

101

SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP) EN COLOMBIA. Anaya, J-M.¹, Mantilla R.D.², Forero C.¹, Latorre M.C.³, Rueda J.⁴, Caballero-Urbe CV.⁵, Muñoz Y.³, Perez A.³, Restrepo S.¹, Cerón CE.⁶, Egea E.⁵, ¹ Unidad de Reumatología, CIB, Medellín; ² CAYRE y ³ Hospital San Ignacio, Bogotá; ⁴ Fundación Valle de Lili, Cali; ⁵ UniNorte, Barranquilla; ⁶ ISS, Medellín.

Objetivo: Describir las características clínicas del SSP en pacientes mestizos Colombianos, y evaluar la seroprevalencia de anticuerpos anti-HTLV-I en estos pacientes. **Métodos:** Este es un estudio transversal, observacional y multicéntrico. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo a los criterios Europeos (Vitali y col. A/R 1993;36:340). Se utilizó un registro que involucró variables demográficas, clínicas y biológicas. Los anticuerpos anti-HTLV-I fueron determinados por aglutinación de partículas de gelatina (Serodia-HTLV-I, Japón). Se compararon los resultados con series previamente reportadas e indexadas en el MEDLINE.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes mujeres. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue 44 ± 1.5 años (extremos: 16-74) y la duración promedio fue 5.7 ± 0.6 años (0.5-26). Los síntomas secos (xerofthalmia y xerostomía) revelaron el SSP en el 57% de los pacientes, la parotidomegalia bilateral en el 10%, y una manifestación sistémica (MS) en el 33%, siendo las poliartralgias la causa más frecuente (50%). El 94% de los pacientes presentaron MS durante el curso de la enfermedad (Tabla), las cuales fueron independientes de la edad y el tiempo de evolución del SSP. Se observaron anticuerpos antinucleares en el 85% de los pacientes, anti-Ro en el 43%, anti-La en el 33% y factor reumatoideo en el 52%. El estudio aleatorizado de 33 pacientes reveló la ausencia de anticuerpos anti-HTLV-I en todos los casos. Se observó co-morbilidad en el 38%, siendo la hipertensión arterial (14%) y la fibromialgia (10%) las más frecuentes. Se registró un antecedente de aborto espontáneo en el 33% de los pacientes. Nuestros resultados fueron similares a 14 series de pacientes de diferentes países revisadas.

Conclusión: La expresión clínica y de autoanticuerpos del SSP es independiente del área geográfica, de la etnia y de la edad. Las MS son frecuentes y pueden ser inaugurales e independientes de la evolución. La etiología del SSP en estos pacientes no estaba relacionada con la infección

102

SINDROME FEBRIL PROLONGADO: RETO DIAGNOSTICO VASCULITIS URTICARIANA: a propósito de tres casos.

Guzmán M. R., Delgado C., Roa G

Departamento de Medicina Interna y Reumatología. Hospital el Guavio y Centro Internacional de Reumatología y Medicina Interna. Santa Fé de Bogotá.

La Vasculitis Urticariana (VU) es un síndrome caracterizado por lesiones urticariformes de más de 24 horas de duración, recurrentes, con aspectos histológicos pleomórficos describiéndose vasculitis necrotizante leucocitoclástica en la mayoría de los casos asociadas a manifestaciones sistémicas donde predominan las mialgias y las artralgias. Previamente habíamos informado un caso de VU presentándose como Síndrome febril prolongado (SFP); ahora informamos tres casos de VU cuya manifestación inicial cumplió criterios para SFP y el Dx definitivo de la enfermedad se hizo por exclusión luego de agotar abundantes recursos Dx y descartar patologías más comunes.

Caso 1: paciente de 38 años, masculino, erupción urticariforme en tronco y extremidades, fiebre alta de 10 semanas de evolución, artralgias, diaforesis, adenopatías y pérdida de peso. El CH con leucocitosis importante, neutrofilia, aumento de VSG. Resto estudios negativos. (incluyen aspirado medular, Bx MO y Laparotomía exploratoria). Biopsia de piel: Vasculitis linfocítica. IFI -

Caso 2: Paciente de 31 años, masculino, con mialgias, artralgias, adenopatías, pérdida de peso, rash urticariforme evanescente en tórax y muslos, fiebre de dos semanas de evolución, leucocitosis marcada, neutrofilia y aumento de VSG. Estudios negativos, incluyendo aspirado medular y BxMO. Biopsia de piel con vasculitis linfocítica, infiltrado de pmm perivascular.

Caso 3: Mujer de 34 años, tres meses de evolución de rash urticariforme en cuello, tórax y glúteos asociado a fiebre alta, continua, malestar general, poliartralgias, adenopatías y vasculitis palmar. Con leucocitosis, neutrofilia y aumento de la VSG. Estudios negativos incluyendo Bx ganglionar, gamagrafía ósea. Biopsia piel: Vasculitis de pequeños vasos con infiltrado mixto de linfocitos y pmn, engrosamiento de la pared con hiperplasia endotelial.

Los tres casos se presentaron en personas jóvenes con compromiso multisistémico. Los estudios serológicos para virus, hongos, inmunológicos, hematológicos, de imágenes e invasivos fueron negativos. La Biopsia de piel constituyó el pilar Dx definitivo. El tto se hizo con antiHI y metilprednisolona a bajas dosis con excelente respuesta. Hasta ahora ninguno ha evolucionado a otra enfermedad. Recomendamos sospechar Vasculitis Urticariana en pacientes con Síndrome Febril Prolongado asociado a compromiso multisistémico y lesiones de piel. Hace parte de las enfermedades del tejido conectivo responsable del SFP.

103

RELACION MICROALBUMINURIA - ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN HIPERTENSION ESENCIAL. ISS. MEDELLIN. 1995.

Lopez M. I. J., Mejía R. J. H., Sarmiento S. J. R., Uribe M. J. D., Uribe Z. J. H., Vargas G. F. I., Villegas P. A.

La microalbuminuria (MA), es infrecuente en la población general y está relacionada con edad, presión arterial y factores de riesgo cardiovascular, pudiendo reflejar la presencia de enfermedad cardiovascular establecida.

