



XI

Congreso Latinoamericano de
MEDICINA INTERNA

44^o

Congreso Nacional de
MEDICINA INTERNA

V

Congreso Nacional de
ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CAPITULO SOLAT-SUDEAT 2019
XX Simposio Internacional de
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR





COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Mario Llorens. **Presidente Congreso SOLAMI**

Dra. Mabel Goñi. **Vicepresidente Congreso SOLAMI**

Dr. Leonardo Sosa. **Presidente Congreso Nacional de Medicina Interna**

Dra. Mariana Cora. **Vicepresidente Congreso Nacional de Medicina Interna**

Dr. Eduardo Savio. **Presidente de Congreso Nacional de Infectología**

Dra. Zaida Arteta. **Vicepresidente Congreso Nacional de Infectología**

Dra. Andrea Vaucher. **Secretaria**

Dr. Ricardo Silvariño. **Tesorero**

Dr. Martín Rebella. **Protesorero**

Dr. Jorge Menoni. **Vocal**

Dr. Federico Roca. **Vocal**

Dra. Graciela Pérez Sartori. **Vocal**

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Washington Vignolo. **Presidente**

Dr. Juan Alonso

Dr. José Boggia

Dra. Susana Cabrera

Dr. Fabio Grill

Dr. Bernardo Layerle

Dr. Ricardo Silvariño

COMISION DIRECTIVA SO.LA.M.I.

Dr. Mario Llorens (Uruguay) **Presidente**

Dr. José Luis Akaki B. (México) **Secretario General**

Dr. Carlos Ibañez Guzmán (Bolivia) **Vice-Presidente**



COMISION DIRECTIVA S.M.I.U.

Dra. Mercedes Perendones. **Presidente**

Dr. Mario Llorens. **Past President**

Dra. Andrea Vaucher. **Vicepresidente**

Dr. Gustavo Bruno. **Secretario general**

Dra. Selva Romero. **Secretaria científica**

Dra. Cecilia Cerqueiro. **Tesorera**

Dra. Rosario Rantighieri. **Pro tesorera**

Dra. Rosanna Robaina. **Secretaria de actividades gremiales y laborales**

COMISION DIRECTIVA S.I.C.U

Dr. Fabio Grill. **Presidente**

Dra. Daniela Paciel. **Secretaria**

Dra. Graciela Pérez Sartori. **Tesorera**

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0001**

Amiloidosis hepática asociada a mieloma múltiple.

Introducción

Analía Aguiar**Patricia Lopez**Sanatorio Cantegril, Maldonado.
Uruguay

En el siglo XIX, R.Virchow y C.Rokitansky observaron en autopsias la presencia de un proceso infiltrativo en diversos órganos producido por una sustancia amorfa. Posteriormente, se comprobó que en yodo adquirían una coloración azulada, semejante al almidón, por lo que se comenzó a utilizar el término Amiloidosis. En 1903 Weber informó la asociación de amiloidosis con Mieloma Múltiple (MM). En 1922 se introdujo la prueba de Rojo Congo para detectar presencia de amiloidosis aún en ausencia de signos clínicos. La amiloidosis se caracteriza por depósito de material proteico fibrilar, autólogo, con estructura molecular terciaria en disposición B-plegada, responsable de su carácter insoluble y resistente a la digestión proteolítica. Esta sustancia se caracteriza por presentar un componente constante, componente P, y un componente proteico variable que constituye la base de la clasificación patogénica, encontrándose tres tipos principales: AL (75%) con secuencia N-terminal homóloga a una parte de la región variable de una cadena ligera de inmunoglobulina asociada a MM, AA amiloidosis secundaria (5%) y un tercer tipo: polineuropatía amiloidea familiar (5%). La amiloidosis primaria es una enfermedad infrecuente causada por una neoplasia de células plasmáticas que secretan cadenas livianas de inmunoglobulinas que se depositan en tejidos causando atrofia y necrosis, con pérdida de la estructura normal del tejido que lleva a disfunción del mismo. Los signos y síntomas son inespecíficos y en algunos casos se presentan con la sintomatología de la enfermedad subyacente.

Caso clínico

Paciente de SM, 82 años con AP de: ex fumador. Consulta por repercusión general e ictericia. Del examen físico se destaca marcado adelgazamiento, ictericia universal. Apirético. Abdomen blando, depresible, indoloro, hepatomegalia grado II. De la paraclínica se destaca: BT:12, BD:10, GGT:749 y GOT:200. TAC sin dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. Colangiografía y resonancia de abdomen sin evidencia de obstrucción de vía biliar. PEF informa pico monoclonal de IgG por lo que se comienza estudio con planteo de probable MM. Mielograma con plasmocitosis medular de 15%; inmunofenotipo de MO con 5.4% de plasmocitos patológicos. Se establece diagnóstico de MM quiescente ya que no presenta fenómenos de CRAB. Dado éstos hallazgos se plantea colestasis intrahepática secundaria a amiloidosis hepática asociada a MM, realizándose biopsia hepática que informa: secciones de parénquima con depósitos de material eosinófilo amorfo con hematoxilina-eosina y que se colorea con Rojo Congo consistente con Amiloidosis hepática. Se realiza tratamiento en base a Melfalán y dexametasona durante 6 meses, con aumento progresivo del pico monoclonal de Ig a pesar de dicha terapéutica solicitándose a FNR, Bortezomib con planteo de MM refractario a tratamiento de primera línea. Recibe un ciclo de dicho fármaco. Paciente evoluciona con marcada repercusión general, anorexia y desnutrición proteico calórica. Fallece 7 meses luego de realizado diagnóstico a consecuencia de infección respiratoria.

Conclusiones

La progresión de Amiloidosis a MM es muy infrecuente. Por el contrario, entre un 10-15% de los pacientes con MM desarrollarán Amiloidosis durante su evolución. La supervivencia es menor a dos años cuando se asocian ambas patologías como ocurrió en nuestro paciente. La incidencia es bajísima, 8 personas/millón de habitantes/año.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0002**

Tuberculosis Pancreática: una rara manifestación extra pulmonar.

Marlon Adrian Laguado Nieto

Universidad de Santander - Clínica FOSCAL.

Yuli Natalia Otero Pabon**Isabel Bolivar**

Clínica FOSCAL, Colombia

Introducción

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública. El principal órgano afectado es el pulmón y rara vez compromete el páncreas. La tuberculosis pancreática se presenta con síntomas y signos poco específicos, lo que hace difícil el diagnóstico.

Objetivo

Presentar el caso clínico de una paciente con tuberculosis pancreática y una breve revisión de tema.

Metodología

Se realizó una descripción retrospectiva de la historia clínica de una paciente en estado crítico con diagnóstico de tuberculosis pancreática. Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda sistematizada en las diferentes bases de datos en relación con el tema.

Caso clínico

Mujer de 66 años con antecedente de TB pulmonar miliar en 2015, sin aislamiento microbiológico ni histopatología de bacilos ácido alcohol resistente (BAAR). Consulta por fiebre, astenia, adinamia, disminución fuerza muscular miembros inferiores. Hemocultivos negativos, Elisa VIH negativo. Por antecedente de TB se toma tomografía computarizada (TC) de tórax, se observa infiltrado micro nodular en posible relación con tuberculosis Miliar. Adicionalmente, se logra ver en tercio superior del abdomen una masa en páncreas, por lo que se realiza TC de abdomen contrastado que documenta lesión nodular con área necrosada en porción superior de la cabeza del páncreas. Se realiza biopsia de lesión con reportede patología que confirma la presencia de granulomas con necrosis central y de células gigantes multinucleadas, coloración Ziehl Neelsen positiva con numerosos BAAR en todas las muestras. Se concluye compromiso difuso por enfermedad granulomatosa crónica necrotizante compatible con tuberculosis pancreática. Se inició tratamiento anti tuberculoso, sin embargo, paciente progresa a falla orgánica múltiple y fallece.

Conclusiones

El 1% de los casos de tuberculosis abdominal afecta las vías biliares o el páncreas, esto se explica por el efecto destructivo que tiene las enzimas pancreáticas sobre la micobacteria. Afecta con mayor frecuencia a pacientes entre 21-40 años, sin ninguna predilección por género. Ocurre por la diseminación hematógena desde una lesión primaria oculta (ej. pulmones), diseminación directa desde un nódulo linfático contiguo o reactivación de bacilos latentes en una lesión tuberculosa antigua en el contexto de inmunosupresión. Los síntomas son inespecíficos (dolor abdominal, fiebre, anorexia, pérdida de peso). La manifestación más común de la tuberculosis pancreática en la tomografía de abdomen es la presencia de una masa bien definida, hipodensa, hipovascular con márgenes irregulares y realce periférico; la mayoría, en la cabeza y/o cuerpo del páncreas. Un diagnóstico diferencial es el compromiso neoplásico. Para diagnosticarla se requiere estudio histopatológico (ya sea del propio tejido pancreático o de los ganglios linfáticos que lo rodean), se puede realizar por aspiración con aguja fina guiada por tomografía, ultrasonografía endoscópica. Es potencialmente curable y una vez confirmado el diagnóstico se debe dar inicio al tratamiento antituberculoso por 6 a 12 meses.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0005**

Fenotipos de resistencia de *Staphylococcus aureus* en infecciones de piel de pacientes ambulatorios. Enero 2017 a Agosto 2018, Florida - Uruguay.

Marcelo Alvez**Mabel Burgos****Mariana Pacheco****Gabriela Ledesma**

ASSE y COMEF Florida, Uruguay.

Introducción

Staphylococcus aureus (SAU) es el principal agente de las infecciones de piel. Los primeros aislamientos de SAU resistente a Metililina (SAMR) surgieron en los 60 produciendo infecciones intrahospitalarias. En los 80 se aislaron los primeros SAMR no multirresistentes y en los 90 emergieron los primeros SAMR de origen comunitarios (SAMR.com). SAMR.com se describieron en niños luego se propagaron a poblaciones cerradas para diseminarse a la población general. SAMR.com se distingue de SAMR por sus características genéticas. Los SAMR.com portan los cassettes SCCmec son de tipo IV y V del gen *mecA* (más pequeños y fácilmente trasmisibles) y la leucocidina de Pantón-Valentine que les confiere menor resistencia antibióticos no β -lactámicos y mayor virulencia. En el 2013, Pedreira y colaboradores describen la “clona Uruguay” diferente genotípicamente de la circulante en la región. Por su virulencia es necesario conocer su prevalencia y así predecir el uso o no de ATB con acción para estos microorganismos.

Objetivo

Conocer la prevalencia de SAMR y su fenotipo de resistencia. Metodología

Se estudiaron los fenotipos de resistencia de *Staphylococcus aureus* (SAU) de dos instituciones de asistencia Pública (APu) y privada (APr) proveniente de pacientes con infecciones de piel del Departamento de Florida. Se excluyeron pacientes con heridas crónicas, institucionalizados o reclusos. Se realizaron aislamientos primarios en agar sangre y cromógeno y se identificaron según técnicas habituales. Se realizaron estudios de sensibilidad mediante discodifusión y plataforma automatizada Phoenix 100® (CLSI 2017).

Resultados

Se aislaron 173 cepas de SAU: APu 68 y APr 105. Ocho (4.6%) correspondieron a SAMR; con 3(4.4%) de APu y 5(4.8%) de APr. La resistencia global fue Eritromicina 45 (26.0%), Clindamicina 31 (17.9%), Gentamicina 18 (10.4%) que incluyeron 3 SAMR, Ciprofloxacina 9 (5.2%) que incluyeron 5 SAMR, Cotrimoxazol 3 (1.7%) que incluyeron 1 SAMR. La resistencia a Macrolidos, Lincosaminas y Streptograminas B (MLSB) global fue de 45 (27.6%) con 16 (23.5%) de APu y 29 (26.0%) de APr. MLSB constitutivo fueron 31 (72.4%) con 13 (19.1%) de APu y 18 (17.9%) de APr. MLSB inducible fueron 13 (9.5%) con 3 (4.4%) de APu y 13 (9.5%) en APr. El fenotipo M se encontró en 1 (0.6%) aislamiento de APr.

