

**UNIVERSITAT DE BARCELONA
DEPARTAMENT DE MEDICINA**

**Estudio comparativo entre el cepillado bronquial
mediante cateter telescopico y la puncion
transtoracica aspirativa con aguja ultrafina
en el diagnostico de la neumonia de alto riesgo**

**Tesis Doctoral presentada por
Jordi Dorca i Sargatal
para optar al grado de Doctor en Medicina**

Barcelona 1.988

E.II - DISCUSION SOBRE LA YATROGENIA DE PTA Y CBCT.

La experiencia recopilada en el presente estudio muestra que la yatrogenia asociada a PTA y CBCT es muy baja. La comparación entre ambas técnicas (ver D.VIII.2) muestra que la yatrogenia total fue significativamente más frecuente en la PTA. Sin embargo, si se analizan solamente las complicaciones importantes se observa como no hubo diferencias significativas entre ambas técnicas.

Particularmente interesante es el caso de la PTA, técnica que "a priori" es asociada con una yatrogenia mayor. La yatrogenia total en los 327 casos válidos para valoración de las complicaciones (casos estudiados en vida), fue de 27/327 (8.3%). En este porcentaje se hallan incluidas situaciones de yatrogenia realmente mínima como p.e. un simple esputo hemoptoico. Las complicaciones que realmente revisistieron alguna importancia, entendiendo como tales las que fueron tributarias de alguna medida terapéutica, fueron realmente excepcionales: 4/327 (1.2%), todas ellas neumotórax que precisaron drenaje. No hubo ningún caso de evolución fatal relacionada con la PTA.

Respecto a la naturaleza de las complicaciones, todas ellas consistieron en un sangrado a través de la via bronquial, o en neumotórax. Otras complicaciones como cuadro vagal, hemorragia pleural o de pared, extensión de infección parenquimatosa a pleura, embolismo aéreo, etc, no fueron detectadas en ningún caso.

La comparación de estos resultados con los descritos en la literatura muestra como en esta serie la yatrogenia es francamente menor. Es probable que ello guarde relación con el menor calibre de la aguja empleada y su mayor elasticidad. Sin

embargo, en la mayoría de las series que han estudiado la yatrogenia de esta técnica, además de haber empleado agujas de mayor calibre, la PTA tenía como propósito el diagnóstico de nódulos o masas pulmonares. En estos casos la técnica es más laboriosa por las dificultades en alcanzar el objetivo, y por el hecho de que frecuentemente hay que atravesar parénquima sano, circunstancias que no se dan en el estudio de condensaciones pulmonares de considerable tamaño como las estudiadas en esta serie, generalmente en contacto con la pleura parietal.

Analizando la distribución de la yatrogenia de la PTA en los tres tipos de infección pulmonar: NAC, NN e IPA, se observa una tendencia hacia un mayor número de complicaciones importantes en la IPA, que llega a tener significación estadística ($p=0.020$ Fisher's exact test). Probablemente ello sea debido a que el intento de llegar al interior de una cavidad a fin de obtener una muestra de pus alarga la exploración. Además, no es infrecuente que la aguja se obstruya por la elevada consistencia del material aspirado, lo que obliga a repetir la punción. Aunque el número de casos no es muy grande, la experiencia recogida sugiere que la obtención de una muestra de pus intracavitario no es imprescindible, y que la simple aspiración de parte del suero inyectado ofrecería la misma sensibilidad que aquella.

En el caso del CBCT, la yatrogenia fue realmente excepcional: sólo un episodio de sangrado bronquial importante en el punto del cepillado, que precisó tratamiento. Se trataba de un caso con gran componente flogótico de la mucosa bronquial, y con escasas secreciones, lo que probablemente contribuyó a la hemorragia. Sangrados de mucha menor entidad no son raros y así puede observar como en esta serie se produjeron en 4.8% - 8.6%, según el tipo de infección. Sin embargo, no pueden ser

considerados como yatrogenia por ser la pérdida hemática escasa, sin trascendencia alguna, y no detectable de no haber sido por el control fibroscópico directo.

Como resumen de este capítulo puede afirmarse la la yatrogénia asociada a la PTA fue escasa y de muy poca entidad. Ello probablemente tenga relación con el empleo de la aguja 25G, de calibre muy fino, y de mayor flexibilidad. Esta yatrogenia es perfectamente asumible, y no debería ser el motivo para no indicar la técnica en aquellos casos sin contraindicaciones formales.

E.III - DISCUSION SOBRE LA COMPARACION DE LOS RESULTADOS
DE PTA Y CBCT CON LOS DE MDT.

Las dos técnicas mostraron una eficacia diagnóstica muy superior a los MDT. A fin de poder comparar las técnicas invasivas (con alta especificidad), con los MDT (alguno de ellos, como el esputo, con una muy baja especificidad), se han empleado unos criterios de alta especificidad para ser aplicados en éstos últimos.

La gran ventaja de PTA y CBCT respecto de los MDT se produce en los tres tipos de infección pulmonar estudiados pero no de modo uniforme. Así en la NAC (Ver D.II.1.5, D.II.2.5 y D.VIII.3), los MDT fueron bastante rentables con una sensibilidad del 30% - 36% que incluso hubiera sido mayor de haber podido disponer de ciertas técnicas rápidas como CIE o coagulación para *Str. pneumoniae*, IgM específica para *Mycoplasma*, etc. La mejoría que, respecto a los MDT, aportan PTA y CBCT es parecida (27% - 33%) y la diferencia no tiene valor estadístico.

En la NN (ver D.III.1.5, D.III.2.5 y D.VIII.3), se observa como la mejoría que supusieron PTA y CBCT respecto de los MDT fue mayor. Ello ocurrió por dos motivos: porque las técnicas invasivas, y particularmente el CBCT fueron muy sensibles en este tipo de infecciones, y además porque los MDT fueron particularmente poco sensibles en la NN (15% - 21%). Si se comparan con los resultados obtenidos por los MDT en la NAC, la diferencia es significativa ($p=0.00009$ en el Fisher's exact test comparando las series CBCT). Ello probablemente sea debido a que en la NN el número de etiologías diagnosticables mediante cultivo es mayor, y porque se trata de especies más virulentas que crecen

con facilidad en los cultivos. Comparando PTA y CBCT en la NN, se observa como el grado de mejoría con respecto a los MDT fue mucho mayor en este último (44% versus 77%), siendo la diferencia estadísticamente significativa. Ello ya era previsible dada la mayor sensibilidad del CBCT en la NN.

En el caso de la IPA (ver D.IV.1.5 y D.IV.2.5), los MDT no hubieran permitido efectuar ningún diagnóstico fiable, por ello la mejoría que supusieron la PTA y el CBCT fue total. Esta mejoría fue muy parecida en ambas técnicas.

Más representativa que la comparación simple de las sensibilidades de PTA y CBCT con los MDT es el análisis de su complementariedad. En el caso de la NAC (ver D.II.1.6, D.II.2.6, y D.VIII.4), el CBCT pareció ser más complementario de los MDT que la PTA (48% versus 33%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística. En cambio, en la NN (ver D.III.1.6, D.III.2.6 y D.VIII.4) el CBCT fue mucho más complementario de los MDT (79% versus 49%), con clara significación estadística.

También tiene su interés analizar en que sentido los MDT complementaron a las técnicas invasivas. En el caso de la NAC (ver D.II.1.6 y D.II.2.6), esta complementariedad tendió a ser algo mayor: 6.2% en la PTA y 15.2% en el CBCT. En cambio en la NN (ver D.III.1.6 y D.III.2.6) fue un poco menor: 5.2% respecto la PTA y solo 2.6% respecto del CBCT (significativo con $p=0.014$ en el Fisher's exact test comparando las series CBCT). En la NN la complementariedad de los MDT al CBCT es tan baja que incluso podría cuestionarse la rentabilidad de su empleo.

Como resumen, puede afirmarse que la aplicación de técnicas invasivas como la PTA y el CBCT permite el diagnóstico de un porcentaje sustancialmente mayor de NAC, NN, e IPA, que cuando se emplean solamente los MDT.

E.IV - DISCUSION SOBRE LA RENTABILIDAD DEL RESULTADO DE
PTA Y CBCT.

La repercusión práctica del resultado de una determinada técnica diagnóstica en la conducta terapéutica posterior ha pretendido ser analizada y cuantificada, como uno de los factores fundamentales a la hora de definir las indicaciones de aquella.

El cálculo de la eficacia diagnóstica: sensibilidad, especificidad, VPP y VPN, no deja de ser un cálculo teórico que no define satisfactoriamente la utilidad real de una determinada técnica diagnóstica. En este sentido puede ser más útil valorar la repercusión práctica del resultado o rentabilidad.

El conocimiento exacto de la etiología causante de una determinada infección pulmonar puede conducir en muchos casos hacia una modificación del tratamiento empírico. Los cambios que pretenden efectuarse tienen dos objetivos básicos: reducir los costos del tratamiento, o bien incrementar su eficacia terapéutica, lo que puede dar lugar a una reducción del índice de mortalidad. Estos dos aspectos son los que han sido primordialmente analizados en esta tesis como método para cuantificar la rentabilidad de los resultados de PTA y CBCT.

E.IV.1 - INFLUENCIA DEL RESULTADO DE LAS TECNICAS SOBRE EL
TRATAMIENTO ULTERIOR DE LA INFECCION PULMONAR.

Este análisis ha sido llevado a cabo en los apartados D.II.1.7, D.II.2.7, D.III.1.7, D.III.2.7, D.IV.1.7, Y D.IV.2.7, y los resultados obtenidos por ambas técnicas han sido comparados en

D.VIII.5. Como puede observarse, a pesar de que la eficacia diagnóstica de las técnicas estudiadas es elevada, sus resultados sólo permitieron cambios terapéuticos en un porcentaje mucho menor, que según la técnica y el tipo de infección estudiada oscila entre un 23% y un 33% de los casos inicialmente valorados como probable infección pulmonar. A lo anteriormente dicho hay una excepción: el CBCT en la NN. El resultado positivo o negativo de esta técnica originó un cambio terapéutico casi en la mitad de los casos estudiados, siendo ello debido a la excepcional eficacia diagnóstica del CBCT en la NN (que combina una alta sensibilidad y especificidad).

En la mayoría de los casos, el cambio terapéutico consiste en una simplificación de la pauta antibiótica empírica, ya efectiva contra la especie aislada. Ello es lógico que ocurra, dado que al ser muy extensa la relación de etiologías a cubrir, especialmente en la NN, suele ser necesaria la administración de pautas antibióticas de muy amplio espectro.

Otra circunstancia que permite reducir el coste del tratamiento consiste en la suspensión de los antibióticos cuando se puede demostrar que no existe infección pulmonar. Ello solo es posible cuando la técnica en cuestión tiene una elevada sensibilidad y VPN, de modo que un resultado negativo implique la ausencia de infección. Ello solo ocurrió en el caso del CBCT en la NN, y fue uno de los motivos por los que esta técnica fue especialmente rentable a la hora de inducir cambios terapéuticos. Una variante de lo anteriormente dicho consiste en un resultado negativo del CBCT en un paciente tratado con antibióticos, pero con la sospecha de que éstos no son efectivos. En este caso, el resultado negativo puede conducir a no añadir nuevos antibióticos a la pauta antigua.

E.IV.2 - INFLUENCIA DEL RESULTADO DE LAS TECNICAS SOBRE EL INDICE DE MORTALIDAD.

El razonamiento aplicado para este cálculo es básicamente teórico. Parece lógico pensar que los pacientes con mal estado general, que presentan una neumonía grave, y en los que el diagnóstico etiológico de certeza sólo fue conocido mediante una determinada técnica y cuando el paciente aún vivía, podrían haberse salvado gracias a ésta. Sin embargo, no es posible conocer cuantos casos se hubieran salvado gracias a un cambio de tratamiento sobre bases totalmente empíricas al constatarse una mala evolución. De todos modos, dado el estado crítico de la mayoría de los casos, parece lógico pensar que un retraso de pocas horas en instraurar un tratamiento eficaz pudo haber sido decisivo.

Por todo lo dicho, las cifras de reducción teórica de la mortalidad gracias a la PTA y el CBCT deben ser interpretadas fundamentalmente como un máximo, más allá del cual no es lógico esperar beneficios del resultado de la técnica.

El análisis anteriormente descrito ha sido llevado a cabo en los apartados D.II.1.8, D.II.2.8, D.III.1.8, D.III.2.8, D.IV.1.8 y D.IV.2.8. La comparación entre PTA y CBCT se ha efectuado en el apartado D.VIII.6.

En líneas generales, la hipotética influencia de PTA y CBCT sobre el índice de mortalidad no superó con mucho el 10% del total de casos recogidos en el mejor de los casos. No hubo diferencias significativas entre ambas técnicas en cada uno de los modelos de infección pulmonar estudiados.

En el caso de la NAC, ambas técnicas tendieron a "salvar" menos casos que en la NN. Ello alcanzó significación

estadística en la PTA (2.5% versus 10.7% con una $p < 0.01$), siendo menos claro en lo que respecta al CBCT (7.3% versus 9.0%). De alguna manera ello viene a confirmar que el tratamiento empírico en la NAC es más eficaz que en la NN, dado que el espectro etiológico es menor.

No deja de ser sorprendente el hecho de que en la NN la influencia de PTA y CBCT sobre el índice de mortalidad sea similar, dado que lo lógico hubiera sido que el CBCT, técnica mucho más sensible, fuera mucho más rentable que la PTA en este sentido. Ello probablemente pueda explicarse por el hecho de que el CBCT fue empleado casi de modo exclusivo en la UCI, mientras que la PTA fue empleada primordialmente en el estudio de la NN en las plantas de hospitalización general. En estas últimas, la antibioterapia empírica no suele ser tan amplia como en la UCI, con lo cual las sorpresas: etiologías mal cubiertas, son algo más frecuentes.

En el caso de la IPA, la influencia de las técnicas estudiadas fue nula por cuanto el tratamiento empírico fue eficaz en el 100% de los casos.

E.V - DISCUSION SOBRE LA APLICABILIDAD DE LAS TECNICAS.

Este análisis ha sido llevado a cabo en el capítulo D.VI. Fruto del menor número de contraindicaciones potenciales, el CBCT presentó un grado de aplicabilidad significativamente mayor que la PTA en los tres tipos de infección pulmonar, pero de modo especial en la NN (100% contra 38.9%). De todos modos, la PTA presentó un grado de aplicabilidad de un 80 % en la NAC y un 90% en la IPA, lo que debe ser valorado como muy satisfactorio, de cara a considerar a esta técnica como de uso rutinario.

El que una determinada técnica diagnóstica sea aplicable a la gran mayoría de los casos tiene gran importancia de cara a su indicación rutinaria. Así, una técnica con una eficacia diagnóstica perfecta, pero solo aplicable a un pequeño porcentaje de casos tiene menor utilidad que otra con menor eficacia diagnóstica, pero aplicable a la totalidad de la población.

E.VI - DISCUSION SOBRE EL COSTE ECONOMICO DE LAS
TECNICAS.

Como se desprende del capítulo D.VII y el apartado D.VIII.8, el coste del CBCT en concepto de material fungible cuadruplicó al de la PTA (6.787 versus 1.518 pts). De todos modos, estos costos deben de ser relativizados, y así p.e. debe de tenerse en cuenta que el valor del CBCT viene a ser de una cuarta parte de lo que vale un día de estancia en una unidad de hospitalización general de nuestro centro, o bien algo menos de lo que vale un solo día de tratamiento con ceftazidima. Puede concluirse pues que el precio de material fungible empleado en ambas técnicas es perfectamente asumible, considerando los costes generados por este tipo de patologías.

Respecto del tiempo empleado para su realización, también la PTA sale ganando, pues es mucho más rápida: aproximadamente 15 minutos, cuando el CBCT en un paciente no portador de vía aérea artificial es de unos 45 minutos. No sólo eso, el grado de entrenamiento requerido, tanto por parte del médico como del personal auxiliar, también es menor en el caso de la PTA, ya que en el CBCT, ambos tienen que estar familiarizados con la fibrobroncoscopia y ello requiere un periodo de tiempo considerable.

El tiempo empleado para la práctica del CBCT puede variar dependiendo de la situación del paciente. Si es portador de vía aérea artificial (intubación orotraqueal o traqueostomía) la aplicación del CBCT se simplifica notablemente de modo que el tiempo preciso para su realización es de aproximadamente unos 25 minutos. En los casos en que la broncoscopia está indicada por

otro motivo aparte el diagnóstico microbiológico, la práctica del CBCT supone un tiempo extra de solo unos 5 minutos. Los costos en material fungible, en cambio, no varían en estas distintas situaciones.

En el caso del CBCT, aparte del material fungible debe ser tenido en cuenta el material inventariable: broncofibroscopio con su fuente de luz. Dado que después de cada exploración el fibroscopio debe de ser limpiado y esterilizado, cada exploración supone un desgaste de material no despreciable, aunque de cuantificación difícil.

E.VII - DISCUSION SOBRE LA COMPLEMENTARIEDAD ENTRE LOS
RESULTADOS DE PTA Y CBCT.

Dado que ninguna de las 2 técnicas estudiadas tiene una eficacia diagnóstica óptima, es interesante analizar su eficacia conjunta, es decir, cuando se aplican ambas al mismo tiempo. Ello podría estar justificado en algunas situaciones en las que sería de especial interés la rápida demostración del agente etiológico de una determinada infección pulmonar. De un hipotético incremento en la eficacia diagnóstica podría derivarse un aumento de la rentabilidad de las técnicas, medida en términos de influencia sobre el tratamiento y posible reducción de la tasa de mortalidad.

a) Complementariedad a nivel de eficacia diagnóstica. De la aplicación conjunta de ambas técnicas a la vez cabría esperar en principio una sensibilidad superior a la individual de cada técnica (especialmente de la PTA), así como una especificidad superior a la del CBCT.

Tal como se ha visto en los apartados D.V.1, D.V.2 y D.V.3, la eficacia diagnóstica del conjunto PTA & CBCT, supera a la individual de cada técnica en los 3 tipos de infección pulmonar (ver D.V.1.4, D.V.2.4 y D.V.3.4).

Tal como se analiza en el capítulo D.IX, en la NAC la aplicación simultánea de ambas técnicas, mejora la sensibilidad y el VPN (significativo) de la PTA, pero al mismo tiempo empeora significativamente la especificidad y VPP de esta técnica. En el caso del CBCT, su comparación con la eficacia diagnóstica conjunta de PTA & CBCT muestra una discreta mejoría, que no llega a tener

significación estadística.

En la NN, ocurre algo parecido: la comparación de la eficacia diagnóstica individual de la PTA con la del conjunto PTA & CBCT, muestra una mejoría significativa de la sensibilidad y VPN, pero en cambio un deterioro también significativo de la especificidad y VPP. Con respecto al CBCT los cambios respecto del conjunto PTA & CBCT son menores, no llegan a tener significación estadística.

Finalmente, en la IPA, ambas técnicas individualmente consideradas se benefician más bien poco de su asociación, siendo solamente significativo el incremento de la sensibilidad del CBCT cuando esta técnica es asociada a la PTA.

b) Complementariedad a nivel de rentabilidad del resultado de las técnicas. El aumento de la eficacia diagnóstica obtenido tras la aplicación simultánea de ambas técnicas puede traducirse en una mayor rentabilidad de sus resultados.

Así, la repercusión de los resultados del conjunto PTA & CBCT en la terapéutica posterior ha sido analizada en el apartado D.IX.2. En la NAC, de la aplicación simultánea de ambas técnicas se derivó un discreto incremento en los cambios terapéuticos que no llega a alcanzar significación estadística. En la NN se observa como el conjunto PTA & CBCT influyó en el tratamiento posterior, en un número significativamente mayor de casos que la PTA sola. En cambio este incremento no fue significativo en el CBCT. Finalmente, en la IPA la rentabilidad de los resultados del conjunto PTA & CBCT no fue significativamente mayor que la de las técnicas individuales.

La influencia de las técnicas en una hipotética disminución del índice de mortalidad ha sido analizada en el

apartado D.IX.3. La comparación de la influencia que en este sentido tuvieron las técnicas aplicadas individualmente o de modo conjunto, tropieza con la dificultad de que los porcentajes son pequeños, y por ello difíciles de valorar estadísticamente.

Tal como ya se ha comentado, PTA y CBCT solo influyeron en el índice de mortalidad en la NAC y la NN. En el primer caso, la comparación actual muestra la aplicación simultánea de PTA y CBCT influyó de un modo significativamente mayor sobre el índice de mortalidad, que cuando se llevó a cabo la PTA sola. En el caso del CBCT, las diferencias con el conjunto PTA & CBCT no alcanzan significación estadística. En la NN, no hubo diferencias significativas entre los resultados de ambas técnicas aplicadas individualmente y de modo conjunto.

Como resumen de este apartado, puede decirse que la aplicación simultánea de PTA y CBCT incrementa ligeramente la eficacia diagnóstica individual, sobretodo de la PTA. Fruto de esta mejoría, la rentabilidad (sobre tratamiento posterior e índice de mortalidad) de las técnicas aplicadas simultáneamente es reducida, y solo alcanza significación estadística comparada con la PTA. Por ello puede cuestionarse la aplicación simultánea de ambas técnicas en un primer momento. Probablemente sea más correcto aplicar de entrada sólo la que se considere más indicada, y si es negativa, llevar a cabo la otra técnica en un segundo tiempo.

E.VIII - DISCUSION SOBRE LAS INDICACIONES DE PTA Y CBCT.

A partir de toda la experiencia recopilada en esta tesis, y como culminación de la misma, se podrían discutir las indicaciones de las dos técnicas: PTA y CBCT, en los tres tipos de infección pulmonar estudiados: NAC, NN e IPA.

Las indicaciones de las técnicas deberían ser efectuadas a tres niveles:

- 1 - Decisión de aplicar técnicas con un cierto carácter invasivo como la PTA o el CBCT, o bien limitarse a emplear técnicas rutinarias (MDT).
- 2 - Selección de la técnica más adecuada al caso: PTA, CBCT o ambas técnicas de modo simultáneo.
- 3 - Elección el mejor momento para aplicarla ("timing").

La decisión de aplicar o no técnicas invasivas a un determinado caso debe ir condicionada a un estudio coste-beneficio de lo que aquellas suponen en cuanto a:

- Incremento real de la sensibilidad de los MDT
- Yatrogenia - tolerancia de la exploración
- Coste económico de la técnica
- Rentabilidad de su resultado

Una vez decidido el llevar a cabo una técnica invasiva, la elección entre aplicar la PTA el CBCT, o las dos a la vez, deberá efectuarse en base a una comparación entre las técnicas que contemple los siguientes factores:

- Eficacia diagnóstica
- Yatrogenia

- Tolerancia de la técnica
- Rentabilidad del resultado
- Grado de aplicabilidad
- Coste económico

Finalmente, la decisión de cuando aplicar la técnica, deberá apoyarse en la consideración de la posible influencia que un tratamiento antibiótico en curso pueda tener sobre su sensibilidad.

E.VIII.1 - INDICACIONES DE PTA Y CBCT EN LA NAC.

a) Decisión de aplicar o no técnicas invasivas. El incremento real que las técnicas invasivas suponen sobre la sensibilidad de los MDT en la NAC, ha sido analizado en los apartados: D.II.1.6, D.II.2.6 y D.VIII.4 (complementariedad técnicas-MDT). La PTA mejora la sensibilidad de los MDT en un 32.7%, mientras que el CBCT lo hace en un 48.4%. En ambos casos pues la mejoría es muy notable.

La yatrogénia importante derivada de la aplicación de la PTA es prácticamente inexistente (<1%), mientras que el CBCT es aún más inócua, con una yatrogenia nula, aunque sea relativamente molesto para el paciente.

Los costes de la aplicación de PTA y CBCT son razonables en el contexto general de los costes de este tipo de patologías.

Finalmente, la rentabilidad del resultado es considerable en ambas técnicas: la PTA induce cambios terapéuticos en un 29.5% de los casos, y el CBCT en un 23.8%. Estos cambios pueden hipotéticamente reducir el índice de mortalidad de la NAC

grave en un 2.5% en la PTA y en 7.3 en el CBCT.

Por todo ello, puede afirmarse que la aplicación de técnicas invasivas como la PTA y el CBCT en la NAC de alto riesgo está justificada.

b) Elección de la técnica a emplear. Debe efectuarse a partir la siguiente comparación:

COMPARACION PTA versus CBCT versus PTA & CBCT EN LA NAC

	PTA	CBCT	PTA & CBCT
EFICACIA DIAGNOSTICA	BUENA - sensible + especifica	BUENA + sensible - especifica	ESCASA MEJORIA RENTABILIDAD INDIVIDUAL
YATROGENIA	INFRECUENTE Y LEVE	NULA	IDENTICA A LA DE PTA
TOLERANCIA	BUENA	MALA	MALA
INFLUENCIA TRATAMIENTO	SIMILAR	SIMILAR	DISCRETO INCREMENTO
INFLUENCIA MORTALIDAD	SIMILAR	SIMILAR	INCREMENTO SIGNIFICATIVO
APLICABILIDAD	MUY ALTA	TOTAL	IDENTICA A LA DE PTA
COSTE MATERIAL FUNGIBLE	1.500 pts	6.800 pts	8.300 pts
TIEMPO EMPLEADO	15 minutos	45 minutos	60 minutos

Tal como puede observarse, la eficacia diagnóstica de ambas técnicas es similar aunque no idéntica: una es más específica que sensible, y viceversa en la otra.

La yatrogenia importante relacionada con la PTA es algo más frecuente que la del CBCT, prácticamente nula. Sin embargo ello viene compensado porque éste último suele ser peor tolerado por los pacientes que la PTA.

La influencia del resultado de las técnicas sobre la conducta terapéutica fue más o menos parecida, así como también la hipotética reducción del índice de mortalidad.

El grado de aplicabilidad de la PTA fue del 80%, y el del CBCT el 100%.

El coste del material fungible empleado en el CBCT es cuatro veces superior al de la PTA. El tiempo empleado para la realización del CBCT es 3 veces mayor, siendo preciso además un mayor grado de especialización.

Si en vez de llevar a cabo de entrada una sola técnica, se decide llevar a cabo las dos, es de esperar un muy discreto incremento de la eficacia diagnóstica individual, y la misma yatrogenia de la PTA (asociada a la mala tolerancia al CBCT). La influencia del resultado sobre el tratamiento es muy discretamente mayor, aún cuando se incrementa significativamente la posibilidad de detectar etiologías mal cubiertas empíricamente. La aplicación de ambas técnicas de modo simultáneo sería posible en el 80% de los casos y el coste económico sería la suma de los costes individuales.

Por todo lo dicho puede concluirse que en la NAC la PTA sería la técnica idónea: más sencilla, barata y rápida, precisa menor entrenamiento, no requiere material inventariable, es aplicable a la gran mayoría de los casos y su eficacia diagnóstica

y la rentabilidad de su resultado no es menor que en el CBCT. Como único aspecto negativo hay que citar una cierta yatrogenia, que solo de modo excepcional reviste importancia.

La indicación de la PTA como técnica prioritaria en la NAC tendría algunas excepciones en favor del CBCT:

- Existencia de alguna contraindicación a la PTA.
- Dificultad para localizar la condensación y bien la proximidad de ésta a estructuras mediastínicas.
- Broncoscopia indicada por otro motivo.

La aplicación simultánea de ambas técnicas probablemente tenga poca justificación a la vista del estudio coste-beneficio descrito anteriormente. Es probable que la estrategia correcta sea la de aplicar primero la técnica que se considere más idónea, y si resulta negativa aplicar la otra con posterioridad.

c) La decisión de cuando aplicar ambas técnicas debe tener en cuenta el hecho de que un tratamiento antibiótico en curso puede negativizar el resultado de la técnica. Por ello lo idóneo sería aplicar la técnica antes de iniciar el tratamiento antibiótico. Si ello no fuera posible, es probable que unas pocas horas de antibiótico (<24 horas) tengan poca influencia en el resultado de la técnica, aún cuando ello no ha sido expresamente analizado en esta tesis. A partir de las 24 horas de haber iniciado el tratamiento, sí parece probable que la sensibilidad de las técnicas se haya reducido considerablemente. Ello desaconsejaría el empleo de la PTA, pero no del CBCT. Dado su alto VPN, un resultado negativo del CBCT implica que el caso está bien tratado. Como ello no ocurre en la PTA, al cabo de 24 horas de tratamiento, la PTA debería ser demorada y aplicada sólo en aquellos casos con una aparente mala respuesta a los antibióticos.

E.VIII.2 - INDICACIONES DE PTA Y CBCT EN LA NN.

a) Decisión de aplicar o no técnicas invasivas. El incremento real que las técnicas estudiados suponen sobre la sensibilidad de los MDT en la NN, ha sido analizado en los apartados D.III.1.6, D.III.2.6 y D.VIII.4 (complementariedad técnicas-MDT). La PTA mejora la sensibilidad de los MDT en un 49.3%, mientras que el CBCT lo hace en un 79.1%. En ambos casos, la mejoría es fundamental.

La yatrogénia grave derivada de la aplicación de la PTA fue inexistente, mientras que el CBCT es prácticamente inócuo. A diferencia de la NAC, el CBCT en la NN es bien tolerado en la mayoría de pacientes (65% portadores de vía aérea artificial).

Los costes de la aplicación de PTA y CBCT son razonables en el contexto general de este tipo de patologías.

Finalmente, la rentabilidad del resultado de ambas técnicas es muy elevado: la PTA generó cambios terapéuticos en el 26.9% de los casos, y el CBCT en un 48.2%. Estos cambios pudieron hipotéticamente reducir el índice de mortalidad de la NN en un 10.7% la PTA y en un 9.0% el CBCT.

Por todo ello, puede afirmarse que la aplicación de técnicas invasivas como la PTA o el CBCT en la NN, no está solo indicada, sino que es prácticamente imprescindible.

b) Elección de la técnica a emplear. Dado que parece estar muy clara la necesidad de emplear técnicas invasivas en este tipo de patologías, el debate puede centrarse en que técnica es la que debe de ser indicada como rutinaria en estos casos. Ello puede ser discutido a partir de la siguiente comparación:

COMPARACION PTA versus CBCT versus PTA & CBCT EN LA NN

	PTA	CBCT	PTA & CBCT
EFICACIA DIAGNOSTICA	BUENA - sensible + especifica	EXCELENTE +++ sensible - especifica	MEJORIA RENTABILIDAD INDIVIDUAL PTA
YATROGENIA	INFRECUENTE Y LEVE	MUY RARA	SUMA PTA + CBCT
TOLERANCIA	BUENA	BUENA (*)	BUENA (*)
INFLUENCIA TRATAMIENTO	25%	50%	SIMILAR A CBCT
INFLUENCIA MORTALIDAD	SIMILAR	SIMILAR	INCREMENTO SIGNIFICATIVO
APLICABILIDAD	REDUCIDA (40%)	100%	IDENTICA A LA DE PTA
COSTE MATERIAL FUNGIBLE	1.500 pts	6.800 pts	8.300 pts
TIEMPO EMPLEADO	15 minutos	45 minutos 25 minutos (*)	60 minutos 40 minutos (*)

(*) 65% de los casos portadores de via aérea artificial.

La eficacia diagnóstica del CBCT es superior a la de PTA, dada su excepcional sensibilidad combinada con una buena especificidad. La yatrogenia de la PTA es más frecuente pero carece en general de importancia. En cambio, si bien el CBCT es prácticamente inócuo se registró un caso de hemoptisis severa en el punto del cepillado. La tolerancia a la PTA sigue siendo muy buena, pero el CBCT también fue bien tolerado en el 65% de

pacientes portadores de via artificial.

La influencia del resultado sobre la terapéutica posterior es claramente mayor en el caso del CBCT, dando lugar a cambios en el 50% de los casos estudiados. La influencia sobre el índice de mortalidad es relativamente similar en ambas técnicas, situándose en torno al 10% en ambos casos.