Este estudio pretende determinar la asociación entre MA y enfermedad arterial coronaria (EAC) en hipertensión arterial (HTA) esencial y establecer si la MA es factor predictivo para EAC.

Se tomaron 68 pacientes con HTA en estadios uno y dos, divididos en dos grupos, 35 pacientes con EAC y 33 sin EAC. Se consideró como EAC, infarto del miocardio (IM) antiguo y angina, evidenciados por interrogatorio, historia clínica, terapia vasodilatadora y/o exámenes paraclínicos. Se determinó la excreción de albúmina en orina nocturna de 10 horas, en dos muestras con intervalo de ocho días, mediante inmunotubidimetría, considerando valores entre 20-200mg/24h (previa conversión de valores de orina de 10 horas a orina de 24 horas), de alto riesgo para sufrir EAC.

Fueron excluidos pacientes con HTA secundaria, HTA en estadios tres o cuatro y alteración en la función renal por enfermedades sistémicas o consumo de drogas.

Once pacientes (16.1%), tuvieron microalbuminuria mayor o igual a 20 mg/24h., de éstos, 7 (10.2%) tenían EAC y 4 (5.8%), no tenían.

No se encontró en este estudio asociación estadísticamente significativa entre EAC, HTA y microalbuminuria. Tampoco se halló relación entre microalbuminuria y el tipo de tratamiento antihipertensivo utilizado.

104

VALIDACION DE LA ESCALA DE SIRIRAJ EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE BOGOTA D. C.

Gómez M. A., Bermúdez J. J., Pérez A., Posso H. Unidad de Medicina Interna Integral. Hospital San Juan de Dios. Departamento de Medicina Interna. Universidad Nacional de Colombia. Santa Fé de Bogotá. Colombia.

Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), de la escala del Hospital Siriraj (Thailandia) en los pacientes que consultan al servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios (HSJD) de Santa Fé de Bogotá con eventos cerebrovasculares supratentoriales agudos. Realizamos un estudio descriptivo, comparativo, prospectivo, para validar una prueba diagnóstica en el HSJD, los pacientes que ingresaron al estudio fueron todos aquellos que consultaron entre enero de 1995 y enero de 1996 al servicio de Urgencias del HSJD con Enfermedad Cerebrovascular (ECV) Supratentorial Aguda, a todo paciente se le aplicó 13 parámetros para diferenciar el tipo de ECV, publicados en la descripción original de la escala, a cada paciente se le calculó el puntaje de la escala utilizando la fórmula del trabajo original = $(2.5 \times \text{Nivel de Conciencia}) + (2 \times \text{Cefalea}) + (2 \times \text{Vómito}) + (0.1 \times \text{P A Diastólica}) - (3 \times \text{Nivel de Ateromatosis}) - 12$, un resultado de ≤ -1 es una ECV isquémica; $> +1$ es ECV hemorrágica y entre -1 y $+1$ es interpretado como equivoco no permite hacer diagnóstico. EN el paciente cuyo déficit neurológico persistiera más de 24 horas se le tomó una TAC cerebral simple, luego los dos exámenes se confrontaron. Un total de 217 pacientes fueron evaluados, se excluyeron 19 pacientes del análisis, por no cumplir los criterios de ingreso, de los 198 pacientes que ingresaron al estudio; 100 pacientes tuvieron un reporte de la TAC (Gold estándar) de ECV isquémica, de estos 92 fueron diagnosticados por la escala, 6 fueron interpretados como equivoco y en sólo dos se hizo un diagnóstico erróneo de ECV hemorrágica para una sensibilidad del test de 97.7%, especificidad de 100%, VPP de 100% y VPN de 97.7%; los otros 98 pacientes tuvieron un reporte por TAC de ECV hemorrágica de estos, 85 fueron diagnosticados por la escala, 13 fueron interpretado como equivoco y ningún paciente fue interpretado como isquémico para una sensibilidad del test de 100%, especificidad del 97.7%, VPP 97.7% y un VPN de 100%. Como podemos ver en sólo 19 pacientes (9.6%) la escala no logró diferenciar el tipo de ECV obligando la realización de la TAC, para una precisión global del test de 89.4%. Por lo anterior, recomendamos la implementación sistemática de la escala de Siriraj en el servicio de urgencias de todos los Hospitales de nuestro país especialmente donde no se disponga las 24 horas del día de la TAC cerebral, no sólo para llegar a un diagnóstico acertado del tipo de ECV y para racionalizar su uso sino como una guía para tomar una conducta terapéutica inmediata y de gran confiabilidad.

INCIDENCIA DE INTOXICACIONES HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**ENERO 1993 - DICIEMBRE 1995.**

OSCAR N. DELGADO y **ALEXANDER MEDINA**, Departamento de Medicina Interna, Sección de Urgencias, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Universitario del Valle, durante tres años (1993 a 1995), con el fin de determinar la frecuencia de pacientes intoxicados, el tóxico más utilizado, las edades, el sexo más afectado, la procedencia, los factores causales y/o asociados a la mortalidad y el impacto económico que representan los mismos.

Se recogieron 279 casos de pacientes en el Servicio de Medicina Interna, todos mayores de 14 años, en quienes se evaluaron las variables descritas. También se evaluó riesgo suicida potencial mediante entrevista psiquiátrica formal. La incidencia de intoxicaciones es del 12% por mes con mortalidad del 2%, lo cual representa el 5% de las consultas totales al servicio de urgencias medicina interna por año.

El tóxico más comúnmente utilizado fue organofosforados (80%), los accidentes ofídicos solo representaron el 2%, el sexo más afectado fue el femenino (85%), la edad más afectada (mediana) 24 años, las horas de mayor potencial de intoxicación fueron las 10 y 12 pm, siendo el día más elegido el viernes, el factor precipitante más común problemas familiares (85%), la asociación con la ingesta de licor fue del 83%, la frecuencia de intoxicaciones previas así como la utilización de sustancias múltiples fue del 5%, y el costo económico total de una hospitalización por intoxicación fue de 83.000 pesos.