Discusión

La prevalencia de SAMR fue baja a comparado con lo reportado por la literatura. Por esto se infiere una alta sensibilidad a cefalosporinas de 1ra y 2da generación. No se encontró diferencias entre la APu y APr excepto en la resistencia a Macrolidos. Se encontró mayor resistencia inducible a predominio de APr.

Conclusiones

En infecciones agudas de piel las cefalosporinas contra SAMS serían una buena opción para tratamiento empírico en esta población. Resistencia MLSB elevada hace no recomendable el uso de Clindamicina como único fármaco o asociado a Penicilina en forma empírica. El aumento

de MLSB inducible en la asistencia privada podría deberse al mayor consumo de Macrolidos en este ámbito. (40% más en Macrolidos a igual consumo de Aminopenicilinas solas o asociadas de inhibidores de betalactamasas en el periodo Junio 2016 a Agosto 2018) Son necesarios estudios de mayor fortaleza estadística para valorar esta asociación.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0006**

Casuística de pacientes asistidos en la policlínica de Hipertensión Arterial del Hospital Maciel.

Maria Victoria Toledo**Paola Spósito**

Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en todo el mundo, con una incidencia del 40% en adultos mayores de 25 años. La detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de las cifras producen importantes beneficios para la salud pública.

Objetivo

Describir las características de la población que se asiste en la policlínica de hipertensión arterial del Hospital Maciel.

Metodología

Estudio analítico, observacional de pacientes que asisten a la policlínica del Hospital Maciel desde 2/3/2015 al 31/10/2017 inclusive. Se incluyeron todos los pacientes que asistieron a dicha policlínica en el periodo de tiempo mencionado previamente, excluyéndose embarazadas, menores de 15 años, pacientes que no concurren a control en el último año y fallecidos.

Resultados y discusión

Se estudiaron un total de 122 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, existiendo una razón de 1.8 mujeres:hombre, la edad promedio fue de 59.6 +/- 1.3 años. El 60,7% (74) de los pacientes tienen medio socioeconómico deficitario. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes asociados fueron sobrepeso/obesidad 87.7% (107) y dislipemia 64.8% (79) siguiendo en menor porcentaje tabaquismo 39.3% (48), diabetes 28.7% (35), y alcoholismo el 13.1% (16). La prevalencia para daño de órgano blanco fue del 62.3 cada 100 pacientes al momento de haber sido derivados a la policlínica. En relación al grado de severidad de la HTA, la mayoría de los pacientes corresponden a Grado III, siendo el patrón de variabilidad más frecuente el non dipping. El 98.4% (120) de los pacientes recibe tratamiento farmacológico. De este total el 70.8% (85) reciben terapia combinada y el 29.8% (35) monoterapia. Lográndose un control de cifras de PA de 52.9% vs. 54.1% respectivamente. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el patrón non dipping y el grado III de HTA. En estos pacientes se logró un adecuado control de cifras con valores de presión arterial sistólica media iniciales de 156.6mmHg (máxima 240mmHg y mínima 120mmHg) que mejora a 130.2mmHg. Presión diastólica media inicial de 93.3mmHg (máxima 110mmHg y mínima 60 mmHg) que disminuye a 76.9 mmHg. Se observó que solo el 6.6% (8) de los pacientes en seguimiento tuvo ingresos por complicaciones vinculadas a la HTA.

Conclusiones

La población de hipertensos del Hospital Maciel se asocia con otros FRCV en porcentaje similar al encontrado en estudios internacionales, predominando la dislipemia y la obesidad. Al momento de la consulta presentaban daño de órgano blanco 63 de cada 100 pacientes. Los pacientes controlados en la policlínica corresponden a HTA grado III y presentan una asociación estadísticamente significativa con el patrón non-dipper, logrando un adecuado control de cifras en su mayoría. Los ingresos por complicaciones relacionadas con la HTA, fueron solamente 6.5%. Se concluye que el seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario y el tratamiento individualizado del paciente hipertenso puede mejorar el control de cifras de PA y disminuir ingresos hospitalarios.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0009**

Evaluación de la calidad de vida en obesos mórbidos y extremos post manga gástrica en Hospital Público.

Florescia Brovotto

Alejandra Mansilla

Gimena Ibarra

Vanessa Ucha

Sandy Rosa

Gustavo Bruno

Andrea Vaucher

Hospital Maciel, Montevideo - Uruguay.

Introducción

El sobrepeso y obesidad constituyen la pandemia del siglo XXI. Presentan alta morbimortalidad y generan elevados costos para el sistema de salud. La cirugía bariátrica es una herramienta terapéutica eficaz, para el tratamiento de la obesidad mórbida, en pacientes refractarios al tratamiento médico. Se ha demostrado su influencia sobre la pérdida ponderal y el efecto sobre las comorbilidades, sin embargo el impacto que genera sobre la calidad de vida no es tan claro.

Objetivo

Evaluar el impacto de la cirugía bariátrica (CB) en la calidad de vida y las comorbilidades preexistentes al año de la cirugía.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal retrospectivo en pacientes pertenecientes al programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica (OCB) de un hospital público de Montevideo. Se incluyeron pacientes con al menos un año de realizada la cirugía. Los criterios de inclusión al programa: edad entre 18 y 65 años, índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40 o mayor o igual a 35 con comorbilidades asociadas a la obesidad e IMC entre 30 y 34 en pacientes con Diabetes Mellitus 2(DM2) con mal control metabólico. Los datos se recabaron desde mayo a setiembre de 2017. El estudio fue realizado mediante la aplicación del Score B.A.R.O.S, a través de encuestas telefónicas, previo consentimiento informado. El análisis del mismo se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados y discusión

Se estudiaron 68 pacientes, 55 mujeres y 13 hombres. La media y desvío estándar para la edad fue de 43,90 +/- 10,13 años, IMC inicial de 57,29 +/- 10,74 kg/m², e IMC al año 33,94 +/- 6,45 kg/m² con un porcentaje de sobrepeso perdido de 73,70 +/- 18,04. La cirugía en el 100% de los pacientes fue la gastrectomía vertical en manga. Al año no se evidenciaron grados de obesidad mayores de III. Presentaron concomitantemente: hipertensión arterial (HTA) un 67,65%, DM el 55,88%, enfermedad osteoarticular un 47,06% de los pacientes. Mediante cuestionario Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II se analizó la calidad de vida, se obtuvo que un 80,88% de los pacientes presentaron un resultado muy bueno o bueno y el restante regular. La actividad física y la relación con la comida evidenciaron el mayor porcentaje de mejoría 91,18%. Las complicaciones más observadas fueron menores, 80% (n=32): caída de pelo 62,5% (n=25), vómitos 25% (n=10) y litiasis vesicular y déficit de B12 en el 0,25% (n=1). De las mayores: insuficiencia renal (2), estómago en reloj de arena (2), lesión térmica de colon derecho (1), falla de sutura (1) e infección del sitio quirúrgico (1). Del puntaje total del B.A.R.O.S el 91,18% mostró un resultado excelente, muy bueno o bueno y solo el 8,83% fue clasificado como regular.

Conclusiones

El impacto de la CB en el contexto de un programa integral de obesidad evaluado mediante el cuestionario B.A.R.O.S, determina una considerable pérdida de peso, mejora de las comorbilidades, y de la calidad de vida, en pacientes al año de operados con la técnica de manga gástrica.

Congreso: **Infectología**

Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0010**

Las manos cuentan: Monitoreo en la práctica de higiene de manos en un servicio de Medicina Interna.

Wendy Artiga de Iraheta

Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador.

Introducción

En el contexto hospitalario, las infecciones asociadas a los cuidados de la salud (IACS) cobran cada vez mayor importancia, tanto por los costos sociales como económicos que conllevan. En este sentido, los esfuerzos por disminuir su incidencia incluyen medidas diversas; sin embargo, la higiene de manos sigue considerándose la medida más importante para la prevención de las IACS.

Objetivo

Monitorear e incentivar la práctica de higiene de manos a fin de evidenciar su impacto a largo plazo en la incidencia de infecciones asociadas a cuidados de la salud. A partir de la educación del personal en estas medidas preventivas, verificar su adecuado cumplimiento y la toma de conciencia de su importancia real para la prevención de infecciones.

Metodología

Se trata de un estudio observacional del cumplimiento de la higiene de manos en cada uno de los “cinco momentos” descritos por OMS como oportunos para disminuir el riesgo de transmisión de infecciones. Dichas observaciones, aleatorias, realizadas por personal previamente entrenado en el uso del instrumento utilizado, se llevaron a cabo dentro de un servicio de Medicina Interna con capacidad para 64 camas y un promedio de 40 trabajadores de la salud interactuando con los pacientes ingresados cada día. Se realizaron 2607 observaciones en un período de 12 meses (un poco más de 200 observaciones cada mes), se incluyó personal médico, de enfermería, fisioterapia, técnicos en terapia respiratoria, laboratorio clínico y rayos X dentro de quienes se sometieron al monitoreo. Una vez obtenidos los resultados, los datos fueron tabulados en Excel, utilizando X2 y expresando los resultados en porcentajes, tanto globalmente, como para cada disciplina sanitaria.

Resultados y discusión

La medición basal de apego a la higiene de manos por el personal en su conjunto fue de 48%. A partir de ello, hubo mejoría en los porcentajes mensuales, logrando un 55% de cumplimiento en promedio. El personal de enfermería obtuvo los porcentajes más altos de cumplimiento, con un 68% en promedio, seguido por el personal médico con un 62%. El personal de terapia respiratoria obtuvo un 48% en promedio. Terapia física obtuvo un promedio del 58%. El apego a la práctica fue menor entre los técnicos de rayos X (15%) y laboratorio clínico (28%). La indicación de higiene de manos que más se respetó fue la que corresponde antes de una tarea aséptica con 64% durante la medición basal; la de menor cumplimiento fue después de contacto con el entorno del paciente (38%).

Conclusiones

El programa multimodal de higiene de manos está diseñado para ser implementado a largo plazo. Los avances en su desarrollo en el transcurso de un año han sido discretos, requiriendo un alto grado de compromiso de parte de quienes lo monitorean, así como un cambio de paradigmas en el personal observado. Las intervenciones deberán individualizarse a la luz de los resultados obtenidos hasta hoy.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0013**

Dioptofimosis renal: a propósito de un caso.

**Maria Itati Caceres
Cammarata**

Silvana Copponi

Hospital de Alta Complejidad
"Presidente Juan Domingo Perón".
Argentina.

Introducción

La dioptofimosis es una helmintiasis producida por el nematodo *Dioptophyme Renale* (Goeze, 1782). Afecta a diversos mamíferos domésticos y silvestres siendo los carnívoros los más sensibles. En el hombre, hospedador accidental es poco frecuente. Este parásito se localiza principalmente en riñón derecho, aunque puede hallarse en otras localizaciones erráticas. El ciclo de este parásito es heteroxeno. El hospedador intermediario es un anélido de agua dulce. En los casos humanos reportados en diferentes partes del mundo se halló la presencia del parásito en estado larval y con ubicación subcutánea, en algún caso se ha hallado el nematodo en el tracto urinario o fue expelido por uretra y en otras oportunidades ha sido hallado en riñón durante la autopsia. Se relacionó el contagio en estos pacientes con la ingesta de pescado crudo.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 82 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial, Artropatía periférica severa que requirió de angioplastia con balón a arteria femoral superficial derecha, posterior amputación de hallux derecho por pie diabético. Consulta a médico de cabecera por presentar ulcera de miembro inferior izquierdo. Se decide su internación por constatar mala evolución de la misma para realizarse angiografía de dicho miembro. A su ingreso se evidencia por laboratorio insuficiencia renal con acidosis metabólica; es evaluado por servicio de nefrología. Se realizan exámenes complementarios: ecografía abdominal que revela riñón derecho atrófico y dilatación pielocalicial. Durante su internación se produce la eliminación espontánea por vía urinaria de dos parásitos con características macroscópicas de helmintos, cuyo resultados parasitológico informa hallazgo de *Dioptophyme Renale*, el cual es endémico en nuestro medio. Se interroga al paciente acerca de hábitos higiénico dietético y se confirma la ingesta frecuente de pescado de agua dulce. Infectología indica iniciar tratamiento empírico con ivermectina. Se realiza posteriormente toma de muestra de orina de 24 horas donde no se evidencia el parásito en ninguno de sus estadios. Comentario: El paciente tuvo una recuperación favorable con mejoría progresiva de la función renal luego de la eliminación de dicho parásito y tratamiento instaurado.