La aplicabilidad del CBCT es prácticamente del 100%. mientras que la PTA solo puede ser empleada en el 40% de los casos.

El coste material del CBCT sigue siendo cuatro veces más elevado que el de la PTA, pero en la mayoría de las NN (65% de pacientes con via aérea artificial), el CBCT puede ser llevado a cabo de modo casi tan rápido como la PTA.

Por todo lo dicho puede afirmarse que el CBCT es la técnica idónea para el estudio de la NN: tiene una excepcional eficacia diagnóstica, carece prácticamente de yatrogenia, y es aplicable al 100% de las NN. Si el paciente es portador de via artificial es muy bien tolerada y fácil de llevar a cabo. La trascendencia del resultado especialmente evaluada en cuanto a influencia sobre el tratamiento posterior es muy importante.

Lo anteriormente dicho, sin embargo, probablemente no sirva en algunas situaciones, en las cuales puede ser más ventajoso aplicar la PTA: si el paciente no es portador de via aérea artificial y tiene una condensación fácilmente localizable.

La aplicación simultánea de ambas técnicas es posible solo en el 40% de los casos y de todos modos no incrementa la eficacia diagnóstica del CBCT, por lo que no tiene sentido el indicarla como una práctica rutinaria.

c) La decisión de en que momento hay que aplicar la técnica debe de tener en cuenta el hecho de que un tratamiento antibiótico en curso puede negativizar el resultado de la técnica. Por ello, lo idóneo sería aplicar la técnica antes de iniciar los antibióticos, algo no siempre posible. Si la técnica es llevada a cabo antes de las primeras 24 horas de tratamiento es probable que se modifique poco su sensibilidad, pero después de este periodo ello ocurre con toda seguridad. No obstante, ello no resta utilidad al CBCT, dado que si resulta negativo en un paciente con tratamiento antibiótico en curso confirma la eficacia de éste. No es el caso de la PTA, y por ello, de no haber sido llevada a cabo de entrada, lo mejor es no indicarla a partir de 24 horas después de haber iniciado el tratamiento, a menos que parezca que éste no es efectivo.

E.VIII.3 - INDICACIONES DE PTA Y CBCT EN LA IPA.

a) Decisión de aplicar o no técnicas invasivas. El incremento real que las técnicas invasivas suponen sobre la sensibilidad de los MDT en la IPA, ha sido analizado en los apartados: D.IV.1.6, D.IV.2.6 y D.VIII.4 (complementariedad técnica-MDT). Dado que la eficacia diagnóstica de los MDT en la IPA, es prácticamente del 0%, puede afirmarse que solo mediante el empleo de técnicas invasivas es posible efectuar un diagnóstico microbiológico en la IPA.

La yatrogenia derivada de la PTA ha sido considerable: 13%, con un 5% de complicaciones subsidiarias de tratamiento. Ya se ha comentado que esta cifra puede ser inferior con una aplicación menos enérgica de la PTA (ver apartado E.II). El CBCT

tiene una yatrogenia nula, pero es mal tolerado por los pacientes.

Los costes son los ya comentados en los apartados anteriores, y son perfectamente asumibles.

La rentabilidad del resultado en los casos en los que la infección es una auténtica IPA, es prácticamente nula, dado que con un tratamiento empírico a base de clindamicina o penicilina se hubiera obtenido la curación en su totalidad. Sin embargo, el diagnóstico de IPA en base a un criterio clínico-radiológico puede ser erróneo, y ello puede ser descubierto rápidamente mediante las técnicas invasivas.

Dado que la mortalidad asociada a la IPA es del 0%, las técnicas invasivas no tuvieron ninguna influencia en este sentido, aunque si pudieron tenerla en aquellos casos erróneamente considerados como IPA, y que en realidad se trataba de infecciones necrotizantes aerobias.

Por todo lo anteriormente dicho puede afirmarse que la necesidad de emplear técnicas como la PTA o el CBCT en la IPA no está clara, al menos en un primer momento. De todos modos si se decidiera llevar a cabo la broncoscopia a fin de descartar la existencia de patología endobronquial, vale la pena aprovechar la exploración y practicar un CBCT. Como después será discutido, sí valdría la pena indicarlás ante un caso de mala evolución con el tratamiento empírico.

b) Elección de la técnica a emplear. Como ya se ha discutido en el apartado anterior, no está clara la indicación de este tipo de técnicas en la IPA, al menos en un primer momento. Sin embargo, ello no es obstáculo para que al menos teóricamente se pueda discutir cual es la técnica idónea para esta infección caso de decidir su empleo.

COMPARACION PTA versus CBCT versus PTA & CBCT EN LA IPA

	PTA	CBCT	PTA & CBCT
EFICACIA DIAGNOSTICA	MUY BUENA	MUY BUENA	MEJORIA RENTABILIDAD INDIVIDUAL
YATROGENIA	NO DESPRECIABLE	NULA	IDENTICA A LA DE PTA
TOLERANCIA	BUENA	MALA	MALA
INFLUENCIA TRATAMIENTO	33% (*)	23% (*)	32% (*)
INFLUENCIA MORTALIDAD	0%	0%	0%
APLICABILIDAD	MUY ALTA	TOTAL	IDENTICA A LA DE PTA
COSTE MATERIAL FUNGIBLE	1.500 pts	6.800 pts	8.300 pts
TIEMPO EMPLEADO	15 minutos	5 minutos(**)	20 minutos(**)

(*) Mediante detección de infecciones necrotizantes aerobias.

(**) Si broncoscopia indicada por otro motivo.

Ambas técnicas poseen una eficacia diagnóstica muy elevada y prácticamente idéntica. La yatrogenia de la PTA es considerable mientras que el CBCT es inócuo. La tolerancia a la PTA es buena, no así al CBCT, aunque las molestias extra producidas por el CBCT cuando se indica la broncoscopia por otros motivos son escasas.

La rentabilidad del resultado de PTA y CBCT en los casos de IPA cierta es nula. Sin embargo, permite la rápida detección de casos diagnosticados erróneamente de IPA. Su influencia sobre el índice de mortalidad por IPA es nula, tal como ya ha sido comentado.

El grado de aplicabilidad de la PTA es muy elevado (90%) y del 100% en el caso del CBCT.

El coste material es más elevado en el caso del CBCT, pero el tiempo requerido para el CBCT es muy corto si se ha decidido llevarla a cabo la broncoscopia por otros motivos (descartar neoplasia), hecho frecuente en estos casos.

Por todo lo dicho puede concluirse que caso de indicar la práctica de una técnica invasiva, el decidirse por la PTA o por el CBCT está en relación a si se considera necesaria la práctica de una broncoscopia. Si ello es así, la técnica idónea es el CBCT. En caso contrario pudiera ser ventajoso aplicar la PTA, de una manera poco agresiva (sin intentar obtener material intracavitario a toda costa). Finalmente, parece evidente que la aplicación simultánea de ambas técnicas tiene poca justificación.

c) El momento idóneo para aplicar la técnica, según lo anteriormente dicho, probablemente sea cuando se llega a la conclusión de que el tratamiento empírico es inefectivo. Dado que casi por definición este tipo de infecciones es de curso subagudo-crónico, un retraso de varios días no conlleva peligro para la vida del paciente.

F. - Conclusiones

Las conclusiones de esta tesis pueden ser resumidas en los siguientes puntos:

- 1 - EFICACIA DIAGNOSTICA DE PTA Y CBCT. Fue muy elevada en los 3 modelos de infección pulmonar estudiados, y se resume del modo siguiente:

PTA	NAC	NN	IPA
Sensibilidad	56.6%	64.9%	80.6%
Especificidad	100%	100%	100%
VPP	100%	100%	100%
VPN	50.0%	44.9%	80.0%

CBCT	NAC	NN	IPA
Sensibilidad	69.7%	91.3%	76.2%
Especificidad	78.3%	84.9%	100%
VPP	82.1%	89.0%	100%
VPN	64.3%	88.0%	68.8%

- 2 - YATROGENIA DE PTA Y CBCT. Tuvo poca relevancia. En el caso de la PTA se resume así:

PTA	YATROGENIA	YATROGENIA IMPORTANTE
NAC	6.5%	0.0%
NN	8.2%	0.5%
IPA	13.3%	5.1%
TOTAL	8.3%	0.3%

La yatrogenia asociada al CBCT fue mínima, registrándose solo un caso (0.3%) de yatrogenia importante. Sin embargo, el CBCT fue en general peor tolerado que la PTA.

- 3 - COMPARACION DE LA EFICACIA DIAGNOSTICA DE PTA Y CBCT CON LA DE LOS MDT. La PTA y el CBCT mostraron una eficacia diagnóstica muy superior a la de los MDT considerados en su conjunto, mejorando en la práctica su sensibilidad (complementariedad) de un modo substancial:

	PTA	CBCT
NAC	32.7%	48.4%
NN	49.3%	79.1%
IPA	80.6%	76.2%

- 4 - RENTABILIDAD DEL RESULTADO DE PTA Y CBCT. Fue considerable, influyendo sobre la conducta terapéutica posterior de un porcentaje importante de casos:

	PTA	CBCT
NAC	29.5%	23.8%
NN	26.9%	48.2%
IPA	33.3%	22.9%

que a su vez, pudo dar lugar a una hipotética reducción del índice de mortalidad, que ha sido estimada en:

	PTA	CBCT
NAC	2.5%	7.3%
NN	10.7%	9.0%
IPA	0.0%	0.0%

5 - APLICABILIDAD DE PTA Y CBCT. Fue valorada del modo siguiente:

	PTA	CBCT
NAC	79.0%	100%
NN	38.8%	100%
IPA	91.4%	100%

6 - COSTE ECONOMICO DE PTA Y CBCT. El coste del material fungible empleado en la PTA fue de unas 1.500 pts, mientras que el del CBCT fue 4 veces mayor: 6.800 pts. El tiempo empleado para la práctica de la PTA fue de unos 15 minutos, mientras que para el CBCT fue necesario un tiempo 3 veces mayor: 45 minutos. Sin embargo, en algunas circunstancias: p.e. existencia de via aérea artificial, broncoscopia indicada por otro motivo, acortaron considerablemente esta técnica.

7 - COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR PTA Y CBCT.

Se resume del modo siguiente:

* EN LA NAC:

- La PTA obtuvo mayor especificidad y VPP que el CBCT.
- El CBCT obtuvo mayor sensibilidad y VPN que la PTA.
- La yatrogenia total de la PTA fue mayor que la del CBCT. No hubo diferencias significativas entre la yatrogenia grave de ambas técnicas.
- No hubo diferencias significativas en el grado de mejoría con respecto a la sensibilidad de los MDT.
- No hubo diferencias significativas en el grado de influencia sobre el tratamiento posterior y sobre el indice de mortalidad.
- La PTA presentó un grado de aplicabilidad muy elevado sólo ligeramente menor que el del CBCT, que fue total.

- Los costes en concepto de material fungible y tiempo empleado en la realización de la técnica del CBCT fueron claramente superiores a los de la PTA.

* EN LA NN:

- La PTA obtuvo mayor especificidad y VPP que el CBCT.
- El CBCT obtuvo mucha mayor sensibilidad y VPN que PTA.
- La yatrogenia total de la PTA fue mayor que la del CBCT. No hubo diferencias significativas entre la yatrogenia grave de ambas técnicas.
- El grado de mejoría con respecto a la sensibilidad de los MDT fue mayor en el CBCT que en la PTA.
- El grado de influencia sobre el tratamiento posterior fue mayor en el CBCT que en la PTA. La hipotética influencia sobre el índice de mortalidad fue similar en ambas técnicas.
- El CBCT presentó grado de aplicabilidad muy superior al de la PTA.
- Los costes en concepto de material fungible y tiempo empleado en la realización de la técnica del CBCT fueron claramente superiores a los de la PTA.

* EN LA IPA:

- No hubo diferencias entre la eficacia diagnóstica de PTA y CBCT.

- La yatrogenia total de la PTA fue mayor que la del CBCT. No hubo diferencias significativas entre la yatrogenia grave de ambas técnicas.
- No hubo diferencias significativas en el grado de mejoría respecto de la sensibilidad de los MDT.
- No hubo diferencias significativas en el grado de influencia sobre el tratamiento posterior, y sobre el índice de mortalidad.
- El CBCT presentó un grado de aplicabilidad total, mientras que el de la PTA fue de un 90%.
- Los costes en concepto de material fungible empleado en la realización del CBCT fueron claramente superiores a los de la PTA. Sin embargo, si la broncoscopia estuvo indicada por otro concepto, el tiempo que requirió la práctica del CBCT fue muy corto, inferior incluso al empleado para la PTA.

8 - COMPARACION DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES DE PTA Y CBCT CON LOS OBTENIDOS MEDIANTE LA APLICACION SIMULTANEA DE AMBAS TECNICAS. Se resume del modo siguiente:

* EN LA NAC:

- La eficacia diagnóstica del conjunto PTA & CBCT no fue claramente superior a la de las técnicas aplicadas individualmente.
- La rentabilidad del resultado de PTA & CBCT en cuanto a influencia sobre el tratamiento posterior no fue

significativamente mayor que cuando las técnicas fueron aplicadas individualmente. En cambio si lo fue con respecto a la influencia sobre el índice de mortalidad de la PTA.

* EN LA NN:

- La eficacia diagnóstica del conjunto PTA & CBCT fue significativamente superior a la de la PTA, pero no respecto al CBCT.
- La rentabilidad del resultado de las dos técnicas aplicadas simultáneamente fue superior a la de la PTA sola en cuanto a influencia sobre el tratamiento posterior, pero no con respecto al CBCT. En cambio, la influencia sobre el índice de mortalidad del conjunto PTA & CBCT no fue superior a la de las técnicas aplicadas individualmente.

* EN LA IPA:

- La eficacia diagnóstica del conjunto PTA & CBCT sólo fue significativamente superior al CBCT en cuanto a sensibilidad.
- La rentabilidad del resultado de PTA & CBCT no fue significativamente superior a la de las técnicas aplicadas individualmente, en cuanto a influencia sobre el tratamiento posterior. No existió ningún tipo de influencia sobre el índice de mortalidad, ni individual ni del conjunto PTA & CBCT.

9 - INDICACIONES DE PTA Y CBCT SEGUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS. Se resumen así:

* SOBRE LA CONVENIENCIA DE APLICAR O NO TECNICAS INVASIVAS:

- En la NAC de alto riesgo, la experiencia recogida mostró que el empleo sistemático de técnicas como la PTA está justificado, aunque no sea imprescindible.
- En la NN, y a la luz de la casuística recogida puede afirmarse que el empleo de técnicas como la PTA o el CBCT es claramente necesario.
- En la IPA, dada la eficacia del tratamiento empírico puede afirmarse que el empleo de técnicas invasivas no está indicada de entrada, aunque si es aconsejable su utilización ante un fracaso aparente del tratamiento empírico.

* SOBRE LA SELECCION DE PTA O CBCT COMO TECNICA IDONEA PARA CADA MODELO DE INFECCION PULMONAR, podría razonarse del modo siguiente:

- En la NAC, la técnica idónea es la PTA. Ello estaría justificado por ser una técnica barata, rápida, que emplea únicamente material desechable que es muy bien tolerada por el paciente, cuya yatrogenia es de poca entidad, que es aplicable a la gran mayoría de los casos y cuya eficacia diagnóstica no parece ser inferior a la del CBCT.

- En la NN, la técnica idónea para ser empleada rutinariamente es el CBCT, básicamente por tener una eficacia diagnóstica excepcional que se traduce en una notable rentabilidad de su resultado, especialmente en cuanto a influencia sobre la terapéutica posterior. También hay que remarcar una yatrogénia prácticamente nula, el ser aplicable a la práctica totalidad de los casos, y el ser muy fácil de llevar a cabo en pacientes portadores de vía aérea artificial.

- En la IPA, la elección del CBCT como técnica idónea estaría en relación a que la broncoscopia estuviera indicada por otros motivos. En esta circunstancia el CBCT es de aplicación muy fácil. En caso contrario, la PTA por su sencillez y mejor tolerancia sería la técnica idónea para ser empleada en primer lugar.

- La utilización de ambas técnicas de modo simultáneo parece tener muy pocas ventajas, por lo que no está indicada su utilización rutinaria en ninguno de los tres modelos: NAC, NN e IPA. Probablemente lo más rentable sea aplicar de entrada la técnica que se considere idónea al caso, y si resulta negativa, llevar a cabo la otra en un segundo tiempo.

* SOBRE EL MOMENTO MAS IDONEO PARA LLEVAR A CABO LA TECNICA, parece que lo más rentable es hacerlo antes de iniciar el tratamiento antibiótico. Si ello no es posible, conviene aplicarlas cuanto antes mejor. Después de un día de tratamiento la sensibilidad de las técnicas se ve claramente disminuida. Por ello, la PTA pierde rentabilidad, pero no así el CBCT, el cual dado su alto VPN, sigue siendo muy útil: un resultado negativo pasadas 24 horas desde el inicio del tratamiento confirmaría la eficacia del mismo.

G - Apendice

TABLA I - RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC.

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
1	50 F	VALV. REUMATICA ANEMIA AUTOINMUNE	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTS1	CUR	NAC	-C
2	50 M	ENOLISMO EPOC	CSEB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-C
3	54 M	CIRROSIS HEPATICA	CLOB BILA	SI	E: K. pneumoniae H: K. pneumoniae	K. pneumoniae	----	EXin	NAC†	+C
4	70 M	ENOLISMO BRONQUIECTASIAS PULMON BULLOSO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	EXin	NAC†	+C
5	60 M	CIRROSIS HEPATICA	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXna	IND	IND
6	54 M	NEO BRONQUIAL CITOSTATICOS	CSEB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
7	63 M	HEPATOPATIA CRONICA	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
8	37 M	ENOLISMO CAQUEXIA	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: CARC. ESCAMOSO	NO	EXoc	NEO	-C†
9	51 M	EPOC ENOLISMO	CLOB BILA	SI	E: ZN- LOW: M.tuberculosis H: NEGATIVO CBC: NEGATIVO BAS: ZN- LOW: M.tuberculosis	ZN+ LOW: M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
10	72 M	EPOC	CSEB UNIL	SI	E: ZN- LOW: M.tuberculosis H: NEGATIVO	ZN- LOW: M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
11	47 F	BRONQUIECTASIAS	CLOB BILA	NO	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO LP: Str.pneumon. CBCT: Str. salivarius	Str. pneumoniae	HMTS1	CUR	NAC†	+C
12	58 M	TUMOR CEREBRAL CORTICOTERAPIA	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
13	50 F	DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-C
14	23 F	ADVP ENDOCARDITIS D (HEMOS NEGATIVOS)	CSEG BILA	SI	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO REC. VAL.: C. albicans	NEGATIVO	NO	CUR	NAC†	-F
15	62 M	NEO BRONQUIAL "OAT CELL"	CSEG BILA	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO CBCT:P.aeruginosa NECRO: TUBERCULOSIS DISEMINADA	NEGATIVO	NO	EXoc	TBC	-F
16	62 M	EPOC GASTRECTOMIA NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
17	35 M	DIABETES MELLITUS	CSEG BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	Str. milleri II Str. viridans	NO	CUR	NAC†	+C
18	72 M	EPOC DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
19	67 M	ICC DESNUTRICION	CSEG UNIL	NO	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXoc	TBC	-F
20	66 F	NEO BRONQUIAL "OAT CELL"	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	H. influenzae	HMTS1	CUR	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
21	20 M	NEO DE CAVUM	CSEG UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	H. influenzae	NO	CUR	NAC†	+C
22	53 M	CIRROSIS HEPATICA	CLOB UNIL	NO	E: NO H: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
23	58 M	ENCLISMO DESNUTRICION EPOC	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
24	60 M	ARTRITIS REUMATOIDE ANEMIA HEMOLITICA	PINT CSEG	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	IND	IND
25	43 M	EX-TBC PULMONAR	CSEG UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: Str. pneumoniae CBCT: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
26	57 M	EPOC	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
27	61 M	NEO LARINGE	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: CARC. ESCAMOSO	NO	EXoc	NEO	-C†
28	70 M	EPOC NO RESPUESTA ATB	CSEG UNIL	SI	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	TBC	-F
29	42 F	ENCLISMO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	Staph. epidermidis	NO	CUR	NAC	-C
30	52 M	EPOC TRAUMATISMO TORACICO	CSEG UNIL	SI	E: B. catarrhalis H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA)	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
31	64 F	NEO MAMA PAGUIPLEURITIS	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae (PeniR)	NO	CUR	NAC*	+C
32	65 F	I RENAL CRONICA HEMODIALISIS	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
33	74 M	ICC DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXna	NAC	-F
34	71 M	EPOC	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: H. influenzae	NEGATIVO	NO	EXna	IND	IND
35	17 M	MIOPATIA TERMINAL IRC	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	Eubacterium sp Staph. epidermidis	NO	CUR	NAC*	+C
36	60 M	CIRROSIS HEPATICA EPOC	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO CARCINOMA "OAT CELL"	NO	EXoc	NEO	-C*
37	59 M	EPOC NAC 5 MESES ANTES	CLOB UNIL	SI	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO CBCT: Str. intermedium	Str. intermedium	NO	CUR	NAC*	+C
38	61 M	EPOC NEOPLASIA BRONQUIAL	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: ADENOCARCINOMA	NO	EXoc	NEO	-C*
39	53 M	EX-TBC PULMONAR ENDOLISMO	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO CBCT: P. aeruginosa	NEGATIVO	NO	CUR	NAC*	-F
40	44 M	AGRANULOCITOSIS (x PIRAZOLONAS)	CLOB UNIL	NO	E: E. coli H: E. coli	E. coli	NO	EXin	NAC*	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

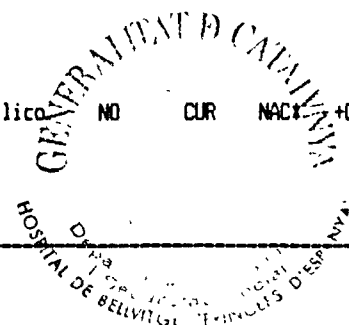
Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
41	64 M	EX-TBC PULMONAR EPOC	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NTRX1	CUR	NAC	-F
42	56 M	EPOC	CLOB UNIL	SI	E: H. influenzae H: NEGATIVO	H. influenzae	NO	CUR	NAC*	+C
43	73 M	EPOC BRONQUIECTASIAS DIABETES MELLITUS	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXxn	NAC	-F
44	45 M	ENOLISMO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
45	56 M	DOBLE NEOPLASIA RECTO - PULMON DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	H. influenzae	NO	EXxn	NAC*	+C
46	48 M	EPOC	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
47	56 M	PARKINSON DIABETES MELLITUS	CSE6 BILA	NO	E: S. marcescens H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO CBCT: E. cloacae + S. marcescens + Candida albicans	Candida albicans	NO	CUR	IND	IND
48	45 M	TRAUMATISMO CRANEAL	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO NECRO: NEUMONIA ORGANIZATIVA	NEGATIVO	NO	EXoc	IND	IND
49	23 M	DIABETES MELLITUS	CSE6 UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	Propionibacterium acnes	NO	CUR	NAC	-C
50	79 M	SARCOMA DE KAPOSI CRIOGLOBULINEMIA	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO CBCT: C. equi + C. freundii BIOP: N. ORGANIZATIVA	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
51	59 F	DIABETES MELLITUS CETOACIDOSIS	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	K. oxytoca	NO	EXin	NAC†	+C
52	49 M	EPOC ENOLISMO	CLOB UNIL	SI	E: P.aeruginosa + P.mirabilis H: NEGATIVO SEROL:L.pneumophila CBCT: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
53	34 M	NO RESPUESTA ATB	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO BIOPSIA: NEUMONIA LIPOIDEA	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
54	70 M	EPOC	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
55	39 M	ESCLEROSIS MULTIPLE	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: 4 E. ANAEROBIAS	B. melaninogenicus B. bivius Peptostr. magnus	NO	CUR	NAC†	+C
56	67 M	TABES DORSAL EPOC	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
57	64 F	DIABETES MELLITUS BRONQUIECTASIAS	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXxn	NAC	-F
58	78 M	EPOC IRC	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
59	51 M	EX-TBC PULMONAR DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-C
60	65 M	MIELOFIBROSIS	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
61	67 M	EPOC	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	EXxn	NAC†	+C
62	37 M	NO RESPUESTA ATB	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA ZN- H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
63	53 M	EPOC	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	H. influenzae	NO	CUR	NAC†	+C
64	57 M	ENOLISMO	CLOB BILA	NO	E: Str. pneumoniae H: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
65	64 M	ENOLISMO HEPATOPATIA HERNIA HIATUS	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXin	NAC	-F
66	49 M	EPOC ENOLISMO GASTRECTOMIA	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA ZN- LOW:M.tuber. H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO BAS: ZN+ LOW: M.tuberculosis	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
67	76 M	NEOPLASIA DE ESOFAGO	BNEU UNIL	SI	E: H. influenzae H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
68	56 M	I RENAL CRONICA HEMODIALISIS	CSEG BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL:L.pneumop. CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC†	-F
69	45 M	NO RESPUESTA ATB	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NTRXI	CUR	NAC	-F
70	46 M	EPOC TRAUMA CRANEAL:COMA (1 MES ANTES)	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. microaerofilico	NO	CUR	NAC†	+C



RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
71	79 F	CARDIOPATIA ISQUEMICA	CSEG UNIL	NO	E: NO H: Str. pneumoniae LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC*	-F
72	64 M	DIABETES MELLITUS ICC EAP	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
73	70 M	EPOC CARDIOPATIA ISQUEMICA	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXoc	IND	IND
74	54 F	EPOC OBESIDAD	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NAC	-F
75 (74)	54 F	EPOC OBESIDAD NAC MALA EVOLUCION	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXxn	NAC	-F
76	71 M	EPOC	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NEO	-C
77	54 M	EPOC	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NEO	-C
78	48 M	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NEO	-C
79	73 M	AVC ANTIGUO DIABETES MELLITUS	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	IND	IND
80	60 M	DIABETES MELLITUS ENLISMO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
81	71 F	SINDROME DEPRESIVO	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
82	60 M	EPOC	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
83	79 M	CIRROSIS HEPATICA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXin	NAC	-F
84	47 M	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
85	39 M	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
86	42 M	ENOLISMO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
87	40 M	EPOC HERNIA DE HIATUS NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
88	57 M	NEOPLASIA CEREBRAL CORTICOTERAPIA	CLOB BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO NECRO: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	EXxn	NAC†	+C
89	61 M	EPOC METASTASIS SNC CORTICOTERAPIA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: ADENOCARCINOMA	NO	EMP	NEO	-C†
90	62 F	DIABETES MELLITUS HEPATOPATIA CRONICA	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: Str. pneumoniae LP: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVDL POST	VAL CASO	VAL PTA
91	66 F	LINFOMA CITOSTATICOS CORTICOTERAPIA	CLOB UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO	L. pneumophila	---	EXxn	NAC†	+C
92	50 F	TRANSPLANTE RENAL	CSE6 UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
93	53 M	ENOLISMO EPOC	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. ZN+ LOW:M.tuberculosis H: NEGATIVO BAS: ZN- LOW:M.tuberculosis		NO	CUR	TBC	+C
94	54 M	EPOC OBESIDAD DIABETES MELLITUS ENOLISMO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
95	76 F	AVC ANTIGUO CARDIOPATIA ISQUEMICA	CSE6 UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: C. psitacii	NEGATIVO	NO	CUR	NAC†	-C
96	74 M	EPOC CPC	CLOB BILA	NO	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	EXoc	TBC	+C
97	35 M	DIABETES MELLITUS NEFROPATIA HEMODIALISIS	CSE6 BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	NEGATIVO	NO	CUR	NAC†	-F
98	61 M	EPOC	CSE6 UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTS1	CUR	NON	-C
99	56 F	I RENAL CRONICA HEMODIALISIS	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	B. catarrhalis	NO	CUR	NAC†	+C
100	62 M	NEOPLASIA BRONQUIAL "OAT CELL" CITOSTATICOS	CSE6 BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NEO	-C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
101	67 M	EPOC	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	IND	IND
102	73 M	EPOC ANEMIA SIDEROBLASTICA	CLOB UNIL	NO	E: B. catarrhalis H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
103	35 M	TRANSPLANTE RENAL	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
104	64 M	AVC	BNEU	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NTRX1	CUR	NAC	-F
105	56 M	SILICOSIS COMPLICADA	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA ZN- LOW- H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
106	73 M	ARTRITIS REUMATOIDE	PINT CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO BAS: ADENOCARCINOMA	NEGATIVO	NO	EMP	NON	-C
107	70 M	NEOPLASIA BRONQUIAL (C. ESCAMOSO)	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	B. catarrhalis CIT: C. ESCAMOSO	NO	CUR	NAC† NEO	+C† +C
108	59 F	VALVULOPATIA MITRAL ARTRITIS REUMATOIDE	CSEG UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
109	48 M	NEOPLASIA BRONQUIAL ("OAT CELL")	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	Str. equisimilis	NO	CUR	NAC†	+C
110	69 F	BRONQUIECTASIAS DIABETES MELLITUS ICC	CLOB UNIL	NO	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	EXxn	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
111	59 M	EPOC	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	CIT: C. ESCAMOSO	NO	EMP	NEO	-C†
112	53 M	NEO PROSTATA METASTASIS CORTICOTERAPIA	CSEG BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Nocardia asteroides	NO	CUR	NAC†	+C
113	71 M	BRONQUIECTASIAS	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	Staph. epidermidis Corynebacterium sp C. albicans	HMTS1	CUR	IND	IND
114	37 M	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	EXin	NAC†	+C
115	57 M	EPOC ENOLISMO DESNUTRICION	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	EXin	NAC†	+C
116	61 M	EPOC AVC ANTIGUO	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA ZN- LOW- H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
117	35 F	EX-TBC PULMONAR	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
118	39 M	ENOLISMO PSICOPATIA	CLOB UNIL	NO	E: ZN- LOW: M. tuberculosis H: NEGATIVO	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
119	44 F	ASMA CRONICO CORTICOTERAPIA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
120	37 M	NO RESPUESTA ATB PANCREATITIS CRONICA	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	K. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
121	37 M	EX-TBC PULMONAR	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
122	71 M	NEOPLASIA LARINGE	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTSI	CUR	NAC	-F
123	77 M	ARTERITIS DE HORTON CORTICOTERAPIA DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	S. enteritidis	NO	CUR	NAC†	+C
124	55 M	CIRROSIS HEPATICA DIABETES MELLITUS	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXoc	NON	-C
125	62 M	EPOC NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
126	74 F	PERDIDA CONCIENCIA	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL: C. psitacci	NEGATIVO	NO	CUR	NAC†	-C
127	26 M	ADVP	CSEG UNIL	NO	E: Staph. aureus H: Staph. aureus	Staph. aureus	NO	CUR	NAC†	+C
128	61 M	EPOC AVC ANTIGUO HTA NEFROGENICA	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO CBCT: Aspergillus flavus	Aspergillus flavus	NO	ENP	NAC†	+C
129	64 M	DEMENCIA PRESENI ENOLISMO DIABETES MELLITUS	CSEG BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NTRX1	EXoc	NON	-C
130 (128)	61 M	EPOC AVC ANTIGUO DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	Aspergillus flavus	NO	CUR	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
131	50 M	EPOC	CSE6 UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	ZN- LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
132	49 M	EPOC ENOLISMO ESPONDILITIS ANQUIL.	CLOB UNIL	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
133	38 M	I RENAL CRONICA HEMODIALISIS	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NAC	-F
134	45 M	EPOC OBESIDAD	CLOB UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NTRX2	CUR	NAC†	+C
135 (133)	38 M	I RENAL CRONICA HEMODIALISIS NO RESPUESTA ATB	CSE6 UNIL	SI	E: NO H: Staph. aureus	Staph. aureus	NO	CUR	NAC†	+C
136	62 M	EPOC	CLOB BILA	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	EXxn	NAC†	+C
137	85 M	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
138	59 M	EPOC	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	EXxn	NAC†	+C
139	61 M	EPOC ENOLISMO	CLOB BILA	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL:L.pneumoph. CBCT: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
140	45 M	EPOC-BRONQUIECT. ENOLISMO	CLOB UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	NEGATIVO	NO	CUR	NAC†	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
141	39 M	HEPATITIS CRONICA	CLOB UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	NEGATIVO	NO	CUR	NAC*	-F
142	50 M	EPOC GASTRECTOMIZADO	CLOB UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	CUR	NAC*	+C
143	74 F	DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	EXin	NAC*	+C
144	25 F	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
145	54 F	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	CUR	NAC*	+C
146	82 M	EPOC BRONQUIECTASIAS	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
147	71 F	GLAUCOMA	CSE6 BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
148	68 M	EPOC ENOLISMO	CLOB UNIL	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	CUR	NAC*	+C
149	32 M	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
150	58 M	NEO BRONQ. INTERV. DIABETES MELLITUS HEPATITIS CRONICA	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
151	28 M	NO RESPUESTA ATB	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NON	-C
152	64 M	ENOLISMO GASTRECTOMIZADO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
153	42 F	PSICOPATIA INTENTO AUTOLISIS COMA	CSEG BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	Staph. aureus	NO	CUR	NAC†	+C
154	36 M	ENOLISMO NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NEO	-C
155	55 M	EPOC ENOLISMO EX-TBC PULMONAR	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: ADENOCARCINOMA	NO	EMP	NEO	-C†
156	56 M	NEUMONIA EOSINOFILA CRONICA CORTICOTERAPIA	CSEG BILA	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO LP: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	CUR	NAC†	+C
157	58 M	ENFISEMA BULLOSO	CLOB UNIL	NO	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
158	56 M	EPOC GASTRECTOMIA POR ULCUS	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
159	48 M	ENOLISMO EX-TBC PULMONAR	CLOB BILA	SI	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
160	40 M	NEO ESOFAGO FISTULA ESOFAGO- TRAQUEAL	CSEG BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: Lactobacillus sp CBCT: Lactobacillus sp	Lactobacillus sp	NO	EXoc	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
161	45 M	ENOLISMO BRONQUIECTASIAS	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	H. influenzae Str. durans Str. intermedium	NO	CUR	NAC†	+C
162	66 F	NO RESPUESTA ATB	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
163	54 M	EX-TBC PULMONAR ENOLISMO	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO CBCT: P. aeruginosa	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
164	60 M	NEO BRONQUIAL GASTRECTOMIA POR ULCUS PEPTICO	CSEG BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EXna	IND	IND
165	83 M	NO RESPUESTA ATB	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMF	IND	IND
166	59 M	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	NAC	-F
167	49 F	NO RESPUESTA ATB	PINT CSEG	SI	E: NO H: NEGATIVO BIOPSIA: N. INTERSTICIAL	Staph. coagulasa -	NO	EMF	NON	-C
168	48 M	DIABETES MELLITUS	CSEG UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	CUR	NAC†	+C
169	73 M	EPOC	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	H. influenzae CIT: C. ESCAMOSO	NO	CUR	NAC† NEO	+C† +C
170	75 M	EPOC DIABETES MELLITUS	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	---	EXin	NAC†	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
171	65 M	EX-TBC PULMONAR	CSEG BILA	SI	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO BAS: ZN+ LOW:M.tuberculosis	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C
172	40 M	DIABETES MELLITUS	CLOB BILA	NO	E: NO H: Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	NO	EXxn	NAC†	+C
173	25 F	NO RESPUESTA ATB	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO BRONCSCOPIA: ADENOMA BRONQUIAL	H. influenzae	NO	CUR	NAC†	+C

INTERPRETACION ABREVIATURAS DE LA TABLA I (PTA EN LA NAC).