UTILIDAD DEL CITOQUÍMICO DE ORINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Franco G. Borja M. C. Carrillo S. M. Facultad de Medicina Instituto de Ciencias de la Salud-CES-Medellín-Colombia.

Objetivo: Determinar si el resultado del citoquímico de orina ordenado por el Servicio de Urgencias, es tenido en cuenta para la toma de conductas en el manejo inicial del paciente que ingresan por este Servicio y es hospitalizado en cualquiera de las especialidades.

Diseño: Estudio aplicado, retrospectivo, observacional descriptivo.

Sitio de Estudio: Hospital General de Medellín.

Materiales y Métodos: Se eligieron aleatoriamente los pacientes que consultaron al servicio de urgencias del Hospital General de Medellín y permanecieron hospitalizados o en observación por un periodo mayor a 24 horas, con edades comprendidas entre 18 y 80 años. Se revisaron las historias de estos pacientes para verificar orden de citoquímico de orina, (C. de O.), realización de este examen, alusión en la historia de sus hallazgos y conducta terapéutica determinada por los hallazgos en el citoquímico de orina.

Resultados: Se revisaron 157 historias clínicas de pacientes que cumplieran con los requisitos de ingreso, encontrándose 82 mujeres y 75 hombres. Se realizaron 78 exámenes; 63 de ellos (80.7%) con orden médica escrita y 15 (19.3%) sin esta. De los citoquímicos ordenados (83), 48 estaban alterados (78.2%). De los citoquímicos sin orden escrita (15), tenían alteraciones 12 (80%). De los 80 citoquímicos alterados se hizo alusión en la historia en 41 de ellos (88.3%) y en 37 historias (81.8%) hubo influencia en el tratamiento. En 33 de ellas (55%) iniciaron fármaco (s), en 4 (6.8%) sustituyeron el (s) fármaco (s), en 1 (1.8%) suspendieron fármaco (s) y en 10 pacientes (16.8%) iniciaron una dieta específica. En 18 casos los resultados del C de O fueron normales y se encontró alusión en la historia en 10 de ellos (55.5%).

Conclusiones: Al realizar este estudio quisimos determinar si el C. de O. se había convertido en simple examen de rutina, que se ordenaba, no se evaluaba, y no determinaba ninguna conducta terapéutica. Pero los hallazgos de este estudio nos demuestran, que el C. de O., sigue utilizándose como un método de apoyo diagnóstico, ya que los C. de O. ordenados, 78.2% estaban alterados lo que sugiere que había una patología que estaba indicando su uso. Otro hallazgo llamativo fue que en 81.2% de los C. de O. ordenados se tomó alguna conducta terapéutica basada en los hallazgos. Este estudio refuerza, aún más, que el ejercicio médico en nuestro medio es aún racional y guiado por los hallazgos clínicos.

VALORES DE REFERENCIA DE LA EXCRECIÓN DE ÁCIDO CÍTRICO EN LA ORINA EN LA POBLACIÓN DE MEDELLÍN.

Gallo, L.V., Villegas, I. Medellín, Colombia, 1994.

El propósito del estudio es estandarizar la técnica para la medición de ácido cítrico en orina basada en el uso de la citrato líaza, la cual no ha sido adaptada ni evaluada aún en nuestros laboratorios por desconocimiento de la técnica, y determinar los valores de referencia para la población adulta.

Se describen los resultados de los valores de referencia de la excreción de ácido cítrico en orina de 300 personas entre 18 y 56 años, de marzo a junio de 1994 en Medellín, Colombia.

Todas las personas tenían diagnóstico de adultos sanos por examen médico general.

El ensayo se realizó mediante el método enzimático de la citrato líaza un citoquímico se hizo en todas las muestras de orina.

Los valores hallados fueron ácido cítrico = 495 mg/L con un rango de 122 - 1154 mg/L.

Se incluyeron en el presente estudio que la medición de ácido cítrico es una prueba química sencilla, reproducible y económica. El intervalo de valores como referencia en la interpretación de la prueba.

Palabras claves: ácido cítrico, citrato líaza, intervalos de referencia.

EL TIEMPO IDEAL PARA UNA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL.

OSORNO L. Facultad de Medicina, Área Clínica, Escuela Colombiana de Medicina, Colaboración: Departamento de Educación e Investigación, Clínica San Pedro Claver, Santafé de Bogotá.

El trabajo pretende estimar los tiempos promedio que los médicos consideran ideal para una consulta de medicina general y comparar con el tiempo institucionalizado para esta actividad. La ley 100 en su cap. I, art. 153, Fundamentos del Servicio Público habla de "2. Obligatoriedad" de afiliación al sistema y de "4. Libre escogencia" entre las Empresas Promotoras de Salud y la Instituciones Prestadoras de Servicios: Se restringe así la libertad del derecho... y la libre elección del médico? La práctica mundial de la medicina está regulada de tal forma que se establece una relación médico-problema y no una relación médico-paciente (Campero, 1990). Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo exploratorio con la modalidad de encuesta, aplicada en la Clínica San Pedro Claver, ISS. Se tomaron 370 médicos que conforman el universo de estos profesionales vinculados a la institución. El cuestionario desarrollado fue validado previamente y pretendía evaluar el tiempo considerado necesario para la consulta médica, discriminando las fases de interrogatorio, examen físico impresión diagnóstica, ayudas paraclínicas e información de manejo y prevención.

El tiempo ideal promedio para una consulta en medicina general de acuerdo con la encuesta de opinión es de 40.8 minutos. Desviación estandar: 12.8. El tiempo ideal promedio para el interrogatorio es de 9.5', para el examen físico de 11.8', para la impresión diagnóstica de 6.1', para las ayudas paraclínicas de 4.6', para la educación al paciente durante la consulta o para la lectura del médico de 9.2'. Obteniendo como conclusión importante que se debe ampliar el tiempo de consulta a 40 minutos, ya que en la práctica es insuficiente, al analizar la necesidad de un buen interrogatorio, examen físico, consignación de datos en la historia clínica, ordenes médicas y educación al paciente en forma personalizada. Aun sería interesante contrastar con la opinión de los pacientes en estos mismos aspectos.