Conclusiones

La dioptofimosis es una zoonosis que si bien es infrecuente en el humano se debe hacer hincapié en el consumo seguro de pescado de agua dulce y/o anfibios correctamente cocidos para prevenir la infestación tanto en el hombre como en animales domésticos. Por otra parte la ecografía abdominal es un método diagnóstico de elección para confirmar la presencia del parásito, incluso luego de la eliminación del mismo, ya que permite evidenciar lesiones del parénquima renal

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0014**

Hipertensión arterial pulmonar severa como debut de Lupus Eritematoso Sistémico.

Joaquín Ferreira

Gerardo Pérez

Hospital Británico. Montevideo,
Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial pulmonar (HTAP) representa un compromiso infrecuente pero grave en el lupus eritematoso sistémico (LES). Se presenta el caso de una paciente que ingresó al servicio de Medicina Interna para valoración etiológica de HTAP severa, la cual constituyó la manifestación inicial de LES.

Caso clínico

Mujer de 28 años con antecedentes personales de tabaquismo, psoriasis y un aborto espontáneo. Refería disnea de esfuerzo grado 3 de la escala mMRC en el último mes, palpitations y dolor torácico. Presentó episodio de artritis en puños, codos y rodillas. Al examen físico presentaba buen estado general, se encontraba eupneica y apirética; frecuencia cardíaca normal, desaturación de oxígeno con el esfuerzo. Examen cardiovascular: ritmo regular de 72 cpm, segundo ruido aumentado en foco pulmonar; soplo tricuspídeo 3/6; ingurgitación yugular, edemas periféricos. Examen pleuropulmonar normal. Al examen abdominal presentaba hepatalgia. Análisis sanguínea: hemograma, azoemia, creatininemia, hepatograma, eritrosedimentación y proteína C reactiva normales. Péptido natriurético tipo B elevado, dímeros D y troponinas negativos. ECG: ritmo sinusal, 70 cpm, bloqueo incompleto de rama derecha. Radiografía de tórax: rectificación de la arteria pulmonar. Ecocardiograma transtorácico: dilatación severa de cavidades derechas con leve disfunción, insuficiencia tricuspídea severa, presión arterial pulmonar sistólica estimada de 55 mmHg, función sistólica del ventrículo izquierdo normal. Cateterismo cardíaco derecho: HTAP severa con presión de cuña pulmonar de 12 mmHg; test de vasoreactividad positivo. Angiotomografía y centellograma pulmonar negativos para embolia pulmonar. Tomografía de tórax de alta resolución: ausencia de compromiso pulmonar intersticial; adenopatías paratraqueales, prevasculares y axilares bilaterales de hasta 13 mm. Biopsia ganglionar: cambios reactivos inespecíficos. En la evolución la paciente desarrolló linfopenia (710/mm³), hipocomplementemia C3 y C4, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (1/160, patrón moteado), anti DNA, anticardiolipinas, beta2-glicoproteína 1 e inhibidor lúpico positivos. El factor reumatoideo, los anticuerpos anti-péptidos citrulinados y los anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos fueron negativos. El resultado de VDRL fue reactivo (2 U), con test treponémico negativo (VDRL falso positivo); la serología para hepatitis y VIH fue negativa. Se planteó el diagnóstico de LES (por criterios del Colegio Americano de Reumatología) y se clasificó la HTAP dentro del grupo 1 (asociada a enfermedad del tejido conectivo). Se realizó tratamiento con metilprednisolona (1 gramo/día por 5 días), continuando con prednisona 60 mg/día, sildenafil, diuréticos de asa y calcioantagonistas. Presentó escasa respuesta, por lo que se planteó tratamiento con ciclofosfamida y consolidación con micofenolato de mofetilo. Se agregó bosentán y la paciente ingresó a lista de espera para trasplante pulmonar.

Conclusiones

En raras ocasiones, la HTAP representa la primera manifestación que conduce al diagnóstico de LES. Predomina en mujeres y es característica su presentación con una clase funcional avanzada, aunque existen formas oligosintomáticas. Su diagnóstico puede pasar desapercibido, retrasarse y generar graves consecuencias. El hallazgo de adenopatías profundas en el presente caso obligó a descartar otras causas de HTAP, como sarcoidosis o linfoma. Se recomienda iniciar un tratamiento precoz con vasodilatadores, corticoides e inmunosupresores, con el objetivo de disminuir la presión arterial sistólica pulmonar. Los pacientes sintomáticos y con HTAP severa, como en el caso analizado, conllevan un peor pronóstico.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0015**

Prevalencia de infecciones genitales bajas en trabajadoras sexuales controladas en policlínica de profilaxis del Hospital de Florida (ASSE). Nov 2016 a Julio 2018.

Marcelo Alvez

Introducción

Melisa Tambasco

Mariana Pacheco

Gabriela Ledesma

Jimena Urse

Mabel Burgos

ASSE – Florida, Uruguay.

Las infecciones genitales bajas (IGB) y en especial las de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Esto es debido a su alta prevalencia, dificultad de consultas espontáneas de los afectados, sus numerosas secuelas a corto y largo plazo, así como las graves consecuencias psicológicas en hombres, mujeres y niños. La OMS y la ONU-SIDA consideran desde hace ya mucho tiempo que la vigilancia de las ITS constituye un componente insustituible en los programas para su control y prevención. Las trabajadoras sexuales (TSex) son claves en la cadena de transmisión de las ITS por estar expuestas a conductas de riesgo y constituyen un grupo centinela de la población general. Es considerado un indicador estimativo de los costos económicos causados por las ITS tanto en grupos de alto como bajo riesgo.

Objetivo

Identificar los agentes etiológicos de las IGB en trabajadoras sexuales controladas en policlínica de profilaxis (PPro) del Hospital de Florida (ASSE) desde Nov 2016 a Jul 2018.

Metodología

Se estudiaron TSex controladas en PPro de ASSE Florida. Se realizaron búsqueda de *Nesisseria gonorrhoeae* (NG), *Candida albicans* (CA), *Trichomonas vaginalis* (TV), *Vaginosis bacteriana* (VB) y *Streptococcus agalactiae* (EBHB) mediante exudado cervico vaginal y exudado faríngeo en búsqueda de NG. Se investigó *Chlamydia trachomatis* (CHL) mediante inmunofluorescencia con Pathfinder®-Biorad, *Mycoplasma hominis* (MH) y *Ureaplasma urealyticum* (UU) mediante Mycoplasma duo®-Biorad, se investigó genotipos oncogénicos del Virus del Papiloma Humano (HPV) mediante biología molecular (Bioron Diagnostic®).

Resultados y discusión

Se reclutaron 99 Tsex con un rango de edad entre 18 y 56 años (media: 29.5). TSex sin IGB: 10 (10.1%), con IGB no ITS (MH-UU-VB): 8 (8.1%) y con ITS: 81 (81.1%). Se detectó 222 agentes; 1 en 22 (22.2%) TSex, 2 en 20 (20.2%), 3 en 32 (32.3%), 4 en 12 (12.1%) y 5 en 3 (3.0%). Agente: UU 66 (TSex:66.7%), HPV: 56 (TSex:56.6%), MH: 44 (TSex:44.4%), VB: 22 (TSex:22.2%), CHL: 18 (TSex:18.2%), TV:7 (TSex:7.1%), NG faríngea:4 (TSex:4.0%), NG cervical:3 (TSex:3.0%), CA:1 (TSex:1%) y EBHB:1 (TSex:1.0%). Los genotipos oncogénicos predominantes fueron 31, 58 y 16: siendo mucho menos frecuente el 18. Las Tsex menores de 40 años con HPV conforman en 96.4% con concomitancia de hasta 4 genotipos. Se trata de una población joven con alta tasa de IGB-ITS con infecciones por múltiples agentes. UU fue el agente más frecuente, seguido de infección por HPV. Comparado con la literatura VB se reportó en menor frecuencia, CHL se detectó en forma más frecuente mientras que el aislamiento de NG fue igual. En una TSex se aisló una cepa de NG en faringe que no coincidió con el aislamiento vaginal. Existe una alta prevalencia de genotipos de HPV oncogénicos predominando en mujeres jóvenes y con infecciones con múltiples genotipos oncogénicos.

Conclusiones

La tasa de ITS denota la alta prevalencia de prácticas sexuales sin protección. El agente más frecuentemente aislado fue UU, integrante de la flora normal de la vagina por lo que debe

ser contrastado con la clínica e interpretado con cautela. La alta tasa de HPV oncogénico hace plausible de vacunación en este grupo. El control y tratamiento de este grupo es un pilar fundamental para cortar la cadena epidemiológica de las ITS en la población general.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0016**

Falla hepática aguda fulminante por virus de la hepatitis A: reporte de caso.

Juan Pablo Londoño Múnera

Universidad de Cartagena.

Marysabel Cogollo

Universidad de Cartagena, Grupo de Investigación en Cuidado Crítico y Obstetricia (GRICIO). Colombia.

Introducción

La falla hepática aguda (FHA), se define por un deterioro rápido de la función hepática, que genera una alteración del estado mental y de la coagulación (generalmente INR \geq 1.5) en pacientes sin cirrosis preexistente y con enfermedad menor a 26 semanas de duración. En países en vía de desarrollo, las hepatitis virales siguen siendo la principal causa. Las infecciones por el virus de la hepatitis A (VHA), en menos del 1% presentan FHA, en este contexto, un 70% se autolimita, mientras que en el 30% restante, requiere trasplante hepático o fallece. El objetivo de este trabajo es describir un caso de FHA fulminante, secundaria a VHA.

Caso clínico

Mujer de 25 años, procedente de Venezuela, acude al servicio de urgencias, por cuadro de 3 días de evolución, consistente en dolor epigástrico de leve a moderada intensidad, asociado a náuseas y vómitos. Negaba antecedentes médicos, así como tóxicos o farmacológicos, no aportaba carnet de vacunación. Al examen físico, signos vitales normales, con ictericia mucocutánea generalizada, dolor abdominal en zonas anotadas, sin irritación peritoneal, no visceromegalias. Resto de la exploración física sin hallazgos significativos.

Tabla 1. Paraclínicos al ingreso

LABORATORIO	RESULTADO	LABORATORIO	RESULTADO
Leucocitos	4.820	AST	704 U/L
Neutrófilos	62.7% (3020)	ALT	1086 U/L
Linfocitos	21.8% (1050)	Fosfatasa alcalina	175 mg/dl
Monocitos	9.2% (440)	Creatinina	0.6 mg/dl
Eosinófilos	0.3% (10)	BUN	4 mg/dl
Basófilos	0.1% (5)	Sodio	135 mEq/L
Hemoglobina	13.7 gr/dl	Cloro	101 mEq/L
Hematocrito	40.2%	Glicemia	104 mg/dl
VCM	83.4 ft	PCR	0.5 mg/dl
Plaquetas	262000	LDH	532 U/L
Bilirrubina Total	12.8 mg/dl	GGT	103 U/L
Bilirrubina Directa	10.1 mg/dl	Amilasa	64 U/L

AST: Aspartato-aminotransferasa, ALT: Alanino-aminotransferasa, BUN: Nitrógeno ureico, PCR: Proteína C Reactiva, LDH: Lactatodeshidrogenasa, GGT: Gammaglutamiltransferasa.