IAN^o = INCLUSION ANTERIOR EN ESTA SERIE

IMAG. RX = IMAGEN RADIOLOGICA:

- CLOB = CONDENSACION LOBAR
- UNIL = UNILATERAL
- CSEG = CONDENSACION SEGMENTARIA
- BILA = BILATERAL
- BNEU = BRONCONEUMONIA
- PINT = PATRON INTERSTICIAL

ATB PREV = ANTIBIOTERAPIA PREVIA.

MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS:

- E: ESPUTO
- BAS: BRONCOASPIRADO
- H: HEMOCULTIVO
- CBCT: CEPILLADO BRONQUIAL CATETER TELESCOPICO
- LP: L. PLEURAL
- CAR VEN: CATETER VENOSO
- SEROL: SEROLOGIA
- NECRO: NECROPSIA

YATROGENIA:

- NTRX1 = NEUMOTORAX AUTOLIMITADO
- NTRX2 = NEUMOTORAX QUE PRECISO DRENAJE
- HMTS1 = HEMOPTISIS AUTOLIMITADA
- HMTS2 = HEMOPTISIS QUE PRECISO TRATAMIENTO
- ---- = PTA POSTMORTEM

EVOL POST = EVOLUCION POSTERIOR DEL CASO:

- CUR = CURACION DE LA NEUMONIA
- EMP = EMPEORAMIENTO
- EXIN = EXITUS INMEDIATO (< 24 HORAS SIN ESPECIFICAR CAUSA)
- EXxN = EXITUS DEBIDO A LA NEUMONIA
- EXOC = EXITUS POR OTRA CAUSA (DURANTE EVOLUCION DE LA NEUMONIA)
- EXNA = EXITUS DE CAUSA NO ACLARADA (*****)
- IND = INDETERMINADO

VAL CASO = VALORACION RETROSPECTIVA DEL CASO:

- NAC⁺ = NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA CON DIAGNOSTICO ETIOLOGICO (OBTENIDO POR CUALQUIER METODO)
- NAC = NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA SIN DIAGNOSTICO ETIOLOGICO
- NON = NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD RETROSPECTIVAMENTE DESCARTADA
- TBC = TUBERCULOSIS PULMONAR
- NEO = NEOPLASIA BRONQUIAL
- IND = INDETERMINADO

VAL PTA = VALORACION RETROSPECTIVA DEL RESULTADO DE LA PTA EN CADA CASO:

- +C = POSITIVO CIERTO
 - +F = POSITIVO FALSO
 - IND = INDETERMINADO
 - -C = NEGATIVO CIERTO
 - -F = NEGATIVO FALSO
-

TABLA II. RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC.

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ⁶ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
1	50 F	VALV. REUMATICA ANEMIA AUTOINMUNE	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	-C
2	50 M	ENOLISMO EPOC	NO	CSE6 UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	-C
3	60 M	NED BRONQUIAL "OAT CELL" CITOSTATICOS	NO	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Str. sanguis II	NEGATIVO	CUR	NAC	-F
4	70 M	ENOLISMO BRONQUIECTASIAS PULMON BULLOSO	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: Str. pneumoniae	NEGATIVO	EXin	NAC	-F
5	51 M	EPOC ENOLISMO	NO	CLOB BILA	SI	E: F.MIXTA ZN- LOW:M.tubercul. H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO BAS: ZN- LOW:M.tuberculosis	NEGATIVO	CUR	TBC	-C
6	47 F	BRONQUIECTASIAS	NO	CLOB BILA	NO	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO LP:Str.pneumoniae PTA: Str. pneumoniae	2 Str. salivarius	CUR	NAC	+F -F
7	23 F	ADVP ENDOCARDITIS (HEMOS NEGATIVOS)	NO	CSE6 BILA	SI	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO REC. VAL.: C. albicans	NEGATIVO	CUR	NON INF	-F
8	62 M	NED BRONQUIAL "OAT CELL"	NO	CSE6 BILA	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO NECRO: TUBERCULOSIS DISEMINADA	12 P. aeruginosa	EXoc	TBC	+F
9	43 M	EX-TBC PULMONAR	NO	CSE6 UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: Str. pneumoniae PTA: Str. pneumoniae	1.000 Str. pneumoniae	CUR	NAC	+C
10	57 M	EPOC	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	-F

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ⁶ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
11	42 F	ENOLISMO	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO PTA: Staph. epidermidis	NEGATIVO	CUR	NAC	-C
12	71 M	EPOC SINDROME TOXICO	NO	CSE6 UNIL	SI	E: H. influenzae H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	2 H. influenzae	EXna	IND	IND
13	59 M	EPOC NAC 5 MESES ANTES	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO	50 Str. intermedius	EMP	NAC	+C
14	54 M	EPOC IRC	Sitb SI	CSE6 BILA	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	500 H. influenzae	CUR	NAC	+C
15 (13)	59 M	EPOC NAC 5 MESES ANTES NAC MALA EVOLUCION	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO PTA: Str. intermedius	30 Str. intermedius	CUR	NAC	+C
16	53 M	EX-TBC PULMONAR ENOLISMO	NO	CSE6 UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	8 P. aeruginosa	CUR	NAC	+C
17	53 F	NED SUBMAXILAR	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO BAS: C. EPIDERMIOIDE	NEGATIVO	EMP	NON NEO	-C
18	52 M	EPOC SILICOSIS ENOLISMO	NO	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Str. milleri	1.000 H. influenzae 100 Neisseria sp 30 Str. milleri 25 B. asaccharolyticus	CUR	NAC	+C
19	23 M	DIABETES MELLITUS	NO	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	20 Str. pneumoniae	EMP	NAC	+C
20	19 M	TRAUMATISMO CRANEAL COMA	Sitb SI	BNEU	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	100 Str. mitis 50 Staph. aureus 50 H. influenzae 50 N. subflava	CUR	NAC	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
21	56 M	PARKINSON DIABETES MELLITUS	NO	CSEB BILA	NO	E: S. marcesens H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO PTA: C. albicans	6 S. marcesens 6 E. cloacae C. albicans	CUR	IND	IND
22 (19)	23 M	DIABETES MELLITUS NAC MALA EVOLUCION	NO	CSEB UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO PTA: Propionibacterium acnes	NEGATIVO	CUR	NAC	-C
23	79 M	SARCOMA DE KAPOSI CRIOGLOBULINEMIA	NO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO BIOPSIA: NEUMONIA ORGANIZATIVA	4 Corynebact. equi 1 C. freundii	CUR	NON	+F
24	63 M	EPOC	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO BRONCOSCOPIA: NEO BRONQUIAL	NEGATIVO	EMP	NON NEO	-C
25	49 M	EPOC ENOLISMO	Sitb NO	CLOB UNIL	SI	E: P.aeruginosa + P. mirabilis H: NEGATIVO SEROL:L.pneumophila PTA: L.pneumophila	L. pneumophila	CUR	NAC	+C
26	34 M	NO RESPUESTA ATB	NO	CSEB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO BIOPSIA: NEUMONIA LIPOIDEA	NEGATIVO	IND	NON	-C
27	39 M	ESCLEROSIS MULTIPLE	NO	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA:B.melanin.+ B.bivius+Peptostrep. magnus	30 B.melaninogenicus 10 B.bivius 10 Peptostrep.magnus 8 Eubacterium lentum	CUR	NAC	+C
28	61 M	EPOC	Sitb SI	CLOB BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL:L.pneumoph. BAS: L.pneumophila	L. pneumophila	EXIn	NAC	+C
29	37 M	NO RESPUESTA ATB	NO	CSEB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA ZN- H: NEGATIVO BAS: ZN- PTA: ZN+ LDW: M.tuberculosis	NEGATIVO	CUR	TBC	-C
30	39 M	ENOLISMO	NO	CSEB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA ZN- H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	IND

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
31	49 M	EPOC ENOLISMO GASTRECTOMIZADO	NO	CSE6 UNIL	SI	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO BAS: ZN- LOW:MT PTA: ZN+ LOW:M.tuberculosis	NEGATIVO	CUR	TBC	-C
32	56 M	I RENAL CRONICA HEMODIALISIS	NO	CSE6 BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL:L.pneumoph. PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	-F
33	55 M	EPOC ENOLISMO	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	25 Str. milleri 10 Str. anginosus 60 B. asaccharolyticus 50 Peptostrep. sp	CUR	NON	+F
34	67 M	NED DE ESOFAGO FISTULA TRAQUEO- ESOFAGICA	NO	BNEU BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	30 B.asaccharolyticus 5 CGP anaerobios (no identificados)	CUR	NAC	+C
35	43 M	EPOC ENOL	Sitb SI	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	3 M. morgani 1 P. mirabilis	EXxn	NAC	IND
36	56 M	TRANSPLANTE RENAL INMUNOSUPRESION	Sitb SI	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: Staph. epidermidis	1 N. catarrhalis	EMP	IND	IND
37 (36)	56 M	TRANSPLANTE RENAL INMUNOSUPRESION MALA EVOLUCION	Sitr SI	CLOB BILA	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO BIOPSIA: FIBROSIS PULMONAR	NEGATIVO	EXna	IND	IND
38	73 M	ARTRITIS REUMATOIDE CORTICOTERAPIA	NO	PINT CSE6	NO	E: NEGATIVO H: NEGATIVO BAS: ADENOCARCINOMA BRONQUIAL	NEGATIVO	EMP	NON	-C
39	64 F	NEOPLASIA MAMA	NO	CSE6 UNIL	SI	E: Ps. aeruginosa H: NEGATIVO	250 H. influenzae	CUR	NAC	+C
40	63 M	LINFOMA CITOSTATICOS	NO	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	40 H. influenzae	EXxn	NAC	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ⁹ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
41	70 M	EPOC CARDIOPATIA ISQUEMICA	NO	CSE6 UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	EXoc	IND	IND
42	54 M	EPOC SINDROME TOXICO	NO	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	IND	NON	-C
43	60 F	NO RESPUESTA ATB	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	15 Str. sanguis II 8 Str. anginosus 10 Peptostrep. magnus 5 Peptostrep. sp	EMP	NAC	+C
44 (43)	60 F	NO RESPUESTA ATB	NO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	-C
45	37 M	NO RESPUESTA ATB PANCREATITIS CRONICA	NO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO PTA: K. pneumoniae	NEGATIVO	CUR	NAC	-F
46	31 M	NO RESPUESTA ATB	NO	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: P. aeruginosa	60 P. aeruginosa	CUR	NAC	+C
47	59 M	NO RESPUESTA ATB	SI SI	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO BAS: L. pneumophila	NEGATIVO	EXxn	NAC	-F
48	61 M	EPOC AVC ANTIGUO HTA NEFROGENICA	NO	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO PTA: Aspergillus flavus	Aspergillus flavus	CUR	NAC	+C
49	61 M	EPOC ENOLISMO	NO	CLOB BILA	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL:L.pneumoph. PTA: L. pneumophila	NEGATIVO	CUR	NAC	-F
50	25 F	NO RESPUESTA ATB	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NON TEP	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
51	48 M	EPOC ENOLISMO HEPATOPATIA CRONICA	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	EXxn	NAC	+C
52	54 M	EPOC	Sitb SI	CLOB BILA	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	NEGATIVO	EXxn	NAC	-F
53	69 M	EPOC ENOLISMO	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO BAS: L. pneumophila	L. pneumophila	EXxn	NAC	+C
54	55 M	EX-TBC PULMONAR DESNUTRICION	NO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO BAS: ZN- LOW: M.tuberculosis	2 Str. salivarius 1 P. aeruginosa	EXin	TBC	+F
55	64 F	NEOPLASIA DE MAMA I RENAL CRONICA HEMODIALISIS	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	EMP	NON	-C
56	40 M	NEO DE ESOFAGO FISTULA TRAQUEO- ESOFAGICA	NO	CSEG BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: Lactobacillus sp PTA: Lactobacillus sp	50 Lactobacillus sp	EXoc	NAC	+C
57	57 M	VALVULOP. MITRAL	Sitb SI	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	15 Str. pneumoniae (R a Peni)	EXin	NAC	+C
58	45 M	EPOC ENOLISMO	Sitb SI	CLOB BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO BAS: ZN+ LOW:M.tuberculosis	NEGATIVO	EXin	TBC	-C
59	54 M	EX-TBC PULMONAR ENOLISMO	NO	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	100 P. aeruginosa	CUR	NAC	+C
60	77 F	NO RESPUESTA ATB	NO	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NAC (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
61	38 M	HIV +	NO	CSE6 UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	NAC	IND
62	58 M	NEOPLASIA BRONQUIAL "OAT CELL" CITOSTATICOS	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	100 H. influenzae	CUR	NAC	+C
63	65 M	EX-TBC PULMONAR	NO	CSE6 BILA	SI	E: FLORA MIXTA ZN- H: NEGATIVO BAS: ZN+ LOW: MT PTA: ZN+ LOW: M.tuberculosis	NEGATIVO	CUR	TBC	-C

INTERPRETACION ABREVIATURAS DE LA TABLA II (CBCT EN LA NAC).

- # IAN^o = N^o INCLUSION ANTERIOR EN ESTA SERIE
 - # VAAR = VIA AEREA ARTIFICIAL
 - # VMEC = VENTILACION MECANICA
 - # IMAG. RX = IMAGEN RADIOLOGICA:
 - CLOB = CONDENSACION LOBAR
 - CSEG = CONDENSACION SEGMENTARIA
 - BNEU = BRONCONEUMONIA
 - PINT = PATRON INTERSTICIAL
 - UNIL = UNILATERAL
 - BILA = BILATERAL
 - # ATB PREV = ANTIBIOTERAPIA PREVIA
 - # MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS:
 - E: ESPUTO
 - H: HEMOCULTIVO
 - LP: L. PLEURAL
 - SEROL: SEROLOGIA
 - PTA: PUNCIÓN TRANSTORACICA ASPIRATIVA
 - BAS: BRONCOASPIRADO
 - REC VAL: RECAMBIO VALVULAR
 - BIOPSIA: BIOPSIA POR TORACOTOMIA
 - NECRO: NECROPSIA
 - # CFU/ml = UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS / ml
 - # EVOL POST = EVOLUCION POSTERIOR DEL CASO:
 - CUR = CURACION DE LA NEUMONIA
 - EMP = EMPEORAMIENTO
 - EXIN = EXITUS INMEDIATO (< 24 HORAS SIN ESPECIFICAR CAUSA)
 - EXxN = EXITUS DEBIDO A LA NEUMONIA
 - EXOC = EXITUS POR OTRA CAUSA (DURANTE EVOLUCION DE LA NEUMONIA)
 - EXNA = EXITUS DE CAUSA NO ACLARADA (*****)
 - IND = INDETERMINADO
 - # VAL CASO = VALORACION RETROSPECTIVA DEL CASO:
 - NAC = NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA
 - NON = NEUMONIA (ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD) RETROSPECTIVAMENTE DESCARTADA; OTRA CAUSA
 - IND = INDETERMINADO
 - # VAL CBCT = VALORACION RETROSPECTIVA DEL RESULTADO DEL CBCT EN CADA CASO:
 - +C = POSITIVO CIERTO
 - -C = NEGATIVO CIERTO
 - +F = POSITIVO FALSO
 - -F = NEGATIVO FALSO
 - IND = INDETERMINADO
-

TABLA III - RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN.

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAS RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
1	24 F	LED CORTICOTERAPIA S. FEBRIL	BNEU	SI	E: Str. faecalis H: P. aeruginosa CBCT: Str. faecalis	P. aeruginosa Str. faecalis	NO	SIctt	EXxn	NN	+C
2	67 M	NEO LENGUA INTERVENCION	BNEU	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO CBCT: Str. sanguis + 3 anaerobios	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
3	53 F	AVC HEMORRAG. DIABETES MELL. HTA SEVERA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA GRAM POSITIVA H: NEGATIVO CBCT: Staph. aureus + Str. pneumoniae	Staph. aureus Str. pneumoniae	NO	SIste	CUR	NN	+C
4	64 M	AVC ISQUEMICO DIABETES MELL. HTA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: S. coagulasa- CBCT: S. aureus + Str. pneumoniae	Saph. aureus Str. pneumoniae	NO	SIste	CUR	NN	+C
5	67 F	HEMAT. SUBDUR. SOSPECHA NEO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
6	58 F	POLITRAUMAT. CONT. CRANEAL VOLET COSTAL	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	Bact. fragilis	HMTS1	SIctt	EXoc	NN	+C
7	20 M	POLITRAUMAT. HEMAT. CEREBRAL NEUMOTORAX	CLOB BILA	SI	E: P. aeruginosa, Candida H: NEGATIVO CBCT: Ent. cloacae	NEGATIVO	NO	NOcte	EXoc	NN	-F
8	61 M	NEO CARDIAS INTERVENIDA	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: P. aeruginosa	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
9	66 M	NEOPLASIA DISEMINADA EN ESTUDIO	CLOB BILA	SI	E: Aspergillus, Candida H: NEGAT. CBCT: NEGAT. NECRO: Aspergillus	NEGATIVO	NO	NOcte	EXxn	NN	-F
10	45 M	FRACT. CRANEAL MENINGITIS - VENTRICULITIS	CSEG UNIL	SI	E: Staph aureus H: S. marcescens CBCT: Staph. aureus	Staph. aureus	NO	SIste	CUR	NN	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
11	20 F	CONT. CRANEAL COMA	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NNN	-C
12	16 F	TRAUMA CRANEAL COMA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Staph. aureus	Staph. aureus	---	NOear NOdot	EXin	NN	+C
13	58 M	TUMOR CEREBRAL	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	Siste	CUR	NN	+C
14	37 M	CARCINOMATOSIS DISEMINADA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	Siste	CUR	NN	+C
15	51 M	ABSCESO PULMON EN TRATAMIENTO ENOLISMO	CLOB UNIL	SI	E: K. pneumoniae, E. coli H: K. pneumoniae	K. pneumoniae E. coli	NO	NOdot	CUR	NN	+C
16	15 F	FRACT. CRANEAL HEMAT. TRONCO	CLOB BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	K. ozaenae Staph. aureus P. aeruginosa	---	NOear	EXin	NN	+C
17 (8)	61 M	NEO CARDIAS INTERVENIDA NN ANTERIOR	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-C
18	32 M	L. DE HODGKIN LAPAROTOMIA	CLOB UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	Siste	CUR	NN	+C
19	39 M	TRANSPLANTE RENAL	PINT BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO CBCT: NEG. NECRO: CITOMEGALOVIRUS	NEGATIVO	NO	NOcte	EXxn	NN	-C
20	60 F	AVC ISQUEMICO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	EXxn	NN	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAS RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
21	60 M	MIOCARDIOPATIA CONGESTIVA DIABETES MELL.	BNEU RX	SI	E: CANDIDA H: NEGATIVO CBCT: A. cal- coaceticus+p. aeruginosa	P. aeruginosa A. calcoaceticus b.a.	----	NOear	EXin	NN	+C
22	69 F	URETEROLITOTO- MIA	CLOB BILA	SI	E: FLORA GRAM POSITIVA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	EMP	IND	IND
23	67 F	AVC HEMORRAS. HTA IAM ANTIGUO	BNEU UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Staph. coagulasa-	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
24	81 M	NAC EN TRATA- MIENTO EPOC	CLOB UNIL	SI	E: NO H: K. pneumoniae	K. pneumoniae	NO	NOear NOdot	EXin	NN	+C
25	49 F	AVC HEMORRAS.	BNEU UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
26	78 F	MENINGITIS MENINGOCOCICA	CSEG UNIL	NO	E: A. calcoaceticus b.a. H: K. pneumoniae CBCT:NEG CAT VEN: K. pneumoniae	NEGATIVO	----	NOcte	EXoc	NONN	-C
27	62 F	VALVULOPATIA ICC	PINT BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	K. pneumoniae S. epidermidis	----	NOear	EXin	NN	+C
28	51 M	ULCUS PEPTICO HDA	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NTRX1	NOcte	CUR	NN	-C
29	62 F	EST. MITRAL EAP	PINT BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT B. catarrhalis	K. oxytoca H. influenzae	----	NOear	EXin	NN	+C
30	42 M	TRANSPLANTE RENAL	CSEG BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
31	68 F	HISTERECTOMIA	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	S. saprophyticus	NO	NOcte	CUR	IND	IND
32	61 F	POLITRAUMATISMO	CSEG UNIL	SI	E: A. calcoaceticus H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-C
33	44 M	HEMORRAGIA INTRAVENTRIC.	CLOB UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	P. aeruginosa E. aerogenes + 3 ESP. ANAEROBIAS	NO	Sicct	CUR	NN	+C
34	70 M	DIVERTICULITIS EPOC	CSEG UNIL	SI	E: M. morgani H: NEGATIVO	M. morgani	NO	Siste	EXna	NN	+C
35	23 M	POLITRAUMATISMO CONT. CRANEAL ENOLISMO	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO CBCT: P. aeruginosa	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
36	41 M	NEO GASTRICA	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	IND	IND
37	75 M	POLITRAUMATISMO TORACO- ABDOMINAL	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: P. aeruginosa CBCT: P. aeruginosa	P. aeruginosa	---	NOear NOdot	EXin	NN	+C
38	61 M	NEO LARINGE INTERVENIDA INF. HERIDA	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
39	50 M	AVC ISQUEMICO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
40	39 M	TRANSPLANTE RENAL	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL Lp+ CBCT: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	NOdot	CUR	NN	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
41	65 F	AVC HEMORRAS. DIABETES MELL.	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	H. influenzae Str. sanguis II Staph. epidermidis	NO	NOear	EXin	NN	+C
42	61 M	MIELOFIBROSIS NAC CURADA	CSEG BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO CBCT: L.pneum. NECRO: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	NOear	EXin	NN	+C
43	58 M	LINFOMA LEUCOPENIA	CSEG BILA	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	NOdot	CUR	NN	+C
44	48 M	TRANSPLANTE RENAL	CSEG BILA	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL Lp+ CBCT: L. pneumophila	NEGATIVO	NO	NOcte NOdot	CUR	NN	-F
45	23 F	L. DE HODGKIN LAPAROTOMIA	CSEG BILA	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila Propion. acnes	NO	NOdot	CUR	NN	+C
46	47 M	LEUCEMIA AGUDA	CSEG BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL. NEGATIVA	L. pneumophila	NO	Siste	CUR	NN	+C
47	50 F	INFECCION CAT. MARCAPASOS ENDOCARDITIS	BNEU	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	-----	NOear	EXin	IND	IND
48	51 M	NEO GASTRICA GASTRECTOMIA	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: Staph. aureus CAT VEN: Staph. aureus	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
49	65 M	NEO BRONQUIAL EPOC	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	E. corrodens M. morgani	NO	Sicctt	CUR	NN	+C
50	47 M	TUM. MANDIBULAR HEPATOPATIA CR. CORTICOTERAPIA	CSEG UNIL	NO	E: NEGATIVO H: NEGATIVO SEROL Lp+ CBCT: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	Sicctt	CUR	NN	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PAATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
51	78 F	LLC CORTICOTERAPIA	CLOB BILA	SI	E: NO H: NO NECRO: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	NOear	EXin	NN	+C
52	69 M	LINFOMA EPOC	CSEG BILA	NO	E: NEGATIVO H: NEGATIVO SEROL: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	SIctt	CUR	NN	+C
53	72 M	LED CORTICOTERAPIA	CLOB BILA	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL Lp+ CBCT: Lp NECRO: Lp	L. pneumophila	----	NOear NOdot	EXin	NN	+C
54	16 M	TRAUM. CRANEAL	CSEG UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO CBCT: Str. pneumoniae	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
55	57 M	LINFOMA GRANULOPENIA	CLOB BILA	NO	E: P.aerug,S.aureus,Bacil. H: NEGATIVO CBCT: S.aureus+Bacillus sp	Staph. aureus Bacillus sp.	NO	Siste	CUR	NN	+C
56 (55)	57 M	LINFOMA GRANULOPENIA NN TRATADA	CLOB UNIL	SI	E: NO H: P. aeruginosa	P. aeruginosa	----	NOear NOdot	EXin	NN	+C
57	72 F	MENINGITIS MENINGOCOCCICA	BNEU	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: C.diver- sus, N.sicca, S. sanguisII	NEGATIVO	NO	NOcte	EXoc	IND	IND
58	63 F	HEM. SUBARACH. HTA SEVERA	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NO	NEGATIVO	NTRX1	NOcte	CUR	NONN	-C
59	61 F	NEO LENGUA INTERVENCION	CSEG BILA	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
60	51 F	VALVULOPATIA REC. VALVULAR	BNEU	NO	E: Staph. aureus H: NEGATIVO LP: Staph. aureus	Staph. aureus + 3 ESPECIES ANAEROBIAS	NO	Siste	CUR	NN	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº I:MP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
61	47 M	DIABETES MELL. CETOACIDOSIS	CSEB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
62	59 M	VALVULOPATIA REC. VALVULAR	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTS1	NOcte	CUR	NONN	-C
63	83 M	BYPASS FEM. POPL. AMPUTACION EI	CLOB UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	P. aeruginosa	NO	SIctt	EXxn	NN	+C
64	68 M	POLITRAUMATISMO CONT. CRANEAL	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	E. coli Staph. aureus Streptococcus sp	NO	SIste	CUR	NN	+C
65	78 F	CIFOESCOLIOSIS PROTESIS CADERA	CSEB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	EXxn	NN	-F
66	64 M	HDA X ULCUS EPOC	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	P. aeruginosa	NO	SIctt	CUR	NN	+C
67	57 M	METASTASIS CEREBRAL ORIG. DESCONOCIDO	CLOB BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGAT. NECRO: L. pneumophila	L. pneumophila	NO	SIctt	EXxn	NN	+C
68	56 M	EPOC INSUFICIENCIA ARTERIAL EEII	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	SIste	EXoc	NN	+C
69	52 M	LINFOMA	CSEB BILA	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	HMTS1	SIste	EXoc	NN	+C
70	71 F	COLITIS ULCE- ROSA COLECTOMIA	BNEU	SI	E: NO H: K. pneumoniae	K. pneumoniae	NO	NOear NOdot	EXin	NN	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
71	73 M	EPOC ANEMIA	CLOB UNIL	SI	E: B. catarrhalis H: NO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-C
72	56 M	TUMOR CEREBRAL INTERVENIDO DIABETES MELL.	CLOB UNIL	SI	E: Str. pyogenes H: Str. sanguisII	Str. pyogenes Str. sanguis II	NO	Siste	CUR	NN	+C
73	50 M	TUMOR CEREBRAL INTERVENIDO	CLOB UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
74	30 M	ULCUS PEPTICO INTERVENIDO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
75	72 M	BYPASS ADORTO- CORONARIO	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO LP: Fusobact. glutinosum	Fusobact. glutinosum	NO	NOdot	CUR	NN	+C
76	70 M	CARCINOMA MAXILAR CARD. ISQUEMICA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
77	17 M	POLITRAUMATISMO	CLOB UNIL	NO	E: H.influenzae+S.aureus H: S. aureus CBCT:S.aureus+ H.influenzae+B.melaninogen. LP: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTS1	NOcte NOdot	CUR	NN	-F
78	51 M	VALVULOPATIA REUMATICA	BNEU	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	---	NOcte	EXin	IND	IND
79	53 F	LEUCEMIA MIEL. AGUDA	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
80	44 M	BYPASS ADORTO- CORONARIO	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
81	72 M	NED BRONQUIAL METASTASIS CEREBRAL	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	Siste	CUR	NN	+C
82	60 F	ART. REUMATOIDE DERMATOMIOSITIS CORTICOTERAPIA	CSEG UNIL	NO	E: NO H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
83	56 F	COLECISTECTOMIA	CSEG UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
84	59 F	NEURINOMA DEL ACUSTICO INTERVENCION	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
85	62 M	CIRR. HEPATICA SANG. VARICES INTERVENCION	CLOB BILA	NO	E: FLORA MIXTA H: Str. pneumoniae	NEGATIVO	NO	NOcte NOdot	CUR	NN	-F
86	29 M	AVC HEMORRAG.	CSEG UNIL	SI	E: NO H: P. aeruginosa CAT VEN: P. aeruginosa	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
87	42 F	POLITRAUMATISMO CONT. CRANEAL	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
88	62 F	ULCERAS VARICO- SAS EETI INTERVENCION	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL: NEGATIVO	L. pneumophila	NO	SIctt	EXoc	NN	+C
89	60 M	HISTIOCITOSIS MALIGNA	CSEG UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	IND	IND
90	62 M	AVC ISQUEMICO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	EXin	NN	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IAP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	INAB RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
91	44 F	HEMANGIOMA CAVERNOSO HEPATICO (INT)	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTS1	NOcte	CUR	NN	-F
92	61 F	CIRR. HEPATICA SHUNT PERITONEO VENOSO	CSEG UNIL	SI	E: NO H: Str. sanguisII LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
93	41 M	POLITRAUMATISMO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F
94	52 M	AVC HEMORRAGICO HTA	CSEG UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	EXoc	NONN	-C
95	86 F	ENCLAV. FEMUR DIABETES MELL.	CLOB UNIL	NO	E: NO H: Str. pneumoniae LP: NEGATIVO	Str. pneumoniae	NO	NOdot	CUR	NN	+C
96 (43)	59 M	LINFOMA	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: E. coli	E. coli	NO	NOdot	CUR	NN	+C
97	49 M	NED LARINGE HEP. ALCOHOLICA	CSEG UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	P. mirabilis	NO	Siste	CUR	NN	+C
98	59 M	L. DE HODGKIN TEP	CLOB UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	P. mirabilis E. coli Candida albicans	NO	Siste	EMP	NN	+C
99 (98)	59 M	L. DE HODGKIN TEP NN ABSCESADA	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	P. mirabilis E. aerogenes	NO	Sictt	EMP	NN	+C
100	26 M	TRAUM. CRANEAL	CLOB UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA PTA	YATRO GENIA	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
101 (98) (99)	59 M	L. DE HODGKIN TEP NN ABSCESADA	CLOB UNIL	SI	E: NO H: NEGATIVO	E. aerogenes P. mirabilis T. glabrata. C.albicans	NO	Sicct	CUR	NN	+C
102	41 M	NEURINOMA ACUSTICO INTERVENIDO	BNEU	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NONN	-C
103	60 F	AVC HEMORRAGIC.	CSEG UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	IND	IND
104	70 F	ABSCESO PERIFARINGEO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-C
105	61 F	HEMATOMA SUBDURAL	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	NOcte	CUR	NN	-C
106	60 M	ENFERMEDAD DE CROHN CORTICOTERAPIA	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: E. aerogenes NECRO: C. neoformans	NEGATIVO	NO	NOcte	EXxn	NN	-F
107	23 F	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	CSEG UNIL	NO	E: P. aeruginosa. Aspergil. H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NTRX1	NOcte	EXoc	IND	IND
108	72 M	HEMATOMA SUBDURAL	CLOB UNIL	SI	E: E.coli, P.aeruginosa H: NEGATIVO	Str. faecalis	NO	NOear	EXin	NN	+C

INTERPRETACION ABREVIATURAS DE LA TABLA III (PTA EN LA NN).

