacientes en quienes se documentó una etiología embólica o vasculopatías. Se realizaron mediciones de ACL IgG e IgM y de anticoagulante lúpico dentro de las primeras dos semanas después del evento agudo. Se repitió la medición de ACL tres meses después.

Para el análisis estadístico se usó el programa EPI. INFO versión 6.03. Se realizó estadística descriptiva y se utilizó la prueba de chi cuadrado para comparación de títulos de ACL de cada isotipo.

Resultados. Se estudiaron 25 pacientes (11 hombres y 14 mujeres) con edad promedio de 32.7 años (rango: 16 a 45), 23 con ACV isquémico y 2 con AIT. Cinco pacientes tenían lupus eritematoso sistémico (LES), tres eran hipertensos controlados y tres sufrían episodios de migraña. La primera muestra fue positiva para ACL en 12 pacientes (48%); 10 pacientes (40%) tenían ACL IgG y 5 (20%) ACL IgM. El anticoagulante lúpico fue positivo en 7 pacientes; 6 tenían ACL positivos. Todos los pacientes con LES tenían algún tipo de ACL positivo. La segunda muestra se obtuvo en 23 pacientes; los ACL fueron positivos en 6 (26.1%); los ACL IgG en 5 de ellos (21.7%) y los ACL IgM en 3 (13%). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los porcentajes de positividad entre las dos mediciones.

Conclusión. Al excluir otros factores de riesgo encontramos una alta proporción de ACL en adultos jóvenes con ACV isquémico. Se observó una negativización de los títulos de ACL posterior al evento isquémico en varios pacientes aunque no se pudo establecer de manera significativa.

133

ESTUDIO CON ULTRASONIDO-DOPPLER DE LOS EFECTOS DE LA TERAPIA A LARGO PLAZO CON POLICOSANOL EN LA ATROSCLEROSIS CERVICAL.

Penichet M., Batista J., Stusser R., Fernández J. Centro de Investigaciones Clínicas, Universidad de la Habana, La Habana, Cuba.

Este estudio piloto fue hecho para documentar el efecto del policosanol sobre las anomalías hemodinámicas producidas por la aterosclerosis carótida-vertebral extracraneal (ACV). 22 pacientes con el diagnóstico ultrasonido-doppler de disfunción ligera del flujo sanguíneo por ACV, incluidos 12 con hiperlipidemia tipo II, formaron parte de un ensayo fase II aleatorizado controlado con placebo, doble ciego. 11 pacientes recibieron 5 mg de policosanol oral dos veces al día y 11 placebo en la misma forma. Todos fueron tratados con dieta hipograsa y tratamiento convencional por un año. En seis arterias de cada paciente se midieron 5 parámetros flujométricos con ultrasonido doppler, clasificándose de acuerdo a un sistema objetivo de respuesta. En el grupo policosanol, no hubo progresión ni estabilización de las anomalías del flujo, la la respuesta mixta fue inferior y la regresión seis veces mas frecuente (6 de 11 pacientes); estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos comparados con el grupo placebo (P=0.06). La razón de progresión:regresión (P.R.) en el grupo policosanol tuvo una media (0.5) dos veces menor que en el grupo placebo (1.2); (P=0.03). El descenso de la razón P.R. estuvo asociado con el porcentaje de reducción moderada de la razón lipoproteína de baja densidad: lipoproteína de alta densidad. Aunque el tamaño muestral y el año de seguimiento no permiten extraer conclusiones definitivas, los resultados sugieren que el policosanol en combinación con dieta hipograsa, mejora a los pacientes con ligera disfunción hemodinámica producida por CAV.

134

ES LA LEVODOPA LA CAUSA DEL FENOMENO ON-OFF EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ?

W. Fernández, P. Lorenzana, J. Angarita, M. Habiych. Unidad de Neurología Hospital San Juan de Dios de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Objetivos: Establecer si las complicaciones del tratamiento crónico con levodopa obedecen a la droga o a la progresión de la Enfermedad de Parkinson.

Diseño: Ensayo clínico abierto, prospectivo, a largo plazo.