Paraclínicos iniciales (Tabla 1) mostraban hemograma normal, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa y elevación de las aminotransferasas más de 5 veces el valor de referencia, azoados normales, uroanálisis no patológico. Se hospitaliza, para estudio de la hepatopatía, solicitando perfil infeccioso y autoinmune. Durante los primeros 7 días, se encontraba estable hemodinámicamente con elevación de las bilirrubinas. Ecografía abdominal mostraba vía biliar intrahepática dilatada con colangiografía normal. Reporte de antígeno de superficie virus hepatitis B (AgsvHB), serología virus hepatitis C (VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) negativos, con anticuerpos IgM VHA positivo. Por todo lo anterior, se consideró síndrome icterico por VHA. Al día octavo cursa con ascitis, edema en miembros inferiores y bradipsiquia, paraclínicos evidenciaban aumento de las bilirrubinas, hipoalbuminemia y tiempos de coagulación prolongados (Tabla 2), tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo normal. Serología para citomegalovirus, virus herpes simple y virus Epstein Barr negativo, electroforesis de proteína sin pico monoclonal, anticuerpos antimúsculo liso, y antimitocondriales negativos. Se consideró FHA, realizando solicitud a centro de trasplante hepático.

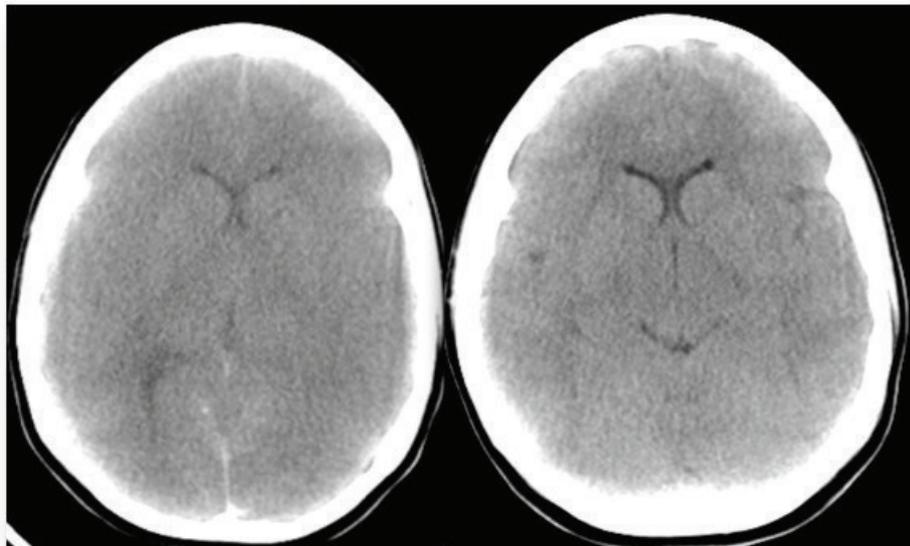
Tabla 2. Seguimiento de exámenes

	DIA 8	DIA 10	DIA 11	DIA 13
TP/ (Control)	40.3 (10.8) s	38.6 (11.8) s	48.3 (11.6) s	70.2 (9.5) s
TPT/ (Control)	42.1 (22.2) s	38.1 (24) s	43.2 (23) s	53.2 (24.8) s
AST	1129 U/L	644 U/L	484U/L	509 U/L
ALT	1139 U/L	767 U/L	672 U/L	305 U/L
Bilirrubina total	12.7 mg/dl	20.4 mg/dl	22.8 mg/dl	24 mg/dl
Bilirrubina directa	10.4 mg/dl	15.5 mg/dl	16.1 mg/dl	15.6 mg/dl

TP: Tiempo de protrombina, TPT: Tiempo de tromboplastina, AST: Aspartato-aminotransferasa, ALT: Alanino-aminotransferasa

Ingresa a cuidados intensivos, donde se continuó monitoreo hemodinámico, medidas de soporte e inicio de lactulosa, sin embargo, la paciente presenta empeoramiento del estado neurológico, dado por encefalopatía hepática grado IV, e INR de 4.22, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva, TAC de cráneo control (Figura 1), compatible con edema cerebral. Se indica medidas antiedema, manitol a dosis de 1gr/kg, sin respuesta, falleciendo al día décimo quinto. Se consideró como causa de muerte, FHA fulminante por VHA, no siendo posible su remisión a centro de trasplante.

Figura 1. TAC de cráneo simple



Se observa borramiento de los surcos y cisuras cerebrales por edema cerebral generalizado.

Conclusiones

La FHA por VHA, es infrecuente, pero potencialmente mortal, que requiere el reconocimiento precoz, manejo de soporte y la transferencia para trasplante hepático, el cual no está disponible en todas las instituciones. Son importante, los programas de prevención y vacunación para evitar casos similares

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0017**

Hipoalbuminemia como factor de riesgo de preeclampsia-eclampsia en pacientes de alto riesgo.

Valentín González Mora

Hospital de Clínicas Dr. Manuel

María Abad**José Antonio García
Donaires****Manuel Fuentes****Nieves Martell Claros**

Hospital Clínico San Carlos.

Leonardo SosaHospital de Clínicas Dr. Manuel
Quintela. Uruguay.

Introducción

La preeclampsia- eclampsia (PE) tiene una incidencia mundial de 5-10%, explicando el 18% de las muertes maternas. Durante el embarazo la albuminemia decrece, por un incremento del volumen plasmático y aumento del metabolismo. En la PE la albuminemia se ve más disminuida por aumento de la permeabilidad capilar secundario a daño endotelial y proteinuria. La reducción de la presión coloidosmótica produce edema intersticial, disminuyendo la volemia, estimulando la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Objetivo

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar si la hipoalbuminemia se relaciona con la aparición de PE en una población de embarazadas de alto riesgo seguidas en la policlínica de Hipertensión Gestacional del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, entre marzo de 2004 y setiembre de 2009.

Metodología

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico. La población analizada fueron las embarazadas con hipertensión crónica y gestacional con albuminemia a la semana 32 de gestación (en pretérminos severos se recolectó el dato más próximo al parto). Se realizó el análisis estadístico con SPSS versión 20.0. Para estudiar el efecto bruto y ajustado de los niveles de albumina sérica se utilizó el modelo de regresión logística binomial.

Resultados

Se incluyeron 132 embarazadas, el porcentaje de PE fue del 25,8% (34/132), 17,6 % (6/34) con síndrome de HELLP y se registró un único caso de eclampsia. La hipoalbuminemia menor a 3 g/dl sólo se observó en 5 pacientes, de las cuales 4 tuvieron PE. Se determinó que valores de albuminemia menores de 3,3 g/dl tiene un riesgo relativo de 1,77 (IC 95% 1,024 a 3,087, $p=0,041$) para el desarrollo de preeclampsia, en el análisis de ajuste multivariable de regresión logística binaria. Además las embarazadas con albuminemia $< 3,3$ g/dl tuvieron hijos con menores pesos al nacer, con una diferencia media de 185,7 gr entre los dos grupos. La edad gestacional al parto también fue menor, siendo la diferencia de 7 días; si bien no existe diferencia estadísticamente significativa en estos resultados, para embarazos complicados con PE precoces tiene importante relevancia clínica.

Discusión

Este sería el primer estudio realizado en pacientes de alto riesgo, donde se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre hipoalbuminemia y riesgo de preeclampsia. Goinic et al (2004), determino que las pacientes con preeclampsia severa tuvieron albuminas menores de 3g/dl, concluyendo que los valores de albuminemia pueden servir como indicador de gravedad. Kim Yo et al (2003) y Seong et al (2010) demostraron mayor morbilidad materno-fetal en las pacientes con hipoalbuminemia menor de 3g/dl, por lo que consideran que es un buen marcador determinante de preeclampsia, y para decidir el momento de interrupción del embarazo.

Conclusiones

La incidencia de preeclampsia fue mayor comparando con la población general, esperable en una consulta de pacientes de alto riesgo. El riesgo de PE aumenta de forma significativa para albuminemas menores de 3,3 g/dl, encontrando menores pesos al nacer y edad gestacional al

momento del parto de importancia clínica. Se necesitan más estudios para confirmar nuestros hallazgos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0018**

Registro clínico de endocarditis infecciosa: nuestra experiencia en dos años.

Susan Karina Ocampos
Narvaez

Alberto Javier Lovera
Gonzalez

Lida Romina Miranda

Rocio Cardozo Alvarenga

Gladys Quiñonez Martinez

Fundacion Tesai. Paraguay.

Introducción

La endocarditis infecciosa es una enfermedad grave con alta morbimortalidad a pesar de adelantos en el tratamiento, debiéndose a diversos cambios epidemiológicos, presencia de gérmenes más agresivos aumentando los microorganismos atípicos. Además, se ha producido un aumento de la endocarditis asociada a la atención sanitaria.

Objetivo

Describir las características clínicas y evolutivas de pacientes adultos internados en un hospital de tercer nivel en Ciudad del este, Paraguay, entre los años 2016 – 2017.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo, cohorte histórica de pacientes adultos internados en un hospital de tercer nivel, con diagnóstico confirmado de endocarditis infecciosa entre los años 2016 y 2017. Se analizaron características clínicas, factores de riesgo, etiología, tratamientos y complicaciones. En la definición de casos se utilizaron resultados de ecocardiograma transesofágico.

Resultados y discusión

Se estudiaron 6 casos de endocarditis infecciosa internados en un hospital de tercer nivel en Ciudad del Este, Paraguay, durante los años 2016 y 2017. La mediana de edad fue de 70,5, predominando en el sexo masculino 83,33%. En el mismo porcentaje que el anterior (83,3%) fueron encontrados distintos factores de riesgo: enfermedad valvular previa 50%, enfermedad renal crónica, DM y FA en el 33,3%, HTA 66% y aneurisma de aorta ascendente en 16%. El 16,6% se desarrolló sobre prótesis valvular. No contaron con marcapasos transitorios ni accesos vasculares prolongados al momento del ingreso. Las clínicas iniciales fueron variables: la fiebre estuvo presente en el 66%, dificultad respiratoria y dolor precordial en 17% cada una. La etiología bacteriana se confirmó en el 50% por medio de hemocultivos en su mayoría y en un 16,6 % por válvula reseca, siendo los gérmenes aislados: *Streptococcus pluranimalium*, *Staphylococcus coagulasa* negativo y *Enterococcus faecalis*. Se confirmaron infecciones previas en el 33% siendo celulitis con puerta de entrada y artritis las probables causas y principio de diseminación. Fueron sometidos a tratamiento quirúrgico el 66% de los casos por el curso grave y mala evolución a pesar de antibioticoterapia, requiriendo remplazo valvular. Existieron complicaciones en el 50%, asociándose a una mayor edad, curso prolongado y comorbilidades. La mortalidad global también alcanzó una cifra del 50% en su mayoría por shock séptico y TEP.

Conclusiones

La endocarditis infecciosa es una enfermedad compleja con gran variabilidad clínica. Los casos estudiados presentaron varias singularidades, una de ellas por la especie de *Streptococcus* inusual aislado (*St. pluranimalium*), reportándose el primer caso conocido de endocarditis infecciosa causado por este germen en humanos en nuestro país, siendo también infrecuente a nivel mundial. La dificultad respiratoria y precordialgia como síntoma inicial son muy infrecuentes como también la relacionada a artritis séptica.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0019**

Accidente cerebrovascular hemorrágico durante tratamiento con Albendazol por neurocisticercosis. Reporte de un caso.

Susan Karina Ocampos
Narvaez

Alberto Javier Lovera
Gonzalez

Lida Romina Miranda

Rocio Cardozo Alvarenga

Gladys Quiñonez Martinez

Fundación Tesai. Paraguay.

