

89

APOPROTEÍNAS A1 Y B: VALORES DE REFERENCIA PARA LA POBLACION DE MANIZALES.

Cardona de O. D., Raad A. J., Vargas V. A., Molina D.
Facultad de Medicina Universidad de Caldas

Objetivos Materiales y Métodos: Se determinaron los valores de Apo-A1 y Apo-B sobre 189 personas de la ciudad de Manizales, con el fin de determinar los valores de referencia de estos analitos para este grupo poblacional. Igualmente se correlacionaron los valores obtenidos con edad, sexo, niveles de Colesterol Total, C-HDL, C-LDL, C-VLDL y Triglicéridos. El muestreo estratificado y proporcional de conglomerados; los métodos de laboratorio utilizados fueron: inmunoturbidimetría para Apoproteínas y enzimáticos para los demás analitos.

Resultados: No existe dependencia directa entre la edad y la Apoproteínas A1 y B, pero se observa variabilidad en los diferentes grupos de edad. No hay variaciones significativas entre los niveles de Apoproteínas A1 y B según el sexo. La correlación obtenida entre colesterol total y Apo-B es 0.45 y entre colesterol HDL y Apo-A1 es 0.38; las correlaciones halladas son altamente significativas (P 0.0001). Los resultados obtenidos difieren notablemente de los reportados por otros investigadores.

Conclusiones: Se obtuvieron los valores de referencia de Apoproteínas A1 y B para la población de Manizales, valores que aseguran la confiabilidad y validez de las observaciones que se realicen sobre este grupo de población. Dada la importancia actual de las Apoproteínas en la predicción de riesgo cardiovascular se recomiendan realizar estudios prospectivos acerca de la sensibilidad de estas determinaciones en la discriminación de pacientes de riesgo.

90

APOPROTEÍNAS A1, B, PERFIL LIPIDICO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Vargas V.A., Molina D., Raad J., Cardona D.
Facultad de Medicina, Universidad de Caldas

Objetivos, Materiales y Métodos: se determinaron los valores de Apo A1, B, y Perfil Lipídico en 25 pacientes con Infarto agudo del Miocardio, durante la fase aguda (24 a 48 horas) y fase tardía (8 semanas después) con el fin de evaluar la validez del Perfil Lipídico y Apoproteínas en estos pacientes. Las concentraciones de Apo A1 y B fueron cuantificadas por inmunoturbidimetría; los triglicéridos, colesterol total y HDL por métodos enzimáticos, y el colesterol VLDL y LDL según el cálculo de Friedwald. Los valores de lípidos obtenidos en pacientes con infarto fueron comparados con los valores de referencia poblacionales; los valores de Apoproteínas fueron comparados con los obtenidos de un grupo control de 15 pacientes clínicamente sanos.

Resultados: los valores del Perfil Lipídico en pacientes con IM, dentro de las primeras 48 horas se encontraron dentro de los límites de referencia para este grupo poblacional y con los valores de grupo control, a excepción del colesterol HDL el cual se presentó en el límite inferior indicador del riesgo. La Apo B fue mayor en pacientes con IM, y la Apo A1 fue menor al ser comparadas con el grupo control. En la fase tardía del infarto se observó un incremento en todos los valores de lípidos incluso en las Apoproteínas, incrementos estadísticamente significativos a excepción del C-HDL. La relación Apo A1, Apo B presentó un leve incremento entre fase aguda y fase tardía: 1.2 a 1.6 y el índice LDL, HDL disminuyó de 4.4 a 4.3. Estas variaciones no son estadísticamente significativas.

Conclusiones: se encontraron alteraciones en los niveles de Apoproteínas en pacientes con IM: Apo B aumentada y Apo A1 disminuida en relación al grupo control de pacientes clínicamente sanos. Los datos hallados en los valores de lípidos en fase aguda y tardía son contradictorios, en cambio la relación Apo A1, Apo B y el índice de riesgo modificado LDL/HDL presentan variación estadísticamente no significativa lo que demuestra que son más confiables para ser cuantificados en estos pacientes.

91

ESTUDIO COMPARATIVO DE LÍPIDOS SERICOS EN HIPERTENSOS TRATADOS CON: CAPTOPRIL, HIDROCLOROTIAZIDA, PROPRANOLOL Y VERAPAMILLO.

INFORME PRELIMINAR.
AUTORES: PACCINI A., MENDOZA M., SIERRA R.
Universidad de Cartagena (U de C).
Hospital Universitario de Cartagena (HUC).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad frecuente que conlleva múltiples complicaciones cerebrovasculares, renales y cardíacas. Se considera factor mayor de riesgo para enfermedad coronaria, junto con la hiperlipidemia y el tabaquismo.

Observaciones recientes sugieren que el solo control de la HTA no modifica el riesgo coronario en todos los pacientes: esto podría ser explicado por los efectos adversos sobre los lípidos secundarios al uso de algunos medicamentos antihipertensivos. Comparar las diferencias en este sentido es la finalidad del presente estudio.

Se incluyeron en forma individualizada, consecutiva y tomando en cuenta las recomendaciones clínicas de la OMS para escogencia de drogas, 90 pacientes con HTA esencial del grupo de hipertensos de la U de C y la consulta externa del HUC, de edades comprendidas entre 20-70 años, excluyendo los pacientes con HTA secundaria, enfermedades sistémicas concomitantes o infarto del miocardio reciente.

Se asignaron a cuatro grupos farmacológico así: captopril, hidroclorotiazida, propranolol y verapamil: un quinto grupo se constituyó con pacientes con HTA que se controlaron sin medicación, una vez incluidos en el trabajo. A todos los pacientes se les hizo "wash-out" y las dosis de antihipertensivo se ajustaron cada 48 horas hasta llegar las dosis apropiadas; los pacientes no controlados se anotaron como fracaso terapéutico y se reasignaron a otra droga.

A todos los pacientes además de la información clínica se les practicó EKG y radiografía de torax y determinación de colesterol, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos basal y a las 4 y 8 semanas de tratamiento en un estudio programado a 12 semanas.

Los grupos fueron comparables con respecto a edad, sexo, grado de stress, tipo de HTA y tabaquismo. Se procesaron los datos con un computador IBM P S/2 II 50, utilizando se los programas Clipper, DBase III plus y Quattro. Las significancias estadísticas de los grupos comparados fue probada mediante el análisis de Chi cuadrado y t-Student. Se compara nuestros resultados con la literatura foránea publicada y se discuten dichos hallazgos.

92

INSUFICIENCIA CARDIACA: SUS MANIFESTACIONES CLINICAS Y PARACLINICAS, EVOLUCION Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Alarcon Y., Alonso E., Angarita J., Arévalo R., Barrios M., Barreto L., Blanco Y., Cano A., Castellanos J., Castro H., Chavez C., Melgarejo E., Jauregui A.
Area Clínicas Médicas Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada Bogotá

El presente estudio prospectivo se realizó con fin de determinar en nuestro medio, los síntomas más frecuentes de la ICC, los motivos más importantes de consulta, sus hallazgos clínicos más preponderantes, etiologías más frecuentes y conocer el manejo clínico y su eventual respuesta, en un hospital de tercer nivel de atención como es el Hospital Militar Central (HOMIC). Para tal fin se reclutaron 50 pacientes hospitalizados en el HOMIC (33 hombres, 27 mujeres) entre 35 y 88 años (x 66.5). Se observó mayor incidencia de ICC en mujeres en el grupo de edad entre 55-64 años y en hombres entre 65 y 74 años. El 88% procedía de Bogotá. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea 62%; ortopnea 50%; síntomas extracardiacos 46% edema 44%; disnea paroxística nocturna 34%. De los síntomas extracardiacos: tos 20%; dolor epigástrico 8%; náuseas 4%. Inespecíficos: 30%. El 80% de los pacientes tenían disnea CP III y IV. Los signos más frecuentes: hepatomegalia 88%; ingurgit. yugular: 80%; edema MMII 74%; estertores: 72%; ascitis: 42%; derrame pleural: 44%. Galopes: 14%. El hallazgo radiológico más frecuente fue redistribución del flujo. Etiologías más frecuentes: HTA 32%; valvulopatías 10%; DMNID 6%; EPOC 6%; enfermedad coronaria: 6%, como etiología única. Etiología mixta: 32% siendo las más frecuentes HTA y enfermedad coronaria (10%) e HTA y DMNID (10%) El 80% recibió como manejo vasodilatadores, 76% diuréticos y 52% digitálicos. Con relación a laboratorio: los pacientes con disnea CP IV tenían definitivamente mayor incidencia de hiponatremia. Hubo también correlación entre disnea CP IV y mayor nivel anormal de BUN. El tiempo de estancia promedio fue de 10 días. El 66% salió con disfunción compensada; 23% parcialmente y 24% refractaria. La mortalidad durante el estudio (5 Meses) fue del 6%, encontrándose que estos pacientes tenían las cifras de BUN más elevadas.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UN PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (1983-90)
Torres H., Duarte E., Giovannetti H., Klahr E., Serna J.
Programa de Hipertensión Arterial, Dpto. Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

Los Programas de Hipertensión Arterial han demostrado disminuir la mortalidad con el control de los factores de riesgo cardiovascular. Se evalúa la tasa de mortalidad, la causa y factores asociados entre los años 1983-90. Al programa en su séptimo año de labor pertenecen 2.840 pacientes. 64% son de sexo femenino y la edad promedio de la población es de 60 años. La tasa de mortalidad por año es de 4.6 por mil pacientes, inferior a lo esperado para la población general (7.34 por mil habitantes entre 45-59 años de edad). Las características de 64 pacientes que han fallecido desde el inicio del Programa son las siguientes: Edad al momento de la muerte 63.5 años, 57% pertenecen al sexo masculino, el 55% fallece por causa asociada a la Hipertensión Arterial (n=35). Dentro de las causas de muerte asociada a hipertensión el 77% son por IM o muerte súbita, el restante por ECV. Solo el 55% de pacientes tenía cifras tensionales adecuadamente controladas (menor 14-/90) comparado con el promedio de control del resto de la población del Programa (72-95% n=2.085). Los factores de riesgo presentes fueron: hipercolesterolemia 46.8% - DM 18.7%, tabaquismo 25%. El 9.3% de pacientes venía siendo controlado sin medicación antihipertensiva. Se concluye que la tasa de mortalidad se reduce en pacientes controlados en Programas de Hipertensión. La diferencia encontrada entre la población que falleció y el resto del programa, fue la menor frecuencia de control adecuado de la Tensión Arterial.