Pacientes: 26 pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos para Enfermedad de Parkinson del banco de cerebro del Reino Unido, no expuestos con anterioridad a drogas dopaminérgicas, y con una respuesta positiva a una prueba aguda con levodopa.

Intervención: Todos los pacientes recibieron tratamiento a largo plazo con levodopa-carbidopa. La respuesta al tratamiento fue analizada en dos grupos: A) 16 pacientes con enfermedad leve (Hoehn - Yahr de 1 a 2). B) 10 pacientes con enfermedad severa (Hoehn - Yahr de 3 a 5).

Variables de desenlace: 1) Variación del puntaje en la Escala Unificada de Enfermedad de Parkinson antes y después del tratamiento. 2) Dosis de levodopa. 3) Latencia para la aparición de fluctuaciones motoras. 4) Latencia y tipo de disquisias (corea y distonías).

Resultados: Los hallazgos preliminares luego de un tiempo promedio de seguimiento de 10.3 meses para el grupo A y de 18.3 meses para el grupo B muestran una mayor amplitud de la respuesta motora en el grupo B (B = 26 puntos, A = 5 puntos). Sin diferencias significativas en la dosis de levodopa usada (412-415 mgs/días). La latencia para desarrollar fluctuaciones motoras fue de siete meses en el grupo A, 14 meses en el grupo B y el número de pacientes afectados por éstas fue de cinco en el grupo A y 6 en el grupo B. Se ha observado una mayor incidencia de corea en los pacientes con enfermedad severa (A = 2, B = 6). La aparición de distonía ha sido de seis pacientes en el grupo A y seis pacientes en el grupo B.

Conclusión: Existe una tendencia a el desarrollo de fluctuaciones motoras, corea y distonía en los pacientes con Enfermedad de Parkinson que depende de la severidad de la enfermedad y no exclusivamente de la duración y dosis del tratamiento con levodopa.

135

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES ANULARES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Zufiiga G., Villegas M.F., Mesa L., Salazar D. Departamento de Medicina Interna, Sección de Neurología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle.

Se estudiaron 84 pacientes entre los 5 y 73 años de edad admitidos al Hospital Universitario del Valle entre Enero/1990 y Septiembre/1995 con manifestaciones neurológicas asociadas a la presencia de lesiones Anulares del Sistema Nervioso Central identificadas por Escanografía Cerebral y/o Resonancia Magnética Cerebral. 46 fueron hombres y 38 mujeres. Síndrome Convulsivo fue documentado en 34 pacientes (40.5%); Convulsiones Tónico Clónicas Generalizadas en 23, Crisis Parciales Simples (6) y Crisis Parciales con Generalización Secundaria (5). Síndrome Motor fue observado en 40 sujetos (47.6%). Síndrome Confusional en 20 (23.8%). Alteraciones de Pares Craneales en 29 (34.5%) y Síndrome Sensitivo en 1 (1.2%). Estudios Imagenológicos identificaron la presencia de Lesiones Anulares Únicas en 63 pacientes (74%) y Múltiples en 21 (25%). Las localizaciones Anatómicas más frecuentes fueron: Región Parietal, Frontal, Temporo/Parietal, Fronto/Temporal, Fosa Posterior, Parieto/Occipital, Temporal, Sellar, Ganglio/Basal, Fronto/Parietal y Occipital. Se documentaron con Estudios Específicos las siguientes etiologías diagnósticas: Carcinoma Primario Cerebral en 34 (40.5%) y metastásicos en 7 pacientes (8.3%) (Biopsia Tisular). Toxoplasmosis Cerebral Asociada a Infección por H.I.V. en 20 (23.8%) (Imagenología, IgG/Respuesta Terapéutica). Neurocisticercosis en 23 pacientes (15.4%) (Elisa suero/L.C.R.); Absceso Cerebral Bacteriano en 8 (9.5%) (Respuesta clínica radiológica a Antibióticos); TBC cerebral en 1 (1.2%) (BK en L.C.R.); y Criptococosis Cerebral en 1 (1.2%) (Antígeno Específico L.C.R.).