Introducción

La cisticercosis es causada por el metacestodo de *Taenia solium*. La neurocisticercosis es una causa frecuente de trastornos convulsivos. es diagnosticada con estudios de imagen hospitalarios: tomografía computarizada y resonancia magnética. La incidencia de accidente cerebrovascular es entre 4% y 12% generalmente isquémicos, causados por la respuesta inflamatoria incluso posterior al inicio del tratamiento, ya que una vez que el parásito muere, la respuesta inflamatoria es mayor, llevando a mayor edema y arteritis. El 15% de ellos se relacionaron con el uso de antiparasitarios.

Caso clínico

Masculino de 56 años, sin antecedentes patológicos, con cuadro de convulsiones sin otros síntomas, sin cuadro similar anterior. Ingresó lucido, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos. TAC de cráneo simple: Lesión hiperdensa frontomesial derecha de 1 cm y área de hipodensidad circundante (edema). Laboratorio al ingreso: hemograma, perfil renal, electrolitos, perfil tiroideo normales. RMN encefálica se observa en región frontopolar derecha 4 imágenes de 4 -14 mm aspecto heterogéneo (anillo hipodenso, calcificado) y homogéneo post administración de contraste, de aspecto infecto parasitarias, por lo que se inicia tratamiento con albendazol 800 mg/día acompañado de corticoides por diagnóstico probable de neurocisticercosis. El dato epidemiológico que pudiera ser que durante su niñez e inicio de etapa adulta vivía en chacra donde criaban ganado porcino. Fondo de ojo: vítreo claro, bulbo foveal conservado, venas y retina normal sin signos de infección al momento del estudio. En su sexto día de tratamiento presentó convulsión tónico-clónica y plejía fasciobraquiocrural izquierda, Babinsky positivo bilateral. TAC craneal de control: sangrado intracerebral a nivel frontal derecho, con efecto de masa importante e inundación ventricular. Se realiza Craneotomía bifrontal y evacuación de hematoma intracerebral. Permanece durante 4 días en UTI con buena evolución. Se completa tratamiento con antiparasitario durante 14 días.

Conclusiones

Sólo hay dos reportes de accidentes cerebrovascular hemorrágico asociado a neurocisticercosis posterior al inicio de tratamiento. Paraguay se encuentra en área endémica, a pesar de ello no hay estadística de dicha enfermedad en humanos en el país.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0021**

Cavernomatosis porta en paciente con SMPC.

Sebastian Quinteros Riso

María Fernanda Angulo
Cardoso

Hospital de Clinicas .Uruguay

Introducción

La trombocitemia esencial es un síndrome mieloproliferativo que presenta perfil Ph-. Se estima que el 60% de los pacientes presenta alteración del gen JAK2. Se caracteriza por cifras persistentemente elevada de plaquetas por encima de las 600.000/mm³ como consecuencia de la producción excesiva de megacariocitos en la médula ósea. La mayor morbilidad viene determinada por los fenómenos vasooclusivos venosos y arteriales así como las hemorragias por disfunción plaquetaria. Los fenómenos microcirculatorios como la eritromelalgia, prurito posterior a baño con agua caliente e isquemia cerebral u ocular transitoria, son pasibles de tratamiento antiagregante. La anticoagulación queda reservada para los casos que presentan trombosis venosa.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 40 años, tabaquista, BC. Diagnóstico hace 8 meses de trombocitemia esencial Ph-/JAK2+ en contexto de oclusión arterial aguda de MID. Inició tratamiento citorreductor con Hidroxiurea más AAS que posteriormente abandona. Consultó en puerta de emergencia por dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen superior, intenso, de 48hs de evolución, con requerimiento de analgésicos mayores, sin irradiaciones, acompañado de síndrome neurovegetativo, náuseas y vómitos. Sin fiebre, no síndrome pigmentario, no lesiones hemorragíparas. No síntomas urinarios altos ni bajos. Cianosis de 2do dedo de pie derecho, indoloro. Analítica: Hb 13,1 g/dL, Plt 1.089.000/mm³, GB 19,7/mm³, Azo 26 mg/dL, Crea 0,59 mg/dL. Hepatograma normal. Gasometría venosa normal. Ecografía abdomen: VB intrahepática dilatada, no dilatación de colédoco, vena porta con múltiples colaterales paracoledocianas y epicoledocianas correspondiendo a cavernomatosis porta, sin trombosis aguda. Bazo disminuido de tamaño, bordes irregulares, múltiples infartos esplénicos. Doppler arterial de miembros inferiores: oclusión aguda de arteria pedia derecha. Inicia terapia citorreductora con Hidroxiurea, requiriendo hasta 3gr vo/día, logrando alrededor de 2 semanas de comenzado el tratamiento cifras de normalidad plaquetarias, sin toxicidad medular asociada.

Conclusiones

Se destaca la importancia de la detección de las alteraciones asintomáticas del hemograma, con el fin de estratificar el riesgo de cada uno de nuestros pacientes de modo de reducir al mínimo los episodios de complicación aguda que determinan morbimortalidad. En el caso de nuestra paciente, continuó el tratamiento con Hidroxiurea + AAS 100mg vo c/12hs dado el alto recambio de plaquetas que se da a nivel periférico. Este padecimiento es de curso crónico. El pronóstico es en general bueno y la expectativa de vida similar a la población general.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0022**

Síndrome de Sheehan: presentación de un caso.

**Marysabel Cogollo
González**

Universidad de Cartagena, Grupo de
Investigación en Cuidado Crítico y
Obstetricia (GRICIO).

**Juan Pablo Rodríguez
Zakzuk**

Augusto Maza Villadiego

Alvaro Fortich Revollo

Universidad de Cartagena. Colombia.

Introducción

El síndrome de Sheehan, se define como una necrosis de la glándula hipófisis, secundaria a hemorragia postparto con colapso circulatorio intenso. Es raro en los países desarrollados, debido al manejo avanzado en el cuidado obstétrico. La incidencia es de 5 pacientes por cada 100.000 nacimientos. Los síntomas, son el resultado de la deficiencia hormonal (única o múltiple), presentándose de forma abrupta en el postparto o lentamente en la medida que se va instaurando la destrucción de la glándula, pudiendo variar la aparición de la clínica de días a años. El objetivo del presente trabajo, es describir un caso de una paciente con síntomas tardíos de panhipopituitarismo, con antecedente de hemorragia postparto hace 18 años, considerándose síndrome de Sheehan.

Caso clínico

Mujer de 36 años, con cuadro de 1 año de evolución, consistente en astenia, adinamia, pérdida de peso progresiva, cefalea y mareos, con exacerbación de los síntomas en la última semana, asociado a incremento en la cefalea con visión borrosa. Refiere antecedente de anemia, sin estudios o seguimiento por especialista. Negaba traumatismo craneano, diabetes mellitus u otra enfermedad. En cuanto a la historia ginecológica, refería haber estado embarazada en 2 ocasiones (último hace 18 años), partos 1 y cesárea 1. Manifestaba ciclos menstruales largos regulares y no utilizaba método anticonceptivo. Al examen físico: presión arterial: 100/60 mmHg (supino) y 90/60 mmHg (2 minutos después de estar de pie), frecuencia cardiaca: 60 latidos/minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones/minuto, facies abotagada, palidez mucocutánea con ausencia de pelo en la piel.

La exploración cardiopulmonar y abdominal fue normal. La evaluación del sistema nervioso central, reveló retraso en la relajación del reflejo aquiliano. Fundoscopia normal. Los exámenes iniciales (Tabla 1) evidenciaban: anemia normocítica hipocrómica. Se realiza impresión diagnóstica de cefalea con signos de alarma, síndrome anémico y sospecha de hipotiroidismo.

Tabla 1. Paraclínicos al ingreso

LABORATORIO	RESULTADO	LABORATORIO	RESULTADO
Leucocitos	5.860	Creatinina	1,1 mg/dl
Neutrófilos	45%	BUN	mg/dl
Linfocitos	25.8%	Sodio	137 mEq/L
Hemoglobina	9,6 gr/dl	Cloro	100 mEq/L
Hematocrito	30,1%	K	3,57 mEq/L
VCM	96 ft	Glicemia	75 mg/dl
CHCM	30 gr/dl	BhCG	Negativo
Plaquetas	180.000	VIH	Negativo
VCM: Volumen corpuscular medio, CHCM: Concentración hemoglobina corpuscular media, BhCG: β -Gonadotropina coriónica humana, VIH: Virus de inmunodeficiencia humana			

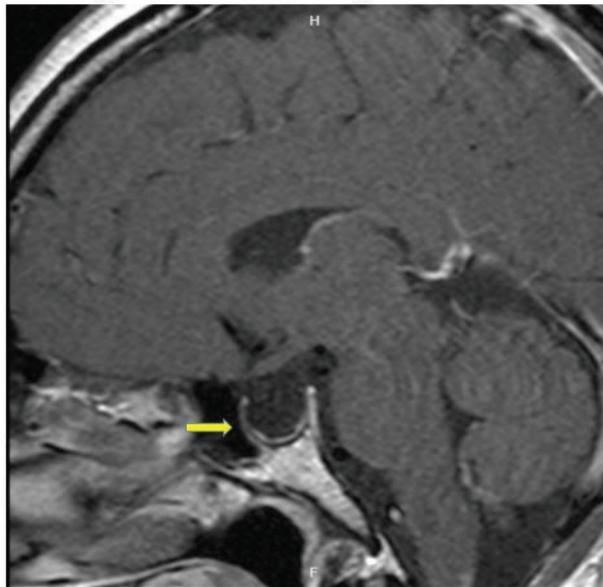
Tomografía axial computarizada de cráneo normal. Estudios para la anemia negativos, a excepción del perfil tiroideo, que reportó, niveles bajos de la hormona estimulante de la tiroides y de la tiroxina libre, considerándose hipotiroidismo central, se reinterrogó a la paciente, refiriendo episodio de hemorragia postparto, hace 18 años, ameritando transfusión de hemoderivados e ingreso a cuidado intensivos, con una pobre lactancia. Teniendo en cuenta, este antecedente, solicitamos perfil hormonal por la sospecha de un panhipopituitarismo. Los resultados (Tabla

2), confirmaron el diagnóstico. Fue valorada por endocrinología, el cual ordenó resonancia magnética (RMN) cerebral (Figura 2), compatible con silla turca vacía, considerando síndrome de Sheehan. Se indicó hidrocortisona, posteriormente levotiroxina y suplencia de hormonas sexuales. La paciente es dada de alta, con control ambulatorio por endocrinología, con mejoría en la sintomatología.

Tabla 2. Perfil hormonal		
Parametros	Valor	Valores de referencia
TSH	0,9	0,4 a 5,0 uUI/mL
T4 Libre	<0,35	0,80 a 1,90 ng/dL)
ACTH	15	10- 50 pg/ml
Cortisol am	4	5 - 25 g/dL
Cortisol 12 pm	4,5	5 - 15 g/dL
LH	1,7	Fase folicular: 2,0 - 15,0 mUI/mL
FSH	2,4	Fase folicular: 3,0 - 20,0 mUI/mL
Prolactina	1,04	2 - 25 ng/mL

TSH: hormona tirotrópica, T4L: Tiroxina libre, ACTH: hormona adrenocorticotropina, LH: Hormona luteinizante; FSH: Hormona foliculoestimulante,

Figura 2. Resonancia Magnética Cerebral



Corte sagital, se observa silla turca vacía.

Conclusiones

El síndrome de Sheehan, es una rara complicación del postparto, potencialmente mortal, si no se logra identificar a tiempo. Su diagnóstico, constituye un desafío para el clínico, por la instauración variable del cuadro. El tratamiento es la suplencia hormonal de por vida. Se debe considerar en toda mujer con antecedente de hemorragia postparto, que presenta sintomatología compatible con hipopituitarismo. La RMN cerebral, generalmente revela la presencia de silla turca vacía.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0023**

Mesenteritis esclerosante.

**Maria Alejandra Grassi
Suarez**

Sanatorio Cantegril. Uruguay.