109

FRECUENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN

Enriquez J., Arteaga H., Benavides J., Bravo L., Delgado M., Henao M., Idárraga E., Ledezma C., López J., Llantén C.

Departamento de Medicina Interna. Unidad de Nefrología. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca.

De una población hospitalizada de 2.326 pacientes durante un periodo de 12 semanas, se analizaron 663 pacientes con criterios de inclusión para el estudio frecuencia de Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.).

Objetivo: conocer la frecuencia de I.R.C. en el Hospital Universitario San José de Popayán.

Diseño: estudio epidemiológico prospectivo.

Sitio del estudio: Hospital Universitario San José de Popayán.

Pacientes: Se evaluaron 663 pacientes con criterios de inclusión (pruebas de función renal y hospitalización mayor de 24 horas), equivalente al 28.5% de la población hospitalizada, en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Urgencias y Pensión durante tres meses (Enero 15 - Abril 15 de 1.995).

Resultados: de 663 pacientes, presentaron I.R.C. 22 pacientes (3.3%), distribuidos así: 45% hombres y 55% mujeres. Según edad, 1 - 14 años el 4.5%, 15 - 44 años el 45.5% y 45 y más años el 50%.

Según servicios, en orden descendente: Medicina Interna (73%), Pensión (13.5%), Cirugía (4.5%), Pediatría (4.5%), Urgencias (4.5%), en Gineco-Obstetricia no se presentaron casos. Según etiología, en orden descendente se encontró: glomerulopatía crónica primaria (31.8%), Nefropatía Diabética (18.3%), Nefritis lúpica (18.3%), Nefropatía Obstrucciona (9%), TBC renal (9%), HTA (9%) y Nefritis Intersticial crónica (4.6%). La tasa de letalidad registrada fue de 18.2%.

Conclusiones: la frecuencia de I.R.C. encontrada en el Hospital Universitario San José de Popayán es de 3.3%, siendo la principal causa las glomerulopatías crónicas.

110

ASPECTOS SOCIO FAMILIARES EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC). Dueñas Aluma Luz Mery. Trabajadora Social. Grupo de Trasplantes Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paul. Medellín, Colombia.

La familia sistema de constantes cambios y evolución tiene diferentes etapas: crisis, esperanza, voluntad, finalidad, competencia, sabiduría, que se ajustan a los problemas de Salud, entendiéndolas, como un proceso consecuente de hechos biológicos, sociales y psicológicos. La experiencia laboral permite definirlos, conforme al proceso social en personas con IRC que al conocer su Dx inicia un deterioro no solamente físico, sino también social y familiar, al cual se le debe brindar atención interdisciplinaria, manejo integral, para su recuperación. Este trabajo analiza Ptes. en HD-CAPD, tomando como referencia la atención en 1995. Consultaron 567 en modalidades de intervención de T.Social, 40% hombres, en quienes se observa como crisis principal deterioro en las relaciones sexuales, cambio de roles familiares y limitaciones físicas para cumplir sus obligaciones laborales. En mujeres, su crisis principal radica en su imagen física, corporal y las limitaciones para el cumplimiento de funciones como novia, madre y esposa. En ambos grupos se nota la disfunción de sus relaciones sociales. La solución a estos problemas se logra a través de terapia de intervención, con cambios en relaciones intrafamiliares, tareas a ejecutar, realizando visitas a empresas donde laboran, y a las casas para observar la dinámica familiar, motivando a una nueva concepción de vida familiar y personal. Lo anterior lleva a comprender los estados de insatisfacción-satisfacción sociofamiliar que permite a un equipo interdisciplinario entender mejor las condiciones no biológicas del paciente y de su entorno, ayudando a proyectar y crear programas de atención conjuntamente con la clínica concluyendo que lo que hace diferente unos de otros son las actitudes y la forma como manejen las relaciones derivadas del proceso a partir del diagnóstico definitivo.

111

NIVELES DE BETA 2 MICROGLOBULINA EN HEMODIALISIS: 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Enriquez J., Mejía J., Ordoñez A.

Departamento de Medicina Interna, Unidad de Nefrología, Hospital Universitario San José de Popayán, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

En humanos normales, la Beta 2 Microglobulina (B2-M), es filtrada por los glomerulos y degradada por los túbulos, pero los niveles séricos son incrementados en pacientes con enfermedad renal en estado terminal.

Objetivo: medir niveles de B2-M en pacientes con hemodiálisis crónica. Se aplicó como prueba de significancia la t de "Student".

Diseño: estudio prospectivo.

Sitio del estudio: Unidad Renal del Hospital Universitario San José de Popayán.

Pacientes: se analiza 44 pacientes con enfermedad renal estado terminal, en hemodiálisis crónica, entre 1 a 5 años de tratamiento, 64% hombres y 36% mujeres, edad promedio de 45 años con un rango de 16 a 77 años.

Mediciones: niveles de B2-M (IMx-MEIA) fueron determinadas cada 6 meses.

Resultados: el promedio de B2-M en 44 pacientes fue de 32.83 ± 12.74 mg/l y la mediana de 32.19 mg/l. De acuerdo al tiempo en hemodiálisis crónica, los 44 pacientes fueron distribuidos anualmente: 1 año (34%) con un promedio de B2-M de 28 mg/l, 2 años (22%) con un promedio de B2-M de 36.36 mg/l, 3 años (12%) con un promedio de B2-M de 33.83 mg/l, 4 años (16%) con un promedio de B2-M de 24.70 mg/l y 5 años (16%) con un promedio de B2-M de 44.49 mg/l. Los niveles de B2-M en el grupo de 5 años fue mayor que en el grupo de 1 año ($t=3.88$, $p<0.001$).

Conclusiones: los niveles de B2-M en 44 pacientes en hemodiálisis crónica, fue en promedio 32.83 ± 12.74 mg/l. Los niveles incrementan principalmente a los 5 años.

112

15 AÑOS DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA (CAPD) : EVALUACION DE UN PROGRAMA

Henao JE., Mejía G., Arango JL., García A., Arroyave L., Arbeláez M. Sección de Nefrología, Universidad de Antioquia y Hospital San Vicente de Paul. Medellín, Colombia.