136

CAUSAS NO TRAUMATICAS DE COMPROMISO DEL ESTADO DE CONCIENCIA.

Zufiiga G., Medina A., Chamorro A. Departamento de Medicina Interna, Sección de Neurología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle.

Se estudiaron 130 pacientes entre los 16 y 89 años de edad, admitidos al Hospital Universitario del Valle entre el 18 de Abril y el 18 mayo/96 con evidencia clínica de compromiso del estado de conciencia, en el curso de 2 horas a 5 días, previamente a su evaluación neurológica.

74 fueron hombres y 56 fueron mujeres.

87 sujetos presentaron síndrome confusional o somnolencia, 24 coma superficial, 12 coma profundo y 7 estupor.

Evaluaciones diagnósticas con imagenología, estudios metabólicos y del líquido cefalorraquídeo permitieron concluir:

36 sujetos (28%) presentaron alteración de la conciencia como consecuencia de Insuficiencia Renal aguda (30 Neorosis tubular y 6 mieloma múltiple); 26 sujetos (20%) por Infarto Cerebral Isquémico (20 en región fronto temporal con edema y 6 en tallo); 23 (17.6%) por Encefalopatía Hipertensiva; 15 (11.5%) por Insuficiencia Renal Crónica (asociada a Hipertensión arterial, diabetes y mieloma), 12 (9%) por Cetoacidosis Diabética Hiperosmolar; 6 (4.5%) hematomas Cerebrales Hipertensivos (4 en lóbulos frontales y 2 talámicos); 2 (1.5%) sepsis de origen Genitourinario y Gastrointestinal, 2 (1.5%) por Encefalopatía Hepática (Cirrosis Alcohólica); 1 (0.8%) por Hipoxemia asociada a EPOC; 1 (0.8%) con Meningitis por Criptococo en paciente con Infección por HIV; 1 (0.8%) con Hiperuricemia (asociada a Falla Renal por Mieloma); 1 (0.8%) Hipercalemia asociada a Mieloma; 1 (0.8%) Intoxicación por Carbamato; 1 (0.8%) Vasculitis del Sistema Nervioso Central asociada a Lupus; 1 (0.8%) Hemorragia Subaracnóidea (Fisher III) por ruptura de aneurisma; 1 (0.8%) Craneofaringioma Supraselar con lesión hipotalámica.

137

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE SINDROME CONVULSIVO DE APARICION TARDIA

Zuñiga G., Arango H. Departamento de Medicina Interna, Sección de Neurología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle.

Se estudiaron 327 pacientes entre los 38 y 94 años, admitidos al Hospital Universitario del Valle en el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 1998 y Noviembre de 1995 con cuadros convulsivos iniciados después de la cuarta década de la vida. 188 fueron hombres y 138 mujeres.

Síndrome convulsivo tónico clónico fue documentado en 278 pacientes, crisis parciales motoras simples en 17, crisis parciales simples con generalización secundaria en 12, crisis parciales complejas en 10, tónicas generalizadas en 7, ausencias simples en 2 y crisis parciales sensitivas en 1.

Patología vascular cerebral fue identificada en 110 pacientes (33.6%);

enfermedad cerebrovascular isquémica (98) y hemorrágica (28);

Trauma craneoencefálico en 55 pacientes (16.8%); contusión cerebral (44),

Hematoma subdural crónico (7), agudo (2) y lesión cerebral por bala (2).

Tumores cerebrales en 36 sujetos (11%); primarios (18), metastásicos (13), sin documentación histológica (5).

Procesos infecciosos en 31 pacientes (9.5%); Neurocisticercosis (21),

meningitis bacteriana (3), toxoplasmosis cerebral (2), criptococosis

meníngea (2), infección por HIV (1), absceso cerebral (1) y neurosífilis.

Alteraciones metabólicas en 26 sujetos (7.95%); encefalopatía urémica (8),

hiponatremia (6), retinamiento alcohólico (4), hipoglucemia (2), hiperglicemia

(2), encefalopatía hepática (1), hipoxia (1), uso de psicotrópicos (1),

intoxicación por imipramina (1).