BUPRENORFINA VS MEPERIDINA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN LA PANCREATITIS AGUDA.

Fortich F. García del Risco F.
Departamento de M. Interna. Hospital Universitario de Cartagena.

El dolor es el síntoma cardinal en los pacientes con pancreatitis aguda edematosa (PA), su alivio con analgésicos potentes y pocos efectos secundarios es de gran importancia en el manejo de esa enfermedad. La Buprenorfina (B), es un derivado opiáceo sintético 30 veces más potente que la morfina y con pocos efectos secundarios. El objetivo de este estudio prospectivo, randomizado y a doble ciego fue el de determinar la eficacia de la B vs Meperidina (M) en la PA. Se estudiaron 20 pacientes con criterios clínicos, biológicos y ecográficos de PA en el periodo comprendido entre Enero 89 y Enero 90. Diez pacientes recibieron 0.3 mgs de B y los otros 10: 100 mgs de M IV cada 6 horas hasta la desaparición del dolor. Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

Analgésico:	Inicio	duración	desaparición dolor
B	7.9±3.4min	6.2±1.2H	4.1±1.8 días
M	16.3±9.4min	6.0±2.3H	4.7±2.5 días
	p<0.01	NS	NS

Efectos secundarios
B: náuseas 20% - somnolencia 10%
M: náuseas 30% - somnolencia 10%
M: vómitos 20% - hipotensión 10%

Conclusion: La Buprenorfina es un analgésico muy útil en el alivio del dolor en las PA con un inicio de acción mucho más rápida y con menos efectos secundarios que la Meperidina. El dolor desaparece en general al 4o día.

EVALUACIÓN MULTICÉNTRICA DE EFICACIA, TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD DE UN NUEVO ANTIHIPERTENSIVO, ISRADIPINO, EN POBLACIÓN COLOMBIANA.

GÓMEZ G., MELGAREJO E., NARVAEZ J.V., GAMARRA G., RESTREPO G., IZURieta A., ACEVEDO L.

Isradipino, un nuevo antihipertensivo, calcioantagonista dihidropiridínico, se estudia para evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad en pacientes ambulatorios con hipertensión arterial leve y moderada en las cinco principales ciudades de Colombia.

El estudio de diseño con un periodo de lavado de 2 semanas seguido de 12 semanas de terapia activa con Isradipino 2.5 mg. E.L.D.; a la semana 4 de terapia se podía doblar la dosis si PAD era mayor de 90 mm de Hg; a la semana 8 de terapia una segunda droga se podía añadir si PAD persistía mayor de 90 mm de Hg.

Se incluyeron 91 pacientes de los cuales 76 concluyeron el estudio. Se analizaron características de la población por sexo, edad, raza, peso y talla, cuyos datos se presentan.

En la muestra estudiada el 63.15% (48) fueron hipertensos leves y el 36.84% (28) hipertensos moderados. 35.53% (27) presentaron alguna enfermedad concomitante (diabetes, hiperlipidemia). Un alto porcentaje estaba bajo tratamiento previo con drogas y fueron cambiados a Isradipino sin problemas. Al final del estudio tanto la presión sistólica (-22mm. de Hg) como la diastólica (-19 mm de Hg) presentaron descenso significativo (P<0.05) con Isradipino entre el día 0 o el día 90 de tratamiento.

Ningún efecto adverso ocurrió en 68.1% de los pacientes; 31.9% de ellos presentaron un efecto adverso durante el estudio, siendo los principales, dolor de cabeza (14.28%), flushing (6.6%), mareo (2.19%), edema (2.19%). Fueron leves el 18.7%, moderados el 4.4% y severos el 8.8%, siendo estos últimos retirados. Excepto por estos últimos los síntomas tendieron a disminuir y desaparecer durante el periodo de tratamiento. La frecuencia cardíaca y el peso no mostraron variaciones. El electrocardiograma y los exámenes de laboratorio no mostraron cambios relevantes.

90.81% de los pacientes alcanzaron normalización de su presión arterial (PAD menor 90 mm Hg.). Isradipino fue administrado como monoterapia en 92.1% de los pacientes.

Consideramos que Isradipino es una droga con alta eficacia, tolerancia y seguridad para tratar hipertensión leve y moderada como monoterapia sin inconvenientes con respecto a sexo, edad, raza en una población colombiana. Parece ser una droga que no causa problemas al cambiar a los pacientes que recibían otras medicaciones previamente.

FRECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B (HBV) Y/O EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (HIV) EN MATERNAS EN 2 HOSPITALES DE BOGOTÁ.

Botero RC, Villegas de M N, Sierra F, García C, Otero W, Ruiz A, Martínez de K L, García G, Hojvat S.

Instituto de enfermedades Hepatobiliares, Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá Colombia.

Instituto Materno Infantil, Sección de Gastroenterología Universidad de Colombia.

Abbott Laboratories, Chicago, Illinois, U.S.A.

Con el objeto de conocer la frecuencia de la infección por el HBV y/o el HIV en maternas durante el trabajo de parto y la transmisión perinatal de estos agentes, se realizó una encuesta epidemiológica a 700 maternas del Hospital Materno Infantil de Bogotá y a 300 del servicio de Ginecología y obstetricia de la Fundación Santa Fé de Bogotá, entre Enero 89 y Julio 90. Se analizaron los factores de riesgo más importantes relacionados con estos agentes infecciosos y al mismo tiempo se les practicó estudios serológicos para el HBV (HBsAg, AntiHBc, AntiHBsAg) y para el HIV (ANTI HIV) por los métodos de ELISA de Abbott Laboratories, Chicago, III, y así mismo a los recién nacidos de las madres positivas para el HBsAg y el AntiHIV, se les practicó el HBsAg y el AntiHIV respectivamente. A los niños nacidos de las madres positivas se les inmunizó con la vacuna de la Hepatitis B derivada del suero (Instituto Pasteur, Francia) y con la Gamaglobulina Hiperimmune anti hepatitis B (Abbott Laboratories, U.S.A) en las primeras 48 horas después del nacimiento. A los niños inmunizados se les hizo seguimiento serológico a los 3 y 12 meses con HBsAg, AntiHBc y AntiHBs con el objeto de evaluar la frecuencia de infección perinatal y la eficacia de la inmunización. En resumen se encontró una frecuencia de infección con el HBV de 3.0% y una frecuencia de portadores del 0.1% protegiendo exitosamente con la inmunización al único bebé nacido de una madre positiva para el HBV. Ninguna madre fue positiva para el AntiHIV como era de esperarse. El presente estudio pone en duda la validez de otros realizados previamente y sugiere que la transmisión perinatal del HBV y del HIV no son importantes en la Ciudad de Bogotá.

97

HEPATITIS CRÓNICA EN COLOMBIA

Primera evidencia serológica que el virus de la hepatitis C (HCV) es causa importante de hepatopatía crónica - en nuestro País.

Botero RC, Correa C, Arango C, De Lima E, Cavanzo FJ, Sierra F, Arguello M. Instituto de enfermedades hepatobiliares, Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá, Colombia. Centro de Investigaciones Médicas de Antioquia (CIMA), Medellín.

Hospital Universitario del Valle, Cali.

Hospital San Juan de Dios, Bogotá, Colombia.

Con el objeto de establecer las causas más importantes de la hepatitis crónica en nuestro país, se estudiaron en forma retrospectiva 54 pacientes en 3 ciudades de Colombia, en 1990 a quienes les había hecho el diagnóstico de hepatitis crónica de acuerdo a los criterios clínicos y/o anatomopatológicos actualmente establecidos. A cada uno de los pacientes se le completó un formulario que incluía los siguientes parámetros: edad, sexo, etiología, tipo histológico, duración y etiología de la infección en los casos virales. A cada uno de ellos se le practicaron pruebas serológicas para el virus de la hepatitis B (HBV) y el virus de la hepatitis C (HCV) por el método de ELISA de Abbott Laboratories, Chicago. Aquellos negativos para los marcadores virales se estudiaron para marcadores de tipo inmune tales como anticuerpos antinucleares (ANA) anticuerpos antiDNA, y anticuerpos antimúsculo liso, por los métodos convencionales de laboratorio. Se encontraron 20 (37%) pacientes con hepatitis NANB en quienes los marcadores para los virus A, B y C fueron negativos, 13 (24%) pacientes con hepatitis C de acuerdo a la positividad del anticuerpo recientemente introducido, 11 (20%) pacientes con hepatitis B, de los cuales 2 (10%) tenían evidencia clínica y serológica de sobreinfección por el virus de la hepatitis Delta (HVD), y 10 (18.5%) pacientes con hepatitis autoinmune evidenciada por positividad de alguno de los marcadores inmunes, o por respuesta favorables al tratamiento con esteroides. En conclusión: La hepatitis crónica es una enfermedad frecuente en Colombia cuya etiología principal son los virus B y C.

99

FRECUENCIA DE LOS CÁLCULOS VESICULARES ASINTOMÁTICOS EN UN PROGRAMA DE CHEQUEOS MÉDICOS.