Objetivo: Reportar la experiencia de un programa de CAPD a lo largo de 15 años. **Diseño:** Retrospectivo. **Población:** Entre 1981 y 1996 ingresaron a terapia con CAPD 403 pacientes. El 56.3% fueron sexo masculino, 65.2% eran <45 años y 12.2% > 60 años. Se implantaron un total de 467 catéteres (1.16 catéteres/pac). Las causas de IRC fueron: desconocida 25.8%, glomerulonefritis 19.1%, diabetes 14.9%, rechazo de trasplante 13.2%, hipertensión 7.4%, LES 5%, otros 14.3%.

Resultados: Las causas de salida del método fueron: trasplante 38%, regreso a hemodiálisis 13.9%, muerte 10.9%, traslado 5.2%, desvinculación 4.5%, otros 1.7%. Continúan activos en CAPD 25.8%. Las causas de retiro del catéter fueron: infección del túnel 5.8%, peritonitis 17.1%, obstrucción 0.9%, hernias 0.6%, fuga del líquido 2.4%. Fue necesario realizar cirugías correctivas en 62 pac (15.4%). El 51.6% de los pac no presentó complicaciones del catéter. La peritonitis fue la principal complicación y hubo 779 casos (35.7% de los pac no la desarrollaron), 23.8% tuvieron un episodio y 6%, más de 7. En el 88.7% de los casos la infección se curó, y en el 0.9% fue mortal. Hubo recaída en 4%. Las causas de regreso a hemodiálisis (56 casos) fueron: peritonitis refractaria 64.3%, no adaptación al método 8.9%, falla de la membrana 7.1%, técnica deficiente 5.4%. Fallecieron 44 pac (10.9%) y las causas fueron: muerte súbita 12, infarto miocárdico 8, peritonitis 7, enfermedad cerebro-vascular 3, sepsis 3, ICC 2, otros 9. La supervivencia actuarial de los pacientes fue: 96, 91, 86, 84, 72, 70 y 60%; y la del método fue: 91, 84, 78, 74, 71, 62, 56 y 46%, de 1 a 7 años respectivamente.

Conclusión: Nuestras cifras de supervivencia y complicaciones son comparables a las de otras series. Los resultados validan nuevamente la CAPD como una excelente forma de terapia de remplazo renal.

GLOMERULONEFRITIS POST-TRASPLANTE RENAL

Arbeláez M, Mejía G, Henao JE, Arango JL, García A, Arroyave I, Velázquez A, Builes M. Universidad de Antioquia y Hospital San Vicente de Paul, Medellín, Colombia.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de recurrencia de la nefropatía original en el Tx renal. **Diseño:** Retrospectivo. **Antecedentes:** Los pacientes con frecuencia consultan en estado de falla terminal de etiología incierta catalogados como "glomerulonefritis crónica" (GNC) sin documentación por biopsia (Bx). Así, el deterioro progresivo de la función puede interpretarse como "rechazo crónico" y en ausencia de tejido renal se puede suponer equivocadamente que hay recurrencia de la nefropatía original. Presentamos nuestra experiencia sobre GN post-Tx en los 1165 Txs renales realizados entre 1973 y 1996. El diagnóstico pre-Tx fue GNC en 357 casos (31%), 160 hechos por Bx y 197 por presunción clínica. El tipo de GNC pre-Tx se clasificó así: GN de Cambios Mínimos 6 (4%), GN proliferativa mesangial 34 (21%), GN membrano-proliferativa Tipo I 28 (17.5%), GN membranosa 28 (17.5%), GN de Medias Lunas 21 (13%) y Esclerosis Focal y Segmentaria (EFS) 43 (27%).

Resultados: Se practicaron 314 estudios anatómo-patológicos del injerto con diagnóstico de GN en 31 (10%), distribuidos así: Cambios Mínimos 7 (23%), GN proliferativa mesangial 1 caso (3%), GN membranosa 8 (26%), GN de Medias Lunas 1 (3%) y EFS 14 (45%). En 15 casos hubo recurrencia de la GN (Cambios Mínimos 2, GN proliferativa mesangial 1, GN membranosa 5, Medias Lunas 1 y EFS 6). No hubo relación con el Dx pre-Tx en 16 casos (Cambios Mínimos 5, GN membranosa 3 y EFS 8). Del total de los pacientes, 19 progresaron a IRC del Tx.

Conclusión: Nuestra recurrencia es menor que la descrita en la literatura. La Bx debe hacerse para la adecuada clasificación de la falla del Tx y así evitar tratamientos anti-rechazo innecesarios. Debe remitirse precozmente al paciente con GN para poder hacer un Dx etiológico de la nefropatía. Y es preciso informar a receptores y donantes sobre la posible recurrencia de la enfermedad de base en el Tx.

MICROALBUMINURIA EN HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL. USO DE DILTIAZEM, VERAPAMILLO Y QUINAPRIL.

Muñoz J., Enriquez J., Vieda E., Zamora T. Departamento de Medicina Interna. Unidad de Nefrología. Hospital Universitario San José de Popayán. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca.

La microalbuminuria constituye un importante marcador del progreso de enfermedad renal y cardiovascular de causa hipertensiva.

OBJETIVO: evaluar la efectividad del diltiazem, verapamil y quinapril en la reducción de microalbuminuria.

MATERIAL Y METODOS: ensayo terapéutico con contraste de proporciones en muestras apareadas. 14 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, en estado clínico I y II, mayores de 35 años, sin otra enfermedad subyacente, con depuración de creatinina mayor de 70 ml/minuto, proteinuria de 24 horas negativa y uroanálisis normal; microalbuminuria en orina de 24 horas positiva (mayor a 20 microgramos/minuto en tres mediciones). Estos pacientes no recibieron tratamiento farmacológico previo en un periodo de cuatro semanas. Los pacientes, con microalbuminuria positiva, recibieron secuencialmente verapamil 240 mg/día, diltiazem 180 mg/día y quinapril 10 mg/día, con intervalos de 4 semanas entre toma de medicamento o descanso.