Introducción

La mesenteritis esclerosante es uno de los muchos términos que describe varias enfermedades inflamatorias que afectan al mesenterio. La causa es desconocida, su evolución crónica y su presentación poco frecuente. Afecta principalmente a los hombres entre los 40 y 60 años. Puede presentarse clínicamente de varias formas como dolor abdominal, intolerancia digestiva alta, diarrea o estreñimiento, adelgazamiento, distensión abdominal, fiebre de origen desconocido (FOD) y algunos asintomáticos con la presencia, como hallazgo en un estudio de imagen, de una masa abdominal. Algunos también se presentan como complicación como una oclusión intestinal. El diagnóstico es siempre histológico y en la actualidad se distinguen dos formas anatómo-clínicas: la panculitis mesentérica y la mesenteritis retráctil. La causa es poco conocida pero se cree que pueden incluir una cirugía abdominal previa, autoinmunidad, síndromes paraneoplásicos, lesión isquémica e infección.

Caso clínico

Paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, sin otros antecedentes a destacar. Historia de deposiciones líquidas y algunas gleras de algunos meses de evolución. Por lo que se comienza a estudiar en forma ambulatoria. Niega fiebre ni elementos de repercusión general. La exploración física se encontraba dentro de los límites de la normalidad. De la paraclínica: VES 33, PCR 15. Fueron normales: hemograma, glicemia, función renal, ionograma, funcional y enzimograma hepático, amilasa y TSH. Coprocultivo y coproparasitario negativos. Serología hep B, C, HIV, VDRL negativos. Panel de autoinmunidad negativos. Calprotectina en materia fecal 50-200 ug/g. Screening de enfermedad celíaca, fecatest negativo, cromogranina A, ácido 5 hidroxindolacético y marcadores tumorales negativos. Fibrocolonoscopia: hemorroides internas, resto normal. Ecografía de abdomen: normal. RNM de abdomen: masa sólida lobulada bien delimitada de 10 x 8 cm en el mesenterio en proyección para umbilical derecha. En consulta con cirujana se realiza laparotomía exploradora con toma de biopsia. La anatomía patológica informa proliferación mesenquimática miofibroblástica, sin evidencias de malignidad. Inmunohistoquímica: proliferación mesenquimática esclerosante, sin evidencias concluyentes de malignidad. Se observa incremento de células IgG4 en el material analizado. Mesenteritis esclerosante es la principal posibilidad. Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona y posteriormente prednisona a razón de 1 mg/kg/día.

Conclusiones

La mesenteritis esclerosante es una rara enfermedad del mesenterio de causa desconocida, de evolución crónica, que aparece a partir de la quinta década de la vida y más frecuente en el sexo masculino. Las manifestaciones clínicas más frecuentes, son la masa abdominal palpable, el dolor abdominal, la fiebre y la pérdida de peso. Aunque alrededor de un 40% de los pacientes se presentan asintomáticos. El diagnóstico definitivo se hará mediante examen histológico del mesenterio con muestras obtenidas por laparoscopia o laparotomía exploradora. El pronóstico es incierto, aunque generalmente es una enfermedad de curso benigno. El tratamiento se recomienda en las formas sintomáticas y se basa en la administración de glucocorticoides, solos o asociados a colchicina o inmunosupresores (azatioprina, ciclofosfamida)

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0024**

Factores relacionados con mortalidad en pacientes con bacteriemia hospitalizados por patología médica en un hospital de tercer nivel 2014-2016.

Santiago Sánchez Pardo**Andrés Felipe Ochoa Díaz**

Universidad Industrial de Santander.

Reynaldo Mauricio Rodríguez

Universidad Industrial de Santander

Elsa María Rojas Garrido

CDI. Colombia

Introducción

Las infecciones del torrente sanguíneo son un problema creciente y actualmente son una amenaza para la salud pública. La bacteriemia representa aproximadamente 15% de todas las infecciones nosocomiales y afecta al 1% de los pacientes hospitalizados.

Objetivo

Describir cuales son las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y los factores relacionados con mortalidad de los pacientes hospitalizados por el servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Santander que presentaron infecciones del torrente sanguíneo durante los años 2014-2016.

Metodología

Estudio retrospectivo, observacional, analítico, de corte transversal con inclusión de pacientes adultos, hospitalizados por el servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel durante los años 2014 a 2016. El protocolo fue aprobado por el comité de ética en Investigación y comité de ética hospitalaria. Se realizó muestreo no probabilístico de selección por conveniencia, con registro de las variables clínicas, microbiológicas y de laboratorio

Resultados y discusión

Se revisaron 450 historias clínicas con 148 pacientes y 182 aislamientos. Los antecedentes más frecuentes fueron: Hipertensión arterial (46,6%), Infección por VIH (29,7%). Los patógenos más frecuentemente aislados fueron: *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *E. coli*, *P. aeruginosa* 49,2%, *S. aureus* 14,1%. El análisis multivariado mostro relación de la anemia con mortalidad intrahospitalaria (OR=17,3; p=0,002). Los antecedentes de importancia más frecuentes fueron: Hipertensión arterial (46,6%), Infección por VIH (29,7%), Diabetes Mellitus (18,2%), EPOC (6,7%), Cirrosis (1,3%). La mortalidad general fue del 29%, y se clasificó la infección como intrahospitalaria (>48 horas posterior al ingreso hospitalario) en el 86,4% de los casos. El 65,5% (n=97) presentaron infecciones por gérmenes potencialmente resistentes que a su vez ocuparon los primeros lugares dentro de los más frecuentes. El 23,6% (n=35) de todos los pacientes presentaban infecciones con bacterias con perfiles amplios de resistencia, incluidos *E. coli* y *K. Pneumoniae* (BLEE) en un 40%, SAMR 25,7%, *A. baumannii* MDR 22,8% y *P. aeruginosa* MDR 11,4%.

Conclusiones

Este es el primer estudio en el nororiente colombiano y en la región de Santander con el objetivo de describir las características de los pacientes con patologías médicas que presentan infecciones del torrente sanguíneo. A pesar de que es un estudio de índole retrospectivo y por el modelo de selección de los pacientes pueden presentarse sesgos, es de resaltar que complementa la información disponible sobre las infecciones del torrente sanguíneo en un escenario diferente a los que se han descrito previamente con conclusiones importantes desde el punto de vista de resistencia bacteriana y proporción de pacientes con infección por VIH.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0025**

Falso positivo de prueba para VIH de cuarta generación asociado a anemia hemolítica autoinmune.

Santiago Sánchez Pardo**Jaime Andrés Osorio
Ramírez****Isabela Choi Park****Daniel Felipe Rojas Holguín****Adrian Bolivar Mejia**Universidad Industrial de Santander
. Colombia.

Introducción

La prueba de tamizaje para VIH con técnica ELISA de cuarta generación tiene una gran sensibilidad y especificidad mayor al 99% para detectar tanto antígenos como anticuerpos y se estima que sólo un 0,5% de los seropositivos para VIH son falsos positivos. Hay descripciones en las que fenómenos de autoinmunidad se relacionan con este tipo de resultados, pero se conocen poco en los adultos mayores.

Caso clínico

Se trata de una paciente adulta de 61 años de edad quien fue atendida en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, en el mes de marzo de 2017, por un cuadro clínico de aproximadamente 3 meses de evolución caracterizado por malestar general, fiebre no cuantificada, astenia, adinamia y desde hace varias semanas edemas de miembros inferiores. se realizaron pruebas complementarias con evidencia de test de Coombs positivo IgG 3+ / C3d 4+. Teniendo en cuenta el diagnóstico de Anemia de posible origen Autoinmune se realizan pruebas para descartar la posible etiología con niveles séricos de complemento C4 en 8 mg/dl y C3 en 77 mg/dl los cuales se encontraban por debajo del valor de referencia, además de estos se realizaron anticuerpos antinucleares (ANAS) los cuales tenían un valor moderadamente positivo con 34,37 uds y destaca además la realización de anticuerpos anti DNA nativo con resultado negativo (66,02 U/mL VR 60-200). Dentro de los demás estudios destaca el parcial de orina con proteinuria significativa de 500 mg/dl por lo que se realiza proteinuria de 24 horas la cual revela proteinuria en rango nefrótico de 13101,24 gr en 24 horas. Se realizaron pruebas de ELISA de 4 generación para VIH, teniendo un primer resultado positivo, con valor de 0,34 (VN <0,25). Debido a este resultado según la recomendación de las guías nacionales de diagnóstico de la infección por VIH se realiza una segunda prueba la cual también es positiva con valor de 0,29 (VN <0,25). Teniendo en cuenta estos resultados y las recomendaciones de las guías nacionales sobre el diagnóstico de la infección por VIH se realizó una prueba de carga Viral la cual fue negativa.

Conclusiones

Se trata de un caso de una paciente adulta mayor con anemia hemolítica autoinmune, destaca además el posible diagnóstico de lupus eritematoso sistémico por síndrome nefrótico y anticuerpos antinucleares débilmente positivos. Al realizar dos pruebas ELISA de cuarta generación, mostraron resultados positivos; en concordancia con las guías nacionales se lleva a cabo una prueba de carga viral, que arrojó un resultado negativo, descartando la enfermedad y considerando las pruebas como falsos positivos. Caso similar se presentó en Japón en el año 2011, donde una paciente con anemia hemolítica autoinmune y linfoma de células T angioinmunoblástico, presentó un resultado falso positivo para VIH en prueba de inmuno ensayo enzimático. Según la literatura existente y casos reportados alrededor del mundo, se encuentra una relación entre múltiples enfermedades autoinmunes y no autoinmunes, con la aparición de resultados falsos positivos en pruebas de ELISA por producción de inmunoglobulinas que generan reacciones cruzadas con los anticuerpos producidos contra el VIH.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0028**

Metástasis coroideas en un paciente con cáncer de próstata. Reporte de un caso.

Dulce Nohemí Aguilera
Ortega

Mariana de Monserrat
López Lemus

Liliana Sámano Nateras

Roberto Kuri Exsome

Eduardo Pérez Rodríguez

Héctor Marín Vera

Hospital Regional de Alta
Especialidad del Bajío. México.

Introducción

La coroides es el sitio ocular más común para metástasis. Los tumores que más comúnmente producen metástasis coroideas son el cáncer de mama (40-47%) y cáncer de pulmón (21-29%). El cáncer de próstata es una entidad que raramente presenta metástasis a este sitio.

Caso clínico

Hombre de 60 años con adenocarcinoma de próstata sometido a prostatectomía radical y hormonoterapia adyuvante no especificada en el 2010. Siete años después se documentan metástasis pulmonares y se continúa manejo con docetaxel/prednisona, con antígeno prostático específico (APE) inicial de 206.22 ng/dL. Seis meses después con APE 428.98 ng/dL, tomografía axial computarizada con progresión a glándula suprarrenal izquierda y ganglios mediastinales, gammagrama óseo con infiltración múltiple; disminución de agudeza visual bilateral hasta la pérdida de la visión de ojo izquierdo en 4 meses. Valorado por oftalmología, se realizó ultrasonido ocular y resonancia magnética nuclear (RMN) de cráneo, identificando lesiones compatibles con metástasis coroideas y desprendimiento de retina bilateral. Se propuso radioterapia paliativa, sin embargo el paciente no aceptó. Ante la progresión se inició abiraterona en febrero 2018, presentando mejoría de agudeza visual, con APE de 6.56 ng/dL, y RMN de control 3 meses después con respuesta parcial por RECIST

Conclusiones

Las metástasis coroideas por cáncer de próstata son muy raras, sin embargo en pacientes con cualquier tipo de cáncer que presenten síntomas visuales deben de sospecharse. La selección de la modalidad terapéutica en aquellos con metástasis coroideas secundarias a cáncer de próstata, dependerá de diversos factores, incluyendo el estado funcional, sensibilidad hormonal de la enfermedad, así como costos y preferencias del paciente. El objetivo primario del tratamiento es la preservación de la vista y la calidad de vida.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0029**

Linfoma no Hodgkin tipo Burkitt esporádico primario de peritoneo.