Botero RC, Abello H. Instituto de Enfermedades Hepatobiliares Fundación Santa Fé de Bogotá, Colombia

Con el objeto de conocer la frecuencia de los cálculos vesiculares en un grupo de ejecutivos asintomáticos desde el punto de vista hepatobiliar, se revisaron retrospectivamente 1004 historias clínicas entre Enero 87 y Agosto 88. Como parte de los estudios se completó un formulario que incluía los siguientes parámetros evaluativos: peso-talla, edad, sexo, estado nutricional, historia familiar de litiasis, bilirrubinas, aminotransferasas, fosfatasa alcalina, colesterol, triglicéridos, LDL, HDL, GGT, glicemia. Estos resultados se correlacionaron con la presencia de cálculos vesiculares demostrados en una ecografía que se practica de rutina como parte del chequeo médico. Se encontraron 87 pacientes con cálculos vesiculares - asintomáticos (8.6%). Se compararon las medias de cada uno de los parámetros evaluados con la presencia o no de cálculos, y se encontró una relación con significancia estadística (P.O.01) entre la edad, el sexo la talla y la presencia de cálculos. El presente estudio sugiere que los cálculos asintomáticos son un problema importante en Colombia, ya que la población estudiada fué predominante masculina y de un grupo socioeconómico de muy buen nivel, grupo en el que se espera de acuerdo a estudios conocidos una frecuencia baja de cálculos biliares. Es claro que solo la ecografía permite claramente establecer el diagnóstico, ya que los pacientes son asintomáticos y ninguna prueba de laboratorio puede predecir la presencia de cálculos.

98

EFECTIVIDAD DE LA INMUNIZACIÓN ACTIVA PARA LA INFECCIÓN CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS B (HBV) EN PERSONAL DE SALUD

Botero RC, Sierra F, Ordoñez AM, Mora L, Pachón G. Instituto de enfermedades hepatobiliares, Fundación Santa Fé de Bogotá, Colombia.

Con el objeto de evaluar la efectividad de la inmunización contra la infección por el HBV en el personal de salud y pacientes de alto riesgo, se realizó un estudio - prospectivo con seguimiento serológico en 60 personas en la Fundación Santa Fé de Bogotá desde Marzo de 1985.

Antes de la inmunización se les practicaron pruebas serológicas para descartar infección previa con el HBV por el método de ELISA de Abbott Laboratories, Chicago. III. Se utilizaron las vacunas disponibles en Colombia: Heptavax B (MSD) y HBvax (Instituto Merieux). Se realizó una distribución aleatorizada en 2 grupos: Grupo I compuesto por 26 voluntarios del personal médico y paramédico entre la 3 y 5 década de la vida, y grupo II compuesto por 34 personas del área médica y paramédica incluyendo 6 pacientes en programa de diálisis crónica. El primer grupo se le aplicó 20 µg de la vacuna MSD de acuerdo al esquema recomendado por la Compañía, el grupo II se inmunizó con 5 µg de la vacuna Merieux de acuerdo al esquema recomendado. A todos los vacunados se les hizo seguimiento serológico al terminar la inmunización con el objeto de evaluar la efectividad de la vacuna. Del grupo I seroconvirtieron 19 personas (73%) y 7 (27%), no respondieron a pesar de terminar el programa de inmunización adecuadamente. Del grupo II seroconvirtieron 32 personas (94%) y 2 (6%), no respondieron. Se observaron efectos colaterales menores tales como dolor local y exantema en 7 personas del grupo I (27%), y en 9 del grupo II (26%). En conclusión: La vacuna de la hepatitis B es segura y eficaz, con un porcentaje de seroconversión del 85% para los dos grupos en conjunto. Se observó una mejor seroconversión con la vacuna francesa, a pesar de incluir pacientes en hemodiálisis que en general no responden adecuadamente. Los efectos colaterales fueron leves y con igual frecuencia de los grupos.

100

UTILIDAD DE LOS ÁCIDOS BILIARES EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES HEPATOBILIARES.

Ruan E., Botero RC, Quintero G., Ucroz G. Instituto de Enfermedades Hepatobiliares Fundación Santa Fé de Bogotá, Colombia.

Con el objeto de evaluar el valor diagnóstico de los ácidos biliares séricos, y compararlos con las pruebas bioquímicas hepáticas tradicionales, se estudiaron 81 pacientes atendidos en nuestra Institución entre Marzo de 1989 y Marzo de 1990. Se escogieron solamente aquellos pacientes con diagnóstico clínico o patológico claramente establecido. Por razones metodológicas los pacientes se agruparon en los siguientes grupos: Cirrosis, hepatitis aguda y crónica, Colestasis de causa conocida y Síndrome de Gilbert.

A cada uno de los pacientes se les practicó la prueba de la Coliglicina sérica en ayunas por radioinmunoanálisis, de acuerdo a la técnica de Abbott Laboratories, Chicago. II y con fines comparativos y de estudio, también se les practicó la AST, ALT, FA y bilirrubinas en un analizador automático de acuerdo a la técnica de la misma Compañía. Se calcularon la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de las pruebas mencionadas y luego se compararon entre sí. Para la significancia estadística se utilizó la t de student.

Encontramos que la CG es una prueba de alto valor diagnóstico. Su sensibilidad fué semejante a la de la AST y FA, pero su especificidad y valores predictivos superiores a los de todas las otras pruebas individualmente. En resumen la CG es una prueba complementaria de mucha utilidad en el estudio de los pacientes patología hepatobiliar.

La normalidad de esta prueba en el síndrome de Gilbert es de mucha utilidad en la práctica clínica, ya que facilita su diagnóstico sin necesidad de recurrir a pruebas costosas o invasivas.

HEPATITIS CRÓNICA ACTIVA (HCA) POR ALFAMETILDOPA(AMD) - PRESENTACION DE UN CASO.

Cortés A., Reyes P.A., Galán F.
Departamento de Medicina Interna, Hosp. de San José - Universidad del Rosario, Bogotá D.E.

En la literatura aparecen con frecuencia reportados casos de necrosis hepática subaguda, y con menor frecuencia casos de HCA secundarios al uso de AMD. Se presenta el caso de una paciente de 83 años de edad, quien ingresó al servicio el 27 de Julio de 1988, H.C.#521822, para estudio de una ictericia "fría" de 15 días de evolución, la cual era progresiva, tenía antecedentes de HTA de 10 años de evolución tratada inicialmente con diuréticos, y desde hace 4 años con un gramo de AMD. No había antecedentes de hepatitis viral, ni ingesta de alcohol. Al ingreso TA:200/110, FC:94/m, FR:20/min, buen estado nutricional, ictericia generalizada, hepatomegalia de aproximadamente 8 cms., no se palpaba vesícula biliar. Los laboratorios iniciales un aumento importante de bilirrubinas a expensas de la bilirrubina directa, aumento de SGOT y SGPT, inversión de la relación albúmina/globulina, las pruebas de coagulación y demás laboratorios de química sanguínea eran normales. La ecografía no mostró masas hepáticas, ni pancreáticas, ni dilatación de la vía biliar. La gamagrafía sugería insuficiencia funcional hepática. El antígeno de superficie para hepatitis B fue negativo. Bajo laparoscopia se practicó biopsia hepática, que fue informada como HCA con cirrosis, coloración para antígeno de hepatitis B fue negativa. Desde la suspensión al ingreso de la AMD, la ictericia y la hepatomegalia empezaron a disminuir. La TA se controló con hidroclorotiazida, y se le manejó su cirrosis con colchicina. Controles posteriores normales. Último control hace 6 meses con pruebas funcionales hepáticas normales. Se trae el caso por ser la AMD una droga de uso frecuente en nuestro medio, se presenta el caso con una revisión de la literatura.

INFECCION NOSOCOMIAL. ANALISIS COMPARATIVO 1988-1989
HOMIC LIZ-ROJAS A., y Lic. NEMOCON C., Comité Infecciones Hospital Militar, Bogotá.

El fin principal en el Control de la Infección Intra hospitalaria es disminuir las tasas de incidencia, para lo cual nuestro trabajo se ha centrado en la detección temprana de las causas que genera la infección en nuestros pacientes, permitiendo mejorar las técnicas, orientando las actividades hacia la prevención. Durante 1988 se registraron 17.400 egresos, documentándose 272 infecciones (tasa de incidencia del 1.56%) para 1989 logramos disminuir los casos de infección a 132 para 17.506 egresos, obteniendo una tasa de 0.75%. A pesar de esta notable disminución, los servicios quirúrgicos continuaron ocupando los primeros lugares. En cuanto a la localización anatómica hubieron discretos descensos en los porcentajes de tracto urinario, piel y tejidos subcutáneo y herida quirúrgica (1989) mientras la infección respiratoria se mantuvo igual, llama la atención el incremento en las bacteremias de 3.7% a 13.6% atribuido al uso frecuente de catéteres centrales (60%), el porcentaje restante se origina en tracto urinario en pacientes cateterizados. En lo referente a la ecología bacteriana el primer lugar lo ocupan los gram-negativos, siendo *E. coli* el primero, seguido por *Klebsiella* con un incremento de 23.2% a 25.8% y 15% a 17.4% respectivamente. Hubo descenso significativo en *Pseudomonas* y *Proteus*. Entre los gram-positivos, *S. aureus* presenta incremento mientras *S. epidermidis* se mantiene sin variación significativa. Esos datos obligan replantear políticas y normas de manejo enfatizando en la educación permanente al personal.

ESTUDIO DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN DONANTES DE SANGRE Y GRUPOS DE ALTO RIESGO EN MEDELLIN.