RESULTADOS: todos los pacientes se tornaron normotensos a estas dosis. Con el uso de verapamil, la microalbuminuria disminuyó en 85.7% ($t=3.10, p<0.01$). Cuando recibieron diltiazem, la microalbuminuria disminuyó en 64.3% (resultado no significativo) y cuando recibieron quinapril, la microalbuminuria disminuyó en el 100% ($t=3.49, p<0.01$).

CONCLUSIONES: de los dos calcioantagonistas usados en este estudio, el verapamil mostró significativamente mayor efectividad en la reducción de microalbuminuria en HTA esencial. También se confirmó los hallazgos de otros estudios en los cuales los IECA, disminuyen significativamente los niveles de microalbuminuria.

ESTUDIO CLINICO E INMUNOPATOLOGICO DE NEFROPATIA IGM PRIMARIA: UN REPORTE DE 56 CASOS.

Santillo J, Altahona H, Barreto F.J., Rosselli C., Ruiz M., Cadena Servicio de Nefrología, Hospital de San José, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Santafé de Bogotá, Colombia.

Objetivos: Determinar la Historia Natural e Indicadores Pronósticos de la Nefropatía por IGM primaria, distribución por edad y sexo, manifestaciones clínicas, paraclínicas, histológicas, inmunohistológicas, correlación clínico-patológica, progresión de la enfermedad renal.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de 56 pacientes con diagnóstico de Nefropatía IGM primaria durante un período de 20 años.

Resultados: La edad \bar{x} fue de 34.9 años para hombres y 27.5 para mujeres. Predominó el sexo masculino ($n=30, 53.5\%$). No hubo diferencias en edad y sexo ($p=0.0545$). Una proporción mayor de pacientes ($n=31, 55.4\%$) presentaron hematuria microscópica y $n=3$ macroscópica. $N=27, 48.2\%$ tenían HTA. $N=50, 89.2\%$ con proteinuria, la mayoría ($n=41$) en rango nefrótico. $N=32$ presentaban hiperlipidemia. $N=26$ estaban con grados variables de esclerosis glomerular. $N=14$ con hiperocelularidad mesangial. $N=15$ compromiso vascular y atrofia tubular y en $N=22$ grados variables de inflamación intersticial. En $n=14$ la IGM se localizó en Mesangio, en 6 casos en periferia y en un caso en ambos simultáneamente. La intensidad de IGM fue leve en $n=23$, moderada en $n=29$ y marcada en $n=4$. Encontramos correlaciones: Edad-Esclerosis ($p=0.009$), Esclerosis-HTA ($p=0.00546$) y Esclerosis-Creatinemia (p menor de 0.05). $N=21$ progresaron a IRC. Como factores pronósticos significativos: Edad, HTA, Creatinemia elevada, depósito de IGA mesangial, Hiperlipidemia, grado de esclerosis glomerular, enfermedad vascular, atrofia tubular e inflamación y fibrosis intersticiales.

Conclusiones: Este es el primer estudio clinicopatológico que se reporta en Colombia de esta patología y el mayor número de pacientes informados al comparar con la literatura actual. Y es una patología heterogénea con manifestaciones clínicas y patológicas que se superponen con la Enfermedad de Cambios Mínimos y la Glomerulosclerosis focal progresiva idiopática. Aunque la etiopatogénesis de estos trastornos permanece no conocida, es reconocido que la respuesta glomerular a la injuria está limitada y que mecanismos diferentes pueden por esto producir lesiones similares y cambios funcionales.

VASCULITIS DE HENOCH SHONLEIN: ESPECTRO FINAL DE NEFROPATIA IGA

Informe de un caso de características inusuales

Guzmán M. R. A. Díaz A.

Departamento de Medicina Interna e InmunoReumatología y Nefrología. Clínica Fray Bartolomé de las Casas. Santa Fe de Bogotá. La principal causa de hematuria es la nefropatía por IGA. Esta clásicamente se ha considerado como una enfermedad benigna, pero ultimamente el concepto ha cambiado. Describimos el caso de un paciente que presentó inicialmente hematuria, luego se complicó con sepsis por estafilococo aureus y endocarditis infecciosa a nivel lumbar y ultimamente desarrolló lesiones purpúricas en Mfs, manifestaciones sistémicas y compromiso renal diagnosticándose Vasculitis de Henoch-Shonlein.

Paciente masculino de 31 años, ingresa por lumbalgia y hematuria. Posterior a Urografía IV presenta anafilaxia y SDR, es trasladado a UCI para manejo ventilatorio. En su evolución presenta sepsis por estafilococo aureus, requiriendo antibioterapia, soporte inotrópico y ventilatorio por varios días. Al ser trasladado al piso persiste con lumbalgia y picos febriles, por imágenes (TMR) se detecta espondilodiscitis destructiva a nivel de L5-S1 que justifican manejo antibiótico y Qx. Los paraclínicos con leucocitosis, neutrofilia, aumento de VSG, nitrogenados y sedimentación normal, hemocultivos positivos para *S. aureus*, Rx de C. lumbar y TAC simple normal, Gammagrafía ósea con hipercaptación al nivel del cuerpo vertebral de L5 y la imagen de resonancia magnética (TMR) revela la lesión lítica. Se practica Biopsia renal que muestra escasos glomerulos y depósitos de IGA puntiforme mesangial ++. Se inicia manejo con HEPA y asa. Seis meses después desarrolla lesiones purpúricas en Mfs, región pretibial, artralgias, mialgias, elevación de nitrogenados, proteinuria en rango nefrótico progresiva y dislipidemia. Biopsia de piel: infiltrado inflamatorio perivascular en la dermis, vasculitis leucocitoclástica, trombos de fibrina, IgM, IGA ++, c3+, clq y fibrinógeno. Se inician glucocorticoides.