IAN^o = INCLUSION ANTERIOR EN ESTA SERIE

IMAG. RX = IMAGEN RADIOLOGICA:

- CLOB = CONDENSACION LOBAR
- UNIL = UNILATERAL
- CSEG = CONDENSACION SEGMENTARIA
- BILA = BILATERAL
- BNEU = BRONCONEUMONIA
- PINT = PATRON INTERSTICIAL

ATB PREV = ANTIBIOTERAPIA PREVIA.

MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS:

- E: ESPUTO
- CBCT: CEPILLADO BRONQUIAL CATETER TELESCOPICO
- H: HEMOCULTIVO
- CAT VEN: CATETER VENOSO
- LP: L. PLEURAL
- NECRO: NECROPSIA
- SEROL: SEROLOGIA

YATROGENIA:

- NTRX1 = NEUMOTORAX AUTOLIMITADO
- NTRX2 = NEUMOTORAX DUE PRECISO DRENAJE
- HMTS1 = HEMOPTISIS AUTOLIMITADA
- HMTS2 = HEMOPTISIS DUE PRECISO TRATAMIENTO
- ---- = PTA POSTMORTEM

INFL TRAT = INFLUENCIA DEL RESULTADO DE LA PTA SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO:

- Sictt = SI-CAMBIO TOTAL DE TRATAMIENTO EMPIRICO (INEFECTIVO)
- Siste = SI-SIMPLIFICAR TRATAMIENTO EMPIRICO
- NOcte = NO-CONTINUAR TRATAMIENTO EMPIRICO
- NOear = NO-EXITUS ANTERIOR AL RESULTADO
- Nodot = NO-DIAGNOSTICADO (TAMBIEN) POR OTRA TECNICA (NO INVASIVA)

EVOL POST = EVOLUCION POSTERIOR DEL CASO:

- CUR = CURACION DE LA NEUMONIA
- EMP = EMPEORAMIENTO
- EXIN = EXITUS INMEDIATO (< 24 HORAS SIN ESPECIFICAR CAUSA)
- ExxN = EXITUS DEBIDO A LA NEUMONIA
- EXOC = EXITUS POR OTRA CAUSA (DURANTE EVOLUCION DE LA NEUMONIA)
- EXNA = EXITUS DE CAUSA NO ACLARADA (*****)
- IND = INDETERMINADO

VAL CASO = VALORACION RETROSPECTIVA DEL CASO:

- NN = NEUMONIA NOSOCOMIAL RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA
- NONN = NEUMONIA NOSOCOMIAL RETROSPECTIVAMENTE DESCARTADA: OTRA CAUSA
- IND = INDETERMINADO

VAL PTA = VALORACION RETROSPECTIVA DEL RESULTADO DE LA PTA EN CADA CASO:

- +C = POSITIVO CIERTO
 - +F = POSITIVO FALSO
 - IND = INDETERMINADO
 - -C = NEGATIVO CIERTO
 - -F = NEGATIVO FALSO
-

TABLA IV. RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN.

Nº	EDAD	MOTIVO INGRESO	VAAR	IMAG	ATB	MICROBIOLOGIA	MICROBIOLOGIA MUESTRA	INFL	EVOL	VAL	VAL
IA Nº	SEXO	HOSPITAL	VMEC	RX	PREV	OTRAS MUESTRAS	CBCT (10 ³ CFU/ml)	TRAT	POST	CASO	CBCT
1	23 F	LED CORTICOTERAPIA S. FEBRIL	Sitb NO	BNEU	SI	E: Str. faecalis H: P. aeruginosa PTA: P.aerug.+Str.faecalis	20 Str. faecalis	NOear	EXin	NN	+C -F
2	67 M	NEO LENGUA INTERVENCION	NO NO	BNEU	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	10 Str. sanguis 25 Veillonella sp. 20 Pep. anaerobius	Siste	CUR	NN	+C
3	53 F	AVC HEMORRAG. DIABETES MELL. HTA SEVERA	Sitb NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA GRAM POSITIVA H: NEGATIVO PTA: Staph. aureus + Str. pneumoniae	40 Staph. aureus 150 Str. pneumoniae	Siste	CUR	NN	+C
4	39 M	AVC HEMORRAG. DIABETES MELL. HTA	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Staph. coagulasa -	25 Staph. aureus 20 Str. agalactiae 5 B. catarrhalis	Siste	CUR	NN	+C
5	64 M	AVC ISQUEMICO DIABETES MELL. HTA	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Staph. coagulasa- PTA: H.influenzae + S.aureus	150 H. influenzae 150 Staph. aureus	Siste	CUR	NN	+C
6	67 F	HEMAT. SUBDURAL SOSPECHA NEO	NO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
7	58 F	POLITRAUMAT. CONT. CRANEAL VOLET COSTAL	Sitr NO	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO PTA: B. fragilis	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NN	-F
8	12 F	TRANSPLANTE HEPATICO	NO	PINT	SI	E: Aspergillus H: NEGATIVO NECRO: Citomegalovirus	8 K. pneumoniae 6 Str. mitis	Siste	EXxn	NN	+F
9	42 M	HEMORR. TRONCO DIABETES MELL. HTA	Sitr SI	CSEG UNIL	SI	E: FLORA GRAM NEGATIVA H: NEGATIVO	2 P. morganii 2 S. marcescens 1 Str. anginosus	NOcte	EXoc	NN	+C
10	78 F	DIABETES MELL. COMA HIPEROSM. PARO REMONTADO	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: FLORA GRAM NEGATIVA H: NEGATIVO	1.000 P. mirabilis	NOear	EXin	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
11	54 F	RECAMBIO VALVULAR MITRO-AORTICO	Sitr SI	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: Str. faecalis COLECIST: Str. faecalis	NEGATIVO	Siste	EXoc	NONN	-C
12	20 M	POLITRAUMAT. HEMAT. CEREBRAL NEUMOTORAX	NO	CLOB BILA	SI	E: P.aeruginosa + Candida H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	100 E. cloacae	NOcte	EXoc	NN	+C
13	61 M	NEO CARDIAS INTERVENIDA	NO	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	40 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
14	66 F	PAN	Sitr SI	BNEU	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
15	66 M	NEOPLASIA DISEMINADA EN ESTUDIO	NO	CLOB BILA	SI	E: Aspergillus, Candida H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO NECRO: Aspergillus	NEGATIVO	NOcte	EXxn	NN	-F
16	66 F	HEMAT. CEREBRAL HTA	Sitr SI	CLOB BILA	NO	E: E. cloacae H: NEGATIVO	200 E. cloacae	Siste	EXxn	NN	+C
17	19 F	TRAUMAT. CRANEAL COMA	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: H.influenzae + S.aureus H: S. aureus	200 H. influenzae 200 S. aureus	Siste	CUR	NN	+C
18	37 M	ESCLEROSIS MULTIPLE TETRAPLEJIA	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	500 H. influenzae 50 Str. sanguis II 30 S. epidermidis	Siste	CUR	NN	+C
19	45 M	FRACT. CRANEAL MENINGITIS - VENTRICULITIS	Sitr NO	CSEG UNIL	NO	E: Staph. aureus H: S. marcescens PTA: Staph. aureus	50 Staph. aureus	Siste	CUR	NN	+C
20	20 F	CONT. CRANEAL COMA	NO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
21	39 M	TRANSPLANTE RENAL	NO	PINT BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO NECRO: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXxn	NONN	-C
22	60 M	MIOCARDIOPATIA CONGESTIVA DIABETES MELL.	Sitr SI	BNEU	SI	E: CANDIDA H: NEGATIVO PTA A.calco- acet. b.a. + P.aeruginosa	30 A.calcoacet.b.a. 20 P.aeruginosa	NOear	EXin	NN	+C
23	77 F	TRAUM. CRANEAL HEM. CEREBRAL	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: P. mirabilis URO: P. mirabilis	1.000 H. influenzae	NOear	EXin	NN	+C
24	54 M	BYPASS AORTO- CORONARIO IAM	Sitb SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	1 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
25	69 F	URETEROLITOTO- MIA	Sitb SI	CLOB BILA	SI	E: FLORA GRAM +, Candida H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXna	IND	IND
26	43 F	TUMOR CEREBRAL INTERVENIDO MENINGITIS	Sitr SI	BNEU	SI	E: Candida H: NEGATIVO LCR: S. marcescens	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
27	49 F	HEMAT. CEREBRAL	Sitb NO	BNEU UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
28	39 M	ENDOCARDITIS HEPATOPATIA CRONICA	Sitr SI	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C
29	78 F	MENINGITIS MENINGOCOCICA	Sitb SI	CSEG UNIL	NO	E: A. calcoaceticus b.a. H: K.pneumoniae PTA: NEG. CAT. VEN K. pneumoniae	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
30	61 M	RECAMBIO VALVULAR MITRAL	Sitb SI	CSEG UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	20 H. influenzae	Siste	EMP	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VNEC	IMAS RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
31	60 M	BYPASS AORTO- CORONARIO	Sitr SI	CSEG UNIL	NO	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	200 P. mirabilis	NOear	EXin	NN	+C
32 (30)	61 M	RECAMBIO VALVULAR MITRAL	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
33	62 F	E. MITRAL EAP	Sitr SI	PINT	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: K.oxytoca + H. influenzae	50 B. catarrhalis	NOear	EXin	NN	-F +F
34	55 M	FIBRILACION VENTRICULAR PARO REMONTADO	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	10 Staph. aureus 2 Bacillus sp.	Siste	CUR	NN	+C
35	42 M	TRANSPLANTE RENAL	NO	CSEG BILA	SI	E: NO H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	Sicte	CUR	NN	-C
36	31 M	POLITRAUMAT. PARO REMONTADO	Sitr SI	CLOB BILA	SI	E: A. calcoaceticus b.a. H: A. calcoaceticus b.a.	NEGATIVO	NOdot	CUR	NN	-F
37	24 M	TRAUMA CRANEAL	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: E. coli H: NEGATIVO LP: E. coli	600 E. coli	NOdot	CUR	NN	+C
38	35 M	ENCEFALITIS STATUS COMICIAL	Sitr SI	CSEG UNIL	SI	E: P.aerugin+S.marcescens H: NEGATIVO	30 P.aeruginosa 10 S. marcescens	NOcte	CUR	NN	+C
39	53 M	CIRROSIS HEPAT. SHUNT PORTOCAVA	NO	BNEU	SI	E: NO H: NEGATIVO L ASC: P. aeruginosa	8 Str. equi 3 P. aeruginosa 30 Fusobacterium sp	Sictt	EXxn	NN	+C
40	66 M	TAGICARDIA VENTRICULAR EPOC	Sitb SI	CSEG UNIL	NO	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	25 H. influenzae	Siste	EXoc	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAS RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
41	23 M	POLITRAUMATISMO CONT. CRANEAL ENOLISMO	Sitb NO	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	1 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
42	39 M	POLITRAUMATISMO ESPLENECTOMIA	NO	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: p. aeruginosa	300 P. aeruginosa	NOdot	CUR	NN	+C
43 (34)	55 M	FIBRILACION VENTR. PARO NN 1 MES ANTES	Sitr SI	CLOB BILA	NO	E: P. aeruginosa H: Staph. epidermidis	50 P. aeruginosa 3 P. mirabilis	NOcte	CUR	NN	+C
44 (38)	35 M	ENCEFALITIS STATUS COMICIAL NN 3 M. ANTES	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO URO: Str. faecalis	NEGATIVO	Siste	CUR	IND	IND
45	62 M	EPOC N. NECROTIZANTE EN TRATAMIENTO	Sitr SI	CSEG UNIL	SI	E: P. mirabilis H: S. marcescens	1.000 P. aeruginosa 50 Str. sanguis(PeniR)	SICTt	EXoc	NN	+C
46	27 M	POLITRAUMATISMO FRAC. CRANEAL VOLET COSTAL	Sitb SI	BNEU UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: Staph. epidermidis	NEGATIVO	NOcte	EXxn	IND	IND
47 (38) (44)	35 M	ENCEFALITIS STATUS COMICIAL NN 3 M. ANTES	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: P. aerugin. + E.coli H: NEGATIVO	10 P. aeruginosa 2 E. coli	NOcte	CUR	NN	+C
48 (37)	24 M	TRAUMA CRANEAL NN 2 M. ANTES	Sitr SI	CLOB UNIL	NO	E: Staph. epidermidis H: Staph. epidermidis	NEGATIVO	SIRte	CUR	NONN	-C
49	75 M	POLITRAUMATISMO TORACOABDOMINAL	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: P. aeruginosa PTA: P. aeruginosa	100 P. aeruginosa	NDear NOdot	EXin	NN	+C
50	22 M	SARCOMA OSTEOGENICO	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: P. aerugin + P.mirabilis H: NEGATIVO	20 P. aeruginosa	Siste	EXxn	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ⁶ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
51	29 M	NEUMOTORAX PLEURODESIS	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	30 Str. equi	Siste	CUR	NN	+C
52	43 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CSEG UNIL	NO	E: P.aerugin.+A. calcoacet. H: E. cloacae	50 P. aeruginosa	Siste	CUR	NN	+C
53	50 M	HEPATOPAT. CRON. COLECISTECTOMIA	NO	CSEG UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXna	NONN	-C
54	61 M	NEO LARINGE INTERVENIDA INF. HERIDA	NO	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	SIrte	CUR	NONN	-C
55	19 M	TRAUMATISMO CRANEAL	SItb SI	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIrte	CUR	NONN	-C
56	63 M	HEPATOPATIA EPOC	SItb SI	CSEG UNIL	SI	E: S. marcescens H: NEGATIVO	20 S. marcescens	Siste	CUR	NN	+C
57	72 F	SEPSIS LISTERIA	SItb SI	CLOB UNIL	NO	E: FLORA GRAM - H: P. aeruginosa	NEGATIVO	NOdot	EXxn	NN	-F
58	19 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: A. calcoaceticus	15 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
59	65 F	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CSEG UNIL	SI	E: Candida H: E. cloacae	NEGATIVO	NOcte	EXxn	NN	-C
60	50 M	TRANSPLANTE RENAL	NO	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO SEROL LP + PTA: L. pneumophila	L. pneumophila	NOdot	CUR	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
61	45 M	RECAMBIO VALVULAR MITRAL	Sitb SI	CSE6 UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	25 H. influenzae	Siste	CUR	NN	+C
62	61 M	MIELOFIBROSIS NAC CURADA	NO	CSE6 BILA	NO	E: NO H: NEGATIVO PTA: L. pneumophila	L. pneumophila	NOear	EXin	NN	+C
63	74 M	EPOC	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: K. pneumon.+H.influen. H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C
64	61 M	HEMATOMA SUBDURAL	Sitb SI	CSE6 UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	3 P. mirabilis	NOcte	EXoc	NN	+C
65	45 M	TRANSPLANTE RENAL	NO	CSE6 BILA	SI	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL LP + PTA: NEGATIVA	L. pneumophila	NOdot	CUR	NN	+C
66	47 M	TUM. MANDIBULAR HEPATOPATIA CR. CORTICOTERAPIA	NO	CSE6 UNIL	NO	E: NEGATIVO H: NEGATIVO SEROL LP + PTA: L. pneumophila	NEGATIVO	NOcte NOdot	CUR	NN	-F
67	12 F	INTOXICACION X GAS COMA	Sitb NO	CSE6 UNIL	NO	E: E. coli H: NEGATIVO	1.200 E. coli	Siste	CUR	IND	IND
68	72 M	LED CORTICOTERAPIA	NO	CLOB BILA	NO	E: L. pneumophila H: NEGATIVO SEROL LP + PTA: L. pneumophila	L. pneumophila	NOear NOdot	EXin	NN	+C
69	16 M	TRAUMA CRANEAL	Sitb NO	CES6 UNIL	NO	E: Str. pneumoniae H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	3 Str. pneumoniae (R a Peni-6)	Sicctt	CUR	NN	+C
70	34 M	POLITRAUMATISMO	Sitr SI	BNEU	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	15 Str. equi 3 Str. anginosus 2 N. subflava	Siste	CUR	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ⁶ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
71	56 M	RECAMBIO VALVULAR MITRAL	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	70 P. aeruginosa	SIctt	EMP	NN	+C
72	70 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CSE6 UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	25 P. aeruginosa	NOcte	EXoc	NN	+C
73	57 M	LINFOMA GRANULOPENIA	NO	CLOB BILA	NO	E: P.aerug,S.aureus,Bacil. H: NEGATIVO PTA:S.aureus + Bacillus sp	20 Staph. aureus 30 Bacillus sp	SISte	CUR	NN	+C
74	50 F	RECAMBIO VALVULAR MITRO-AORTICO	SItb SI	CSE6 BILA	NO	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	100 N. subflava 15 H. influenzae	SISte	CUR	NN	+C
75	43 M	EPOC ENOLISMO EAP	SItb SI	CLOB BILA	SI	E: P. mirabilis H: Str. mitis LP: P. mirabilis	20 P. mirabilis	NOdot	EXoc	NN	+C
76	51 M	NEO LENGUA INTERVENIDA CONVULSIONES	SItb SI	BNEU	NO	E: FLORA MIXTA H: NO	50 Str. pneumoniae 8 N. subflava	SIctt	EXna	IND	IND
77	55 M	BYPASS AORTO- CORONARIO	SItb SI	CSE6 UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	10 P. aeruginosa 4 E. aerogenes	NOcte	EMP	NN	+C
78 (71)	56 M	IMPL. PROTESIS MITRAL NN CON MALA EVOLUCION	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	SICte	EXoc	NN	-C
79	60 M	AVC TRONCO ENOLISMO	SItb SI	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
80	72 M	MENINGITIS MENINGOCOCICA	SItb NO	BNEU	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVA	10 C. diversus 10 N. sicca 10 Str. sanguisII	NOcte	EXoc	IND	IND

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
81	56 M	TRANSPLANTE RENAL	Sitb SI	BNEU	SI	E: FLORA MIXTA H: Staph. epidermidis CAT VEN: Staph.epidermidis	NEGATIVO	Sicte	CUR	NONN	-C
82	55 M	BYPASS AORTO- CORONARIO	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	2 E. aerogenes 1 P. aeruginosa 1 Staph. aureus	NOcte	CUR	NONN	+F
83	63 F	RECAMBIO VALVULAR MITRO-AORTICO	Sitb SI	CSEG UNIL	NO	E: A. calcoaceticus b.a. H: NEGATIVO	30 A. calcoacet. b.a.	NOcte	CUR	NN	+C
84	47 M	SHOCK SEPTICO	Sitb SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C
85	59 M	ANEURISMA AOR- TICO ABDOMINAL INTERVENIDO	Sitb SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NONN	-C
86	41 M	MENINGITIS LINFOCITARIA	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: Staph. coagulasa -	1 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
87	26 M	ASMA BRONQUIAL ESTENOSIS TRAQ. POSTINTUBACION	Sitr NO	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	100 H. influenzae 40 B.asaccharolyticus	Siste	CUR	NN	+C
88	71 M	POLITRAUMATISMO DIABETES MELL.	Sitr SI	BNEU	SI	E: Candida H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NONN	-C
89	55 M	BYPASS AORTO- CORONARIO	Sitb SI	CLOB BILA	NO	E: S. aureus H: S. marcesens	10 Saph. aureus 2 H. influenzae	Siste	EMP	NN	+C
90	60 F	I. SUPRARRENAL SHOCK	Sitb SI	CSEG UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMED	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10°C/CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
91	69 M	EPOC ICC DIABETES MELL. AVC TRONCO	Sitr SI	CSE6 BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIcte	EXoc	NN	-C
92 (89)	55 M	BYPASS ADORTO- CORONARIO NN EN TTD.	Sitr SI	CLOB BILA	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIcte	EXoc	NN	-C
93	69 M	BYPASS ADORTO- CORONARIO	Sitb SI	BNEU	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO LP: P. aeruginosa	100 P. aeruginosa	NOdot	EXxn	NN	+C
94	59 F	RECAMBIO VALVULAR MITROAORTICO	Sitb SI	BNEU	NO	E: A. calcoaceticus b.a. H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIrte	EXoc	IND	IND
95	45 M	NEO LARINGE INTERVENCION	Sitr NO	BNEU	NO	E: P. aeruginosa H: P.aerug.+Str.sanguisII	1.000 P. aeruginosa	NOdot	EMP	NN	+C
96 (95)	45 M	NEO LARINGE INTERVENCION NN EN TTD.	Sitr NO	BNEU	SI	E: P.aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIcte	CUR	NN	-C
97	61 M	RECAMBIO VALV. MITRAL EPOC	NO	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	60 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
98	73 M	EPOC ANEMIA	NO	CLOB UNIL	SI	E: B. catarrhalis H: NO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
99	80 M	EPOC BRONCOESPASMO IRCA	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: Candida H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIcte	CUR	NN	-C
100	19 M	TRAUMATISMO CRANEAL	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: E. coli H: NEGATIVO	50 E. coli	NOcte	CUR	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA UTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10°C/CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
101	61 M	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA HEMAT. CEREBRAL	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	200 H. influenzae	Siste	CUR	NN	+C
102	20 M	MIOCARDITIS ICC	Sitb SI	PINT	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EMP	NN	-C
103 (102)	20 M	MIOCARDITIS ICC	Sitr SI	CSE6 UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: Str. faecalis	3 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NONN	+F
104 (101)	61 M	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA NN CURADA	Sitr SI	CLOB BILA	NO	E: S. aureus + P. penneri H: NEGATIVO	30 A.calcoaceticus ba 10 P. penneri 10 Staph. aureus	Sictt	CUR	NN	+C
105	30 M	POLITRAUMATISMO	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	60 H. influenzae	Siste	CUR	NONN	+F
106 (105)	30 M	POLITRAUMATISMO	Sitr SI	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
107	17 M	POLITRAUMATISMO	Sitb NO	CLOB UNIL	NO	E: H.influenzae+S.aureus H: Staph. aureus LP: NEG. PTA: NEGATIVO	500 H. influenzae 200 Staph. aureus 2 B. melaninogenicus	Siste	EMP	NN	+C
108	19 F	COMA HIPOGLIC. DIABETES MELL.	Sitb NO	CLOB UNIL	NO	E: H.infl.+ A.calcoacet. H: NEGATIVO	100 H. influenzae	Siste	CUR	NN	+C
109	61 F	BYPASS AORTO-CORONARIO	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: A. calcoaceticus H: NEGATIVO	13 A.calcoaceticus ba	NOcte	EXoc	NN	+C
110	72 M	EPOC NAC X L.pneum. (TRATADA)	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: K. pneumoniae H: NEGATIVO	100 K. pneumoniae	Sictt	CUR	NONN	+F

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
111	40 M	RECAMBIO VALVULAR AORTICO	SI tb SI	BNEU	NO	E: P. aeruginosa H: Staph. epidermidis CAT VEN:Staph. epidermidis	NEGATIVO	SIrte	CUR	NONN	-C
112	62 M	NEO RENAL M CEREBRAL INTERVENIDA	SI tb SI	CLOB UNIL	SI	E: P.aerug,E.coli,P.mirab. H: E. coli + P. mirabilis	90 E. coli 4 P. mirabilis	NOdot	EMP	NN	+C
113 (112)	62 M	NEO RENAL M CEREBRAL NN EN TTO.	SI tr SI	BNEU	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	100 E. coli	Siste	EXn	NN	+C
114	27 F	AVC TRONCO	SI tb SI	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	100 H. influenzae	Siste	EMP	NN	+C
115 (114)	27 F	AVC TRONCO NN EN TTO.	SI tb SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	100 P. aeruginosa	Sic tt	CUR	NN	+C
116 (114) (115)	27 F	AVC TRONCO NN EN TTO.	SI tr SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NO	NEGATIVO	Sic te	CUR	NN	-C
117	43 M	LEPTOSPIROSIS STATUS COMICIAL	SI tr SI	CSE6 UNIL	SI	E: P.aerug+A.calcoacet ba H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO cte	CUR	NN	-C
118	32 M	POLITRAUMATISMO ESPLENECTOMIA	SI tb NO	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA GRAM NEGATIVA H: S.faecalis+E.aerogenes	50 P. aeruginosa 25 S. marcesens 25 E. aerogenes	Sic tt	CUR	IND	IND
119	37 F	POLITRAUMATISMO TRAUM. CRANEAL HEMOPERITONEO	SI tb SI	BNEU	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sic te	CUR	NN	-C
120	54 M	RECAMBIO VALVULAR AORTICO	SI tb SI	CSE6 UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIrte	CUR	NONN	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
121	28 F	ANEURISMA AORTA TORACICA INTERVENCION	Sitb SI	CSEG BILA	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOear	EXin	NONN	-C
122	55 M	ENDOCARDITIS I. MITRAL REC. VALVULAR	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EMP	IND	IND
123 (122)	55 M	ENDOCARDITIS IM REC. VALVUL. MEDIASTINITIS	Sitr SI	CSEG UNIL	NO	E: P.aeruginosa + E.coli H: Staph. epidermidis	2 P. mirabilis 2 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NONN	+F
124	52 M	NEURINOMA PONTOCEREBELOSO INTERVENCION	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C
125	61 M	EPOC CARDIOPATIA CONGESTIVA	NO	PINT	NO	E: NO H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	EXoc	NONN	-C
126	74 M	EPOC TBC RESIDUAL IAM + EAP	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: C. diversus H: NEGATIVO URO: Str. faecalis	NEGATIVO	NOcte	EMP	IND	IND
127 (126)	74 M	EPOC TBS RESIDUAL IAM + EAP	Sitb SI	CSEG BILA	NO	E: C. diversus H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
128	43 M	TRAUMA CRANEAL COMA	Sitb NO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	30 A. calcoacet. ba	Sictt	CUR	NN	+C
129	36 F	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA FASC. NECROTIZ.	Sitb SI	CSEG BILA	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO URO: P. aeruginosa	NEGATIVO	NOcte	EMP	IND	IND
130	28 F	POLITRAUMATISMO	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
131	56 F	PIOVARIO PERITONITIS	Sitb SI	PINT	SI	E: FLORA GRAM NEGATIVA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NONN	-C
132	39 M	POLITRAUMATISMO ESPLENECTOMIA	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	3 Stah. epidermidis 2 A.calcoacetic ba 10 B. oralis 2 B.melaninogenicus	NOcte	EMP	NN	+C
133	33 M	RECAMBIO VALVULAR AORTICO	Sitr SI	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	IND	IND
134 (132)	39 M	POLITRAUMATISMO ESPLENECTOMIA NN EN TTO.	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	10 Staph.epidermidis 2 S. marcescens	Siste	CUR	NN	+C
135 (107)	17 M	POLITRAUMATISMO NN EN TTO.	Sitr SI	CLOB UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sicte	CUR	NN	-C
136	47 M	POLITRAUMATISMO	Sitb NO	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NN	-C
137	63 M	TRAUM. CRANEAL HEMAT. FRONTAL ASPIRACION	Sitb SI	CSEG BILA	SI	E: Staph. aureus H: Str. faecalis	2 Str. faecalis 1 Staph. aureus	Sicte	EMP	NN	+C
138 (114) (115) (116)	27 F	AVC TRONCO NN ANTERIOR CURADA	Sitr NO	CSEG BILA	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIrte	CUR	NONN	-C
139 (137)	63 M	TRAUM. CRANEAL HEMAT. FRONTAL ASPIRACION	Sitr SI	CSEG BILA	SI	E: K. ozaenae H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sicte	EXoc	NN	-C
140	83 F	POLITRAUMATISMO FRAC. PELVIS EMBOLISMO GRASO	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: FLORA GRAM + H: Staph. aureus	NEGATIVO	NOdot	EXxn	NN	-F