Elsa Echavarría S
Residente de Microbiología y Parasitología Médica. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín
Desde 1.975 se conoce un posible tercer agente viral hepatotrópico causante del 50% de las hepatitis postransfusionales y al cual se le denomina desde entonces, "Hepatitis No A No B Postransfusional". Recientemente se aisló el genoma de una partícula viral de un chimpancé infectado experimentalmente con Hepatitis No A No B y se consiguieron clones virales, designándolo Virus de la Hepatitis C; posteriormente se realizó un antígeno recombinante para usarlo en la detección de anticuerpos específicos.

Se realiza esta investigación con el fin de detectar anticuerpos que permitan conocer la prevalencia de dicha infección, de la ruta de transmisión que se presenta con mayor frecuencia en nuestro medio, además de establecer un índice de riesgo de adquisición del virus por medio de una transfusión sanguínea; para el estudio se analizarán 1400 pacientes en total, divididos en 1036 donantes de sangre sanos de 5 Bancos de Sangre y los grupos de alto riesgo están conformados por 200 transplantados renales, 44 hemodializados y 120 hemofílicos en terapia de reemplazo. En resultados preliminares se encontró en 149 transplantados renales una reactividad del 17.5% de los cuales 19 fueron del sexo masculino y 7 del sexo femenino; 14 de ellos fueron transplantados hace más de 1 año y 69.2% relataron haber recibido mínimo una unidad de sangre, lo que nos indica la posibilidad de que la Hepatitis C es una enfermedad de alta presentación en nuestro medio.

**EL USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS:
UNA ESTRATEGIA EFICAZ EN EL MANEJO DE LA INFECCION NOSOCOMIAL.**

Jauregui A., Torres H.
Comité Infecciones, Hospital Militar Central, Bogotá.
Con el fin de reducir la infección nosocomial en nuestro hospital se cambiaron algunas estrategias de prevención, se perfeccionó la identificación de patógenos y sitios de infección más frecuentes, y se ha hecho énfasis en la utilización de esquemas de antibióticos adecuados a nivel institucional de acuerdo a su sensibilidad in vitro. El análisis practicado en el año 1987 mostró que de 396 cepas bacterianas analizadas las más frecuentes, en orden de frecuencia eran: *E. coli* 92(23.2%), *Klebsiella* 67(16.9%), *S. aureus* 29 (7.3%), *S. epidermidis* 22(5.3%), *Pseudomonas aeruginosa* 63(15.9%), *Proteus* 65(16.4%) y otros gram-negativos en menor proporción. El análisis de sensibilidad in vitro mostró una sensibilidad mayor del 80% para la mayoría de nuestras cepas a la amikacina, en grado menor a la gentamicina, una sensibilidad menor del 60% a las cefalosporinas de la generación, lo que llevó a recomendar el uso de cefalosporinas de segunda y tercera generación en infecciones interhospitalarias graves que requieran manejo empírico inicial. El análisis del año 1989 nos muestra una recuperación muy satisfactoria de la sensibilidad de los mismos gérmenes analizados hace tres años: a la gentamicina (más del 80%), Nitrofurantoina (*E. coli* más de 90%), mientras las cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima, cefoperazona, ceftazidima, ceftriaxona) son ineficaces en más del 30% de nuestros gérmenes nosocomiales. En la actualidad la *P. aeruginosa* es sensible en más del 90% a los aminoglicósidos, pero *E. coli* y *Klebsiella* muestran un índice alto de resistencia, 30-40%, a éstos y a las cefalosporinas de 3era generación. El *S. aureus* y el *S. epidermidis* no han sido problema en estos dos últimos años. Consideramos que la utilización de quinolonas nos ayudará a controlar esta tendencia de *E. coli* y *Klebsiella* a aumentar la resistencia.

105

SUSCEPTIBILIDAD DE BACILOS GRAM (-) NOSOCOMIALES MULTIRRESISTENTES A LOS NUEVOS ANTIBIÓTICOS.

Castrillón M., Prada G., Torres A., Pacheco G., de Merino N.
Sección Enfermedades Infecciosas, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Con el fin de analizar la susceptibilidad de bacilos gram (-) nosocomiales multirresistentes a los nuevos antibióticos, se revisaron 372 cepas usando el método de difusión de disco. Los resultados fueron los siguientes:

ANTIB P.aer. A.calc E.coli C.freu Ser.sp. Enterob.sp.

	N=129	N=76	N=52	N=21	N=43	N=51
PIP	46%	30%	54%	37%	12%	38%
CTX	28%	31%	98%	50%	57%	75%
CAZ	80%	77%	96%	50%	98%	73%
CFP	42%	21%	87%	39%	28%	43%
CRO	13%	23%	92%	82%	55%	76%
ATM	53%	21%	96%	82%	87%	74%
IPM	84%	69%	96%	100%	100%	100%
CIP	73%	56%	100%	100%	80%	90%
PX	16%	16%	95%	83%	21%	91%
NOR	85%	66%	98%	93%	94%	93%
SAM	7%	38%	57%	60%	0%	11%

Este estudio sugiere una creciente y preocupante resistencia de los bacilos gram (-) nosocomiales a los nuevos antibióticos.

107

ANGINA DE LUDWIG : A PROPOSITO DE CINCO CASOS

Arteta D., Muvdi A., Betancourt A.,
Hospital Universitario de Cartagena, Unicartagena.

Se estudiaron cinco pacientes en el hospital Universitario de Cartagena, en el periodo de un año, de los cuales tres eran mujeres y dos hombres; la edad promedio es de 32.4 ± 17.5 años, vistos conjuntamente por medicina interna y otorrinolaringología. Sólo dos casos eran de Cartagena, el resto eran del área rural de Bolívar. Los cinco casos tenían factor desencadenante en infecciones dentales que se extendieron por espacio submaxilar, infrahioides, supraclavicular, en 2 casos compromiso de piel de tórax y neumonía, este último caso requirió intubación, ventilación mecánica y fue el único caso que falleció en esta serie. La estancia hospitalaria fue 19.6 días con un rango de 5 - 65 días. Se consiguió aislar estafilococo epidermidis, estreptococo no hemolítico y estreptococo viridans en los cultivos.

Se considera esta patología frecuente en nuestro medio, asociada con padecimientos y procedimientos odontológicos; y se hace énfasis en el manejo interdisciplinario (Medicina Interna, Otorrinolaringología, Dermatología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y rehabilitación entre otras.) sobre las bases de asegurar la ventilación antibióticoterapia selectiva, drenaje abscesos, cirugía reconstructiva y fisioterapia.

106

S. AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM): INCIDENCIA E IMPLICACIONES CLINICAS.

Haag A., Castrillón M., de Merino N., Prada G.
Sección Enfermedades Infecciosas, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Con el fin de detectar la incidencia y las implicaciones clínicas del SARM se analizaron 826 cepas de S.aureus aisladas entre enero/85 y abril/90. Todas se detectaron mediante el uso de medios hipertónicos (Sol.Sal.4%) e incubación por 48 horas a 35 C. Asimismo se analizaron las bacteremias por S.aureus encontradas entre enero/88 y diciembre/89. Durante el periodo de estudio se aislaron 48 cepas de SARM (6%). El 7% fueron resistentes a Oxacilina y ninguna a Vancomicina. Se encontraron también 7 pacientes con bacteremia por SARM entre 49 que tuvieron hemocultivos positivos para S.aureus (14%). Los sitios de origen fueron: piel y tejidos blandos (57%), catéteres endovenosos (29%) y osteomielitis (14%). Todos los enfermos se trataron con Vancomicina. La mortalidad fue del 14%. Este estudio demuestra la presencia creciente de SARM en los aislamientos de rutina y en enfermos con bacteremia. Considerando que los estudios de sensibilidad habituales no permiten la detección de estas cepas, el uso de antibiogramas en medio hipertónico es imperativo. En estos casos Vancomicina mejora la morbimortalidad.

108

FIMBRIAS Y HEMOLISINA COMO FACTORES DE VIRULENCIA EN CFPs DE E. COLI AISLADAS DE INFECCIONES URINARIAS

Jaime A. Robledo R., Gloria I. Mejía, María C. Tamayo, Hugo Trujillo
Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín

E. coli es el agente etiológico más frecuente en infecciones urinarias, probablemente por la capacidad de sobrevivir en el tracto urinario (TU) y sus propiedades virulentas. Las cepas de esta bacteria más frecuentes en aislamientos urinarios tienen características especiales como el poseer factores de adherencia o fimbrias que le permiten pegar-se a las células de la mucosa del TU, evitando el mecanismo de lavado de la orina. Entre estas la fimbria tipo 1 y la fimbria P han sido las más estudiadas, adicionalmente la producción de hemolisina es la reportada como un factor virulento asociado a la presencia de fimbrias en estas cepas. Con el objetivo de determinar la presencia de factores de adherencia y la producción de hemolisina en cepas aisladas del TU y relacionarlas con el tipo de infección que causan, se estudiaron 30 cepas de *E. coli* aisladas de 19 pacientes con diagnóstico de cistitis y de 11 pacientes con diagnóstico de pielonefritis. Los métodos usados se basaron en la determinación en todas las cepas de reacciones de aglutinación con eritrocitos de caballo y células de *Saccharomyces cerevisiae* susceptible de ser inhibida con manosa, compatible con presencia de fimbria tipo 1 (manosa sensible) y la aglutinación de eritrocitos humanos (A*P₁*) en presencia de manosa, compatible con fimbria P (manosa resistente). La producción de hemolisina se determinó en agar sangre de cordero. Los resultados obtenidos permitieron establecer diferencias entre las cepas asociadas a cistitis y las cepas asociadas a pielonefritis. 17/19 cepas aisladas de cistitis y 10/11 cepas de pielonefritis presentaron patrones de aglutinación manosa sensibles, indicando la presencia de la fimbria tipo 1. 8/19 y 8/11 cepas aisladas de cistitis y pielonefritis respectivamente, presentaron aglutinación manosa resistente, compatible con la presencia de la fimbria P y 4/19 y 6/11 cepas de cistitis y pielonefritis fueron productoras de hemolisina. Cuatro cepas aisladas de cistitis y 4 de pielonefritis presentaron fimbria tipo 1 + fimbria P + hemolisina +, simultáneamente. Los resultados obtenidos corroboran los hallazgos reportados en la literatura. Se concluye que la fimbria P es un factor que le da capacidad a la bacteria de causar infecciones más severas y que por lo tanto puede ser importante el determinar en todos los aislamientos urinarios, para establecer medidas preventivas e impedir el desarrollo ulterior de infecciones más severas, la producción de hemolisina no está claramente asociada a cepas de pielonefritis pues 50% de ellas en este estudio, no la produjeron y la presencia de fimbria tipo 1 al estar presente en más del 90% de todas las cepas no tiene relación con el nivel de la infección en el TU. Estudios más a fondo en nuestro medio se hacen necesarios para conocer con exactitud las características de *E. coli* aisladas del TU.