La Vasculitis de Henoch-Shonlein pueden ser el espectro final de la enfermedad de Bergue. Su pronóstico no siempre es benigno describiéndose progresión a insuficiencia renal en un buen porcentaje. Recomendamos vigilar cuidadosamente a los pacientes con nefropatía IGA, controlar periódicamente la funcionalidad renal y el sedimento urinario y recordar que en ocasiones son el patrón monofásico de la Vasculitis de Henoch-Shonlein y que cuando esta se presenta generalmente es de curso progresivo requiriendo manejo agresivo. Este caso también permite resaltar la importancia de la biopsia percutánea de cuerpos vertebrales con fines Dx y la utilidad de la TMR en el diagnóstico precoz de las lesiones de columna. Un manejo multidisciplinario de los Servicios de Ortopedia y Medicina Interna garantizan atención adecuada, racional y oportuna a los pacientes con enfermedades sistémicas y compromiso axial.

117

RESPUESTA VENTILATORIA AL CO₂ EN DOS GRUPOS ÉTNICOS.

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

Objetivos: Determinar la diferencia en la respuesta ventilatoria a la inhalación de CO₂ en dos grupos étnicos diferentes (indígenas colombianos y mestizos).

Diseño: Es un trabajo descriptivo analítico.

Metodología: Se tomaron 44 sujetos, hombres mayores de 18 años y se dividieron en dos grupos, 22 indígenas colombianos y 22 mestizos de acuerdo a características de descendencia genealógica. No fumadores ni consumidores de alcohol. Se le realizó a cada uno una prueba ventilatoria de respuesta al CO₂ por el método de reinhalación, con medición del CO₂ telespirado (P_{ET}CO₂) hasta alcanzar un valor de 50 mm de Hg momento en el que se suspende la prueba. Se realiza medición del volumen espirado (VE) de manera continua y se analizan los resultados con una curva de regresión lineal entre el VE y el P_{ET}CO₂.

Resultados: Se analizaron 22 indígenas colombianos y 22 mestizos sin encontrar diferencias en edad, peso, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la talla, en la respuesta ventilatoria, en la respuesta ventilatoria por kilogramo de peso y en la respuesta ventilatoria de acuerdo a la talla.

RAZA	INDIGENAS	MESTIZOS	P
TALLA (cms)	163±6	171.9±7	0.0001
RESP. VENTILATORIA (L/min/Hg)	1.3±0.4	2.1±0.5	0.0001
RESP. VENTILATORIA/PESO	0.022±0.007	0.03±0.009	0.0006
RESP. VENTILATORIA/TALLA	0.008±0.003	0.012±0.003	0.0001

Conclusiones: Existen claras diferencias en la respuesta ventilatoria a la reinhalación de CO₂ entre indígenas colombianos y mestizos en nuestro estudio. En cuanto a los mestizos no hubo diferencias a los valores encontrados en estudio anterior (Acero R, Roa J, Acta Med Col., Vol.11, No. 4, 1986). Se establecen por lo tanto nuevos valores de referencia para ser usados en los indígenas colombianos en los que se requiera medir la respuesta al CO₂.

118

PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR. EXPERIENCIA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN IGNACIO.

Bermúdez M., Londoño D., Acosta E., Roa J., Dennis R., Solarte I., Machado C., Lobeño R. Unidad de Neumología Hospital San Ignacio, Universidad Javeriana, Bogotá.

Objetivos: Describir la experiencia de la utilización de la prueba de ejercicio cardio-pulmonar en nuestra Unidad, en el estudio del paciente con síntomas respiratorios o enfermedad pulmonar.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo. Serie de Casos

Población: Se incluyeron en forma consecutiva todas las pruebas de los pacientes remitidos a la Unidad, para dicho examen, entre Febrero de 1993 y Mayo de 1996

Material y Métodos: Las pruebas se realizaron utilizando bicicleta ergométrica, con carga electrónicamente programada y un equipo Med-Graphics que permita obtener: 1.

Mediciones metabólicas respiración a respiración por medio de analizadores de gases a través de espectrofotómetro de masa que permite medir simultáneamente CO₂, O₂ y N₂ en el gas expirado, lo cual permite calcular minuto a minuto equivalentes de O₂ y Co₂, VO₂, VCO₂, equivalente respiratorio. 2. Medidas de volumen por medio de un neumotacógrafo que permite calcular el VC y el VE para obtener así la reserva respiratoria. 3. Monitoreo cardíaco por medio de una derivación de ECG, control de TA, pulso-oximetría por medio de oxímetro de pulso. 4. Toma de gases arteriales al comienzo y final del ejercicio. Todos los pacientes tenían curva de flujo-volumen y VVM previo a la prueba de ejercicio. La prueba se suspendía por alcanzar el VO₂max mayor del 80% del esperado, Fc max mayor del 80% o por la presencia de síntomas o signos respiratorios o cardíacos. Las pruebas se consideraron máximas normales cuando al final del ejercicio: VO₂ max > 80% Umbral anaeróbico alcanzado > 40% del VO₂max, RR: 15lt/min, Vd/Vt < 0.30, D(A-a)=O₂ < 35.

Resultados: Se realizaron 232 pruebas de ejercicio cardio-pulmonar en 123 hombres, 109 mujeres, con una edad promedio de 47.03±16. El 32% de las pruebas fueron normales, máximas, el 65% fueron anormales, el 3% no fueron interpretables por razones técnicas. El umbral anaeróbico no pudo ser detectado en el 25% de todas las pruebas, de las cuales el 21% fueron pruebas máximas normales. El 59.05% (137) de las pruebas fueron solicitadas para estudio de disnea, el 31% de ellas fueron pruebas máximas normales, 25% fueron sub-máximas por pobre acondicionamiento físico y el resto permitieron demostrar trastorno ventilatorio (13%) por disminución de RR e índice de reserva, alteración vascular pulmonar (9%) por medio del O₂/latido, alteración cardiovascular (9%) y otros como hipoventilación alveolar, trastorno V/Q. El 60% de las pruebas solicitadas como valoración pre-quirúrgica fueron anormales, permitieron establecer el riesgo quirúrgico por medio de la reserva respiratoria y el VO₂/Kg. La prueba de chi cuadrado permitió establecer asociación entre la indicación y los hallazgos con una p<0.001

Conclusión: esta prueba ha demostrado ser un método útil en el estudio del paciente con enfermedad pulmonar para establecer severidad y pronóstico, en la valoración pre-quirúrgica para establecer riesgo de complicaciones tras y postoperatorias y para establecer la causa fisiopatológica de síntomas respiratorios no claros.