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VNEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
141	55 M	TRANSPLANTE HEPATICO	SItb SI	CSE6 UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	1 Staph. aureus	SIsite	CUR	NONN	+F
142	21 M	POLITRAUMATISMO TRAUM. CRANEAL	SItb NO	CLOB UNIL	SI	E: P.aerugin+Staph.aureus H: NEGATIVO	200 Staph. aureus	SIsite	CUR	NN	+C
143	55 M	TRANSPLANTE HEPATICO	SITr SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	50 P. aeruginosa	NOcte	EXna	NN	+C
144	52 M	ANEURISMA DISECANTE AORT. INTERVENCION	SItb SI	CLOB UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NONN	-C
145	19 M	TRAUMATISMO FRACT.OCCIPITAL	SItb NO	CSE6 UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	1.000 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
146	52 M	AVC HEMORRAG. HTA	SItb NO	CSE6 UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	SIRte	EXoc	NONN	-C
147	60 F	AVC ANTIGUO STATUS COMICIAL EST. TRAQUEAL	SITr NO	CLOB UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: Staph. coagulasa -	1 B.melaninogenicus	SIsite	CUR	NN	+C
148	21 M	POLITRAUMATISMO	NO	PINT	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	SIRte	CUR	NONN	-C
149	26 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CLOB UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	20 Staph. aureus	SIsite	CUR	NN	+C
150	41 M	ENCEFALITIS VIRAL HDA LAPAROTOMIA	SItb SI	CSE6 UNIL	SI	E: P. vulgaris H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	300 P. vulgaris 30 P. mirabilis	SIsite	EXxn	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ² CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
151	59 M	LINFOMA NN CURADA	NO	PINT	SI	E: E. cloacae+ P.vulgaris H: NEGATIVO NECRO: INFIL. LINFOMATOSA	NEGATIVO	SIrte	EXoc	NONN	-C
152	72 M	POLITRAUMATISMO	Sitr SI	CSE6 UNIL	SI	E: A.calcoac. lwoffii+E.coli +Str. faecalis H: NEGATIVO	50 A.calcoacet.lwoffii. 50 E. coli	NOcte	EXoc	NN	+C
153	63 M	POLITRAUMATISMO TBC ANTIGUA INTERVENCION	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	35 Str. mitis 2 Staph. coagulasa- 1 E. aerogenes	Siste	CUR	NN	+C
154	45 M	NEO DE PANCREAS INTERVENCION	Sitb SI	CSE6 UNIL	SI	E: P.aerug+E.aerogenes+ Str. faecalis H: NEGATIVO	2 Str. faecalis	Siste	EXoc	IND	IND
155	45 M	POLITRAUMATISMO	Sitr NO	BNEU	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
156	72 M	EPOC ICC	Sitr SI	CSE6 UNIL	SI	E: Staph. coagulasa - H: NEGATIVO	5 Staph. coagulasa-	NOcte	CUR	IND	IND
157	60 M	ANEURISMA AORTICO INTERVENCION	Sitb SI	CSE6 UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EMP	NONN	-C
158	64 M	NEO LARINGE INTERVENCION EPOC	NO	CSE6 BILA	NO	E: K.pneumon.+P.vulgaris H: NEGATIVO	30 K. pneumoniae 8 P. vulgaris	NOcte	CUR	NN	+C
159	78 M	ANEURISMA AORTA INTERVENCION	Sitb SI	CSE6 UNIL	NO	E: E. cloacae H: NO	15 E. cloacae	NOcte	EMP	NONN	+F
160 (159)	78 M	ANEURISMA AORTA INTERVENCION	Sitb SI	BNEU	NO	E: P.aerugin.+H.influenzae H: H. influenzae	100 H.influenzae	NOear NOdot	EXin	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
161	63 M	BYPASS ADORTO- CORONARIO	SI tb SI	CSE6 UNIL	SI	E: E. coli H: Str. faecalis	NEGATIVO	SI cte	EMP	IND	IND
162 (161)	63 M	BYPASS ADORTO- CORONARIO	SI tb SI	CSE6 BILA	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO	NEGATIVO	SI cte	CUR	IND	IND
163 (157)	60 M	ANEURISMA AORTICO INTERVENCION	SI tr SI	CSE6 UNIL	SI	E: A. calcoaceticus ba H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO cte	CUR	NN	-C
164 (157) (163)	60 M	ANEURISMA AORTICO INTERVENCION	SI tr SI	CSE6 UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: E. coli CAT VEN: E. coli	NEGATIVO	SI cte	CUR	NONN	-C
165	61 M	EPOC NAC X LP HDA GASTRECTOM. DIABETES MELL.	SI tb SI	CLOB UNIL	NO	E: P.aeruginosa + E.coli H: E. cloacae LP: NEGATIVO	80 E. coli 20 P. aeruginosa	NO cte	CUR	NN	+C
166 (118)	32 M	POLITRAUMATISMO ESPLENECTOMIA NN DUD. RESUELTO.	SI tr SI	CSE6 UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	10 P. aeruginosa	NO cte	CUR	IND	IND
167	56 M	NAC X LP I RENAL AGUDA	SI tb SI	PINT	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	SI rte	EXoc	NONN	-C
168	52 M	EPOC NAC X LP I RENAL AGUDA	SI tr SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO NEGATIVO	300 P. aeruginosa 10 P. mirabilis	NO cte	CUR	NN	+C
169	48 M	EPOC ICC AC X FA ENOLISMO	SI tb SI	PINT	SI	E: E. aerogenes H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO cte	EXoc	NONN	-C
170	34 M	POLITRAUMATISMO	SI tb SI	CLOB UNIL	NO	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	130 Staph. aureus	SI ste	CUR	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMP	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	INAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
171	65 M	HEPATOP. CRON. COLECISTECTOMIA	SItr SI	BNEU	SI	E: P.aeruginosa+Candida H: NEGATIVO	1 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
172 (161)	63 M	BYPASS AORTO- CORONARIO NN DUDOSA	SItr SI	CSEG BILA	SI	E: E. coli + Candida H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
173	34 M	POLITRAUMATISMO	SItb NO	CSEG UNIL	NO	E: E. aerogenes H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
174	56 F	AVC HEMORRAG. HTA	SItb NO	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	IND	IND
175	63 M	RECAMBIO VALVULAR MITROAORTICO	SItb SI	CSEG UNIL	SI	E: P.aerugin.+E.aerogenes H: Staph. epidermidis	NEGATIVO	Sicte	EXoc	NN	-C
176	31 M	POLITRAUMATISMO EMBOLISMO GRASO	SItb SI	BNEU	NO	E: E. aerogenes H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	EMP	NONN	-C
177	64 M	EPOC TEP	SItb SI	CLOB UNIL	SI	E: E. coli H: E. coli	10 E. coli	NOdot	CUR	NN	+C
178 (165)	61 M	EPOC NAC X LP GASTRECTOMIA NN CURADA	SItr SI	BNEU	SI	E: A. calcoaceticus ba H: NEGATIVO	2 A.calcoacetic. ba 2 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NONN	+F
179 (168)	52 M	EPOC NAC X LP NN CURADA	SItr SI	CSEG UNIL	SI	E: Candida H: NEGATIVO	Candida albicans	NOcte	CUR	NONN	+F
180	23 M	POLITRAUMATISMO	SItr NO	CSEG UNIL	SI	E: Candida H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IAMº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
181	18 F	TRAUM. CRANEAL	SItb SI	CLOB UNIL	NO	E: S. aureus+S.pneumoniae H: NEGATIVO	100 Staph. aureus 100 Str. pneumoniae	Siste	CUR	NN	+C
182	67 M	BYPASS AORTO- CORONARIO	SItb SI	CLOB UNIL	SI	E: K.pneumoniae+E.aerogen. H: E.cloacae	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
183	52 M	BYPASS AORTO- CORONARIO	SItb SI	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	60 Str. intermedius 10 Str. mitis 2 M. morganii	Siste	CUR	NN	+C
184	59 F	REC. VALVULAR MITRAL IMPL. MCP	SItb SI	BNEU	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	IND	IND
185	56 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CLOB UNIL	SI	E: Staph. aureus H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sicte	CUR	NN	-C
186	48 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CSEG UNIL	SI	E: E. cloacae+E.aerogenes H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
187 (176)	31 M	POLITRAUMATISMO EMBOL. GRASO HEMOPTISIS	SItb SI	BNEU	SI	E: P.mirabil.+P.aerugin. H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C
188	18 M	POLITRAUMATISMO TRAUM. CRANEAL	SItb NO	CSEG UNIL	SI	E: P.aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NONN	-C
189	68 M	NAC EN TTD. IRA	SItb SI	BNEU	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	100 P. aeruginosa	NOear	EXin	NN	+C
190	53 M	EPILEPSIA STATUS COMICIAL	SItb NO	CSEG UNIL	NO	E: P. mirabilis H: Str. faecalis	100 P. mirabilis	Siste	EMP	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
191	63 F	IAM EAP	Sitb SI	BNEU	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOear	EXin	NONN	-C
192 (190)	53 M	EPILEPSIA STATUS COMICIAL	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: P. mirabilis H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sicte	CUR	NN	-C
193	28 M	POLITRAUMATISMO ESPLENECTOMIA	Sitb SI	CLOB UNIL	SI	E: E. aerogenes H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
194	62 M	MIOCARDIOPATIA CONGESTIVA EAP	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	30 H. influenzae	Siste	CUR	NN	+C
195	23 F	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	NO	CSEG UNIL	NO	E: P.aerugin+Aspergillus H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	EXoc	IND	IND
196	23 M	TRAUM. CRANEAL	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: S.aureus+H.influenzae H: NEGATIVO	200 Staph. aureus 200 H. influenzae	Siste	CUR	NN	+C
197	31 M	ARDS INHALACION GASES IRRITANT.	Sitb SI	BNEU	SI	E: Staph. aureus H: Staph. epidermidis	50 Staph. aureus 5 P. aeruginosa 1 A.calcoacetic.ba.	NOcte	CUR	NN	+C
198	54 M	NEO CARDIAS INTERVENCION	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: S.marcesens+S.coagul- H: NEGATIVO	15 Staph. coagulasa- 3 S. marcesens	NOcte	CUR	NN	+C
199	63 M	POLITRAUMATISMO CONT. CRANEAL	Sitb SI	CLOB UNIL	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NN	-F
200	40 M	COMA BARBITURICO	Sitb SI	CSEG UNIL	SI	E: Staph.aureus + E.coli H: Staph. aureus	40 Staph. aureus 20 E. coli	NOcte	CUR	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
201	21 M	TRAUM. CRANEAL	SItb SI	CSEG UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: Staph. epidermidis	NEGATIVO	SIRte	CUR	NNNN	-C
202	23 (196) M	TRAUM. CRANEAL NN CURADA	SIttr NO	CSEG UNIL	SI	E: P. aeruginosa H: Staph. coagulasa -	20 P. aeruginosa	NOcte	CUR	NN	+C
203	53 F	AVC HEMORRAGIC.	SItb SI	CSEG UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	24 P. aeruginosa	NOcte	EMP	NN	+C
204	59 M	PANCREATITIS NECROHEMORRAG. LAPAROTOMIA	SIttr SI	BNEU UNIL	SI	E: P. aerug+A. calcoacet. ba. H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	IND	IND
205	72 M	HEMATOMA SUBDURAL	SItb NO	CSEG UNIL	SI	E: E. coli + P. aeruginosa H: NEGATIVO	2 E. coli 1 P. aeruginosa	NOcte	EMP	NN	+C
206	28 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	BNEU UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NOcte	CUR	NN	-C
207	46 F	TRANSPLANTE HEPatico	SItb SI	CSEG BILA	SI	E: H. influen.+S. pneumoniae H: Staph. coagulasa -	NEGATIVO	NOcte	EXoc	NN	-C
208	23 M	POLITRAUMATISMO	SItb SI	CLOB UNIL	NO	E: S. aureus+Str. pyogenes H: Staph. aureus LP: Staph. aureus	50 Staph. aureus 10 Str. pyogenes	NOdot	EMP	NN	+C
209	23 (208) M	POLITRAUMATISMO NN EN TTD.	SItb SI	CLOB BILA	SI	E: E. cloacae H: NEGATIVO	50 E. cloacae	SICtt	EMP	NN	+C
210	23 (208) (209) M	POLITRAUMATISMO NN EN TTD.	SIttr SI	BNEU UNIL	SI	E: A. calcoac. ba.+S. marcesc. H: NEGATIVO	100 A. calcoacetic. ba. 50 S. marcescens	SICtt	CUR	NN	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA NN. (Cont.)

Nº IANº	EDAD SEXO	MOTIVO INGRESO HOSPITAL	VAAR VMEC	INAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	INFL TRAT	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
211	50 M	TRAUM. CRANEAL	SI SI	CSEG UNIL	NO	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	EXxn	NN	-F
212	38 M	POLITRAUMATISMO	SI SI	CSEG UNIL	SI	E: P.aerugin. + S.aureus H: NEGATIVO	100 P. aeruginosa 100 Staph. aureus	NOcte	EXxn	NN	+C
213	29 M	POLITRAUMATISMO	SI SI	CSEG UNIL	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	3 Staph. aureus	Siste	CUR	NN	+C
214	24 M	ENDOCARDITIS (Staph.aureus) ADVP	SI NO	CLOB UNIL	SI	E: A. faecalis H: NEGATIVO	40 A. faecalis	Siste	EXoc	NN	+C
215	53 (203) F	AVC HEMORRAG.	SI SI	CSEG UNIL	SI	E: A.calcoac.ba.+P.mirabil. H: A.calcoaceticus b.a.	100 A.calcoacetic.ba. 40 P. mirabilis	NOdot	EXxn	NN	+C
216	30 M	POLITRAUMATISMO	SI SI	CLOB UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: Staph. aureus	40 Staph. aureus 30 H. influenzae	Siste	CUR	NN	+C
217	47 M	TRANSPLANTE HEPATICO	SI SI	BNEU	SI	E: Candida albicans H: NEGATIVO	C. albicans	NOcte	CUR	NONN	+F
218	43 M	TRANSPLANTE HEPATICO	SI SI	CSEG UNIL	SI	E: NEGATIVO H: NEGATIVO	NEGATIVO	Sirte	CUR	NONN	-C
219	23 (208) M (209) (210)	POLITRAUMATISMO NN CURADA	SI NO	CSEG UNIL	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	12 Str. viridans	Siste	CUR	NONN	+F
220	52 (183) M	BYPASS AORTO- CORONARIO NN CURADA	SI SI	BNEU	SI	E: A.calcoaceticus b.a. H: NEGATIVO	20 A.calcoacetic.ba.	Sictt	EXoc	NN	+C

INTERPRETACION ABREVIATURAS DE LA TABLA IV (CBCT EN LA NN).

IANº = Nº INCLUSION ANTERIOR EN ESTA SERIE

VAAR = VIA AEREA ARTIFICIAL

VMEC = VENTILACION MECANICA

IMAG. RX = IMAGEN RADIOLOGICA:

- CLOB = CONDENSACION LOBAR
- CSEG = CONDENSACION SEGMENTARIA
- BNEU = BRONCONEMONIA
- PINT = PATRON INTERSTICIAL
- UNIL = UNILATERAL
- BILA = BILATERAL

ATB PREV = ANTIBIOTERAPIA PREVIA

MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS:

- E: ESPUTO
- H: HEMOCULTIVO
- LP: L. PLEURAL
- SEROL: SEROLOGIA
- PTA: PUNCION TRANSTORACICA ASPIRATIVA
- BAS: BRONCOASPIRADO
- CAT VEN: CATETER VENOSO
- LCR: CULTIVO LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
- URO: UROCULTIVO
- COLESCIST: CULTIVO PUS COLECISTITIS
- L. ASCIT: LIQUIDO ASCITICO
- NECRO: NECROPSIA

CFU/ml = UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS / ml

INFL TRAT = INFLUENCIA DEL RESULTADO DE LA PTA SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO:

- SIctt = SI-CAMBIO TOTAL DE TRATAMIENTO EMPIRICO (INEFECTIVO)
- SIste = SI-SIMPLIFICAR TRATAMIENTO EMPIRICO
- SIrte = SI-RETIRAR TRATAMIENTO EMPIRICO
- SIcte = SI-CONTINUAR MISMO TRATAMIENTO EMPIRICO
- NOcte = NO-CONTINUAR TRATAMIENTO EMPIRICO
- NOear = NO-EXITUS ANTERIOR AL RESULTADO
- Nodot = NO-DIAGNOSTICADO (TAMBIEN) POR OTRA TECNICA (NO INVASIVA)

EVOL POST = EVOLUCION POSTERIOR DEL CASO:

- CUR = CURACION DE LA NEUMONIA
- EMP = EMPEORAMIENTO
- EXIN = EXITUS INMEDIATO (< 24 HORAS SIN ESPECIFICAR CAUSA)
- EXxN = EXITUS DEBIDO A LA NEUMONIA
- EXOC = EXITUS POR OTRA CAUSA (DURANTE EVOLUCION DE LA NEUMONIA)
- EXNA = EXITUS DE CAUSA NO ACLARADA (*****)
- IND = INDETERMINADO

VAL CASO = VALORACION RETROSPECTIVA DEL CASO:

- NN = NEUMONIA NOSOCOMIAL RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA
- NONN = NEUMONIA NOSOCOMIAL RETROSPECTIVAMENTE DESCARTADA: OTRA CAUSA
- IND = INDETERMINADO

VAL CBCT = VALORACION RETROSPECTIVA DEL RESULTADO DEL CBCT EN CADA CASO:

- +C = POSITIVO CIERTO
- -C = NEGATIVO CIERTO
- +F = POSITIVO FALSO
- -F = NEGATIVO FALSO
- IND = INDETERMINADO

TABLA V - RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA.

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
1	60 M	DIABETES MELLITUS	ABSC	SI	E: F. MIXTA ZN- H: NEGATIVO BAS: ZN+ LOW: M.tuberculosis	M. tuberculosis	HMTS1	CUR	TBC	+C
2	46 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	B.asaccharolyticus Bacteroides sp Peptostrep. anaerobius Peptostrep. micros	NO	CUR	ANA	+C
3	50 M	EPOC EX-TBC PULMONAR	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Peptostrep. anaerobius Bacteroides sp	NO	CUR	ANA	+C
4	51 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT:Strept.sp + B.melanin.+F.lentum+E.limosum	Streptococcus sp B. melaninogenicus Fusobacterium lentum Eubacterium limosum	NO	EMP	ANA	+C
5 (4)	51 M	EPOC ENOLISMO ABSC MALA EVOLUCION	ABSC	SI	E: FLORA GRAM - H: K. pneumoniae	K. pneumoniae E. coli	NO	CUR	INFAE	+C
6	48 M	EPOC ENOLISMO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	Peptostrept. anaerobius B. asaccharolyticus	NTRX1	CUR	ANA	+C
7	71 M	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. sanguis B. melaninogenicus B. splanchnicus Bacteroides sp Peptostreptococcus sp	NO	EMP	ANA	+C
8 (7)	71 M	NO ABSC MALA EVOLUCION	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. sanguis B.melaninogenicus(PeniR) B.splanchnicus Bacteroides sp Peptostreptococcus sp	NO	CUR	ANA	+C
9	27 M	AHOGAMIENTO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: Str. sanguis II CBCT: 5 ESPECIES ANAEROBIAS	NEGATIVO	NO	CUR	ANA	-F
10	54 M	DIABETES MELLITUS EPOC ENOLISMO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT:B.melanino + B.capillosus + Eubacterium sp	NEGATIVO	NO	EMP	ANA	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont).

Nº IAMº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVDL POST	VAL CASO	VAL PTA
11 (10)	54 M	DIABETES MELLITUS EPOC ENOLISMO	MNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: B. melanino. + B. capillosus	NEGATIVO	NO	CUR	ANA	-F
12	43 M	EPOC EX-TBC PULMONAR	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	Str. microaerofílico	NO	CUR	ANA	+C
13	54 M	EPOC ENOLISMO	MNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: Peptostrep. anaerobius+B. asaccharolyticus	E. corrodens Peptostrept. anaerobius B. asaccharolyticus	NO	CUR	ANA	+C
14	58 M	EPOC EX-TBC PULMONAR GASTRECTOMIZADO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: C. ESCAMOSO	NO	EMP	NEO	+C
15	64 M	EPOC DIABETES MELLITUS	ABSC	NO	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: C. ESCAMOSO	NO	EMP	NEO	+C
16	76 M	NEO VEJIGA URINARIA	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: K. pneumoniae	K. pneumoniae	NO	EMP	INFAE	+C
17	34 M	NO	ABSC	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: C. ESCAMOSO	NO	EMP	NEO	+C
18	29 M	NO	ABSC	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	HMTS1	EMP	NOANA	-C
19	57 M	EPOC	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: Str. anginosus + B. asaccharol. + Peptostr. sp	Str. anginosus B. asaccharolyticus CIT: C. ESCAMOSO	NO	CUR	ANA NEO	+C +C
20	47 M	EPOC	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	B. asaccharolyticus Bacteroides sp Peptostrep. sp	NTRX2	CUR	ANA	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
21	48 M	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO BIOPSIA: MEGENER	NEGATIVO	NO	EMP	NOANA	-C
22	55 F	ASMA BRONQUIAL CORTICOTERAPIA	ABSC	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO CBCT: H. influenzae	H. influenzae Propionibacterium acnes	NO	CUR	INFAE	+C
23	63 M	SILICOSIS	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NOANA	-C
24	42 M	EX-TBC PULMONAR ENOLISMO HEPATOPAT. CRONICA	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Staph. epidermidis	NO	CUR	IND	IND
25	61 M	ENOLISMO EX-TBC PULMONAR	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: Str. intermedius	Str. intermedius	NO	CUR	ANA	+C
26	44 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT:V.parvula + Fusobacterium nucleatum	Veillonella parvula Fusobacterium nucleatum	NO	CUR	ANA	+C
27	69 M	ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. milleri I B. melaninogenicus (PeniR)	NO	EMP	ANA	+C
28	47 M	EX-TBC PULMONAR ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	B. asaccharolyticus	NO	CUR	ANA	+C
29	60 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Peptostreptococcus sp Propionibacterium sp	HMTS1	CUR	ANA	+C
30	39 M	EX-TBC PULMONAR	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	ANA	-F

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
31 (27)	69 M	ENLISMO ABSC MALA EVOLUCION	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. milleri I B. melaninogenicus (PeniR)	NO	CUR	ANA	+C
32	60 M	EPOC ENLISMO	NNEC	NO	E: Str. milleri H: NEGATIVO	Str. milleri BGN ANAEROBIO NO IDEN.	NO	CUR	ANA	+C
33	50 M	EPOC	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: Str. mitis + Str. zooepidemicus	NEGATIVO CIT: ADENOCARCINOMA	NO	CUR	INFAE NEO	-F +C
34	73 M	EPOC	ABSC	SI	E: P. aeruginosa H: NEGATIVO	P. aeruginosa CIT: C. ESCAMOSO	NO	CUR	INFAE NEO	+C +C
35	36 M	ENLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Peptostrept. micros Bacteroides oralis Fusobacterium nucleatum	NO	CUR	ANA	+C
36	59 M	EPOC	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: ADENOCARCINOMA	NO	EMP	NEO	+C
37	58 M	EPOC ENLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: C. ESCAMOSO	NO	EMP	NEO	+C
38	58 M	ESQUIZOFRENIA ENLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	ANA	-F
39	38 M	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	ANA	-F
40	44 M	EPOC ENLISMO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: C. ESCAMOSO	NO	EMP	NEO	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
41	49 M	NEO BASE LENGUA ENOLISMO	NNEC	NO	E: P. mirabilis H: Staph. coagulasa - LP: NEGATIVO	P. mirabilis	NO	EXxn	INFAE	+C
42	61 M	NEO PULMONAR INTERVENINDA 10 AÑOS ANTES	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	E. coli A. calcoaceticus b.a. CIT: ADENOCARCINOMA	NTRX1	EXin	INFAE NEO	+C +C
43	45 M	EPOC EX-TBC PULMONAR	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. sanguis I Str. grupo D no id. B. melaninogenicus Peptostrept. micros CBP anaer. no id.	NTRX2	EMP	ANA	+C
44 (43)	45 M	EPOC EX-TBC PULMONAR INF. MALA EVOLUCION	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: E. aerogenes	Str. intermedius(peniR) B. melaninogenicus Peptostrept. micros	NO	CUR	ANA	+C
45	26 M	ADVP	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	IND	IND
46	62 M	EPOC	NNEC	NO	E: Str. salivarius H: NEGATIVO CBCT: Str. salivarius+Bacteroides sp	Str. salivarius Bacteroides sp	NO	CUR	ANA	+C
47	62 M	EPOC	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: Clostridium sp	Clostridium sp	NO	EMP	ANA	+C
48 (47)	62 M	EPOC NNEC MALA EVOLUCION	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO BIOPSIA: C. "OAT CELL"	NEGATIVO	NO	CUR	NEO	-F
49	51 M	EPOC ENOLISMO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	E. corrodens CBP anaer. no id.	NTRX2	EMP	ANA	+C
50	48 M	ENOLISMO EX-TBC PULMONAR	ABSC	NO	E: F. MIXTA ZN- LOW:M.tuberc. H: NEGATIVO	ZN+ LOW:M.tuberculosis	NO	CUR	TBC	+C

RESULTADOS DE LA PTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IAMP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	RESULTADO DE LA PTA	YATRO GENIA	EVOL POST	VAL CASO	VAL PTA
51	49 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	IND	IND
52	39 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO BRONC: C. ESCAMOSO	Str. pneumoniae (Peni-R) CIT: NO	NO	CUR	INFAE	+C
53	51 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	NO	E: FLORA GRAM - H: NEGATIVO	Str. anginosus Propionibacterium sp	NO	CUR	ANA	+C
54	45 M	EPOC ENOLISMO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	CUR	IND	IND
55	50 M	NEO BASE LENGUA	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO CIT: BENIGNO	NO	CUR	IND	IND
56	48 M	NEO DE ESOFAGO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO CBCT: B.asacchar. + Str. morbillorum	B. asaccharolyticus Str. morbillorum	NO	CUR	ANA	+C
57	57 M	ENOLISMO SILICOSIS	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	Str. anginosus (const.) E. coli	NO	EMP	INFAE	+C
58 (57)	57 M	ENOLISMO SILICOSIS NNEC MALA EVOLUCION	NNEC	SI	E: Str.anginosus+H.influenzae H: NEGATIVO CBCT: Str.anginosus + H. influenzae	Str. anginosus (const.) H. influenzae	NO	EMP	INFAE	+C
59 (57) (58)	57 M	ENOLISMO SILICOSIS NNEC MALA EVOLUCION	NNEC	SI	E: H. influenzae H: NEGATIVO CBCT: H.influenzae	H. influenzae	NO	CUR	INFAE	+C
60	60 M	NEO BRONQUIAL "OAT CELL"	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	NO	EMP	NEO	-F

INTERPRETACION ABREVIATURAS DE LA TABLA V (PTA EN LA IPA).

- # IANP = INCLUSION ANTERIOR EN ESTA SERIE

 - # IMAG. RX = IMAGEN RADIOLOGICA:
 - ABSC = ABSCESO PULMONAR
 - NNEC = NEUMONIA NECROTIZANTE

 - # ATB PREV = ANTIBIOTERAPIA PREVIA.

 - # MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS:
 - E: ESPUTO - BAS: BRONCOASPIRADO
 - H: HEMOCULTIVO - CBCT: CEPILLADO BRONQUIAL CATETER TELESCOPICO
 - LP: L. PLEURAL

 - # YATROGENIA:
 - NTRX1 = NEUMOTORAX AUTOLIMITADO
 - NTRX2 = NEUMOTORAX QUE PRECISO DRENAJE
 - HMTS1 = HEMOPTISIS AUTOLIMITADA
 - HMTS2 = HEMOPTISIS QUE PRECISO TRATAMIENTO
 - ----- = PTA POSTMORTEM

 - # EVOL POST = EVOLUCION POSTERIOR DEL CASO:
 - CUR = CURACION DE LA NEUMONIA
 - EMP = EMPEORAMIENTO
 - EXIN = EXITUS INMEDIATO (< 24 HORAS SIN ESPECIFICAR CAUSA)
 - EXxN = EXITUS DEBIDO A LA NEUMONIA
 - IND = INDETERMINADO

 - # VAL CASO = VALORACION RETROSPECTIVA DEL CASO:
 - ANA = INFECCION PULMONAR ANAEROBIA RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA
 - INFAE = INFECCION PULMONAR AEROBIA
 - TBC = TUBERCULOSIS PULMONAR
 - NEO = NEOPLASIA BRONQUIAL
 - NOANA = INFECCION PULMONAR ANAEROBIA RETROSPECTIVAMENTE DESCARTADA (SIN ESPECIFICAR CAUSA)
 - IND = INDETERMINADO

 - # VAL PTA = VALORACION RETROSPECTIVA DEL RESULTADO DE LA PTA EN CADA CASO:
 - +C = POSITIVO CIERTO - +F = POSITIVO FALSO - IND = INDETERMINADO
 - -C = NEGATIVO CIERTO - -F = NEGATIVO FALSO
-

TABLA VI - RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA.

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAS RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
1	18 M	NO	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	<i>B.ruminicola</i> <i>Peptostrep. anaer.</i> <i>Eubacterium sp</i>	CUR	ANA	+C
2	51 M	EPOC ENOLISMO	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: <i>Strept. sp</i> + <i>B.melanin.</i> + <i>E.lentum</i> + <i>E.limosum</i>	<i>Streptococcus sp</i> <i>B.melaninogenicus</i> <i>Eubacterium lentum</i> <i>Eubacterium limosum</i>	EMP	ANA	+C
3	48 M	EPOC ENOLISMO	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: <i>Peptostrep.</i> <i>anaerobius</i> + <i>B.asaccharolyticus</i>	NEGATIVO	CUR	ANA	-F
4	27 M	ANDAMIENTO	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: <i>Str. sanguis II</i> PTA: NEGATIVO	<i>Eubact.cylindroides</i> <i>Peptostrep. micros</i> <i>Fusobacterium sp</i> <i>Fusobact. nucleatum</i> <i>B.melaninogenicus</i>	CUR	ANA	+C
5	54 M	DIABETES MELLITUS EPOC ENOLISMO	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	<i>B.melaninogenicus</i> (PenIR) <i>B.capillosus</i> <i>Eubacterium sp</i>	EMP	ANA	+C
6 (5)	54 M	DIABETES MELLITUS EPOC ENOLISMO NNEC MALA EVOLUCION	NO	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	<i>B.melaninogenicus</i> (PenIR) <i>B.capillosus</i>	CUR	ANA	+C
7	43 M	EPOC EX-TBC PULMONAR	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: <i>Str. microaerofílico (n1)</i>	NEGATIVO	CUR	ANA	-F
8	54 M	EPOC ENOLISMO	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: <i>E.corrodens</i> + <i>Peptostr. anaerob.</i> + <i>B.asacchar.</i>	50 <i>Peptostr. anaerobius</i> 10 <i>B.asaccharolyticus</i>	CUR	ANA	+C
9	64 M	EPOC DIABETES MELLITUS	NO	ABSC	NO	E: FLORA GRAM + H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	EMP	NOANA	-C
10	76 M	NEO VEJIGA URINARIA	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: <i>K. pneumoniae</i>	60 <i>K.pneumoniae</i>	EMP	INFAE	-C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VNEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
11 (10)	76 M	NED VEJIGA URINARIA ABSC MALA EVOLUCION	NO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	1 K. pneumoniae	CUR	INFAE	-C
12	34 M	NO	NO	ABSC	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO BRONCOSC: C. ESCAMOSO	NEGATIVO	EMP	NOANA	-C
13	29 M	NO	NO	ABSC	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO BIOPSIA NASAL: MEGENER	NEGATIVO	EMP	NOANA	-C
14	57 M	EPOC	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: Str. anginosus +B. asaccharol. +Peptostrept. sp	10 S. anginosus 125 B. asaccharolyticus 50 Peptostrept. sp	CUR	ANA	+C
15	47 M	EPOC	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: B. asaccharol. +Bacteroides sp +Peptostr. sp	NEGATIVO	CUR	ANA	-F
16	55 F	ASMA BRONQUIAL CORTICOTERAPIA	NO	ABSC	NO	E: H. influenzae H: NEGATIVO PTA: H. influenzae +Propionibacterium acnes	14 H. influenzae	CUR	INFAE	-C
17	54 M	EPOC ENOLISMO GASTRECTOMIA	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	20 Str. milleri II 75 B. asaccharolyticus 70 Bacteroides sp	CUR	ANA	+C
18	42 M	EPOC ENOLISMO EPILEPSIA	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: Staph. epidermidis	CULTIVO ANAEROBIO: PROBLEMAS TECNICOS	CUR	ANA	IND
19	52 M	EPOC PORFIRIA	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	ANA	-F
20	46 M	EPOC ENOLISMO	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	100 Str. viridans 100 B. melaninogenicus	CUR	ANA	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IANP	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ³ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
21	61 M	ENLISMO EX-TBC PULMONAR	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: Str. intermedium	100 Str. intermedium	CUR	ANA	+C
22	44 M	EPOC ENLISMO	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA:V.parvula + Fusobacterium nucleatum	30 Veillonella parvula 20 Fusobact.nucleatum	CUR	ANA	+C
23	50 M	EPOC	NO	ABSC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO CIT: ADENOCARCINOMA	100 Str. mitis 100 Str.zoepidemicus	CUR	INFAE	-C
24	25 M	ADVP HIV +	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO LP: NEGATIVO	60 Str. anginosus 15 Str. pyogenes	CUR	INFAE	-C
25	58 M	ESQUIZOFRENIA ENLISMO	NO	ABSC	NO	E: F. MIXTA ZN- LOWENSTEIN- H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	IND	IND
26	45 M	EPOC EX-TBC PULMONAR NO RESPUESTA ATB	NO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA:Str.intermedium (PeniR)+B.melanin.+Pept.micros	2 E. aerogenes	CUR	ANA	-F +F
27	62 M	EPOC	NO	NNEC	NO	E: Str. salivarius H: NEGATIVO PTA:Str.salivarius + Bacteroides sp	10 Str. salivarius 50 Bacteroides sp	CUR	ANA	+C
28	62 M	EPOC	NO	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: Clostridium sp	2 Clostridium sp	EMP	ANA	+C
29	64 M	NED DE LARINGE ASPIRACION	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	30 K. pneumoniae 8 P. vulgaris	CUR	INFAE	-C
30	33 M	ASPIRACION (1 MES ANTES)	NO	NNEC	NO	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	100 Str. intermedium	CUR	ANA	+C

RESULTADOS DEL CBCT EN EL DIAGNOSTICO DE LA IPA (Cont.).