OFLOXACINA UNA NUEVA QUINOLONA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES URINARIAS BAJAS (IUB) DEL ADULTO

Hernando Alvarez, Jaime A. Robledo R., Gloria I. Mejía, Marta C. Tameyo, Hugo Trujillo. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) y Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín

Con el objetivo de evaluar la eficacia e inocuidad de la nueva quinolona ofloxacina en el tratamiento de IUB del adulto, se estudiaron 60 pacientes de 18 a 65 años con dos esquemas de tratamiento de 3 y 7 días, usando un table de asignación al azar. Se administraron 400 mg de ofloxacina día en dos dosis. Se ingresaron pacientes sin antecedentes de tratamiento antibiótico previo y con diagnóstico clínico de IUB, comprobado en el laboratorio con urocultivo $>10^5$ unidades formadoras de colonias (UFC)/ml, excepto algunos casos con recuentos de 10^4 UFC/ml que se incluyeron de acuerdo al criterio de los investigadores. A todos los pacientes se les practicó examen físico completo que incluyó examen de fondo de ojo, prueba de embarazo, exámenes hematológicos, químicos sanguíneos y citológico de orina. Se excluyeron pacientes con infección severa o condición de base que no toleraban la vía oral, con alergias documentadas a las quinolonas, anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario, infecciones de más de 7 días de evolución, insuficiencia renal o hepática, alergia severa o asma bronquial, embarazo o lactancia, artritis y drogadicción. De 60 pacientes 58 fueron de sexo femenino, predominó el grupo de 51 a 65 años, las bacterias más frecuentes fueron *E. coli* (38), *K. pneumoniae* (9), *Enterobacter spp* (4), *P. mirabilis* (2), todas sensibles a ofloxacina; de las cepas de *E. coli* 8 fueron resistentes a trimetoprim-sulfametoxazol (TMS), 2 a náldixico, 6 a ampicilina, 1 a nitrofurantoina, 2 a gentamicina, 1 a amikacina y ninguna a norfloxacin. 31 pacientes recibieron 3 días de tratamiento y 27, 7 días, 2 pacientes con diagnóstico de pielonefritis recibieron 7 días de tratamiento, así como 2 del sexo masculino. En ambos grupos el primer control microbiológico fue negativo, excepto en 1 paciente con sonda a permanencia que presentó sobreinfección por *P. aeruginosa* resistente; en el segundo control, se observaron 4 recaídas y 2 reinfecciones en 6 pacientes del grupo que recibió 3 días y solo una recaída en el de 7 días. De 6/7 pacientes con recaídas o reinfecciones tuvieron factores predisponentes (diabetes mellitus, hipertensión, sonda vesical) 5 de ellos en el grupo de 3 días. Hubo respuesta clínica completa al final del tratamiento en 29/31 tratados 3 días y en 27/27 tratados 7 días. Los pacientes con pielonefritis tuvieron respuesta clínica y microbiológica completa al final del tratamiento. Las reacciones adversas fueron leve y no fue necesario suspender el antibiótico, destacándose epigastralgia en 3 de ellos, náuseas en 2, mareo, insomnio, cefalea, y entumecimiento de brazos en 1 paciente respectivamente. Comparativamente con tratamientos recibidos anteriormente 10 pacientes manifestaron más rápida mejoría con ofloxacina que con TMS, 1 mejor que norfloxacin, 1 igual mejoría que con gentamicina, 1 mejor gentamicina que ofloxacina y 1 mejor TMS que ofloxacina. Se concluye que ofloxacina administrada tanto durante 3 o 7 días es un tratamiento efectivo para las IUB del adulto, excepto cuando existe un factor predisponente en cuyo caso es necesario administrarla durante 7 días.

MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL SIDA: EXPERIENCIA DEL GRUPO DE MANEJO ISS - ANTIOQUIA

Jaramillo T., C.M.D., MSc., Rojas P., J., MD., Arroyave C., J., MD., Franco J., M., MD., E.M.L., Alvarez J., MD., E.M.D., Grajales A., Enf.M.S.D., Hernandez M., Enf.M.S.P., Correa G., Psicóloga, Zea H., Nutricionista M.S.P., Restrepo de A., L., Bact., García M.B., Bact., Botierrez S., Enf. Inf. Programa SIDA, Clínica Leon XIII ISS Antioquia - Medellín.

OBJETIVOS: En el ISS Seccional Antioquia se ha diagnosticado desde 1986 hasta Junio de 1990, un total de 123 casos de infección por el VIH, los cuales han sido atendidos de los Servicios Asistenciales (Atención Médica, Banco de Sangre) y de otras instituciones. El número de pacientes se está duplicando cada seis meses y ha llegado a convertirse en un serio problema de saneo, debido a las características de los síndromes clínicos relacionados. Surgió por ello la necesidad de crear un grupo interdisciplinario, que ha desarrollado un modelo de atención integral para el paciente infectado por VIH, en el que el programa de control y seguimiento es acordado conjuntamente en las reuniones del Grupo, durante las cuales cada paciente es discutido individualmente. El objetivo es mostrar la experiencia de este grupo.

MÉTODOS/RESULTADOS: El saneo PSICOLÓGICO se inicia con una evaluación en la que se define el perfil psicosocial del paciente y su familia, para posteriormente intervenir sobre las cuatro crisis que característicamente presenta el individuo: shock, negación, negociación y depresión. Además, se han programado terapias de grupo con pacientes que, de acuerdo a la clasificación del CDC, presentan características similares. El saneo por parte de la NUTRICIONISTA está orientado a preservar o restablecer el estado nutricional y a educar al paciente y su familia sobre la dieta; así mismo, contribuye a evitar el deterioro de la imagen corporal. Para ello, se han diseñado protocolos de acuerdo al grupo CDC al que pertenece el paciente.

El saneo MÉDICO ambulatorio se realiza en el Servicio de Consulta Externa del Programa, y la hospitalización en el Servicio de Medicina Interna. Incluye el control de las complicaciones infecciosas, tumorales, etc., que presentan los infectados por el VIH.

Hasta la fecha, solo dos pacientes que han adquirido el AIT particularmente reciben esta medicación. A partir del segundo semestre de 1990 se piensa incluir a los pacientes de los grupos I, II, III y IVA del CDC, en protocolos de esquema reducido; no se ha tomado una decisión sobre los demás infectados. Las complicaciones más frecuentemente observadas en nuestro grupo de pacientes han sido: pérdida de peso (50.4%), diarrea (33.3%)

infecciones micóticas (25.2%), para las cuales han recibido terapia según protocolos previamente definidos. Otras características de los pacientes se describen en el texto.

El saneo OCUPACIONAL está orientado a evaluar e intervenir sobre el medio laboral del paciente, disminuyendo o eliminando los posibles riesgos para el paciente, y los que este signifique para su medio. Posteriormente, MEDICINA LABORAL califica la enfermedad del paciente como profesional o no y define si requiere invalidez, y la prestación correspondiente.

CONCLUSIONES: Este modelo de atención ha tenido gran aceptación por parte de los pacientes, médicos y directivos del ISS Antioquia, y actualmente se adelantan los análisis del mismo a nivel nacional como alternativa de manejo de los pacientes infectados por VIH para todas las seccionales del ISS en el país.

STAPHYLOCOCCUS SAPROPHYTICUS COMO CAUSA DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU)

Santiago Estrada M. Laboratorio de Salud Pública del Servicio Sección de Salud de Antioquia.

OBJETIVO: Determinar la presencia de *S. saprophyticus* como agente etiológico de ITU.

MATERIALES: A 570 pacientes sintomáticos ambulatorios se les realizó una encuesta clínico epidemiológica. La orina se recogió siguiendo de las normas establecidas internacionalmente y se procesó pasando por análisis físico, químico, Gram de orina sin sedimentar, análisis microscópico del sedimento, aislamiento de los microorganismos e identificación del germen aislado. Para diferenciar *S. saprophyticus* de los otros *Staphylococcus* se utilizaron los criterios de la Sociedad Americana de Microbiología. Se determinó sensibilidad por la técnica de Kirby - Bauer, para el análisis estadístico se usó la t-Student y el chi-cuadrado.

RESULTADOS: Se aislaron: *E. coli* 68 urocultivos (79.1%), *S. saprophyticus* 8 (9.3%), *K. pneumoniae* 5 (5.8). Otros géneros 5. La ITU por *S. saprophyticus* presentó síntomas y signos indistinguibles de los producidos por *E. coli*, todos fueron mujeres en edad reproductiva, el 75% había tenido relaciones sexuales previas. La sensibilidad a los antibióticos fue del 100% excepto al Ácido Nalidixico y la Novobiocina. El 100% presentó púrra y nitritos negativos. En todos los cultivos se obtuvo más de 100.000 colonias, en todos los Gram se observaron cocos Gram positivos adheridos entre sí a los diferentes elementos celulares.