Reporte de un caso.

Dulce Nohemí Aguilera
Ortega

Lauro Fabián Amador
Medina

Ma. de Lourdes Sánchez
Martínez

Héctor Marín Vera

Eduardo Pérez Rodríguez

Hospital Regional de Alta
Especialidad del Bajío. México.

Introducción

La incidencia mundial del linfoma de Burkitt (LB) es difícil de evaluar, ya que la recopilación de datos epidemiológicos exactos no es posible en países en desarrollo con la mayor incidencia aparente. Se subdivide en 3 distintos subtipos epidemiológicos: endémico, esporádico, y el relacionado a inmunodeficiencia. El endémico se limita principalmente al África ecuatorial, el esporádico comprende el 30% de los linfomas pediátricos y < 1% de los linfomas no Hodgkin (LNH) en adultos, mientras que la variante relacionada a inmunodeficiencia se observa en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana que desarrollan síndrome de inmunodeficiencia adquirida y en menor proporción en receptores de trasplantes de órganos.

Caso clínico

Primigesta de 22 años de edad que inicia a las 24 semanas de gestación con aumento del perímetro abdominal mayor al esperado, sin embargo, con embarazo aparentemente normoevolutivo hasta el parto, donde se decidió realizar cesárea por desproporción cefalo pélvica, no contamos con reporte de hallazgos transquirúrgicos. Durante el puerperio continuó con aumento del perímetro abdominal, se agregó disnea progresiva hasta el reposo, diaforesis nocturna, fiebre no cuantificada y fatiga. Acudió a valoración donde se documentó ascitis, y derrame pleural bilateral, realizándose tomografía axial computarizada de abdomen, donde se corroboran los mismos y se documenta engrosamiento del epiplón mayor. Ante la evolución, cincuenta días posteriores al parto, se lleva a cabo laparotomía diagnóstica, encontrando múltiples implantes de aspecto granulomatoso, se realiza toma de biopsia, cuyo reporte histopatológico e inmunohistoquímica establecen el diagnóstico de LNH de células B tipo Burkitt de peritoneo. Complicada con choque séptico secundario a peritonitis bacteriana asociada, así como síndrome de lisis tumoral espontáneo, se inicia manejo concomitante con esquema de quimioterapia a base de HyperCVAD y rituximab, con adecuada respuesta clínica.

Conclusiones

Aproximadamente la mitad de todos los pacientes con LB esporádico son menores de 35 años, con una edad media de 30 años, y un tercio pertenece al subconjunto de adolescentes y adultos jóvenes, como es el caso de nuestra paciente. El LB es una neoplasia agresiva de células B, que muestra características clínicas y diagnósticas muy particulares, su sello biológico es una translocación que implica genes de inmunoglobulina y c-MYC. Es altamente receptivo a esquemas de quimioterapia intensivos, que incluyen el anticuerpo monoclonal anti-CD20 rituximab, logrando una tasa de curación promedio de aproximadamente el 90% independientemente de la etapa clínica, que es el mejor resultado posible en cualquier malignidad linfoide.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0032**

Enfermedad de Chagas: manifestaciones cutáneas en reactivación por trasplante renal.

Selva Romero**Ana Viera****Telma González****Jordan Bambini****Yester Basmadján**Departamento de Parasitología y
Micología. Facultad de Medicina.
Uruguay.

Introducción

La enfermedad de Chagas o infección por *Trypanosoma cruzi* es considerada una de las infecciones parasitarias olvidadas. Actualmente existen 16 a 18 millones de personas infectadas y 3-4 millones de chagásicos crónicos en América Latina. Esta enfermedad presenta un impacto clínico, social y económico de gran importancia, no solo en áreas endémicas, sino también en regiones donde ha llegado debido a los movimientos migratorios. En diferentes centros de trasplante, la enfermedad de Chagas reactiva estuvo presente en el 17,22% de los pacientes derivados para trasplante renal, el 3,21% de los pacientes para trasplante hepático y 3,8% de los de medula ósea. La sintomatología de la etapa crónica en pacientes inmunocompetentes varía entre las manifestaciones digestivas, cardiovasculares y aquellos pacientes totalmente asintomáticos. Sin embargo, si nos referimos a pacientes inmunocomprometidos, cualquier sea la causa, otras manifestaciones menos frecuentes cobran relevancia.

Caso clínico

Paciente de 41 años, procedente de Flores. Con antecedentes personales de insuficiencia renal en hemodiálisis, en valoración pre-trasplante. Pevio al transplante dentro de las solicitud de serologías de rutina, se destaca serología para Enfermedad de Chagas reactivo 1/30. Luego de los 20-30 días de realizado el transplante y de haber comenzado el tratamiento inmunodepresor, comienza con fiebre de 37.8 – 39.5 °, sin evidencia de foco clínico claro. En la evolución agrega lesiones ampollares en miembros inferiores, no pruriginosas. Al examen se observa a nivel de miembros inferiores, vesículas de menos de 5 mm de diámetro, con contenido seroso. Sin otros elementos a destacar. En la búsqueda etiológica de la infección se procede al estudio directo de las lesiones ampollares. En el estudio microscópico del contenido vesicular se evidencia, protozoarios flagelados identificados como tripomastigotas de *Trypanosoma cruzi*. Se realiza diagnóstico directo de reactivación de enfermedad de Chagas iniciándose tratamiento parasitológico con Nifurtimox (dosis ajustada a la función renal), con excelente evolución. Actualmente la paciente no presenta sintomatología digestiva ni cardíaca, persistiendo serología para Chagas reactiva con títulos 1/30.

Conclusiones

La reactivación de la enfermedad de Chagas se manifiesta en formas poco usuales como es el caso de nuestra paciente (cutáneas, meningoencefalitis chagásica, etc), debiendo pensar en la misma cuando los pacientes presentan antecedentes de la enfermedad. Esta presentación de la enfermedad ha aumentado su frecuencia en las últimas décadas con el advenimiento de enfermedades con inmunocompromiso (VIH), trasplante de órganos, enfermedades hematológicas y las terapias inmunosupresoras prolongadas con corticoides. Las reactivaciones se comportan como etapa aguda, siendo ésta una de las pocas indicaciones de tratamiento etiológico de la enfermedad. En el caso de nuestra paciente, el tratamiento fue realizado con Nifurtimox, uno de los fármacos disponible en Uruguay. Posterior a la reactivación, se realizaron serologías para Chagas hasta el momento actual, siendo persistentemente positivas a títulos bajos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0033**

Mieloma múltiple en el joven: a propósito de un caso clínico.

Daniella Refreschini**Lucía Silveira****Paola Sposito**

Hospital Maciel.Uruguay.

Introducción

El mieloma múltiple constituye la segunda hemopatía maligna más frecuente luego del linfoma. Tiene una incidencia de 5 casos por cada 100,000 habitantes y el promedio de edad de presentación es entre 66 y 70 años, siendo la incidencia en pacientes menores de 30 años entre 0,02 y 0,3% según las distintas series.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino 26 años, que consulta por dolor lumbosacro de un mes de evolución, síndrome funcional anémico y repercusión general, agregando al momento del ingreso fractura costal sin traumatismo mediado. La paraclínica solicitada evidenció una anemia severa normocítica normocrómica, insuficiencia renal e hipercalcemia leve. Se solicitaron radiografías de calota y huesos largos que mostraban la presencia de lesiones osteolíticas. El proteinograma electroforético en sangre evidenció una gammapatía monoclonal IGA lambda con un mielograma que presentaba 31% de plasmocitos con inmunofenotipo compatible con mieloma múltiple. Recibió tratamiento de primera línea con Talidomida-Ciclofosfamida y Dexametasona con mala evolución por el desarrollo de complicaciones vinculadas a la Talidomida y progresión de las lesiones líticas bajo tratamiento, con instalación posterior de paraplejía. Se inicia Bortesomib, ciclofosfamida y dexametasona con excelente respuesta, descenso del pico monoclonal, y posterior trasplante autólogo de precursores hematopoyéticos.

Conclusiones

El mieloma múltiple es una enfermedad rara en pacientes jóvenes siendo escasa la evidencia científica disponible. Si bien su forma de presentación clínica no difiere en forma significativa con respecto al mieloma múltiple en pacientes mayores; estudios publicados sugieren que pacientes jóvenes presentan alteraciones citogenéticas de alto riesgo en mayor frecuencia, determinando un curso más agresivo de la enfermedad. La supervivencia sin embargo es mayor, dado que llegan con mayor frecuencia al trasplante con precursores hematopoyéticos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0035**

Intoxicación accidental aguda por formaldehído.

Nicolas López García

Flavia Leizagoyen

Hospital Militar. Uruguay.

Introducción

El formaldehído es una sustancia volátil, incolora, soluble en agua, alcoholes y otros solventes polares. Altamente inflamable y tóxico en concentraciones >1ppm. Afecta frecuentemente ojos, nariz y garganta, en grados de concentración de 0,4-3ppm. La toxicidad depende de la vía y entidad de la exposición. Concentraciones altas son tóxicas e incluso mortales (>35g) y resultan en degeneración y necrosis de las capas mucosas y epiteliales de las células, afectación de vías celulares, alteración del pH sanguíneo, coagulación intravascular diseminada produciendo afectación cardíaca, renal, muscular, SNC e inmunológica.

Caso clínico

Sexo masculino, 61 años. Empleado en carnicería. AP: Tabaquista intenso, EPOC; enolista intenso; anosmia y disgeusia de larga data, no estudiado. Ingiere mientras trabajaba, de forma accidental de botella sin rótulo 3 buches de formol, percibiendo intenso dolor retroesternal y disnea por lo que consulta, diagnosticándose intoxicación aguda por formaldehído y procediendo según indicaciones de Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT), con medidas de protección gástrica y monitorización de órganos y sistemas, retrasando la realización de sondaje nasogástrico para evacuación y lavado hasta establecer bajo riesgo de perforación. Rápidamente el paciente evoluciona a la peoría clínica con aparición de lesiones cutáneas de carácter necrótico y elementos confusionales, rápido deterioro de la función renal y Acidosis metabólica, refractaria a tratamiento con NaHCO₃, Tiempo de Protrombina 44% y posterior injuria miocárdica global, determinando Infarto de todos los sectores (reflejados en Electrocardiograma) y posterior paro cardíaco determinando el deceso del paciente en un plazo de 10hs. Se realizó estudio imagenológico que evidenció áreas de isquemia renal bilateral, asas de intestino delgado y grueso distendidas con líquido en su interior y área de interrupción de mucosa gástrica.

Conclusiones

Si bien la intoxicación aguda con formaldehído en dosis mortales no es frecuente, se conocen escasos reportes de casos en pacientes que presentaron Intentos de autoeliminación, es un cuadro de extrema gravedad que progresa al rápido deterioro órgano-sistémico y la muerte del paciente. Por tanto, requiere de una rápida actuación y previsión sintomática, siendo menester el tratamiento de la acidosis metabólica, con la implementación de hemodiálisis para la eliminación del ácido fórmico metabolizado a partir del formaldehído absorbido por vía digestiva durante largos períodos. Debe considerarse la realización precoz de una videoscopia para detectar lesiones que inhabiliten terapias como lavado gástrico, utilización de carbón activado o alcalinos por vía entérica. Se ha descrito que utilizar N-Acetilcisteína en dosis carga de 150mg/Kg, seguido de 50mg/Kg cada 4hs asociado a Ácido fólico, retrasa la formación de ácido fórmico y la consecuente aparición de la acidosis. Deberán corregirse inmediatamente las lesiones erosivas y sus consecuencias tales como las perforaciones gástricas o esofágicas, peritonitis y mediastinitis respectivamente. Por lo expuesto: La intoxicación por formaldehído es un cuadro grave que requiere una rápida y sistemática actuación, maximizando esfuerzos terapéuticos y el diagnóstico precoz de las eventuales complicaciones para lograr la supervivencia del paciente. Se destaca la importancia en la prevención de estos eventos realizando el correcto rotulado de envases con agentes potencialmente mortales.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0036**

Tuberculosis peritoneal: la gran simuladora.