Nº IANº	EDAD SEXO	PATOLOGIA DE BASE	VAAR VMEC	IMAG RX	ATB PREV	MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS	MICROBIOLOGIA MUESTRA CBCT (10 ⁶ CFU/ml)	EVOL POST	VAL CASO	VAL CBCT
31	51 M	EPOC ENOLISMO NO RESPUESTA ATB	NO	NNEC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO	15 E. corrodens	CUR	ANA	+C
32	49 M	EPOC ENOLISMO	NO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA: NEGATIVO	NEGATIVO	CUR	IND	IND
33	48 M	NEO DE ESDFAGO	NO	ABSC	SI	E: FLORA MIXTA H: NEGATIVO PTA:Str.morbilorum + B. asaccharolyticus	30 Str. morbillorum 30 B.asaccharolyticus	CUR	ANA	+C
34	57 M	ENOLISMO SILICOSIS NO RESPUESTA ATB	NO	NNEC	SI	E: Str. anginosus+H.influenzae H: NEGATIVO PTA:Str.anginosus + H. influenzae	150 Str. anginosus 300 H. influenzae	EMP	INFAE	-C
35 (34)	57 M	ENOLISMO SILICOSIS NO RESPUESTA ATB	NO	NNEC	SI	E: H. influenzae H: NEGATIVO PTA: H. influenzae	2 H. influenzae	CUR	INFAE	-C

INTERPRETACION ABREVIATURAS DE LA TABLA VI (CBCT EN LA IPA).

- # IAN^o = N^o INCLUSION ANTERIOR EN ESTA SERIE
 - # VAAR = VIA AEREA ARTIFICIAL
 - # VMEC = VENTILACION MECANICA
 - # IMAG. RX = IMAGEN RADIOLOGICA:
 - NNEC = NEUMONIA NECROTIZANTE
 - ABSC = ABSCESO PULMONAR
 - # ATB PREV = ANTIBIOTERAPIA PREVIA
 - # MICROBIOLOGIA OTRAS MUESTRAS:
 - E: ESPUTO
 - H: HEMOCULTIVO
 - LP: L. PLEURAL
 - BRONCOSC : BRONCOSCOPIA
 - PTA: PUNCION TRANSTORACIA ASPIRATIVA
 - # CFU/ml = UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS / ml
 - # EVOL POST = EVOLUCION POSTERIOR DEL CASO
 - CUR = CURACION DE LA INFECCION ANAEROBIA
 - EMP = EMPEORAMIENTO
 - IND = INDETERMINADO
 - # VAL CASO = VALORACION RETROSPECTIVA DEL CASO:
 - ANA = INFECCION PULMONAR ANAEROBIA RETROSPECTIVAMENTE CONFIRMADA
 - NOANA = INFECCION PULMONAR ANAEROBIA RETROSPECTIVAMENTE DESCARTADA: OTRA CAUSA
 - INFAE = INFECCION PULMONAR EXCLUSIVAMENTE AEROBIA
 - IND = INDETERMINADO
 - # VAL CBCT = VALORACION RETROSPECTIVA DEL RESULTADO DEL CBCT EN CADA CASO:
 - +C = POSITIVO CIERTO
 - -C = NEGATIVO CIERTO
 - +F = POSITIVO FALSO
 - -F = NEGATIVO FALSO
 - IND = INDETERMINADO
-

TABLA VII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NAC.

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANAC 01 & CBCTNAC 01	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANAC 02 & CBCTNAC 02	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANAC 04 & CBCTNAC 04	Str. pneumoniae	NEGATIVO	NEGATIVO	+C	-F	---
PTANAC 09 & CBCTNAC05	M. tuberculosis	NEGATIVO	ESPUTO+BAS: M.tubercul.	-C	-C	---
PTANAC 11 & CBCTNAC06	Str. pneumoniae	Str. salivarius	L. PLEURAL: Str.pneumon.	+C	-F +F	NULA
PTANAC 14 & CBCTNAC 07	NEGATIVO	NEGATIVO	REC. VALVULAR: C. albicans	-F	-F	---
PTANAC 15 & CBCTNAC 08	NEGATIVO	Ps. aeruginosa	NECROPSIA: M.tubercul.	-C	+F	
PTANAC 25 & CBCTNAC 09	Str. pneumoniae	Str. pneumoniae	HEMOCULTIVO: Str.pneumon.	+C	+C	TOTAL
PTANAC 26 & CBCTNAC 10	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-F	-F	---
PTANAC 29 & CBCTNAC 11	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---

TABLA VII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NAC (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANAC 34 & CBCTNAC 12	NEGATIVO	H.influenzae	NEGATIVO	IND	IND	---
PTANAC 37 & CBCTNAC 15	Str. intermedius	Str. intermedius	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANAC 39 & CBCTNAC 16	NEGATIVO	Ps. aeruginosa	NEGATIVO	-F	+C	---
PTANAC 47 & CBCTNAC 21	C.albicans	C.albicans S.marcesc. E.cloacae	NEGATIVO	IND	IND	---
PTANAC 49 & CBCTNAC 22	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANAC 50 & CBCTNAC 23	NEGATIVO	C.equi C.freundii	BIOPSIA: Neumonía organizativa	-C	+F	---
PTANAC 52 & CBCTNAC 25	L. pneumophila	L. pneumophila	SEROLOGIA: L.pneumophila	+C	+C	TOTAL
PTANAC 53 & CBCTNAC 26	NEGATIVO	NEGATIVO	BIOPSIA: Neumonía lipoidea	-C	-C	---
PTANAC 55 & CBCTNAC 27	B.melaninog. B.bivius P.magnus	B.melaninog. B.bivius P.magnus E.lentum	NEGATIVO	+C	+C	CASI TOTAL
PTANAC 62 & CBCTNAC 29	M. tuberculosis	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---

TABLA VII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NAC (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANAC 66 & CBCTNAC 31	M. tuberculosis	NEGATIVO	BAS: M.tuberculosis	-C	-C	---
PTANAC 68 & CBCTNAC 32	NEGATIVO	NEGATIVO	SEROLOGIA: L.pneumophila	-F	-F	---
PTANAC 73 & CBCTNAC 41	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	IND	IND	---
PTANAC 77 & CBCTNAC 42	NEGATIVO	NEGATIVO	NEOPLASIA BRONQUIAL	-C	-C	---
PTANAC 120 & CBCTNAC 45	K.pneumoniae	NEGATIVO	NEGATIVO	+C	-F	---
PTANAC 128 & CBCTNAC 48	A.flavus	A.flavus	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANAC 139 & CBCTNAC 49	L. pneumophila	NEGATIVO	SEROLOGIA: L.pneumophila	+C	-F	---
PTANAC 144 & CBCTNAC 50	NEGATIVO	NEGATIVO	TEP	-C	-C	---
PTANAC 160 & CBCTNAC 56	Lactobacillus sp.	Lactobacillus sp.	HEMOCULTIVO: Lactobacillus sp.	+C	+C	TOTAL
PTANAC 163 & CBCTNAC 59	NEGATIVO	Ps. aeruginosa	NEGATIVO	-F	+C	---

TABLA VII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NAC (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANAC 171 & CBCTNAC 63	M. tuberculosis	NEGATIVO	BAS: M.tuberculosis	-C	-C	---

TABLA VIII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NN.

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANN 01 & CBCTNN 01	Ps.aerugin. Str.faecalis	Str.faecalis	HEMOCULTIVO: Ps.aeruginosa	+C	+C -F	PARCIAL
PTANN 02 & CBCTNN 02	NEGATIVO	Str.sanguis Veillon. sp P.anaerobius	NEGATIVO	-F	+C	---
PTANN 03 & CBCTNN 03	S.aureus Str.pneumon.	S.aureus Str.pneumon.	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANN 04 & CBCTNN 05	H.influenzae S.aureus	H.influenzae S.aureus	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANN 05 & CBCTNN 06	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 06 & CBCTNN 07	B.fragilis	NEGATIVO	NEGATIVO	+C	+F	---
PTANN 07 & CBCTNN 12	NEGATIVO	E.cloacae	NEGATIVO	-F	+C	---
PTANN 08 & CBCTNN 13	NEGATIVO	Ps.aerugin.	NEGATIVO	-F	+C	---
PTANN 09 & CBCTNN 15	NEGATIVO	NEGATIVO	NECROPSIA: Aspergillus	-F	-F	---
PTANN 10 & CBCTNN 19	S.aureus	S.aureus	HEMOCULTIVO: S.marcescens	+C	+C	TOTAL

TABLA VIII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NN (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANN 11 & CBCTNN 20	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 19 & CBCTNN 21	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 21 & CBCTNN 22	A.calcoacet. Ps.aerugin.	A.calcoacet. P.aerugin.	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANN 25 & CBCTNN 27	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 26 & CBCTNN 29	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 29 & CBCTNN 33	K.oxytoca H.influenzae	Br. catarrhalis	NEGATIVO	+C	-F +f	NULA
PTANN 30 & CBCTNN 35	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 35 & CBCTNN 41	NEGATIVO	Ps.aerugin.	NEGATIVO	-F	+C	---
PTANN 37 & CBCTNN 49	Ps.aerugin.	Ps.aerugin.	HEMOCULTIVO: Ps.aerugin.	+C	+C	TOTAL
PTANN 38 & CBCTNN 54	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---

TABLA VIII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NN (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANN 40 & CBCTNN 60	L. pneumophila	L. pneumophila	SEROLOGIA: L.pneumophila	+C	+C	TOTAL
PTANN 42 & CBCT 62	L. pneumophila	L. pneumophila	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANN 44 & CBCTNN 65	NEGATIVO	L.pneumophila	SEROLOGIA: L.pneumophila	-F	+C	---
PTANN 50 & CBCTNN 66	L. pneumophila	NEGATIVO	SEROLOGIA: L.pneumophila	+C	-F	---
PTANN 53 & CBCTNN 68	L. pneumophila	L. pneumophila	SEROLOGIA: L.pneumophila	+C	+C	TOTAL
PTANN 54 & CBCTNN 69	NEGATIVO	Str.pneumon. (Peni-R)	NEGATIVO	-F	+C	---
PTANN 55 & CBCTNN 73	S.aureus Bacillus sp	S.aureus Bacillus sp	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTANN 57 & CBCTNN 80	NEGATIVO	C.diversus N.sicca Str.sanguis	NEGATIVO	IND	IND	---
PTANN 71 & CBCTNN 98	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 77 & CBCTNN 107	NEGATIVO	H.influenzae S.aureus B.melaninog.	HEMOCULTIVO: S.aureus	-F	+C	---

TABLA VIII. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA NN (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTANN 94 & CBCTNN 146	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	-C	-C	---
PTANN 107 & CBCTNN 195	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	IND	IND	---

TABLA IX. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA IPA.

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTAIPA 04 & CBCTIPA 02	Str. sp B.melaninog. E.lentum E.limosum	Str. sp B.melaninog. E.lentum E.limosum	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTAIPA 06 & CBCTIPA 03	P.anaerobius B.asaccharol.	NEGATIVO	NEGATIVO	+C	-F	---
PTAIPA 09 & CBCTIPA 04	NEGATIVO	E.cylindroid. P.micros Fusobact. sp F. nucleatum B.melaninog.	HEMOCULTIVO: Str.sanguis	-F	+C	---
PTAIPA 10 & CBCTIPA 05	NEGATIVO	B.melaninog. B.capillosus Eubacterium sp	NEGATIVO	-F	+C	---
PTAIPA 11 & CBCTIPA 06	NEGATIVO	B.melaninog. B.capillosus	NEGATIVO	-F	+C	---
PTAIPA 12 & CBCTIPA 07	Str. microaerofil. (n.i.)	NEGATIVO	NEGATIVO	+C	-F	---
PTAIPA 13 & CBCTIPA 08	E.corrodens P.anaerobius B.asaccharol.	P.anaerobius B.asaccharol.	NEGATIVO	+C	+C	PARCIAL
PTAIPA 15 & CBCTIPA 09	NEGATIVO	NEGATIVO	NEOPLASIA BRONQUIAL	-C	-C	---
PTAIPA 16 & CBCTIPA 10	K.pneumoniae	K.pneumoniae	NEGATIVO	-C	-C	TOTAL (*)
PTAIPA 17 & CBCTIPA 12	NEGATIVO	NEGATIVO	NEOPLASIA BRONQUIAL	-C	-C	---

TABLA IX. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA IPA (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTAIPA 18 & CBCTIPA 13	NEGATIVO	NEGATIVO	WEGENER	-C	-C	---
PTAIPA 19 & CBCTIPA 14	Str.anginosus B.asaccharol. Peptostr. sp	Str.anginosus B.asaccharol. Peptostr. sp	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTAIPA 20 & CBCTIPA 15	B. asacharol. Bacter. sp Peptostr. sp	NEGATIVO	NEGATIVO	+C	-F	---
PTAIPA 22 & CBCTIPA 16	H.influenzae	H.influenzae	NEGATIVO	-C	-C	TOTAL (*)
PTAIPA 25 & CBCTIPA 21	Str. intermedius	Str. intermedius	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTAIPA 26 & CBCTIPA 22	V.parvula F.nucleatum	V.parvula F.nucleatum	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTAIPA 33 & CBCTIPA 23	NEGATIVO	Str.mitis Str.zooepid.	NEGATIVO	-F	+C	---
PTAIPA 38 & CBCTIPA 25	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	IND	IND	---
PTAIPA 44 & CBCTIPA 26	Str.intermed. B.melaninogen. P.micros	E.aerogenes	NEGATIVO	+C	-F +F	---
PTAIPA 46 & CBCTIPA 27	Str.salivar. Bacter. sp	Str.salivar. Bacter. sp	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL

TABLA IX. PTA & CBCT SIMULTANEOS EN LA IPA (Cont.).

IDENTIFICACION CASO	RESULTADO PTA	RESULTADO CBCT	OTROS RESULTADOS	VAL. PTA	VAL. CBCT	COINCIDENCIA PTA + & CBCT +
PTAIPA 47 & CBCTIPA 28	Clostrid. sp	Clostrid. sp	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTAIPA 51 & CBCTIPA 32	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	IND	IND	---
PTAIPA 56 & CBCTIPA 33	Str.morbill. B.asaccharol.	Str.morbill. B.asaccharol.	NEGATIVO	+C	+C	TOTAL
PTAIPA 58 & CBCTIPA 34	Str.anginosus H.influenzae	Str.anginosus H.influenzae	NEGATIVO	-C	-C	TOTAL (*)
PTAIPA 59 & CBCTIPA 35	H.influenzae	H.influenzae	NEGATIVO	-C	-C	TOTAL (*)

H - Bibliografia

- 1 - Fekety FR, Caldwell J, Gump D, et al. Bacteria, viruses, and Mycoplasmas in acute pneumonia in adults. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1971; 104: 499-507.
- 2 - Fraser DW, Tsai TR, Orenstein W, et al. Legionnaires' disease: description of an epidemic of pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 1977; 297: 1189-1197.
- 3 - Austrian R, Gold J. Pneumococcal bacteriemia with especial reference to bacteriemic pneumococcal pneumonia. *Ann. Intern. Med.* 1964; 60: 759-776.
- 4 - Mufson MA, Chang V, Gill V, et al. The role of viruses, mycoplasmas and bacteria in acute pneumonia in civilian adults. *Am. J. Epidemiol.* 1967; 86: 526-544.
- 5 - Sullivan RJ, Dowdle WR, Marine WM, Hierholzer JC. Adult pneumonia in a general hospital. *Arch. Int. Med.* 1972; 129: 935-942.
- 6 - Dorff GL, Rytel MW, Farmer SG, Scalon G. Etiologies and characteristic features of pneumonias in a municipal hospital. *Am. J. Med. Sci.* 1973; 266: 349-358.
- 7 - Ebright JR, Rytel MW. Bacterial pneumonia in the elderly. *J. Am. Ger. Soc.* 1980; 28: 220-223.
- 8 - Garb JL, Brown RB, Garb JR, Tuthill RW. Differences in etiology of pneumonias in nursing home and community patients. *J.A.M.A.* 1978; 240: 2169-2172.

- 9 - Lepow ML, Balassanian N, Emmerich J, et al. Interrelationships of viral, mycoplasmal and bacterial agents in uncomplicated pneumonia. Am. Rev. Respir. Dis. 1968; 97: 533-545.
- 10 - Fiala M, A study of the combined role of viruses, mycoplasmas and bacteria in adult pneumonia. Am. J. Med. Sci. 1969; 257: 44-51.
- 11 - MacFarlane JT, Finch RG, Ward MJ, MacRae AD. Hospital study of adult community acquired pneumonia. Lancet 1982; 2: 255-258.
- 12 - Capell S, Javaloyas M, Sanchez C, Casanovas A, Dorca J, Porto E, Gudiol F. Etiología de la neumonía extrahospitalaria en un medio urbano. Med. Clin. (Barc.) 1985; 84: 4-7.
- 13 - Almirante B, Pahissa A, Planes AM, et al. Etiología de las neumonías extrahospitalarias. Med. Clin. (Barc.) 1985; 85: 175-178.
- 14 - Sobradillo V, Aguirre C, Villate JL, Antoñana JM, Cisterna R. Fiebre Q: brote epidémico en el País Vasco. Descripción de 10 casos. Med. Clin (Barc) 1983;80: 3-6.
- 15 - Prats G, Gurguí M, Ausina V, Franco M, Verger G. Infección por Coxiella burnetti. A propósito de 10 casos. Med. Clin. (Barc.) 1982; 79: 155-159.

- 16 - Ausina V, Sambeat MA, Esteban G, Luquín M, Condom MJ, Rabella N, Ballester F, Prats G. Estudio seroepidemiológico de la fiebre Q en áreas urbanas y rurales de Cataluña. *Enf. Infec. Mic. Clin.* 1988; 6: 95-101.
- 17 - Twigg JT, Larson LA, O'Connell EJ, Ilstrup DM. Respiratory syncytial infection. *Clin. Ped.* 1980; 20: 187-190.
- 18 - Verghese A, Berk SL. Bacterial pneumonia in the elderly. *Medicine (Balt.)* 1983; 62: 271-285.
- 19 - Valenti WM, Randall G, Trudell BS, Bentley DW. Factors predisposing to oropharyngeal colonization with gram-negative bacilli in the aged. *New. Engl. J. Med.* 1978; 298: 1108-1111.
- 20 - Helms CM, Viner JP, Sturm RH, Renner ED, Jonhson W. Comparative features of pneumococcal, mycoplasmal and Legionnaires' disease pneumonias. *Ann. Inter. Med.* 90: 543-547.
- 21 - Granados A, Podzamczar D, Gudiol F, Manresa F. Pneumonia due to *Legionella pneumophila* and pneumococcal pneumonia. *Eur. Resp. J.* (Original pendiente de publicación).

- 22 - Pallares R, Gudiol F, Liñares J, Ariza J, Rufí G, Murgui L, Dorca J, Fdez-Viladrich P. Risk factors and response to antibiotic therapy in adults with bacteriemic pneumonia caused by penicillin-resistant pneumococci. *New. Eng. J. Med.* 1987; 317: 18-22.
- 23 - Center for Disease Control. National Nosocomial Infections study report. Annual Summary 1979. Issued March 1982. Atlanta, GA.
- 24 - Sanford JP, Pierce AK. Lower respiratory tract infections, in: *Hospital Infections*. Editor: Bebbet JV, Brachman PS. Little & Brown. Boston. 1979. pp: 255-286.
- 25 - Stevens RM, Teres D, Skillman JJ, Feingold DS. Pneumonia in an intensive care unit. *Arch. Inter. Med.* 1974; 134: 106-111.
- 26 - Gross PA, Neu HC, Aswapokee P, van Antwerpen C, Aswapokee N. Death from nosocomial infections: experience in a university hospital and a community hospital. *Am. J. Med.* 1980; 68: 219-223.
- 27 - Dixon RE. Nosocomial respiratory infections. *Infect. Contr.* 1983; 4: 376-381.
- 28 - Craigh CP, Connelly S. Effect of intensive care unit nosocomial pneumonia on duration of stay and mortality. *Am. J. Infect. Contr.* 1984; 12: 233-238.

- 29 - Gross PA, van Antwerpen C. Nosocomial infections and hospital death. Am. J. Med. 1983; 75: 658-662.
- 30 - Johanson WG. Prevention of respiratory tract infection. Am. J. Med. 1984; 76: 69-77.
- 31 - Johanson WG, Seidenfeld JJ, de los Santos R, Coalson JJ, Gomez P. Prevention of nosocomial pneumonia using topical and parenteral antimicrobial agents. Am. Rev. Respir. Dis. 1988; 137: 265-272.
- 32 - Crouch TW, Higuchi JH, Coalson JJ, Johanson WG. Pathogenesis and prevention of nosocomial pneumonia in a nonhuman primate model of acute respiratory failure. Am. Rev. Respir. Dis. 1984; 130: 502-504.
- 33 - Pennington JE. Respiratory tract infections: intrinsic risk factors. Am. J. Med. 1984; 76: 34-41.
- 34 - Rhame FS, Streifel AJ, Kersey JH, McGlave PB. Extrinsic risk factors for pneumonia in the patient at high risk of infection. Am. J. Med. 1984; 76: 42-52.
- 35 - Falguera M, Pallares R, Dorca J, Ariza J, Manresa F, Gudiol F. Risk factors for Gram-negative bacilli in patients with nosocomial pneumonia. (Abstract). 28 th ICAAC Meeting. Los Angeles (Calif.).1988.

- 36 - Craven DE, Kunches LM, Kilinsky V, Lichtenberg DA, Make BJ, McCabe WR. Risk factors for pneumonia and fatality in patients receiving continuous mechanical ventilation. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1986; 133: 792-796.
- 37 - Craven DE, Goularte TA, Make BJ. Contaminated condensate in mechanical ventilation circuits. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 129: 625-628.
- 38 - Du Moulin GC, Paterson DG, Hedley-Whyte J, Lisbon A. Aspiration of gastric bacteria in antacid-treated patients: a frequent cause of postoperative colonization of the airway. *Lancet* 1982; 1: 242-245.
- 39 - Dricks MR, Craven DE, Celli BR, Manning M, Burke RA, Gail RN, Garvin RN, Kunches LM, Harrison MPH, Farber W, Wedel SA, McCabe WR. Nosocomial pneumonia in intubated patients given sucralfate as compared with antacids or histamine type-2 blockers. *New. Engl. J. Med.* 1987; 317: 1376-1382. *
- 40 - Palmer DL. Microbiology of pneumonia in the patient at risk. *Am. J. Med.* 1985; 76: 53-60.
- 41 - Bryan CS, Reynolds KL. Bacteriemic nosocomial pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 129: 668-671.
- 42 - Bartlett JG, O'Keefe P, Tally FP, Louie TJ, Gorbach SL. Bacteriology of Hospital-acquired pneumonia. *Arch. Intern. Med.* 1986; 146: 868-871.

- 43 - LaForce FM. Hospital-acquired gram-negative rod pneumonias: an overview. *Am. J. Med.* 1981; 70: 664-669.
- 44 - Meyer RD. Legionnaires' disease. Aspects of nosocomial infection. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 76: 657-663.
- 45 - Yu VL, Kroboth FJ, Shonnard J, Brown A, McDearman S, Magnussen M. Legionnaires' disease: new clinical perspective from a prospective pneumonia study. *Am. J. Med.* 1982; 73: 357-361.
- 46 - Muder RR, Yu VL, McClure JK, Kroboth FJ, Kominos SD, Lumish RM. Nosocomial Legionnaires' disease uncovered in a prospective pneumonia study. *J.A.M.A.* 1983; 249: 3184-3215.
- 47 - Valenti WM, Menegus MA, Hall CB, Pincus PH, Douglas RG. Nosocomial viral infections. I. Epidemiology and significance. *Infect. Control.* 1979; 1: 33-37.
- 48 - Arnow PM, Anderson RL, Mainous PD, Smith EJ. Pulmonary aspergillosis during hospital renovation. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1978; 118: 49-53.
- 49 - Phair JP, Bassaris HP, Williams JE, Metzger E. Bacteriemic pneumonia due to gram negative bacilli. *Arch. Inter. Med.* 1983; 143: 2147-2149.
- 50 - Lewison ME, Kaye D. Pneumonia caused by Gram-negative bacilli: an overview. *Rev. Infect. Dis.* 1985; 7: 656.

- 51 - Tobin MJ, Grenvik A. Nosocomial lung infection and its diagnosis. Crit. Care. Med. 1984; 12: 191-199.
- 52 - Berger R, Arango L. Etiologic diagnosis of bacterial nosocomial pneumonia in seriously ill patients. Crit. Care Med. 1985; 13: 833-836.
- 53 - Salata RA, Lederman MM, Shlaes DM, Jacobs MR, Eckstein E, Tweardy D, Toossi Z, Chmielewsky R, Marino J, King CH, Graham RC, Ellner JJ. Diagnosis of nosocomial pneumonia in intubated patients. Am. Rev. Respir. Dis. 1987; 135: 426-432.
- 54 - Faling LJ. New advances in diagnosing nosocomial pneumonia in intubated patients. Am. Rev. Respir. Dis. 1988; 137: 253-255.
- 55 - Young LS. Treatment of respiratory infections in the patient at risk. Am. J. Med. 1984; 76: 61-68.
- 56 - Tillotson J, Finland M. Bacterial colonization and superinfection of the respiratory tract complicating antibiotic treatment of pneumonia. J. Infect. Dis. 1969; 119: 597-624.
- 57 - Anderson ET, Young LS, Hewitt WL. Antimicrobial synergism in the therapy of gram-negative rod bacteremia. Chemotherapy 1978; 24: 45-54.

- 58 - Young LS. Reviews of clinical significance of synergy in gram-negative infections at the university of California Los Angeles Hospital. *Infection* 1978; 6: s47-s52.
- 59 - Pennington JE. Penetration of antibiotics into respiratory secretions. *Rev. Infect. Dis.* 1981; 3: 67-73.
- 60 - Smith BR, LeFrock JL. Bronchial penetration of antibiotics. *Chest* 1983; 83: 904-908.
- 61 - Perlman LV, Lerner E, Disopa N. Clinical classification and analysis of 97 cases of lung abscess. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1969; 99: 390.
- 62 - Ribaldo CA, Grace WJ. Pulmonary aspiration. *Am. J. Med.* 1971; 50: 510-520.
- 63 - Ruggera G, Taylor G. Pulmonary aspiration in anaesthesia. *West. J. Med.* 1976; 125: 411-414.
- 64 - Thadepalli H, Bach VT, Webb DW. Antimicrobial activity of antituberculosis agents against anaerobic bacteria. *Chest* 1979; 75: 569.
- 65 - Bartlett JG, Finegold SM. Anaerobic infections of the lung and pleural space. State of the art. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1974; 110: 56.
- 66 - Bartlett JG, Finegold SM. Anaerobic pleuropulmonary infections. *Medicine (Baltimore)* 1972; 51: 413.

- 67 - Bartlett JG, Gorbach SL, Finegold SM. The bacteriology of aspiration pneumonia. *Am. J. Med.* 1974; 56: 202.
- 68 - Bartlett JG. Anaerobic bacterial pneumonitis. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979; 119: 19.
- 69 - Gorbach SL, Bartlett JG. Anaerobic infections. *New. Engl. J. Med.* 1974; 360: 1237-1245.
- 70 - Johanson WG, Harris GD. Aspiration pneumonia, anaerobic infections and lung abscess. *Med. Clin. N. Am.* 1980; 64: 385-394.
- 71 - Boada J, Dorca J, Cissal M, Ariza J, Gudiol F, Manresa. La infección pleuropulmonar anaerobia adquirida en la comunidad. A proposito de 57 casos. (Abstract). *Arch. Bronconeum.* 1988, 24: 7.
- 72 - Bartlett JG, Gorbach SL, Thadepalli H, Finegold SM. Bacteriology of empyema. *Lancet* 1974; 1: 338-240.
- 73 - Bartlett JG, Rosenblatt J, Finegold SM. Percutaneous transtracheal aspiration in the diagnosis of anaerobic pulmonary infections. *Ann. Intern. Med.* 1973; 79: 535.
- 74 - Sosenko A, Galssroth J. Fiberoptic bronchoscopy in the evaluation of lung abscess. *Chest* 1985; 87: 489-494.
- 75 - Abertnathy RS, Antibiotic therapy of lung abscess: effectiveness of penicillin. *Dis. Chest* 1968; 53: 592.

- 76 - Bartlett JG, Sherwood L, Gorbach SL. Treatment of aspiration pneumonia and primary lung abscess. J.A.M.A. 1975; 234: 935.
- 77 - Gorbach SL, Haragopal T. Clindamycin in pure and mixed anaerobic infections. Arch. Intern. Med. 1974; 134: 87.
- 78 - Finegold SM, Bartlett JG, Chow AW, Flora DJ, Gorbach SL, Harder EJ, Tally FP. Management of anaerobic infections. Ann. Intern. Med. 1975; 83: 375-389.
- 79 - Lewison ME, et al. Clindamycin compared with penicillin for the treatment of anaerobic lung abscess. Ann. Intern. Med. 1983; 98: 466.
- 80 - Manresa F, Boada J, Dorca J, Cissal M, Rufí G, Gudiol F. Penicillin vs. clindamycin in the treatment of anaerobic lung infections (Abstract). Thorax 1988; 43: vol 9.
- 81 - Rosenow EC, Wilson WR, Cockerill FR. Pulmonary disease in the immunocompromised host. Mayo Clin. Proc. 1985; 60: 473-487, 610-631.
- 82 - Bishop jf, Schimpff SC, Diggs CH, Wiernik PH. Infections during intensive chemotherapy for non-Hodgkin's lymphoma. Ann. Inter. Med. 1981; 95: 549-555.
- 83 - Sickles EA, Young VM, Greene VH, Wiernik. Pneumonia in acute leukemia. Ann. Intern. Med. 1973; 79: 528-534.