CONCLUSIONES: *S. saprophyticus* fue la segunda causa de ITU en mujeres sexualmente activas. Se corroboró lo de otros estudios de U.S.A. y Europa. *S. saprophyticus* debe tenerse presente como patógeno urinario en pacientes Colombianas. Para su identificación debe utilizarse la prueba de sensibilidad a la Novobiocina y el Ácido Nalidixico Siempre debería hacerse gram de orina sin centrifugar en el estudio de la ITU.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TUMORALES ASOCIADAS AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)

Martínez Arciniegas Gabriel. Departamento de Medicina Interna y Grupo de Atención al Paciente Infectado por Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

Hospital Regional Simón Bolívar, Bogotá D.E. Instructor de Medicina Interna Escuela Colombiana de Medicina y Universidad Javeriana.

El objetivo del presente trabajo es el de contribuir al mejor conocimiento de las Enfermedades Infecciosas y Tumorales que se asocian al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.). Se presenta la experiencia del grupo del Hospital Simón Bolívar comprendida entre Marzo de 1984 y Junio de 1990, periodo durante el cual se han atendido 230 pacientes y han fallecido 101 de ellos. Se clasifican por grupos de edad, sexo, origen de la infección y estadio clínico de acuerdo a la clasificación del Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de Atlanta (CDC). Se presentan las diferentes enfermedades infecciosas y tumorales asociadas, manifestaciones clínicas, frecuencia, métodos diagnósticos, tratamientos y evolución.

Se concluye que las manifestaciones infecciosas y tumorales son una forma frecuente de presentación de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (H.I.V.) y en ocasiones la primera manifestación y motivo de consulta de la enfermedad. Además se concluye que ante la sospecha clínica de una infección o tumor asociado se debe instaurar un tratamiento específico hasta tanto no se tenga un diagnóstico etiológico, de no ser posible este diagnóstico se debe continuar o no el tratamiento de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.

En resumen el presente trabajo muestra la incidencia de enfermedades infecciosas y tumorales asociadas a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (H.I.V.) y como manifestaciones de inmunosupresión causada por la infección, la importancia del diagnóstico y tratamiento como forma de control de la infección.

113

NEURÓLJES Y HEPATITIS LLETICA EN UN PACIENTE CON SIDA.

William Otero, Fabio Olivella, Francisco Rodríguez, German La Rota, Olga Montoya.

Servicio Medicina Interna Hospital la Victoria Bogotá.

Los homosexuales tienen mayor riesgo de adquirir la sífilis y el Sida y actualmente se piensa que la coexistencia de las dos modifica la historia natural de la Sífilis y su respuesta al tratamiento, permitiendo que ésta no sólo invada muchos órganos de la economía sino que les comprometa su función dando severas manifestaciones clínicas.

MATERIAL Y METODOS: HISTORIA CLINICA. Hombre de 20 años de edad, soltero con historia de bisexualismo de 5 años de evolución, remitido de otra institución donde consultó 10 días antes por cuadro súbito de cefalea occipital y hemiparesia izquierda 4-5 y leve disartria. El TAC cerebral se interpretó sugestivo de lesión isquémica tálamo capsular derecha. VDRL en sangre (+): 512, anti-TNA n: (-), ANA (-), LCR: prot 42 mg%, VDRL y FTA negativos, gluc 32 mg%, 92 células/mm, 100% linf. HIV (+) (Elisa), Hto normal, Hb normal, Leuc 9000, 50% linfocitos. Recibió tratamiento con PNC C 30 millones U/día durante 9 días. En nuestro servicio se encontró importante mejoría clínica persistiendo leve hipoacusia bilateral. Prueba confirmatoria HIV positiva (DNA recombinante), LCR: VDRL (+): 1:4, células normales, glucoosa y proteínas normales. TCC 279 U/L, TGP 530 U/L, Bilirrubinas y F alcalina normales. El HbAg y Anti-Corelg (-) negativos. Se completaron 30 días de tratamiento con PNC C 30 millones U/día y se le dio de alta asintomático y con aminotransferasas normales.

CONCLUSIONES: Se presenta este caso para destacar el comportamiento agresivo de la Sífilis en pacientes con SIDA.

Actualmente se especula que la depresión inmunológica celular origina estas formas complicadas y la alteración funcional de las células B puede tener un efecto dual: 1-Enmascarar la evidencia serológica de la enfermedad como ocurrió con el VDRL del LCR en este paciente al comienzo de la enfermedad 2-Producir paradójicamente VDRL falsos positivos (por activación policlonal de células B).

Recomendamos que a todo paciente con HIV y VDRL se le descarte neuróljes por su implicación terapéutica y a todo individuo joven con VDRL (+) se le solicite HIV.

114

SIDA: EXPERIENCIA CON 163 PACIENTES.

Torres A., Prada G.
Sección Enfermedades Infecciosas. Fundación Santa Fe de Bogotá.

Se revisa la experiencia con 163 pacientes infectados con VIH-1 desde Enero/84 hasta Mayo/90. Todos los pacientes seropositivos se analizaron prospectivamente y se determinaron sus características clínicas. De los 163 pacientes tres eran mujeres (2%) y el resto eran hombres (98%); de estos, 135 eran homosexuales (83%), 12 bisexuales (7%), 9 heterosexuales (6%), 4 hemofílicos (2%). 45 enfermos se clasificaron en Estado II de la clasificación clínica del C.D.C. (28%), 56 en Estado III (34%) y 62 en Estado IV (38%); de estos 34% eran IV-A, 18% IV-B, 55% IV-C, 16% IV-D y 5% IV-E.

A su ingreso el 45% de los casos tenían una serología positiva para T. gondii, 45% para C.M.V. 33% para VDRL y 54% para Anti-HBc.

Se presentaron 117 infecciones oportunistas; de ellas el 30% fueron candidosis oral o esofágica, 15% neumonía por P. carinii, 8% herpes zóster, 7% criptosporidiosis, 4% toxoplasmosis cerebral y 3% criptosporidiosis meníngea, TBC pulmonar y salmonelosis. 6 pacientes tuvieron encefalitis subaguda, 1 leucoencefalopatía multifocal progresiva y 3 trombocitopenia no relacionada con drogas.

El sarcoma de Kaposi se manifestó en siete pacientes (4.2%). Hubo una clara correlación entre la caída de células CD4 totales a menos de 200 y la aparición de infecciones oportunistas: el 80% de todos los casos de neumonía por P. carinii, el 80% de la toxoplasmosis y el 100% de las criptosporidiosis se presentaron bajo estas circunstancias. El S. de Kaposi por el contrario apareció hasta en el 43% de los casos con células CD4 > 300. La mortalidad total hasta ahora es del 15%. Hay que anotar que 56 pacientes han recibido Zidovudine. Estas observaciones sugieren que las características clínicas del SIDA en nuestro medio son comparables con las observadas en otras latitudes y que el recuento total de células CD4 constituye un buen parámetro predictivo de enfermedades oportunistas.

115

EFFECTOS DE LA ZIDOVUDINA EN 56 PACIENTES CON SIDA.

Prada G., Torres A.
Sección de Enfermedades Infecciosas, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Este estudio revisa la primera experiencia colombiana con Zidovudina en 56 pacientes (Grupos II-IV del CDC) entre diciembre/87 y enero/90. Todos se analizaron retrospectivamente para determinar el beneficio clínico, inmunológico y los efectos tóxicos. De los 56, 31 tenían al menos un control con conteo de cél. CD4 a los 6 meses. 16 recibieron 1200 mg/d de Zidovudina y 15, 500 mg/d. En los 31 enfermos se encontró un aumento del 20% en las cél. CD4 a los seis meses de iniciado el tratamiento y del 8% un año después. Cuando se discriminaron en grupos clínicos el incremento a los 6 meses fue del 41% en el Grupo IV y del 5% en los Grupos II-III. Sin embargo, al año el aumento persistía en este último en el 4% y había disminuido en un 20% en el Grupo IV. Cuando se usó la mitad de la dosis los aumentos en cél. CD4 fueron 38% a los 6 meses y 34% al año; con la dosis completa estos disminuyeron a -10% y -14% respectivamente. A pesar de usar continuamente Zidovudina por un mínimo de 6 meses, se detectaron infecciones tales como Candidosis esofágica (12%), Criptosporidiosis (9%), Histoplasmosis (6%) y Neumonía por P. carinii (3%). Anemia (54%) y Leucopenia (65%), aparecieron entre los que recibieron dosis completa. En los que recibieron media dosis la anemia fue del 4% y la leucopenia 27%. Otros efectos tóxicos como náuseas y epigastralgia fueron también menores con el uso de la mitad de la dosis. Este estudio sugiere que el beneficio del Retrovir medido en términos del incremento de cél. CD4 es transitorio. Una dosis reducida de Zidovudina parece producir mejores resultados, más duraderos y menor toxicidad.

116

ORIGEN ÉTNICO DE LOS PACIENTES CON PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL E INFLUENCIA DE FACTORES GENÉTICOS PARA LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL HTLV-I EN LA CIUDAD DE TUMACO (COLOMBIA)

Bernal E., Rugeles M.T., Jaramillo R., Montoya F., Borrero I., Arango C. Universidad del Valle.