En 69 (21.1%) pacientes no se logró identificar la etiología del síndrome

convulsivo tardío respectivo.

138

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Zuñiga G., Chamorro A., Medina A. Departamento de Medicina Interna, Sección de Neurología, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Se estudiaron 181 pacientes quienes fueron admitidos al Hospital Universitario del Valle entre enero/1993 y diciembre/1995, con criterios clínicos y metabólicos de insuficiencia renal aguda; todos los pacientes presentaron oliguria (volumen urinario menor de 300 cc en 24 horas) y nivel sérico de creatinina mayor a 1.3 mg/dl. 68 fueron hombres y 41 mujeres con un rango de edad entre 17 y 93 años.

Patologías causales de falla renal fueron: Necrosis tubular aguda (deshidratación) en 76 pacientes, uropatía obstructiva (7), Nefropatía por Malaria (4), Nefropatía Hipertensiva (4), Nefritis Intersticial (2), Mieloma (2), Diabetes (2), Infiltración Neoplásica (2), Toxica (1), Hidronefrosis (1).

Desde el punto de vista clínico 56 pacientes (55%) presentaron

compromiso del estado de conciencia: Síndrome Confusional en 31,

somnolencia 9, Coma Superficial 5, Estupor 4, Coma Profundo 3,

3 Desorientación, Obnubilación en 1, 7 pacientes (6.9%) presentaron

Evidencia clínica y electrofisiológica de Neuropatía Periférica de

predominio Sensorial (asociada a diabetes, hipotiroidismo y cáncer); 7

(6.9%) Síndrome Convulsivo del tipo generalizado, Neuropatía Mixta 4 (3.9%)

Condiciones patológicas asociadas fueron: HTA en 28 pacientes, sepsis (17)

Diabetes (14), Cáncer (5), Malaria (4), Insuficiencia Cardíaca (2),

Accidente Cerebrovascular Isquémico reciente (2), Hipertrofia prostática

(2), Bronconeumonía (2), Trombosis Mesentérica (1) e intoxicación por

Cocaína (1) y Edema Pulmonar (1).

Desde el punto de vista bioquímico se identificaron niveles

séricos de creatinina entre 1.3 a 9.7 mg/dl (mediana 5.4), Nitrogeno

Ureico 12 a 285 mg/dl (mediana 87), sodio 128 a 159 meq (mediana 136) y

potasio 3.2 a 7.8 meq (mediana 4.7) en los pacientes estudiados.

139

CORRELACION ENTRE NIVELES DE LINFOCITOS CD₄ Y PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A LA INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

Zuñiga G., Quiñones S. Sección de Neurología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Se estudiaron 58 pacientes con confirmación serológica por prueba de Elisa de HIV, quienes ingresaron al Hospital Universitario del Valle entre enero de 1993 y diciembre de 1995, con compromiso patológico del sistema Nervioso Central. En todos ellos se practicó cuantificación sérica de linfocitos CD₄ mediante técnica de citometría de flujo 2 semanas antes a 8 semanas después la confirmación serológica respectiva. 44 fueron hombres y 6 mujeres, con un rango de edad entre 28 a 49 años. 28 eran heterosexuales promiscuos, 16 homosexuales, 8 bisexuales, 2 con tendencia sexual desconocida, 2 drogadictos y 2 con infección post-transfusional.

28 pacientes presentaron evidencia clínica de síndrome confusional, 18 síndrome meníngeo, 16 síndrome convulsivo generalizado, 11 compromiso motor, 10 alteración de pares craneales, 6 estupor o coma, 2 síndrome sensitivo, 1 neuropatía periférica, 1 síndrome demencial y 1 compromiso cerebeloso.

Se documentó la presencia de toxoplasmosis cerebral en 24 pacientes, 48 % (IgB en suero, Neuroradiología), criptococosis meníngea en 23, 46 % (estudios específicos de LCR), Neurovirus en 2, 4% (VRL, FTA-RBS en sangre y LCR) y encefalopatía tipo esclerosis múltiple por HIV en 1 paciente.