- 84 - Ramsey PG, Rubin RH, Tolckoff-Rubin NE, Cosimi AB, Russell PS, Greene R. The renal transplantation patient with fever and pulmonary infiltrates. Etiology, clinical manifestations, and management. *Medicine* 1980; 59: 206-222.
- 85 - Stover DE, White DA, Romano PA, et al. Spectrum of pulmonary disease associated with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am. J. Med.* 1985; 78: 429-437.
- 86 - Fanta CH, Pennington JE. Fever and new lung infiltrates in the immunocompromised host. *Clin. Chest Med.* 1981; 2: 19-39.
- 87 - Williams DM, Krick JA, Remington JS. Pulmonary infection in the compromised host. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1976; 114: 359-392, 593-627.
- 88 - Bodey GP, Rodriguez V, Chang HY, et al. Fever and infection in leukemic patients. *Cancer* 1978; 41: 1610-1622.
- 89 - Aisner J, Murillo J, Schimpff SC. Invasive aspergillosis in acute leukemia. *Ann. Intern. Med.* 1979; 90: 4-9.
- 90 - Notter DT, Grossman PL, Rosenberg SA, et al. Infections in patients with Hodgkin's disease: a clinical study of 300 consecutive patients. *Rev. Infect. Dis.* 1980; 2: 761-800.

- 91 - Schimpff SC, O'Connell MJ, Greene WH, et al. Infections in 92 splenectomized patients with Hodgkin's disease. Am. J. Med. 1975; 59: 695-701.
- 92 - Brooks RG, Hoffin JM, Jamieson SW, et al. Infectious complications in heart-lung transplant recipients. Am. J. Med. 1985; 79: 412-422.
- 93 - Rubin RH, Wolfson JS, Cosimi HB, et al. Infection in the renal transplant patient. Am. J. Med. 1981; 70: 405-411.
- 94 - Winston DJ, Gale RP, Meyer DV, et al. Infectious complications of human bone marrow transplantation. Medicine 1979; 58: 1-13.
- 95 - Lloveras J, Peterson PK, Simmons RL, et al. Mycobacterial infections in renal transplant recipients. Arch. Intern. Med. 1982; 142: 888-892.
- 96 - Dummer JS, Bahson HT, Griffith BP, et al. Infections in patients on cyclosporine and prednisone following cardiac transplantation. Transplant. Proc. 1983; 15 (suppl.): 27779-2781.
- 97 - Graham BS, Tucker WS. Opportunistic infections in endogenous Cushing's Syndrome. Ann. Intern. Med. 1984; 101: 334-338.

- 98 - Falguera M, Ruffí G, Dorca J, Verdaguer R, Gudiol F, Manresa F. Neumonía por *L.pneumophila* en el paciente inmunodeprimido. *Enf. Infect. Microbiol. Clin.* 1988; 6: 130-135.
- 99 - Valdivieso M, Gil-Extremuera B, Zornoza J, et al. Gram-negative bacillary pneumonia in the compromised host. *Medicine* 1977; 56: 241-254.
- 100 - Gross NI. Pulmonary effects of radiation therapy. *Ann. Intern. Med.* 1977; 86: 241-254.
- 101 - Sotsman HD, Matthay RA, Putman CE. Cytotoxic drug-induced lung disease. *Am. J. Med.* 1977; 62: 608-615.
- 102 - American Thoracic Society: diagnostic standarts and classification of tuberculosis and other mycobacterial diseases. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1981; 123: 343-358.
- 103 - Chodosh S. Examination of sputum cells. *N. Engl. J. Med.* 1970; 282: 854-857.
- 104 - Murray PR, Washington JA. Microscopic and bacteriologic analysis of expectorated sputum. *Mayo Cli. Proc.* 1975; 50: 339-344.
- 105 - Bartlett JG, Finegold SM. Bacteriology and expectorated suputum with quantitative culture and wash technique caompared to transtracheal aspirates. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1978; 117: 1019-1027.

- 106 - Laird AT. A method for increasing the diagnostic value of sputum reports. J.A.M.A. 1909; 52: 294-296.
- 107 - Baigelman W, Chodosh S, Pizzuto D, Sadow T. Quantitative sputum gram stains in chronic bronchial disease. Lung 1979; 156: 265-270.
- 108 - Rein MF, Gwaltney JM, O'Brien WN, Jennings RH, Mandell GL. Accuracy of Gram's stain in identifying pneumococci in sputum. J.A.M.A. 1978; 239: 2671-2673.
- 109 - Pitchenik AE, Ganjei P, Torres A, et al. Sputum examination for the diagnosis of *P. carinii* pneumonia in patients with AIDS. Am. Rev. Respir. Dis. 1986; 133: 226-229.
- 110 - Bigby TD, Margolskee D, Curtis JL, et al. The usefulness of induced sputum in the diagnosis of *P. carinii* pneumonia in patients with AIDS. Am. Rev. Respir. Dis. 1986; 133: 515-518.
- 111 - Barret-Connor E. The non value of sputum culture in the diagnosis of pneumonia. Am. Rev. Resp. Dis. 1978; 117: 1019-1027.
- 112 - Fiala M. A study of the combined role of viruses, mycoplasmas and bacteria in adult pneumonia. Am. Rev. Med. Sci. 1969; 257: 44-51.

- 113 - Lepow M, Balassanian N, Emmmercih J, Roberts RB, Rosenthal M, Wolinsky E. Interrelationship of viral, mucoplasma and bacterial agents in uncomplicated pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1968; 97: 533-545.
- 114 - Lentino JR, Lucks DA. Nonvalue of sputum culture in the diagnosis of pneumococcal pneumonia. *J. Clin. Microbiol.* 1987; 25: 758-762.
- 115 - Davidson M, Eberle B, Oseashon R. The value of respiratory tract bacteriology in pneumococcal pneumonia among Navajo indians. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1974; 109: 576-578.
- 116 - Drew L. Value of sputum culture in the diagnosis of pneumococcal pneumonia. *J. Clin. Microbiol.* 1977; 6: 62-65.
- 117 - Thorsteinsson SB, Musher DM, Fagan T. The diagnostic value of sputum culture in acute pneumonia. *J.A.M.A.*; 233: 894-895.
- 118 - Luria D. Uses of quantitative analysis of bacterial populations in sputum. *J.A.M.A.* 1962; 182: 1082-1084.
- 119 - Laurenzi G, Potter R, Kass EH. Bacteriological flora of the lower respiratory tract. *N. Engl. J. Med.* 1961; 265: 1273-1278.

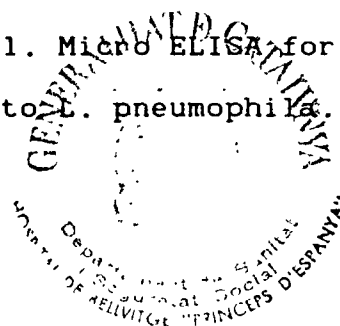
- 120 - Lapinsky E, Flakas M, Taylor B. An evaluation of some methods for culturing sputum from patients with bronchitis and empyema. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1964; 89: 760-763.
- 121 - Rawlins GA. Liquefaction of sputum for bacteriologic examination. *Lancet* 1953; 2: 538-539.
- 122 - Rawlins GA. Use of pancreatin-trypsin solution for the liquefaction of sputum bacteriological examination. *J. Clin. Pathol.* 1968; 21: 531-533.
- 123 - Hirsch A, Allen W, Greenup P. Quantitative bacteriological analysis of sputum as a test of antibiotic efficacy. *Appl. Microbiol.* 1967; 15: 564-570.
- 124 - Gudiol F, Solans P, Sabaté X, Fernández-Viladrich P, Pac V. Neumonía neumocócica bacteriémica. A propósito de 70 casos. *Med. Clin.* 1977; 69: 1-8.
- 125 - Austrian R, Gold J. Pneumococcal bacteriemia with especial reference to bacteriemic pneumococcal pneumonia. *Ann. Intern. Med.* 1964; 60: 579.
- 126 - Bryan CS, Reynolds KL. Bacteriemic nosocomial pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 129: 669-671.
- 127 - Light RW, Girard WN, Jenkinson SG, George RB. Parapneumonic effusions. *Am. J. Med.* 1980; 69: 507-511.

- 128 - Bartlett JG, Finegold SM. Bacteriology of the empyema. Lancet 1974; i: 338-340.
- 129 - Taryle DA, Potts DE, Sahn SA. The incidence and clinical correlates of parapneumonic effusions in pneumococcal pneumonia. Chest 1978; 74:170-173.
- 130 - Randolph KE, Beekman JF. Legionaire's disease presenting with empyema. Chest 1979; 75: 404-406.
- 131 - Light RW. Parapneumonic effusions and infections of the pleural space. In: Pleural disease. Lea & Febiger. Philadelphia 1983. pp 101-118.
- 132 - Griffin JP. Rapid screening for cold agglutinins in pneumonia. Ann. Int. Med. 1969; 70: 701-705.
- 133 - Couch RB. Mycoplasma pneumoniae (Primary atypical pneumonia). In: Mandel GL, Douglas GL, Bennet JE (editors). Principles and Practice of infectious diseases (2 edit). New York. Wiley, 1985, pp 1065-1076.
- 134 - Kenny GE. Serology of Mycoplasmal infections, in: Rose NR, Friedman H, Fahey JL (editors). Manual of clinical laboratory immunology (3 edit). Washington. American Society of Microbiology, 1986, pp 440-445.
- 135 - Kenuy GE, Grayston JT. Eaton PPLO (M. pneumoniae) complement-fixing antigen: extraction with organic solvents. J. Immunol. 1965; 95: 19-25.

- 136 - Kleemola M, Kayhty H. Increase in titers of antibodies to *M. pneumoniae* in patients with purulent meningitis. *J. Infect. Dis.* 1982; 146: 284-288.
- 137 - Chamberlain P, Saeed AA. A study of the specific IgM antibody response in *M. pneumoniae* infection in man. *J. Hyg.* 1983; 90: 207-211.
- 138 - van Griethuysen AJA, de Graaf R, van Druten JAM, et al. Use of enzyme-linked immunosorbent assay for the early diagnosis of *M. pneumoniae* infection. *Eur. J. Clin. Microbiol.* 1984; 3: 116-121.
- 139 - Raisanen SM, Suni JI, Vaheri A. *M. pneumoniae* protein involved in the antibody response in human infection. *J. Clin. Pathol.* 1984; 37: 1129-1133.
- 140 - Smith TF. *M. pneumoniae* infections: diagnosis based on immunofluorescence titer of IgG and IgM antibodies. *Mayo Clin. Proc.* 1986; 61: 830-831.
- 141 - Treharne JD, Darouger S, Jones BR. Modification of MIF test to provide a routine serodiagnostic test for Chlamydial infection. *J. Clin. Pathol.* 1977; 30: 510-517.
- 142 - Schachter J. Chlamydiae, in: Rose NR, Friedman H, Fahey JL (editors). *Manual of clinical laboratory Immunology* (3 edit). Washington. American Society of Microbiology. 1986. pp 587-592.

- 143 - Meyer KF, Eddie B. The influence of tetracycline compounds on the development of antibodies in Psittacosis. Am. Rev. Tuberc. 1956; 74: 566-571.
- 144 - Saah AJ, Hornick RB, C. burnetti (Q fever) in: Mandel GL, Douglas GL, Bennet JE (editors). Principles and Practice of infectious diseases (2 edit). New York. Wiley, 1985, pp1088-1090.
- 145 - Eisemann CS, Osterman JV. Rickettsiae, in: Rose NR, Friedman H, Fahey JL (editors). Manual of clinical laboratory immunology (3 edit). Washington. American Society of Microbiology. 1986. pp 593-599.
- 146 - Field PR, Hunt JG, Murphy AM. Detection and persistence of specific IgM antibody to C. burnetti by ELISA: a comparison with immunofluorescence and complement fixation tests. J. Infect. Dis. 1983; 148: 477-487.
- 147 - Doller G, Doller PC, Gerth HJ. Early diagnosis of Q fever: detection of immunoglobulin M by RIA and ELISA. Eur. J. Clin. 1984; 3: 550-553.
- 148 - Peter O, Dupuis G, Burgdofer W, et al. Evaluation of the complement fixation and indirect immunofluorescence test in the early diagnosis of primary Q fever. Eur. J. Clin. Microbiol. 1985; 4: 394-396.

- 149 - McDade JE, Shepard CC, Fraser DW, et al. Legionnaires' disease: isolation of a bacterium and demonstration of its role in other respiratory disease. New. Engl. J. Med. 1977; 297: 1197-1203.
- 150 - Wilkinson HW, Cruce DD, Broome CV. Validation of L. pneumophila Indirect immunofluorescence assay with epidemic sera. J. Clin. Microbiol. 1981; 13: 139-146.
- 151 - Edelstein PH, Meyer RD, Finegold SM. Laboratory diagnosis of Legionnaires' disease. Am. Rev. Respir. Dis. 1980; 121: 317-327.
- 152 - Wilkinson HV, Reingold AL, Brake BJ, et al. Reactivity of serum from patients with suspected legionellosis against 29 antigens of legionellaceae and Legionella-like organisms by IFA. J. Infect. Dis. 1983; 147: 23-31.
- 153 - Wilkinson HW. Serologic diagnosis of Legionellosis. Lab. Med. 1982; 13: 151-157.
- 154 - Sampson JS, Wilkinson HW, Tsang VCW, et al. Kinetic-dependant ELISA for detection of antibodies to L. pneumophila. J. Clin. Microbiol. 1983; 18: 1340-1344.
- 155 - Elder EM, Brown A, Remington JS, et al. Micro ELISA for detection of IgG and IgM antibodies to L. pneumophila. J. Clin. Microbiol. 1983; 17: 112-121.



- 156 - Merrill CW, Gwaltney JM, Hendley JO, Sande MA. Rapid diagnosis of community acquired bacterial pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 1973; 288: 510-512.
- 157 - Austrian R. The quellung reaction, a neglected microbiologic technique. *Mt. Sinai J. Med.* 1976; 43: 699-709.
- 158 - Coonrod JD, Drenan DP. Pneumococcal pneumonia capsular polysaccharide antigenemia and antibody responses. *Ann. Intern. Med.* 1976; 84: 254-260.
- 159 - Leach RP, Coonrod JD. Detection of pneumococcal antigens in the sputum in pneumococcal pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1977; 116: 847-851.
- 160 - Schmid RE, Anhalt JP, Wold AD, Keys TF, Washington JA. Sputum counterimmunoelectrophoresis in the diagnosis of pneumococcal pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979; 119: 345-348.
- 161 - Edwards EA, Coonrod JD. Coagglutination and counter-immunoelectrophoresis for detection of pneumococcal antigens in the sputum of pneumonia patients. *J. Clin. Microbiol.* 1980; 11: 488-491.
- 162 - Guzzetta P, Toews GB, Robertson KJ, Pierce AK. Rapid diagnosis of community acquired bacterial pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983; 128: 461-464.

- 163 - Perlino CA, Shulman JA. Detection of pneumococcal polysaccharide in the sputum of patients with pneumococcal pneumonia by CIE. *J. Lab. Clin. Med.* 1976; 87: 496-502.
- 164 - Cerosaletti KM, Roghman MC, Bentley DW. Comparison of Latex agglutination and CIE for the detection of pneumococcal antigen in elderly pneumonia patients. *J. Clin. Microbiol.* 1985; 22: 553-557.
- 165 - Ajello GW, Bolan GA, Hayes PG, Lehmann D, Montgomery J, Feeley JC, Perlino CA, Broome CV. Commercial Latex agglutination tests for detection of H. influenzae type B and Str. pneumoniae antigens in patients with bacteriemic pneumonia. *J. Clin. Microbiol.* 1987; 25: 1388-1391.
- 166 - Woodhead MA, MacFarlane JT, Pilkington R. A comparison of CIE with latex agglutination for the detection of pneumococcal antigen in a community pneumonia population. Abstracts book of the V Annual Congress of the Societas Europaea Pneumologica. Paris. 1985.
- 167 - Holmberg H, Krook A. Comparison of ELISA with coagglutination and latex agglutination for rapid diagnosis of pneumococcal pneumonia by detecting antigen in sputa. *Eur. J. Clin. Microbiol.* 1986; 5: 282-286.

- 168 - Edelstein PH, Meyer RD, Finegold SM. Laboratory diagnosis of Legionnaires' disease. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1980; 121: 317-327.
- 169 - Meyer RD, Edelstein PH. Legionella pneumonias in *Respiratory Infections: Diagnosis and Management*. Edited by Pennington JE. New York. Raven Press. 1983. pp 283-297.
- 170 - Zuravieff JJ, Yu VL, Shonnard JW, Davis BK, Rihs JD. Diagnosis of Legionnaires' disease. An update of laboratory methods with new emphasis on isolation by culture. *J.A.M.A.* 1983; 250: 1981-1985.
- 171 - Winterbauer RH, Hutchinson JF, Reinhart GN, Sumida SE, Dearden B, Thomas CA, Scheneider PW, Pardee NE, Morgan EH, Little JW. The use of quantitative cultures and antibody coating of bacterial pneumonia by fiberoptic bronchoscopy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983; 128: 98-103.
- 172 - Veeren L, Smart LM, George RB. Antibody coating of bacteria in sputum and bronchial brush specimens from patients with stable chronic bronchitis. *Chest* 1986; 90: 534-536.
- 173 - Dorca J, Alonso T, Verdaguer R, Boada J, Martin R, Manresa F. Reliability of the antibody coating bacteria test in the diagnosis of pulmonary infections. *Eur. Resp. J.* 1988; vol 1.: s265.

- 174 - Shlaes DM, Lederman M, Chmielewski R, Tweary D, Wolinsky E. Elastin fibers in the sputum of patients with necrotizing pneumonia. Chest 1983; 83: 885-889.
- 175 - Shlaes DM, Lederman MM, Chmielewski R, Tweardy D, Krause G, Saffai C. Sputum elastin fibers and the diagnosis of necrotizing pneumonia. Chest 1984; 85: 763-766.
- 176 - Fisher BD, Armstrong D. Cryptococcal interstitial pneumonia. Value of antigen determination. N. Eng. J. Med. 1977; 297: 1440-1441.
- 177 - Hopper RL, Perry EV, Fainstein V. Diagnostic value of cryptococcal antigen in the cerebrospinal fluid of patients with malignant disease. J. Infect. Dis. 1982; 145: 915.
- 178 - Marier R, Smith W, Jansen M, Andriole VT. A solid phase radioimmunoassay for the measurement of antibody to aspergillus in invasive aspergillosis. J. Inf. Dis. 1979; 140: 771-779.
- 179 - Holmberg K, Berdischewsky M, Yong LS. Serologic immunodiagnosis of invasive aspergillosis. J. Infect. Dis. 1980; 141: 646-664.

- 180 - Weiner MH, Talbot GH, Gerson SL, Filice G, Cassileth PA. Antigen detection in the diagnosis of invasive aspergillosis. Utility in controlled, blinded trials. *Ann. Intern. Med.* 1983; 99: 777-782.
- 181 - Meyers JD, Pifer LL, Sale GE, Thomas ED. The value of *P. carinii* antibody and antigen detection for diagnosis of *P. carinii* pneumonia after marrow transplantation. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979; 120: 1283-1287.
- 182 - Sathapatayavongs B, Kohler RB, Wheat LJ, Winn WC, White A, Washington CW. . Rapid diagnosis of Legionnaires disease by latex agglutination. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983; 127: 559-562.
- 183 - Sathapatayavongs B, Kohler RB, Wheat LJ, Winn WC, Girod JC, Edelstein PH. Rapid diagnosis of Legionnaires' disease by urinary antigen detection. Comparison of ELISA and radioimmunoassay. *Am. J. Med.* 1982; 72: 576-582.
- 184 - Pecora DV. Method of securing uncontaminated tracheal secretions for bacterial examination. *J. Thoracic Cardiovasc. Surg.* 1959; 37: 653.
- 185 - Reams GB, Berntak MA. Bronchography through puncture of the cricothyroid membrane. *J. Thorac Cardiovasc. Surg.* 1960; 40:117-124.
- 186 - Harken DE, Salzberg AM. Transtracheal anesthesia for bronchoscopy. *N. Engl. J. Med.* 1948; 239: 383-385.

- 187 - Pecora DV, Yegian D. Bacteriology of the lower respiratory tract in health and chronic diseases. N. Engl. J. Med. 1958; 258: 71-74.
- 188 - Pecora DV, Kohl M. Transtracheal aspiration in the diagnosis of acute lower respiratory tract infection. Am. Rev. Respir. Dis. 1962 ; 86: 755-758.
- 189 - Pecora DV. A comparison of transtracheal aspiration with other methods of determining the bacterial flora of the lower respiratory tract. N. Engl. J. Med. 1963; 269: 664-666.
- 190 - Kalinske R, Parker R, Bandt D, Hoepflich P. Diagnostic usefulness and safety of transtracheal aspiration. N. Engl. J. Med. 1967; 276: 604-608.
- 191 - Pratter M, Irwin R. Transtracheal aspiration guidelines for your safety. Chest 1979; 76: 518-520.
- 192 - Irwin RS, Demers RR, Pratter MR, Erickson AD, Ferrugia R, Teplitz C. Evaluation of methylene blue and squamous epithelial cells as oropharyngeal markers: a means of identifying oropharyngeal contamination during transtracheal aspiration. J. Infect. Dis. 1980; 141: 165-171.
- 193 - Irwin R, Pratter M. Transtracheal aspiration procedure: a protocol. Chest 1981; 79: 245-247.

- 194 - Laurenzi G, Potter R, Kass EH. Bacteriologic flora of the lower respiratory tract. N. Engl. J. Med. 1961; 265: 1.273-1.278.
- 195 - Bartlett JG. Diagnostic accuracy of transtracheal aspiration. Bacteriologic studies. Am. Rev. Resp. Dis. 1977; 115: 777-782.
- 196 - Bartlett JG. Invasive diagnostic techniques in respiratory infections. En: Respiratory Infections: diagnosis and management. Editor: Pennington JE. Raven Pres. New York 1983; pag. 55-77.
- 197 - Hahn H, Beaty H. Transtracheal aspiration in the evaluation of patients with pneumonia. Ann. Intern. Med. 1970; 72: 1.183 - 1.187.
- 198 - Bartlett JG, Rosenblatt J, Finegold S. Percutaneous transtracheal aspiration in the diagnosis of anaerobic pulmonary infection. Ann Intern. Med. 1973; 79: 535-540.
- 199 - Ries K, Levison M, Kaye D. Transtracheal aspiration in pulmonary infection. Arch. Intern. Med. 1974; 133: 453-458.
- 200 - Benner EJ, Munzinger JP, Chan R. Superinfections of the lung. West. J. Med. 1974; 121: 173.
- 201 - Bartlett J. Anaerobic bacterial pneumonitis. Am. Rev. Respir. Dis. 1979; 119: 19-23.

- 202 - Brook I, Finegold S. Bacteriology of aspiration pneumonia in children. *Pediatrics* 1980; 96: 1.000-1.004.
- 203 - Torres A. La punción transtraqueal aspirativa y el cateter telescópico de doble luz en el diagnóstico etiológico de las enfermedades infecciosas pulmonares. Tesis Doctoral Universidad de Barcelona. 1983.
- 204 - Torres M, Estopá R, Jimenez MT, Font J, Marín A, Agustí A. Valor diagnóstico de la punción transtraqueal aspirativa en las neumonías bacterianas. *Med. Clin. (Barc.)* 1982; 79: 34-38.
- 205 - Torres A, Estopá R. Puig J, Font J, Jimenez de Anta MT, Pumarola A, Agustí A. Neumonías intrahospitalarias. Diagnóstico etiológico mediante punción transtraqueal aspirativa. *Med. Clin. (Barc.)* 1983; 80: 780-782.
- 206 - Llorente JL, Zalacain R, Gáldiz JB, Amilibia J, Capelastegui A, Crespo JA, Sobradillo V. Resultados obtenidos tras la realización de 240 aspirados transtraqueales consecutivos. *Med. Clin. (Barc.)* 1983; 81: 293-295.
- 207 - Nicotra B, Rivera M, Luman JI, Wallace MD. *Brahmanella catarrhalis* as a lower respiratory tract pathogen in patients with chronic lung disease. *Ach. Intern. Med.* 1986; 146: 890-893.

- 208 - Pinkhas J, Oliver I, deVrjies A, Spitzer SA, Hening E. Pulmonary nocardiosis complicating malignant lymphoma successfully treated with chemotherapy. Chest 1973; 63: 367-370.
- 209 - Lau WL, Young LS, Remington JS. Pneumocystis carinii pneumonia. J.A.M.A. 1976; 236: 2.399-2.402.
- 210 - Edelstein PH, Meyer RD, Finegold SM. Laboratory diagnosis of Legionnaires disease. Am. Rev. Respir. Dis. 1980; 121: 317-327.
- 211 - Kirby BD, Snyder KM, Meyer RD, Finegold SM. Legionnaires' disease: Report of sixty-five nosocomially acquired cases and review of the literature. Medicine 1980; 59: 1880205.
- 212 - Thadepalli H, Rambhatla K, Niden AH. Transtracheal aspiration in diagnosis of sputum-smear-negative tuberculosis. J.A.M.A. 1977; 138: 1.037-1.040.
- 213 - Brook I, Fink R. Transtracheal aspiration in pulmonary infection in children with cystic fibrosis. Eur. J. Respir. Dis. 1983; 64: 51-57.
- 214 - Lober B, Swenson RM. Bacteriology of aspiration pneumonia. Ann. Int. Med. 1974; 81: 329-331.

- 215 - Berman SZ, Mathison DA, Stevenson DD, Tam E, Vaugham JH. Transtracheal aspiration studies in asthmatic patients in relapse with infective asthma and in subjects without respiratory disease. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1975; 56: 206-214.
- 216 - Bjerkestrand G, Digranes A, Schreiner A. Bacteriological findings in transtracheal aspirates from patients with chronic bronchitis and bronchiectasis. *Scand. J. resp. Dis.* 1975; 56: 201-207.
- 217 - Jordan GW, Wong GA. Bacteriology of the lower respiratory tract as determined by fiber-optic bronchoscopy and transtracheal aspiration. *J. Infect. Dis.* 1976; 134: 428-435.
- 218 - Fossieck B, Parker RH, Cohen MH, Kane RC. Fiberoptic bronchoscopy and culture from the lower respiratory tract. *Chest* 1977; 72: 5-9.
- 219 - Haas H, Morris JF, Samson S, Kilbourn JP, Kim J. Bacterial flora of the respiratory tract in chronic bronchitis: comparison of transtracheal, fiberbronchoscopic and oropharyngeal sampling methods. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1977; 116: 41-47.
- 220 - Schreiner A, Digranes A, Myking O. Transtracheal aspiration in the diagnosis of lower respiratory tract infections. *Scand. J. Infect. Dis.* 1972; 4: 49-52.

- 221 - Pitts JC, Brantigan CO, Hopeman AR. Myocardial ischemia associated with transtracheal aspiration. J.A.M.A. 1977; 237: 2.527-2.528.
- 222 - Schillaci RF, Iacovoni VE, Conte RS. Transtracheal aspiration complicated by fatal endotracheal hemorrhage. N. Engl. J. Med. 1976; 295: 488-490.
- 223 - Unger KM, Moser KM. Fatal complication of transtracheal aspiration. Arch. Int. Med. 1973; 132: 437-439.
- 224 - Spencer CD, Beaty HN. Complications of transtracheal aspiration. N. Engl. J. Med. 1972; 286: 304-306.
- 225 - Deresinsky SC, Stevens DA. Anterior cervical infections: complications of transtracheal aspiration. Am. Rev. Respir. Dis. 1974; 110: 354-356.
- 226 - Yoshikawa KT, Chow AW, Montgomerie JZ, Guze LB. Paratracheal abscess: an unusual complication of transtracheal aspiration. Chest 1974; 65: 105-106.
- 227 - Lourie B, McKinnon B, Libler L. Transtracheal aspiration and anaerobic abscess. Ann. Int. Med. 1974; 80: 417-418.
- 228 - Matthay R, Maitz E. Invasive procedures for diagnosing pulmonary infection. A critical review. En: Clinics in Chest Medicine. Vol 2 n 1. Editor: Reynolds RY. WB Saunders Co. Philadelphia 1981; Chap. 1. Pp. 13-18.

- 229 - Schmerber J, Deltenre M. A new fatal complication of transtracheal aspiration. *Scand. J. Respir. Dis.* 1978; 59: 232.
- 230 - Ikeda S. Atlas of flexible bronchofiberscopy. Georg Thieme. Stuttgart. 1974.
- 231 - Erhich H. Bacteriologic solutions and effects of anesthetic solutions on bronchial secretions during bronchoscopy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1961; 84: 414-421.
- 232 - Conte BA, Laforet EF. The role of topical anesthetic in modifying bacteriologic data obtained by bronchoscopy. *N. Eng. J. Med.* 1962; 267: 957-960.
- 233 - Ravin CE, Hatimer JM, Matsen JM. In vitro effects of lidocaine on anaerobic respiratory pathogens and strains of *H. Influenzae*. *Chest* 1977; 72: 439-441.
- 234 - Wimberley N, Willey S, Sullivan N, Bartlett JG. Antibacterial properties of lidocaine. *Chest* 1979; 76: 37-40.
- 235 - Bartlett JG, Alexander J, Mayhew J, Sullivan-Sigler N, Gorbach SH. Sould fiberoptic bronchoscopy aspirates be cultured ?. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1976; 114: 73-78.
- 236 - Fossieck BE, Parker RH, Cohen MH, Kane RC. Fiberoptic bronchoscopy and culture of bacteria from the lower respiratory tract. *Chest* 1977; 72: 5-9.

- 237 - Danek S, Bower JS. Diagnosis of pulmonary tuberculosis by flexible fiberoptic bronchoscopy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979; 119: 677-679.
- 238 - Wallace JM, Deustch AL, Harrell JH, Moser KM. Bronchoscopy and transbronchial biopsy in the evaluation in the evaluation of patients with suspected active tuberculosis. *Am. J. Med.* 1981; 70: 1.189-1.194.
- 239 - Jett JR, Cortese DA, Dines DE. The value of bronchoscopy in the diagnosis of mycobacterial disease. *Chest*; 80: 575-578.
- 240 - Mullen CV, Honig EG, Gilman M. Impact of bronchofiberscopy and transbronchial lung biopsy in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983 (suppl); 127: 191.
- 241 - George RB, Jenkinson SG, Light RW. Fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary fungal and Nocardial infections. *Chest* 1978; 73: 33-36.
- 242 - Finley R, Klieff E, Thomsen S, et al. Bronchial brushing in the diagnosis of pulmonary disease in patients at risk for opportunistic infection. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1974; 109: 379-387.
- 243 - Genoe GA, Morello JA, Fennessy JJ. The diagnosis of pulmonary aspergillosis by bronchial brushing technique. *Radiology* 1972; 102: 51-56.

- 244 - Dorca J, Boada J, Rufí G, Verdaguer R, Gudiol F, Manresa F. Culture of bronchopulmonary samples in the diagnosis of Legionella pneumonia. Thorax 1987; 42: 9.
- 245 - Repsher lH, Schroter G, Hammond W. Diagnosis of P. carinii pneumonitis by means of endobronchial brush biopsy. N. Engl. J. Med. 1972; 287: 340-341.
- 246 - Drew WL, Finley TN, Mintz L, Klein HZ. Diagnosis of P. carinii pneumonia by bronchopulmonary lavage. J.A.M.A. 1972; 230: 713-715.
- 247 - Sarkar TK, Barker PV, Gumaste VV. Role of bronchial brush biopsy in AIDS with P. carinii pneumonia. Chest 1985; 87: 553.
- 248 - Williams D, Yungbluth M, Adams G, Glassroth J. The role of fiberoptic bronchoscopy in the evaluation of immunocompromised hosts with difuse pulmonary infiltrates. Am. Rev. Respir. Dis. 1985; 131: 880-885.
- 249 - Wimberley N, Faling JL, Bartlett JG. A fiberoptic bronchoscopy technique to obtain uncontaminated lower airway secretions for bacterial culture. Am. Rev. Respir. Dis. 1979; 119: 337-343.
- 250 - Hayes DA, Mccarty LC, Friedman M. Evaluation of two bronchofiberscopic methods of culturing the lower respiratory tract. Am. Rev. Respir. Dis. 1980; 122: 319-323.