Dos de los focos de alta prevalencia de Paraparesia Espástica Tropical están en Tumaco (Colombia) y Africa Central (etnia Mndanga). Mediante marcadores genéticos (Gm) se puede estudiar el origen y dispersión de las razas. Este trabajo sugiere una concordancia étnica y geográfica entre estas dos comunidades, de acuerdo con el análisis de Gm y la revisión histórica del origen de los negros de la provincia de Popayán (S.XVIII). La transmisión del HTLV-I mediada por la leche materna es variable. Este trabajo muestra por primera vez que tres grupos de indicadores genéticos: el HLA DRw13 que protege y dos Gm caucasoides que aumentan el riesgo de infección de madre a hijo. Esto podría interpretarse como una resistencia adquirida a la infección perinatal entre ciertas etnias africanas, que han estado largo tiempo con éste virus. Es probable que una reacción hiperinmune para disminuir la infección perinatal aumente el riesgo de PET en los infectados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I Y II EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
 Navarro G., Ortega M., Peralta R., Prada I., Rinta M., Rivas A., Rodríguez L., Rodríguez R., Rodríguez R., Roza B., Sánchez J., García C., Jauregui A.
 Área Clínicas Médicas Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada

Con el objeto de evaluar cuales son las características más frecuentes de la enfermedad, entre usuarios del Hospital Militar Central, se estudiaron un total de 73 pacientes tanto a nivel de consulta externa como hospitalizados, en el lapso comprendido entre el 13 de febrero y el 22 de mayo de 1990. Se observó una mayor incidencia de la enfermedad en hombres (40), discriminados así: 30 pacientes con Diabetes tipo II y 10 con Diabetes tipo I. En mujeres (33), 27 correspondieron a Diabetes tipo II, 5 al tipo I y solo una a diabetes gestacional. El tiempo de evolución de la enfermedad fué en promedio de 9,29 años para la tipo II y de 8.62 años para la tipo I, siendo mayor la incidencia de la Diabetes no Insulino Dependiente entre los mayores de 60 años (48.6%) y la de la diabetes insulino dependiente entre los 45-60 años (8%). En el presente estudio se observa como el diagnóstico de diabetes mellitus se basa en gran parte por la presencia de síntomas asociados a la enfermedad y por chequeo médico rutinario. Dentro de las complicaciones de la diabetes insulino dependiente la más frecuente fué la retinopatía (24%) seguida de la neuropatía (14%), no así en la diabetes tipo II en la que la neuropatía representó el 15% y la retinopatía el 10%. En cuanto a la valoración peso-talla se observó que las mujeres tienden a mantener un peso superior al ideal, mientras los hombres tienden a mantener su peso dentro de límites normales.

COMPROMISO PULMONAR EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

Rodríguez K., Carrizosa E., Cadena D.
 Servicio de Medicina Interna. Hospital de San José, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Se revisan 40 necropsias de pacientes que fallecieron con Dx de Lupus Eritematoso Sistémico, 35 de sexo femenino y 5 de sexo masculino, edad promedio 27.7 años, analizando su aspecto pulmonar pre y post-mortem.

El Dx de ingreso fue: actividad lúpica 27.5%, insuficiencia respiratoria 15%, síndrome nefrótico 12.5%, endocarditis bacteriana 10%, uremia 10%, sepsis 10% y un caso de insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardíaca, anemia hemolítica, infección de tejidos blandos, colitis amibiana y trombosis arterial de MVI.

El Dx post-mortem fue: infección 50% estando en la mitad de los casos el foco primario en el pulmón, uremia 17.5% vasculitis 10% falla cardíaca 7.5%, y un caso de hemorragia pulmonar, choque hipovolémico, insuficiencia suprarrenal aguda y síndrome de reperfusión.

El análisis histopatológico desde el punto de vista pulmonar se encontró: neumonía 55%, derrame pleural 47.5%, hemorragia alveolar 37.5%, pleuritis 35%, edema pulmonar 22.5%, membrana hialina 17.5%, atelectasia 17.5%, vasculitis 7.5%, infarto pulmonar 5%, neumonitis intersticial 5% y fibrosis intersticial 2.5%.

CONCLUSIONES: 1- La causa de muerte en el Lupus Eritematoso hay que investigarla hoy día en órganos distintos al riñón. 2- No hay buena correlación entre los hallazgos patológicos y radiológicos, excepto en el derrame pleural. 3- La principal causa de muerte fue la infección pulmonar siendo el foco originado en el pulmón en un 50% de los casos. 4- Debe tenerse mayor atención a los problemas pulmonares como causa de muerte.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL DERRAME PLEURAL
 Sandoval J., Segura J., Tascon C., Tunjano A., Vargas S., Vargas R., Vargas G., Vega G., Yanine G., Zarate M., Pedraza O., Jauregui A.
 Área Clínicas Médicas Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada de Bogotá

El derrame pleural es una entidad de variada etiología, de fácil diagnóstico, aunque a pesar de ello puede pasar desapercibido al clínico quien prestaría más atención a la enfermedad de base que a sus posibles complicaciones. En el presente trabajo se estudiaron prospectivamente cuarenta y un pacientes adultos internados en el Hospital Militar Central de Bogotá, en un periodo de diez y seis semanas. Los grupos de edad de mayor incidencia fueron de dieciséis y veinticinco años y de sesenta y seis en adelante. La etiología más frecuente fue la insuficiencia congestiva sola o asociada a neumonía y tromboembolismo pulmonar. Los síntomas más frecuentes son disnea que varía de clase funcional I a IV, tos y expectoración y los signos más encontrados fueron alteración del murmullo vesicular, matidez, alteración del frotamiento vocal, disminución de la expansibilidad torácica, pectorilo - quía, estertores, ascitis y abombamiento del hemitorax comprometido.

VARIABLES HEMODINÁMICAS EN EL PRONOSTICO DEL ESTADO SEPTICO.

Rodríguez N., Chalem M., Jauregui A.
 Unidad de Cuidado Intensivo, Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina. - Bogotá.

Con el objeto de determinar, en el choque séptico, el valor pronóstico para sobrevivencia de los diferentes parámetros hemodinámicos, se analizaron 18 pacientes - que ingresaron entre el 01.01.89 y 31.12.89 a UCIM y en quienes se estableció el diagnóstico de choque séptico por la presencia de fiebre, hipotensión, evidencia de foco infeccioso y leucocitosis. Los pacientes fueron manejados según protocolo establecido en la Institución. Se estudiaron los siguientes índices hemodinámicos, obtenidos a las 0 horas, 48 y 72 horas: CI, SVRI, D02, C(a-v)02, V02, Ex02, Cv02. Se conformaron dos grupos de trabajo, uno integrado por 11 pacientes que fallecieron y el otro por 7 pacientes sobrevivientes. La edad promedio del grupo analizado fue de 41 años (16-85). La distribución por sexos mostró predominio del sexo masculino (10/8). Se analizaron todas las variables y se aplicó el método estadístico ANOVA (análisis de varianzas). Se encontró una pobre correlación - para CI, D02, C(a-v)02, SVRI y V02 ($p > 0.25$), observando cifras similares en el grupo de sobrevivientes. En relación con el ITVI se registraron datos significativos con un valor anormalmente bajo, en pacientes no sobrevivientes ($\bar{X} 2.9$) con $P < 0.05$ ($f=6.59$). La Ex02 - se encontró alta (superior al 30%) en pacientes que fallecieron, y normal en pacientes sobrevivientes - ($P < 0.05$, $f=5.83$). La Cv02 estuvo siempre baja en los pacientes que fallecieron ($\bar{X} 9.68$) y normal en el otro grupo ($P < 0.005$, $f=16.73$). Se concluye que los índices que mejor podrían determinar el pronóstico a corto - plazo de los pacientes sépticos son, Cv02, el ITVI, - datos que concuerdan con hallazgos ya publicados. Llama la atención la Ex02 alta como dato de importancia - en relación con pronóstico.

121

DETERIORO DE LA FUNCION HEPATICA COMO PRONOSTICO EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO.

Oliver A., Velásquez J., Burgos E., Jauregui A.
Unidad de Cuidado Intensivo Médico, Dpto. Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

El síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) es reconocido por comprometer diversos sistemas extrapulmonares y por su elevada mortalidad mayor del 60%. Se realizó un estudio prospectivo-descriptivo tomando pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo Médico del Hospital Militar Central entre 01.89 y 11.89 que presentaron infiltrados pulmonares, PaO₂/P₅₀O₂ menor de 200 con PEEP y una P_{CM}P menor de 18. Fueron excluidos aquellos pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, abuso de alcohol o hepatopatías previas. Se les determinó aminotransferasas, bilirrubinas totales y fosfatasa alcalina por espacio de 30 días y la supervivencia fue definida a partir del tercer día después de iniciado el estudio. Se incluyeron así 17 pacientes con SDRA de los cuales fallecieron 13 (76.5%) y sobrevivieron 4 (23.5%); la edad promedio fue de 41 y de 21 años respectivamente. Analizando factores predisponentes: trauma, postoperatorio, enfermedades del SNC y sepsis. Este último englobó el mayor porcentaje como causa de SDRA (58%). Observando el viraje de la SGOT se encontró que el valor medio para los que sobrevivieron fue de 65.7 U/lt y para los que murieron fue de 87.5 u/lt. Para la Fosfatasa Alcalina y las Bilirrubinas totales, el valor medio para los que fallecieron fue de 246 UI y 3.5 mg% respectivamente; valores estos superiores a los del grupo que sobrevivió de 220 UI y 2.08 mg%. (VN: F. Alcalina: hasta 85 UI, SGOT: 6-8 u/lt, Bilirrubinas totales hasta 1.2 mg%). De acuerdo a lo expuesto anteriormente podemos determinar que la disfunción hepática puede estar asociada al desarrollo de daño pulmonar o agravamiento de éste; así como una Función Hepática intacta condiciona un importante factor predictivo en la preservación de la respuesta sistémica y supervivencia del paciente.