119

ANÁLISIS DE COSTO-BENEFICIO DE LA FACTIBILIDAD Y LOS FACTORES DETERMINANTES PARA UN PROGRAMA DE DEJAR DE FUMAR EN ESTUDIANTES DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA.

Londoño D., Bermúdez M., Dennis J.R., Roa J.H., Solarte I., Perez A. Unidad de Neumología y Epidemiología Clínica, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana (P.U.J.), Santafé de Bogotá, Colombia.

Objetivos: El principal objetivo fue el determinar la factibilidad de la instauración de un programa contra el cigarrillo y los determinantes para la toma de la decisión de aceptar el programa en P.U.J., mediante el uso de las evaluaciones de contingencia. **Diseño:** Usando evaluaciones de contingencia como es "Cuanto estaría dispuesto a pagar", se realizó un análisis de costo-beneficio. **Lugar del estudio:** El estudio se realizó en 15 diferentes facultades de la P.U.J. **Sujetos:** Se realizó la encuesta entre 301 estudiantes fumadores y no fumadores de la institución citada. **Intervención:** Se practicó una encuesta para evaluar cuanto estaría dispuesto a pagar el entrevistado, y para evitar los sesgos de punto de inicio se dividió el grupo de estudio en dos, el primero de ellos iniciando en \$ 100.000 pesos y el segundo grupo inició la lotería en \$ 50.000 pesos. **Mediciones:** Como variable dependiente se utilizó costos (Cuanto pagarían los sujetos) y como variables independientes se determinaron características demográficas (edad, sexo), y otras variables como fuma, cuantos cigarrillos, desde cuando fuma, estudia, en que facultad, trabaja, cuantas horas al día. **Resultados:** De las 301 encuestas realizadas fueron entrevistados estudiantes de Medicina (24.4%), Ingeniería (21.7%), Arquitectura (12.4%); dentro de los cuales el 52.2% correspondieron a mujeres y con una moda para la edad de 18 años (15-32). El 34.5% del grupo eran fumadores activos, quienes iniciaron el consumo de cigarrillo entre uno y dos años atrás, con un promedio de 10 cigarrillos/día. Mediante el uso de modelos de análisis de regresión múltiple se buscaron los factores determinantes de la decisión de los sujetos para pagar. El análisis del grupo total muestra que ninguna de las variables independientes fueron estadísticamente significativas para la toma de la decisión. En el primer grupo (\$100.000 pesos), se demostró que el fumar (p>0.0051) y el ser estudiante de semestres avanzados (p>0.0003) son factores determinantes para aceptar un programa para dejar de fumar. Las personas trabajadoras fueron muy escasas (27 sujetos) por lo que no fue posible determinar con la muestra que este factor determina la capacidad de pago; sin embargo, estos sujetos trabajadores pertenecientes al primer grupo estarían dispuestos a pagar un monto mayor (estadísticamente significativo) respecto al segundo (\$52.967.50 Vs \$16.727.94 pesos).

Conclusiones: La factibilidad del programa es grande entre el grupo de individuos que son no fumadores. Los sujetos fumadores presentan una baja factibilidad para aceptar el programa, pero aquellos que lo aceptan estarían dispuestos a acogerlo formalmente.

120

VALIDACION DE LOS CRITERIOS DE SEVERIDAD DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE TORAX (ATS) EN EL ANÁLISIS DE MORTALIDAD POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE (HUV) - CALI, COLOMBIA, 1993-1995

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

La ATS ha publicado unas guías de clasificación de severidad y manejo de NAC que son actualmente objeto de validación. En el presente estudio se utilizaron los criterios de severidad de ATS, para el análisis del riesgo de mortalidad.

METODOLOGÍA: Se escogieron pacientes mayores de 15 años atendidos en el HUV entre 1993-1995, donde NAC fue el primer motivo de consulta, excluyéndose los pacientes con HIV/SIDA. Se compararon las variables del ATS de antecedentes médicos, examen físico y laboratorio al ingreso, la selección y cambio de antibióticos, complicaciones y días de estancia.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 294 pacientes. La mortalidad de este grupo fue del 25% (74/294). En cuanto a los antecedentes personales, la edad mayor de 65 años fue la única variable estadísticamente significativa como riesgo de mortalidad (R.R.= 2.3 p=0.0019). Al hacer análisis de edades menores 65 años, se encontró mayor riesgo a partir de los 50 años (R.R.=2.1 p=0.0010). Variable como: EPOC, ICC, IRC, DM, Cáncer, Tabaquismo a pesar de haber sido porcentualmente mayores en el grupo de mortalidad no fueron estadísticamente significativas como determinantes de mortalidad. Con respecto al examen físico y laboratorio de ingreso, hubo diferencias estadísticamente significativas en: Alteración en el estado mental (R.R.=3.18 p=0.00001), Leucocitos < 4.000 / mm³ (R.R.= 2.79 p=0.016), Hemoglobina < 9 g/dl (R.R.=1.7 p=0.0159) y compromiso mayor de un lóbulo (R.R.=1.6 p=0.032). En cuanto a complicaciones, la Falla respiratoria (R.R.=2.52 p=0.00026), y la Sepsis (R.R.=5.57 p=0.00001) fueron los más significantes. El cambio de antibióticos (p=0.0045) fue un factor que influyó en la mortalidad.

CONCLUSIONES: A pesar de ser resultados preliminares (falta el análisis multivariado) hay concordancia en algunos de los factores de riesgo para mortalidad con los criterios de ATS. Llama la atención que variables tan importantes como EPOC, ICC, etc. no fueron significantes como predictores de mortalidad. Posiblemente la consulta tardía y el acceso limitado a tecnología adecuada (UCI) sean factores que influyen sobre la mortalidad. Recomendamos realizar estudios en nuestro medio para determinar los factores de riesgo más importantes de mortalidad en NAC.