- 251 - Teague RB, Wallace RJ, Awe RJ. The use of quantitative sterile brush culture and gram stain analysis in the diagnosis of lower respiratory tract infection. *Chest* 1981; 79: 157-161.
- 252 - Joshi JH, Wang KP, De Jongh, Newman KA, Wiernik PH, Schimpff SC. A comparative evaluation of two fiberoptic bronchoscopy catheters: the plugged telescoping catheter versus the single sheated nonplugged catheter. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1982; 126: 860-863.
- 253 - Carpenter CP, Shaffer CB. A study of the polyethylene glycols as vehicles for intramuscular and subcutaneous injection. *J. Am. Pharm. Assoc.* 1952; 41: 27.
- 254 - Shaffer CB, Critchfield FH. The absorption and excretion of the solid polyethylene glycols (Carbowax compounds). *J. Am. Pharm. Assoc.* 1947; 36: 152.
- 255 - Wanner A, Amikam B, Robinson MJ, Sackner MA. Comparison between the bacteriologic flora of different segments of the airways. *Respiration* 1973; 30: 561.
- 256 - Wilson MJB, Morton DE. Quantitative sputum culture as a means of excluding false positive reports in the routine microbiology laboratory. *J. Clin. Pathol.* 1972; 25: 697.

- 257 - Gukian JC, Christensen WD. Quantitative culture and gram stain of sputum in pneumonia. *Am rev. Respir. Dis.* 1978; 118: 997-1.005.
- 258 - Wimberley NW, Bass JB, Boyd BW, Kirkpatrick MB, Serio RA, Pollock HM. Use of a bronchoscopic protected catheter brush for the diagnosis of pulmonary infections. 1982; 81: 556-562.
- 259 - Halperin SA, Suratt PM, Gwaltney JM, Groschel DHM, Hendley JO, Eggleston FA. Bacterial cultures of the lower respiratory tract in normal volunteers with and without experimental Rhinovirus infection using a plugged double catheter system. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1982; 125: 678-680.
- 260 - Pollock HM, Hawkins EL, Bonner JR, Sparkman T, Bass JB. Diagnosis of bacterial pulmonary infections with quantitative protected catheter cultures obtained during bronchoscopy. *J. Clin. Mic.* 1983; 17: 255-259.
- 261 - Higuchi JH, Coalson JJ, Johanson WG. Bacteriologic diagnosis of nosocomial pneumonia in primates. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1982; 125: 53-57.
- 262 - Bordelon JY, Legrand P, Gewin WC, Sanders CV. The telescoping plugged catheter in suspected anerobic infections. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983; 128: 465-468.

- 263 - Chastre J, Viau F, Brun P, Pierre J, Dauge MC, Bouchama A, Akesbi A, Gibert C. Prospective evaluation of the protected specimen brush for the diagnosis of pulmonary infections in ventilated patients. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 130: 924-929.
- 264 - Torzillo PJ, McWilliam DB, Young IH, Voog RH, Benn R. Use of protected telescoping brush system in the management of bacterial pulmonary infection in intubated patients. *Br. J. Dis. Chest* 1985; 79: 125.
- 265 - Viliers D, Derriennic M, Raffi F, Germaud P, Baron D, Nicolas F, Coutieu AL. Reliability of the bronchoscopic protected catheter brush in intubated and ventilated patients. *Chest* 1985; 88: 527-530.
- 266 - Baughman RP, Thorpe JE, Staneck J, Rashkin M, Frame PT. Use of the protected specimen brush in patients with endotracheal or tracheostomy tubes. *Chest* 1987; 91: 233-236.
- 267 - Credle WF, Smidely JF, Elliott RC. Complications of fiberoptic bronchoscopy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1974; 109: 67-72.
- 268 - Pereira W, Kovnat DM, Kahn MA, Lacovino JR, Spivack ML, Snider GL. Fever and pneumonia after flexible bronchoscopy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1975; 112: 59-64

- 269 - Alexander WJ, Baker GL, Hunker FD. Bacteriemia and meningitis following fiberoptic bronchoscopy. Arch. Intern. Med. 1981; 139: 580-582.
- 270 - Suratt PM, Gruber B, Wellons HA, Wenzel RP. Absence of clinical pneumonia following bronchoscopy with contaminated and clean bronchofiberscopes. Chest 1977; 70: 52-59.
- 271 - Kane RC, Cohen MH, Fossieck BE. Absence of bacteriemia after fiberoptic bronchoscopy Am. Rev. Respir. Dis. 1975; 111: 102-104.
- 272 - Albertini RE, Harrell JH, Kurihara N. Arterial hypoxemia induced by fiberoptic bronchoscopy. J.A.M.A. 1974; 230: 1.666-1.667.
- 273 - Lindholm CE, Ollman B, Snyder J, Millen EG, Grenvik A. Cardiorespiratory effects of flexible fiberoptic bronchoscopy in critically ill patients. Chest 1978; 74 362-368.
- 274 - Webb SF, Vall-Spinosa A. Outbreak of *S. marcescens* associated with the flexible fiberbronchoscope. Chest 1975; 68: 703-708.
- 275 - Suratt PM, Smiddy JF, Guber B. Death and complications associated with fiberoptic bronchoscopy. Chest 1976; 69: 747-751.

- 276 - Bartlett JG. Methods to detect bacterial pathogens in pneumonia. Infect. Dis. Newslett. 1984; 3: 67-71.
- 277 - Andersen HA, Fontana RS, Harrison E. Transbronchial lung biopsy in diffuse pulmonary disease. Dis. Chest 1965; 48: 187-192.
- 278 - Ellis JH. Transbronchial lung biopsy via the fiberoptic bronchoscope. Chest 1975; 68: 524-531.
- 279 - Joyner LR, Scheinhorn DJ. Transbronchial forceps lung biopsy through the fiberoptic bronchoscope. Chest 1975; 67: 532-535.
- 280 - Zavala DC. Diagnostic fiberoptic bronchoscopy: techniques and results of biopsy in 600 patients. Chest 1975; 68: 12-19.
- 281 - Hanson RR, Zavala DC, Rhodes ML, Keim LW, Smith JD. Transbronchial biopsy via flexible fiberoptic bronchoscope: results in 164 patients. Am. Rev. Respir. Dis. 1976; 114: 67-72.
- 282 - Hodgkin JE, Andersen HA, Rosenow EC. Diagnosis of Pneumocystis carinii Pneumonia by transbronchoscopic lung biopsy. Chest 1973; 64: 551-554.
- 283 - Scheinhorn DJ, Joyner LR, Witcomb ME. Transbronchial forceps lung biopsy through the fiberoptic bronchoscope in P. carinii Pneumonia. Chest 1984; 66: 294-5.

- 284 - Sahn SA, Levin DC. Diagnosis of miliary tuberculosis by transbronchial lung biopsy. *Brit. Med. J.* 1975; 667-668.
- 285 - Wall CP, Gaensler EA, Carrington CB, Hayes JA. Comparison of transbronchial and open biopsies in chronic infiltrative lung disease. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1981; 123: 280-285
- 286 - Castella J, Puzo MC. *Broncología.* Salvat. Barcelona. 1982.
- 287 - Pennington JE, Feldman NT. Pulmonary infiltrates and fever in patients with hematologic malignancy. *Am. Jour. Med.* 1977; 62: 581-587.
- 288 - Feldman NT, Pennington JE. Transbronchial lung biopsy in the compromised host. *J.A.M.A.* 1977; 238: 1377-1379.
- 289 - Cunningham JH, Zavala DC, Corry RJ, Keim LW. Trepine air drill, bronchial brush, and fiberoptic transbronchial lung biopsies in immunosuppressed patients. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1977; 115: 213-220.
- 290 - Matthay RA, Farmer WC, Odero D. Diagnostic fiberoptic bronchoscopy in the immunosuppressed host with pulmonary infiltrates. *Thorax* 1977; 32: 539-545.

- 291 - Poe RH, Utell MJ, Israel RH, Hall WJ, Eshleman JD. Sensitivity and specificity of the nonespecific transbronchial lung biopsy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979; 119: 25-31.
- 292 - Lauver GL, Hasan FM, Morgan RB, Campbell SC. The usefulness of fiberoptic bronchoscopy in evaluating new pulmonary lesions in the compromised host. *Am. J. Med.* 1979; 66: 580-585.
- 293 - Phillips MJ, Knight RK, Green M. Fiberoptic bronchoscopy and diagnosis of pulmonary lesions in lymphoma and leukaemia. *Thorax* 1980; 35: 19-25.
- 294 - Nishio JN, Lynch JP. Fiberoptic bronchoscopy in the immunocompromised host: the significance of a nonspecific transbronchial biopsy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1980; 121: 307-312.
- 295 - Burt ME, Flye MW, Webber BL, Path FF, Wesley RA. Prospective evaluation of aspiration needle, cutting needle, transbronchial, and open lung biopsy in patients with pulmonary infiltrates. *Ann. Thorac. Surg.* 1981; 32: 146-153.
- 296 - Coleman DL, Dodek PM, Luce JM, et al. Diagnostic utility of fiberoptic bronchoscopy in patients with AIDS. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983; 128: 795-799.

- 297 - Rosen MJ, Tow TW, Terstein AS, et al. Diagnosis of pulmonary complications of the AIDS. Thorax 1985; 40: 571-575.
- 298 - Mones JM, Saldana MJ, Oldham SA. Diagnosis of P. carinii pneumonia. Chest 1986; 89: 522-526.
- 299 - Broaddus C, Dake MD, Stulberg MS, et al. Bronchoalveolar lavage and transbronchial biopsy for the diagnosis of pulmonary infections in the AIDS. Ann. Int. Med. 1985; 102: 747-752.
- 300 - Flick MR, Wasson K, Dunn LJ, Block AJ. Fatal pulmonary hemorrhage after transbronchial lung biopsy through the fiberoptic bronchoscope. Am. Rev. Respir. Dis. 1975; 111: 853-856.
- 301 - Myrvik QN, Leake ES, Fariss B. Studies on pulmonary alveolar macrophages from the normal rabbit: a technique to procure them in a high state of purity. J. Immunol. 1961; 86: 128-132.
- 302 - Harris JO, Swenson EW, Johnson JE. Human alveolar macrophages: comparison of phagocytic ability, glucose utilization and ultrastructure in smokers and nonsmokers. J. Clin. Invest. 1970; 49: 2086-96.

- 303 - Crystal RG, Fulmer JD, Roberts WC, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis: clinical, histologic, radiographic, physiologic, scintigraphic, cytologic and biochemical aspects. *Ann. Intern. Med.* 1976; 85: 769-788.
- 304 - Drew WL, Finley TN, Golde DW. Diagnostic lavage and occult pulmonary hemorrhage in thrombocytopenic immunocompromised patients. 1977; 116: 215-221.
- 305 - Collins J, Dhillon P, Goldstraw P. Practical bronchoscopy. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1987. pp 93.
- 306 - Burns DM, Shure D, Francoz R, Kalafer M, Harrell J, Witztum K, Moser KM. The physiologic consequence of saline lobar lavage in healthy human adults. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1983; 127: 695-701.
- 307 - Hunninghake GW, Gadek JE, Kawanami O, Ferrane VJ, Crystal RG. Inflammatory and immune processes in the human lung in health and disease: evaluation by bronchoalveolar lavage. *Am. J. Pathol.* 1979; 97: 149-206.
- 308 - Kelley J, Landis JN, Davis GS, Trainer TD, Jakab GJ, Green GM. Diagnosis of pneumonia due to *Pneumocystis* by subsegmental pulmonary lavage via the fiberoptic bronchoscope. *Chest* 1978; 74: 24-28.

- 309 - Stover DE, Zaman MB, Hadju SI, Lange M, Gold J, Armstrong D. Bronchoalveolar lavage in the diagnosis of diffuse pulmonary infiltrates in the immunosuppressed host. *Ann. Inter. Med.* 1984; 101: 1-7.
- 310 - Ognibene FP, Shelhamer J, Gill V et al. The diagnosis of *P. carinii* pneumonia in patients with AIDS using subsegmental bronchoalveolar lavage. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 129: 929-932.
- 311 - Golden JA, Hollander H, Stulberg MS, et al. Bronchoalveolar lavage as the exclusive diagnostic modality for *P. carinii* pneumonia. *Chest* 1986; 90: 18.
- 312 - Stover DE, White DA, Romano PA, et al. Diagnosis of pulmonary disease in AIDS. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 130: 659-662.
- 313 - Orenstein M, Webber CA, Cash M, et al. Value of bronchoalveolar lavage in the diagnosis of pulmonary infection in AIDS. *Thorax* 1986; 41: 345-349.
- 314 - Martin WJ, Smith TF, Brutinel WM, Cockerill FR, Douglas WW. Role of bronchoalveolar lavage in the assessment of opportunistic pulmonary infections: utility and complications. *Mayo Clin. Proc.* 1987; 62: 549-557.
- 315 - Kahn FW, Jones JM. Diagnosing bacterial respiratory infection by bronchoalveolar lavage. *J. Inf. Dis.* 1987; 155: 862-869.

- 316 - Thorpe JE, Baughman RP, Frame PT, Wesseler TA, Staneck JL. Bronchoalveolar lavage for diagnosing acute bacterial pneumonia. *J. Inf. Dis.* 1987; 155: 885-861.
- 317 - Johanson WG, Seidenfeld JJ, Gomez P, De Los Santos R, Coalson JJ. Bacteriologic diagnosis of nosocomial pneumonia following prolonged mechanical ventilation. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1988; 137: 259-264.
- 318 - Caughey G, Wong H, Gamsu G, et al. Nonbronchoscopic bronchoalveolar lavage for the diagnosis for *P. carinii* pneumonia in AIDS. *Chest* 1985; 88: 659-662.
- 319 - Jackson HJ, Cole RP. A simple technique for diagnosing *P. carinii* pneumonia in intubated patients. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1986; 133: A 118.
- 320 - Mann JM, Altus C, Ligorski M, et al. Non-bronchoscopic lung lavage for diagnosis of opportunistic infections in AIDS. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1986; 133: A118.
- 321 - Dhillon DP, Haslam PL, Townsend PJ, Primett Z, Collins JV, Turner-Warwick M. Bronchoalveolar lavage: side-effects and factors affecting fluid recovery. *Europ. J. Respir. Dis.* 1986; 68: 342.
- 322 - Oho K, Kato H, Ogawa I, Hayashi N, Hayata Y. A new needle for transfiberscopic use. *Chest* 1979; 76: 492.

- 323 - Shure D, Moser KM, Konopka R. Transbronchial needle aspiration in the diagnosis of pneumonia in a canine model. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1985; 131: 290-291.
- 324 - Lorch DG, John JF, Tomlinson JR, Miller S, Sahn SA. Protected transbronchial needle aspiration and protected specimen brush in the diagnosis of pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1987; 136: 565-569.
- 325 - Leyden I. VII Verhandlungen des Vereins für innere Medizin: ueber infectiose Pneumonie. *Deutsch Med. Wschr.* 1883; 9: 52-54.
- 326 - Rosenow EC. A bacteriological and cellular study on the lung exudate during life in lobar pneumonia. *J. Infect. Dis.* 1911; 8: 500-503.
- 327 - Lyon AB. Bacteriologic studies of one hundred and sixty-five cases of pneumonia and postpneumonic empyema in infants and children. *Am. J. Dis. Child.* 1922; 23: 72-89.
- 328 - Bullowa JGM. The reliability of sputum typing and its relation to serum therapy. *J.A.M.A.* 1935; 105: 1512-1523.
- 329 - Sappington SW, Favorite GO. Lung puncture in lobar pneumonia. *Am Journ. Med. Sci.* 1936; 191: 225-234.

- 330 - Nordenstrom BA. A new technique for transthoracic needle biopsy of lung changes. Br. J. Radiol. 1965; 38: 550-553.
- 331 - Dahlgren S, Nordenstrom B. Transthoracic needle biopsy. Yearbook Medical Publishers. Inc. Chicago. 1966.
- 332 - Landman S, Burgener FA, Lim GHK. Comparison of bronchial brushing and percutaneous needle aspiration biopsy in the diagnosis of malignant lung lesions. Radiology 1975; 115: 275-278.
- 333 - Grech P, Gray PB, Lambourne CA, Clark RA, Townshend RH. Aspiration needle biopsy for solitary, peripheral lung lesions: a review of 50 examinations. Br. J. Dis. Chest 1978; 72: 235-241.
- 334 - Jereb M, Us-Krasovec M. Thin needle biopsy of chest lesions: time saving potential. Chest 1980; 78: 288-290.
- 335 - Jereb M, Us-Krasovec M. Transthoracic needle biopsy of mediastinal and hilar lesions. Cancer 1977; 40:1354.
- 336 - Lalli AF, McCormack LJ, Zeich M, Reich NE, Belovich D. Aspiration biopsies of chest lesions. Radiology 1978; 127: 35-40.

- 337 - Zornoza J, Snow J, Lukeman JM, Libshitz HI. Aspiration biopsy of discrete pulmonary lesions using a new thin needle. *Radiology* 1977; 123: 519-520.
- 338 - Tao LC, Pearson FG, Delarue NC, Langer B, Sanders DE. Percutaneous fine-needle aspiration biopsy. *Cancer* 1980; 45: 1480-1485.
- 339 - Juan Samper G, Martinez J, L. de Letona L, et al. Utilidad de la punción aspiración pulmonar con aguja fina en procesos infecciosos y malignos. *Med. Clin. (Bar.)* 1983; 81: 1-3.
- 340 - Williams AJ, Santiago S, Lerhman S, Popper R. Transcutaneous needle aspiration of solitary pulmonary masses: how many passes?. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1987; 136: 452-454.
- 341 - Gibnev RTN, Man GCW, King EG, Leriche J. Aspiration biopsy in the diagnosis of pulmonary disease. *Chest* 1981; 80: 300-303.
- 342 - Alison DJ, Hemingway AP. Percutaneous needle biopsy of the lung. *Br. Med. J.* 1981; 282: 875-878.
- 343 - Disney M, Wolf J, Wood B. Staphylococcal pneumonia in infants. *Lancet* 1956; 1: 767.

- 344 - Gherman C, Simon H. Pneumonia complicating severe underlying disease: A current appraisal of transthoracic lung puncture. *Dis. Chest.* 1965; 18: 297-304.
- 345 - Beerens H, Thon-Castel. Infections humaines à bactéries anaérobies nontoxigènes. European Academic Press. Brussels. 1965. pp: 92-107.
- 346 - Klein J. Diagnostic lung puncture in the pneumonia in infants and children. *Pediatrics* 1969; 44: 486-491.
- 347 - Johnson HD, Johnson WW. *P. carinii* pneumonia in children with cancer. *J.A.M.A.* 1970; 214: 1067-70.
- 348 - Mimica I, Donoso E, Howard JE, Ledermann GW. Lung puncture in the etiologic diagnosis of pneumonia. *Am. Rev. Dis. Child.* 1971; 122: 130-133.
- 349 - Bandt PO, Bank N, Castellino RA. Needle diagnosis of pneumonia: value in high risk patients. *J.A.M.A.* 1972; 220: 1578-1580.
- 350 - Greenman R, Goodall PT, King D. Lung biopsy in immunocompromised hosts. *Am. J. Med.* 1975; 59: 488-496.
- 351 - Rapkin RH. Bacteriologic and clinical findings in acute pneumonia in childhood. *Clin. Pediatr.* 14: 130-133.

- 352 - Davidson M, Tempest B, Palmer DL. Bacteriologic diagnosis of acute pneumonia. J.A.M.A. 1976; 235: 158-163.
- 353 - Chaudhary S, Hugues WT, Feldman S, Sanyal SK, Coburn SK, Ossi M, Cox F. Percutaneous transthoracic needle aspiration of the lung. Am. J. Dis. Child. 1977; 131: 902-907.
- 354 - Sagel SS, Ferguson TB, Forrest JV, Roper CL, Weldon CS, Clark RE. Percutaneous transthoracic aspiration needle biopsy. Ann. Thorac. Surg. 1978; 26: 399-405.
- 355 - Castellino RA, Blank N. Etiologic diagnosis of focal pulmonary infection in immunocompromised patients by fluoroscopically guided percutaneous needle aspiration. Radiology 1979; 132: 563-567.
- 356 - Palmer DL, Davidson M, Lusk R. Needle aspiration of the lung in complex pneumonias. Chest 1980; 78: 16-21.
- 357 - Zavala DC, Schoell JE. Ultrathin needle aspiration of the lung in infectious and malignant disease. Am. Rev. Respir. Dis. 1981; 123: 125-131.
- 358 - Wallace JM, Batra P, Gong H, et al. Percutaneous needle lung aspiration for diagnosing pneumonitis in the patient with AIDS. Am. Rev. Resp. Dis. 1985; 131: 389-392.

- 359 - Ciglia AR, Morgan PN, Bates JH. Rapid definitive diagnosis of Legionnaires' disease. Chest 1979; 76: 98-99.
- 360 - Robicheaux G, Moinuddin SM, Lee LH. The role of aspiration biopsy cytology in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Am. J. Clin. Pathol. 1985; 83: 719-722.
- 361 - Archer GJ, Hamilton AAD, Upadhyay R, Finlay M, Grace PM. Results of simple aspiration of pneumothoraces. Br. J. Dis. Chest. 1985; 79: 177-182.
- 362 - Wescott JL. Air embolism complicating percutaneous needle biopsy of the lung. Chest 1973; 73: 473-480.
- 363 - Ferrucci JT, Wittenberg J, Margolies MN, Carey RW. Malignant seeding of the tract after thin-needle aspiration biopsy. Radiology 1979; 130: 345-346.
- 364 - Sinner W, Zajicek J. Implantation metastasis after percutaneous transthoracic needle aspiration biopsy. Acta Radiol. 1975; 17: 473-480.
- 365 - Meyer J, Ferrucci J, Janover W. Fatal complications of percutaneous lung biopsy. Radiology 1970; 96: 47-48.
- 366 - Sinner W. Complications of percutaneous transthoracic needle aspiration biopsy. Acta Radiol. 1975; 17: 813-828.

- 367 - Pearce J, Patt N. Fatal pulmonary hemorrhage after percutaneous aspiration lung biopsy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1974; 110: 346-349.
- 368 - Herman PG, Hessel SJ. The diagnostic accuracy and complications of closed lung biopsies. *Radiology* 1977; 125: 11-14.
- 369 - Noremberg R, Claxton P, Takako T. Percutaneous needle biopsy of the lung: report of two fatal complications. *Chest* 1974; 66: 216-218.
- 370 - Zavala DC, Bedel GN. Percutaneous lung biopsy with cutting needle. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1972; 106: 186-193.
- 371 - Adamson JS, Bates JH. Percutaneous needle biopsy of the lung. *Arch. Intern. Med.* 1967; 119:164.
- 372 - Manfredi F, Krumholz R. Percutaneous needle biopsy of the lung in evaluation of pulmonary disorders. *J.A.M.A.* 1966; 198: 1198-1202.
- 373 - Vitims VC. Percutaneous needle biopsy of the lung with a new disposable needle. *Chest* 1972; 62: 717-719.
- 374 - Lincoln CP, Grover FL, Trinkle JK. Open v. needle biopsy of the lung. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1975; 69: 507-509.

- 375 - Harrison BDW, Thorpe RS, Kitchener PG, McCann BG, Pilling JR. Percutaneous Trucut lung biopsy in the diagnosis of localised pulmonary lesions. *Thorax* 1984; 39: 493-499.
- 376 - Boada J, Dorca J, Granados A, Blavia R, Manresa F. La biopsia percutánea con aguja Trucut en las lesiones intratorácicas. (Abstract). *Arch. Bronconeumología* 1986; 22: 33.
- 377 - Neff TA. Percutaneous trephine biopsy of the lung. *Chest* 1972; 61:18-23.
- 378 - Steel SJ, Winstanley DP. Trephine biopsy of the lung and pleura. *Thorax* 1969; 24:576-584.
- 379 - De Camp PT, Mosley PW, Scott ML, Hatch HB. Diagnostic thoracoscopy. *Ann. Thorac. Surg.* 1973; 16: 79-84.
- 380 - Rodgers BM. Thoracoscopy in children. *Poumon et coeur.* 1981; 37: 301-306.
- 381 - Dijkman JH, Van der Meer JWM, Bakker W, Wever AMJ, Van der Broek PJ. Transpleural lung biopsy by the thoracoscopic route in patients with diffuse interstitial pulmonary disease. *Chest* 1982; 82: 76-83.
- 382 - Klassen KP, Aniyon AJ, Curtis GM. Biopsy of diffuse pulmonary lesions. *Arch. Surg.* 1949; 59: 694-704.

- 383 - Klassen KP, Andrews NC. Biopsy of diffuse pulmonary lesions. A seventeen year experience. Ann. Thorac. Surg. 1967; 4: 117-124.
- 384 - Ray JF, Lawton BR, Myers WO, et al. Open pulmonary biopsy: nineteen year experience with 416 consecutive operations. Chest 1976; 69: 43-47.
- 385 - Ramirez J. Biopsia pulmonar en las neumopatías infecciosas. Enf. Infec. Mic. Clin. 1986; 4: 235-239.
- 386 - Rosen PP, Martini N, Armstrong D. Pneumocystis carinii pneumonia. Diagnosis by lung biopsy. Am. J. Med. 1975; 58: 794-802.
- 387 - Greenman RL, Goodall PT, King D. Lung biopsy in immunocompromised hosts. Am. J. Med. 1975; 59: 488-496.
- 388 - Wolff LJ, Bartlett MS, Baechner RL, et al. The causes of interstitial pneumonia in immunocompromised children: an aggressive systematic approach to diagnosis. Pediatrics 1977; 60: 41-45.
- 389 - Leight GS, Michaelis LL. Open lung biopsy for the diagnosis of acute, diffuse pulmonary infiltrates in the immunosuppressed patient. Chest 1978; 73: 477-482.
- 390 - Singer C, Armstrong D, Rosen PP, Walzwe PD, Yu B. Diffuse pulmonary infiltrates in immunosuppressed patients. Am. J. Med. 1979; 66: 110-120.

- 391 - Rossiter SJ, Graig Miller D, Churg AM, Carrington CB, Mark JBD. Open lung biopsy in the immunosuppressed patient. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1979; 77: 338-345.
- 392 - Toledo-Pereyra LH, DeMeester TR, Kinealey A, MacMahon H, Churg A, Golomb H. The benefits of open lung biopsy in patients with previous non-diagnostic transbronchial lung biopsy. Chest 1980; 77: 647-650.
- 393 - Waltzer WC, Sterioff S, Zinke H, Bernatz PE, Brewer NS. Open lung biopsy in the renal transplant recipient. Surgery 1980; 88: 601-610.
- 394 - Jaffe JP, Maki DG. Lung biopsy in immunocompromised patients. Cancer 1981; 48: 1144-1153.
- 395 - Hiatt JR, Gong H, Mulder DG, Ramming KP. The value of open lung biopsy in the immunosuppressed patient. Surgery 1982; 92: 285-291.
- 396 - Estopá R, Torres A, Kastanos N, Rives A, Agusti Vidal A, Rozman C. Acute respiratory failure in severe hematologic disorders. Crit. Car. Med. 1984; 12: 26-28.
- 397 - McKenna RJ, Mountain CF, McMurtrey MJ. Open lung biopsy in immunocompromised patients. Chest 1984; 86: 671-674.
- 398 - McCabe RE, Brooks RG, Mark JBD, Remington JS. Open lung biopsy in patients with acute leukemia. Am. J. Med. 1985; 78: 609-616.

- 399 - Cockerill FR, Wilson WR, Carpenter HA, Smith TF, Rosenow EC. Open lung biopsy in immunocompromised patients. Arch. Intern. Med. 1985; 145: 1398-1404.
- 400 - Newman SL, Michel RP, Wang NS. Lingular lung biopsy: is it representative?. Am. Rev. Respir. Dis. 1985; 132: 1084-1086.
- 401 - Wetstein L. Sensitivity and specificity of lingular segmental biopsies of the lung. Chest 1986; 90: 383-386.
- 402 - Rosenow EC, Wilson WR, Cockerill FR. Pulmonary disease in the immunocompromised host (first of two parts). Mayo Clin. Proc. 1985; 60: 473-487.
- 403 - Wilson WR, Cockerill FR, Rosenow EC. Pulmonary disease in the immunocompromised host (second of two parts). Mayo Clin. Proc. 1985; 60: 610-631.
- 404 - Macfarlane J. Lung biopsy. Br. Med. J. 1985; 290:97-98.
- 405 - Wardman AG, Cooke MJ. Pulmonary infiltrates in adult acute leukaemia: empirical treatment or lung biopsy ?. Thorax 1984; 39: 647-650.
- 406 - Moser KM. Diagnosis of acute diffuse pulmonary infiltrates. J.A.M.A. 1984; 252: 2044-2047.

- 407 - Wardman AG, Milligan DW, Child JA, Delamore IW, Cooke NJ. Pulmonary infiltrates and adult acute leukaemia: empirical treatment and survival related to the extend of pulmonary radiological disease. *Thorax* 1984; 39: 568-571.
- 408 - Potter D, Pass HI, Brower S, Macher A, Browne M, Thaler M, Cotton D, Hathorn J, Wesley R, Longo D, Pizzo P, Roth JA. Prospective randomized study of open lung biopsy versus empirical antibiotic therapy for acute pneumonitis in nonneutropenic cancer patients. *Ann. Thorac. Surg.* 1985; 40: 422-428.
- 409 - Irwin RS, Garrity FL, Erickson AD, Corrao WM, Kaemmerlen JT. Sampling lower respiratory tract secretions in primary lung abscess. *Chest* 1981; 79: 559-565.
- 410 - Moser KM, Maurer J, Jassy L, Kremsdorf R, Konopka R, Shure D, Harrell JH. Sensitivity, specificity and risk of diagnostic procedures in a canine model of *Str. pneumoniae* pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1982; 125: 436-442.
- 411 - Dorca J, Rufí G, Verdaguer R, Estopá R, Gudiol F, Manresa F. Comparative study between protected specimen brush and transthoracic needle aspiration in the diagnosis of bacterial pneumonia. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1985; 131: A221.

- 412 - Peltier P, Baron D, Barrier J, Leberre J, Grolleau J. Evaluation bactériologique comparée des prélèvements pulmonaires réalisés par fibroscopie bronchique protégée et ponction transtrachéale. Etats infectieux graves en réanimation: 105-109. Expansion Scientifique Française. Paris 1982.
- 413 - Lacaine F, Huguier M, Gremy F. L'efficacité d'un examen à but diagnostique: de la donnée à la décision médicale. Nouv. Presse Med. 1978; 7: 1451-1453.
- 414 - Ransohoff DF, Feinstein AR. Problems of spectrum and bias in evaluating the efficacy of diagnostic tests. New. Engl. J. Med. 1978; 299: 926-930.
- 415 - Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. New Engl. J. Med. 1977; 296: 716-721.
- 416 - McNeil BJ, Keefler E, Adelstein SJ. Primer on certain elements of medical decision making. New. Engl. J. Med. 1975; 293: 211-215.
- 417 - Pardell H, Marcillas J, Fuentes J. Criterios de selección de un procedimiento diagnóstico. Med. Clin. (Barc.) 1983; 80: 37-42.



(043/55) CR



(043)88 00R