123

EVALUACION DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE LA POBLACION GERIATRICA EN UNA INSTITUCION DE SALUD.

Chalem M., Rodríguez N.
Servicio de Medicina Interna, Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

El envejecimiento de la población es un hecho reconocido en los países desarrollados; los países del tercer mundo no escapan a este fenómeno. Es por ello que la geriatría, especialidad nueva en nuestro medio, cobra cada día mayor importancia. Como objetivo inicial dentro de un protocolo de evaluación multidimensional del paciente anciano, analizamos las estadísticas de la década de 1980 para determinar las características de la población hospitalizada. Clasificamos al paciente geriátrico en tres grupos según el rango de edad: entre 65 y 74 años, entre 74 y 85 y mayores de 85. Como hallazgo de importancia notamos un incremento en la proporción de individuos mayores de 65 años hospitalizados, fluctuando ésta entre 9.1% en 1980 y 14% en 1989, con una distribución de sexos de 60% y 40% respectivamente para hombres y mujeres sin variación a lo largo de la década. Durante este período fue el servicio de Medicina Interna el que más pacientes geriátricos hospitalizó; el porcentaje de hospitalizados en los servicios médicos correspondió a un 30 a 50% en cada uno de los grupos etáreos considerados.

Determinados, a partir del análisis de los diagnósticos, la importancia de las enfermedades cardiovasculares como causa de mortalidad correspondiendo a un 13% de los diagnósticos. Así mismo la patología tumoral tuvo una importancia relevante en especial para el primer grupo (65 a 74 años).

Es indudable que el médico y en especial el internista se ve enfrentado cada vez más al anciano y sus enfermedades. Es imperativo por lo tanto crear estrategias para cubrir la demanda creciente de atención médica por parte de este grupo particular de pacientes

122

LA TERCERA EDAD: COMPLEJO SINDROMATICO EN UNA POBLACION CAUTIVA
Marín C., Guzmán A., Hernández O., Hoyos M., Jaramillo N., Jiménez C., León R., Martínez L., Mateus L., Mejía G., Morales G., Osorno L., Jauregui A.
Area Clínicas Médicas Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada de Bogotá

Considerando el incremento de la población mayor de 60 años y las diferentes manifestaciones clínicas entre jóvenes y ancianos, se realizó el presente estudio. Se seleccionaron 110 pacientes en Medicina Interna del Hospital Militar Central, cuyo rango de edad fue de 60 a 90 años, durante 3 meses, con quienes se elaboraron historias clínicas. Se encontró que la mayoría (31.81%) comprendía las edades entre 65-69 años, difiriendo para Diabetes Mellitus (60-64) y para Cardiopatía Isquémica (75-79). Predominaron el sexo masculino, la raza blanca y el biotipo pícnico. Los síntomas más frecuentes fueron: Disminución de la agudeza visual (70.90%), disnea (60%), astenia (50.90%), cefalea (48.80%) y trastornos del sueño (43.63%). Las patologías de mayor incidencia: Hipertensión Arterial (49.09%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (20%) e Insuficiencia Cardíaca Congestiva (20%). Hubo concordancia con la bibliografía revisada en la incidencia de signos y síntomas de la mayoría de entidades estudiadas. El 53% confirmaron la presencia de varias patologías relacionadas entre sí o con sus secuelas; el 83% sufrieron 2 episodios de Accidente Cerebrovascular, dejando pendiente un replanteamiento de la atención médica hacia la tercera edad.

124

ANALISIS DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN CUIDADO INTENSIVO MEDICO.

Jauregui A., Lecompte L.
Unidad de Cuidado Intensivo Médico, Dpto. Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

La infección nosocomial incide en el aumento de costos estancias y morbilidad hospitalaria. La infección respiratoria ocupa el primer lugar como causa de morbilidad en las Unidades de Cuidado Intensivo principalmente debido al uso de técnicas de soporte ventilatorio, en pacientes críticamente enfermos sometidos a diversidad de procedimientos invasivos. En este estudio se determinan los factores de riesgo predisponentes al desarrollo de este tipo de infecciones en ICIM y su influencia en el pronóstico y la estancia hospitalaria. Se tomaron pacientes que ingresaron a UCIM entre 01.06.89 y 30.11.89 con IR evidente por cambios en cantidad y aspecto del esputo, fiebre y aparición de infiltrados pulmonares nuevos 48 horas después de su admisión, con un grupo control los pacientes que egresaron después de 72 horas y que no desarrollaron infección respiratoria. En 325 egresos se diagnosticaron 24 neumonías nosocomiales en pacientes con X de edad de 45 años (+21 años) 16 (66%) y 8 mujeres (33%). La etiología más frecuente fue polimicrobiana (enterobacteriaceas y S.aureus) en un 25%, siguiendo K.pneumoniae, P.aeruginosa y E.coli. Se analizaron antecedentes de tabaquismo, EPOC, depresión de conciencia y cirugía toracoabdominal encontrándose que ésta última predisponía 3 veces más al desarrollo de neumonías con respecto al grupo control. El uso de antibióticos previos, la intubación endotraqueal y la presencia de sonda nasogástrica duplicaban la probabilidad de neumonías, y si estaban presentes los tres factores juntos, existía 17 veces mayor probabilidad de desarrollar neumonía. La mortalidad fue del 37.53%. - 12.5% en el grupo control. La estancia hospitalaria se aumentó en 14 días con respecto al grupo de control. La cirugía toracoabdominal, uso de antibióticos previos, intubación endotraqueal y sonda nasogástrica son factores contribuyentes en la I.R y ésta aumenta la mortalidad y los costos de la estancia hospitalaria

FALLA MULTISISTEMICA: DESARROLLO DE UN MODELO DE PREDICCIÓN MULTIVARIABLE.

Maldonado J.D, Henao F.J, Dennis R, Alvarado J, Casas A, Jiménez M.F, Rugeles S.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinación del valor predictivo de la actividad metabólica definida por el consumo de oxígeno (VO2) y otras variables clínicas y fisiológicas en el desarrollo de falla multisistémica (FMS).

DISEÑO: Estudio prospectivo de cohortes.

POBLACION DE ESTUDIO: 119 pacientes mayores de 15 años que ingresaron al servicio de Urgencias o a la UCI Hospital San Ignacio por cuadro clínico considerado crítico por el médico tratante o para cirugía mayor electiva.

MEDICACIONES Y RESULTADOS: De los 119 pacientes estudiados 29 desarrollaron FMS, 21 de los cuales fallecieron. De 43 variables estudiadas encontramos que tuvieron valor predictivo las siguientes: historia de hipertensión arterial ($p < 0.003$); antecedente de cirugía previa ($p < 0.0002$); taquicardia ($p < 0.00001$); signos clínicos de deshidratación ($p < 0.005$); paO_2/PAO_2 ($p < 0.0007$); leucocitosis ($p < 0.009$); neutrofilia ($p < 0.008$); disminución del HCO_3 art. ($p < 0.05$) y disminución de la PvO_2 ($p < 0.08$). El VO_2 no tuvo valor predictivo.

COMENTARIOS: Hubo un número significativo de FMS lo cual indica la severidad clínica de los pacientes estudiados (24%). Dentro de esta población los antecedentes de enfermedad vascular, cirugía previa, los signos de deshidratación con taquicardia, leucocitosis con neutrofilia (sugestiva de inflamación o infección severa), alteración del intercambio gaseoso, hipoxia tisular y acidosis metabólica indican una alta probabilidad de desarrollar FMS. Su determinación puede utilizarse para la predicción temprana de la evolución o mejor aun de la conveniencia de una intervención terapéutica intensiva precoz.

ES LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD ESTIMADA POR EL APACHE II Y EL MPM MEJOR QUE LA DE LOS MEDICOS ?

R.Dennis, A.Casas, A.Brainsky, M.Urina, H.Caballero. Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

La estimación imprecisa y subjetiva que hacen los médicos con respecto a la probabilidad de muerte de los pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), ha hecho que se recurra al apoyo de Patrones Multivariados para predecir mortalidad. Sin embargo, estos deben validarse en los sitios en donde se vayan a utilizar, y compararse contra la predicción hecha por los médicos que habrían de aplicarlos a diario.

Por este motivo, decidimos llevar a cabo un estudio observacional analítico para: 1) Validar dos patrones, el APACHE II y el MORTALITY PREDICTION MODEL (MPM) en nuestro hospital; 2) Evaluar el poder predictivo (capacidad de calcular probabilidad de muerte comparado contra la prevalencia de muerte), y discriminativo (capacidad de separar pacientes con pronóstico bueno y malo), de los médicos que laboran en una UCI, y 3) Comparar la capacidad de predicción de los modelos con la de los médicos.

Un total de 330 pacientes fueron captados durante 21 meses a su ingreso a UCI y seguidos hasta determinar su sobrevida o muerte intrahospitalaria. Al ingreso, se cuantificó la probabilidad de muerte de cada paciente, asignada por los dos modelos y los médicos, en forma ciega.

Los resultados muestran que ambos modelos perdieron capacidad discriminativa con respecto a otros países, y la bondad de su predicción no fue satisfactoria, aunque el APACHE II, por encima de 70% de probabilidad de muerte (puntaje mayor de 30), fue 100% específico. Los médicos mostraron mejor capacidad discriminativa, pero su habilidad predictiva tampoco fue adecuada, por sobreestimación del riesgo de muerte.

En conclusión, ninguno de los dos modelos (APACHE II Y MPM) validaron adecuadamente en nuestro centro para ser utilizados en la toma diaria de decisiones en la UCI, y aunque los médicos discriminaron mejor, su inexacta capacidad de predicción sugiere la necesidad de persistir en el desarrollo y validación de modelos que permitan ayudarlos a tomar decisiones en forma más objetiva y segura.