En pacientes con toxoplasmosis la cuantificación de niveles de CD₄ demostró valores entre 3.9 y 181 hasta 4 semanas post diagnóstico respectivo (Md: 34).

En criptococosis entre 9.8 y 271 hasta 8 semanas post diagnóstico (Md: 48).

En neurovirus entre 147 a 228 hasta 2 semanas post diagnóstico y encefalopatía de 131 en encefalopatía tipo esclerosis múltiple por HIV una semana post diagnóstico.

140

FACTORES DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS Y SU EFECTO SOBRE DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO).

Rueda JM, González H, Badiel M, Badillo Y. Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia

INTRODUCCION: Se presenta un análisis de la presencia de diferentes factores de riesgo (FR) para osteoporosis y su efecto sobre la DMO en 1250 pacientes. **MÉTODOS:** A todos los pacientes se les realizó densitometría ósea DEXA a nivel lumbar y femoral con un densitómetro Lunar DPX alpha, y se les diligenció un cuestionario estandar que incluía información general, antecedentes de fractura (cadera, columna, Colses), enfermedades concomitantes y presencia de factores de riesgo para osteoporosis. Estos datos se grabaron y analizaron con el programa Epi-Info 6.0. **RESULTADOS:** Se analizaron los datos de 1192 mujeres y 58 hombres, con una edad promedio de 56.9 +/- 10.87 años (Rango 23 - 89). El 80% eran mestizas, el 17% caucásicas, el 2% afrocolombianas, y el 1% otras razas. El promedio de la DMO (g/cm²) a nivel L2-L4 fue 1.009 +/- 0.185 en mujeres y 0.989 +/- 0.186 en hombres, y a nivel de cuello femoral fue 0.830 +/- 0.147 en mujeres y 0.793 +/- 0.153 en hombres. Se utilizaron los criterios de la OMS para clasificación de la densitometría así: Normal cuando la DMO >= 1.0 DS del promedio para el adulto joven (score T), osteopenia score T < -1.0 - > -2.5 DS, osteoporosis score T < -2.5 DS. A nivel lumbar la distribución fue: Normal 425 (34%), osteopenia 469 (38%) y osteoporosis 356 (28%). A nivel femoral la distribución fue: Normal 462 (37%), osteopenia 586 (47%), y osteoporosis 202 (16%). Analizados en conjunto DMO lumbar y femoral, los resultados fueron: DMO lumbar y femoral normales 281 (22%), DMO lumbar normal - DMO femoral anormal 144 (12%), DMO lumbar anormal - DMO femoral normal 181 (14%), DMO lumbar y femoral anormales 644 (52%). La DMO lumbar fue significativamente más baja en los pacientes con antecedentes de fractura de columna (n=18, p<0.007), fractura de fémur (n=23, p<0.00009) y fractura de antebrazo (n=52, p<0.00003). La frecuencia de los diferentes factores de riesgo y enfermedades asociadas fue: Menopausia 74%, sedentarismo 75%, baja ingesta de calcio (< 500mg/día) 78%, tabaquismo 14%, uso de esteroides 9%, artritis reumatoidea 12%, alcoholismo 2%, LES 1%, otras enfermedades endocrinológicas 2%. La presencia de menopausia (p<0.00001), artritis reumatoidea (p<0.000086), Índice Masa Corporal (IMC) < 23 (p<0.00038), y uso de esteroides (p<0.0028) se asociaron a una DMO lumbar significativamente más baja. Se encontró una relación inversa entre edad y DMO lumbar y femoral. **CONCLUSIONES:** Se confirma la necesidad de determinar la DMO a nivel lumbar y femoral en todos los pacientes, puesto que una sola es insuficiente para determinar anormalidad. La menopausia, la edad avanzada, la presencia de AR, el uso de esteroides y un IMC < 23 se asociaron a una disminución significativa en la DMO. La menor DMO en el grupo de hombres se explica por el hecho que nuestro hospital es un centro de referencia