**Marysabel Cogollo
Gonzalez**Universidad de Cartagena, Grupo de
Investigación en Cuidado Crítico y
Obstetricia (GRICIO).**Reinhard Rodríguez
Schotborgh**

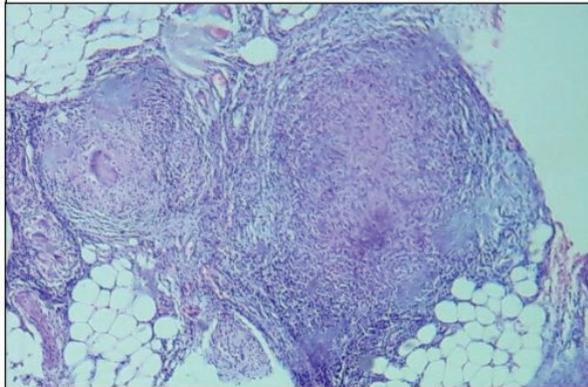
Universidad de Cartagena. Colombia.

Introducción

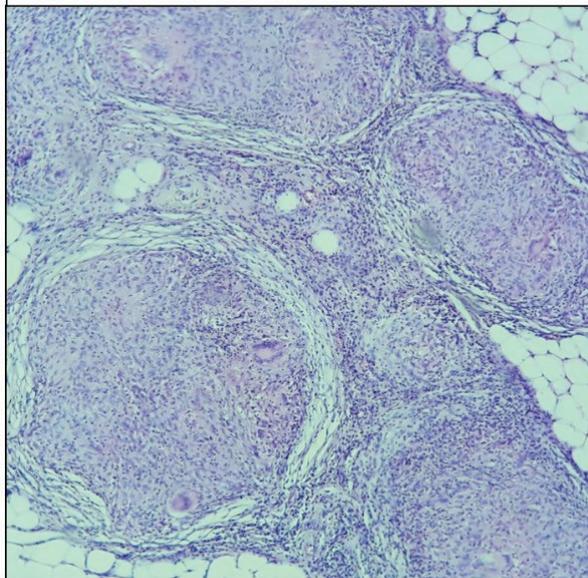
La tuberculosis constituye, un problema de salud pública a nivel mundial. Colombia, es zona de prevalencia intermedia, para esta patología. La forma peritoneal, ocurre en 1 a 3% de los casos de tuberculosis, se caracteriza por una clínica inespecífica (fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia, diarrea, masa abdominal y pruebas anormales de función hepática), pudiendo simular otras enfermedades, con mal pronóstico como, neoplasias malignas y hepatopatías crónicas. El objetivo del presente trabajo es describir dos casos de pacientes con tuberculosis peritoneal, con clínica que inicialmente orientaba a otras patologías.

Caso clínico

Caso 1: femenina de 52 años, sin antecedentes médicos, acude por 2 meses de dolor en región lumbar izquierda, de leve intensidad, irradiado a hipocondrio ipsilateral y epigastrio, asociado a pérdida de peso, astenia, adinamia y fiebre intermitente. Signos vitales al ingreso normales, índice de masa corporal (IMC): 19,6 kg/m², con dolor a la palpación en zonas anotadas, onda ascítica positiva, sin irritación peritoneal. Paraclínicos mostraron anemia leve normocítica homogénea e hipoalbuminemia severa. Azoados y resto de pruebas hepáticas normales. Uroanálisis no patológico. Serología para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus hepatitis B (VHB) y virus hepatitis C (VHC) negativo. Antígeno del cáncer 125 en 145 U/ml (valor de referencia hasta 35 U/ml). Endoscopia de vías digestivas altas y colonoscopia sin lesiones malignas. Tomografía axial computarizada simple y contrastada de tórax, abdomen y pelvis, mostró derrame pleural derecho, ascitis y trabeculación de la grasa mesentérica. Se realizó laparoscopia diagnóstica, evidenciando múltiples implantes en peritoneo parietal y mesenterio, de forma difusa, con patrón miliar, más líquido libre en cavidad. Por todo lo anterior, se sospechó carcinomatosis peritoneal, sin embargo, la biopsia (figura 1) reportó inflamación crónica con granulomas caseificantes. Recibió terapia antituberculosa, resolviendo la sintomatología.

Figura 1. Biopsia por laparoscopia

Se observa inflamación crónica con granulomas caseificantes. Tinción con Hematoxilina-Eosina, 40X.

Figura 2. Biopsia por laparoscopia

Se observa granulomas caseificantes. Tinción con Hematoxilina-Eosina, 40X.

Caso 2: femenina de 25 años de edad, antecedente de anemia de células falciformes, ingresa por dolor abdominal difuso, de predominio en flanco derecho de 20 días de evolución, asociado a fiebre intermitente y astenia. Signos vitales al ingreso normales, IMC: 19,5 kg/m², no irritación peritoneal y onda ascítica positiva. Inicialmente se consideró crisis vaso-oclusiva, sin respuesta a los analgésicos. Hemograma con leucopenia y anemia leve normocítica homogénea, uroanálisis normal, pruebas hepáticas, azoados, así como, serología para VIH, VHB y VHC negativa. Se realiza paracentesis diagnóstica con gradiente albúmina sérica-ascitis (GASA) <1,1 y adenosindeaminasa (ADA) en 35. Se consideró tuberculosis peritoneal, la biopsia por laparoscopia (Figura 2), evidenció proceso inflamatorio crónico con formación de granulomas caseificantes. Recibió tratamiento antituberculoso con mejoría clínica.

Conclusiones

El diagnóstico de la tuberculosis peritoneal, constituye un desafío, por la presentación clínica similar a otras patologías. En nuestro caso, la ADA elevada en líquido ascítico, así como la presencia de granulomas en la biopsia y la adecuada respuesta al tratamiento, soportaron el diagnóstico, lo anterior dentro de un contexto clínico y epidemiológico, sobre todo en zonas endémicas para la tuberculosis.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0037**

Artritis séptica por enterococcus faecalis, a propósito de un caso.

Lucia Pomies**Carolina Diaz****Martín Elizondo**

Hospital Maciel. Uruguay.

Introducción

Los gérmenes que habitualmente causan artritis séptica (AS) son: staphylococcus aureus, estreptococcus agalactiae, streptococcus pneumoniae y streptococcus viridans. El enterococcus faecalis rara vez se encuentra como etiología.

Caso clínico

Hombre, 81 años. Tabaquista, Diabetes Mellitus insulino-requiriente, flutter auricular anticoagulado con Warfarina. Enfermedad renal crónica de etiología obstructiva con sonda vesical a permanencia. Cirugía de meniscos en rodilla izquierda hace 20 años. Consulta por gonalgia izquierda con impotencia funcional de 7 días de evolución que no mejora con AINES, agregando 72 hs previo al ingreso dolor, rubor y calor en dicha articulación. Sin elementos de síndrome toxi-infeccioso. Niega traumatismos o lesiones. Al ingreso paciente lúcido, eupneico, normotenso. Con dolor, rubor, calor y derrame articular en rodilla izquierda. Sin otros elementos a destacar. Análisis sanguíneo: Hemoglobina 9,6 g/dL normocítica normocrómica, leucocitosis de 13.600 /mm³, PCR 259 mg/L, VES 100 mm/h, Azoemia 1,91 mg/dL, Creatinemia 2,60 mg/dL, INR 11,92, TP 5%, fibrinógeno 762 mg/dL. Examen de orina: turbio, eritrocitos y leucocitos positivos, sedimento con abundantes leucocitos y eritrocitos. Urocultivo: flora polimicrobiana. Radiografía simple de rodilla sin compromiso óseo. Se realiza artrocentesis de rodilla izquierda diagnóstica y terapéutica que obtiene líquido de aspecto turbio, ligeramente hemático, amarillo lechoso. Citoquímico: glucosa < 0,1 g/l, proteínas totales 4,1 g/dl. Citológico: 25.900 leucocitos/mm³ (88% polimorfonucleares). Con diagnóstico de artritis séptica se realiza drenaje de cavidad articular y antibioterapia empírica con ciprofloxacina y clindamicina. Hemocultivo y cultivo del líquido sinovial desarrollaron enterococcus faecalis sensible a ampicilina y vancomicina. Ecocardiograma Transesofágico descarta compromiso endocárdico. Se rota tratamiento antibiótico a ampicilina con buena evolución clínica y descenso de reactantes de fase aguda.

Conclusiones

Enterococcus faecalis es causante de bacteriemias, infecciones digestivas, nosocomiales y endocarditis. Se han descrito muy pocos casos de AS por Enterococcus spp. Siendo más frecuente en pacientes con prótesis osteoarticulares que con articulaciones nativas, dado la baja afinidad por los tejidos osteoarticulares de dicho microorganismo. Presenta resistencia a las cefalosporinas y es sensible a las penicilinas, glicopéptidos y aminociclósidos. La existencia de hemocultivos positivos supone una infección hematógena pudiendo tener como probable puerta de entrada en nuestro paciente el tracto urinario, dado que era un paciente cateterizado a permanencia. Una vez aislado el microorganismo se comenzó una estrategia antibiótica en monoterapia, en base a betalactámicos, esta clase de antibióticos debería ser de primera elección frente a infecciones no endovasculares por enterococcus faecalis sensibles.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0038**

Estudio de prevalencia de Síndrome de Apneas Hipopneas Obstructivas del Sueño en Obesos.

Andrea Vaucher Rivero**Gustavo Bruno****Lucía Real****Cecilia Catalá****Daniella Refreschini****Pilar Garino****Valentina Más****Álvaro Huarte**

Hospital Maciel. Uruguay.

Introducción

La obesidad es una enfermedad epidémica multifactorial, en constante aumento en los últimos años, constituyendo un grave problema de salud pública con importantes repercusiones sobre el gasto sanitario. La obesidad asocia múltiples patologías con aumento de la morbimortalidad, destacando entre ellas el síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS). La presencia de estos trastornos perpetúa la obesidad y otros trastornos cardiometabólicos impactando directamente en la calidad de vida de éstos pacientes.

Objetivo

Estudiar la prevalencia de SAHOS en una población de obesos pertenecientes a un programa de obesidad y cirugía bariátrica de un hospital público.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con datos obtenidos del programa de obesidad y cirugía bariátrica de un hospital público de Montevideo, Uruguay. Se incluyeron pacientes desde abril de 2015 a marzo de 2018. Los criterios de inclusión al programa son: pacientes entre 18 y 64 años con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40 Kg/m², 35 Kg/m² con comorbilidades, o entre 30 y 34,9 Kg/m² en pacientes diabéticos con un mal control metabólico. Se excluyen pacientes con enfermedades terminales, patología psiquiátrica descompensada, adicciones intercurrentes (tabaquismo) así como aquellos que no son capaces de tener un cuidado personal. A todos los pacientes se les realizó polisomnografía (PSG) para la evaluación del SAHOS en la valoración pre-operatoria. Se consideró patológico el resultado cuando el índice de apnea hipoapnea (IAH) fue mayor o igual a 5. Se definió como leve aquellos con IAH entre 5 y 14, moderado con IAH entre 15 y 29 y severo con IAH iguales o mayores de 30. Se evaluó la prevalencia de SAHOS y la relación del IAH con otros factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), esteatosis hepática, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia). El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 22.

Resultados y discusión

Se estudiaron 186 pacientes, con predominio del sexo femenino (86,6%). Presentaron una edad media de 41,89 +/- 10,26 años y un IMC promedio de 52,27 +/- 8,67 Kg/m². Se evidenció una prevalencia de SAHOS de 67,2 %, siendo el 28 % leve, el 19,9 % moderado y el 19,4 % severo. El 32,8 % de los pacientes presentaron una PSG normal. El IAH se correlacionó positivamente con el IMC ($p < 0,001$). La HTA ($p = 0,001$), DM ($p = 0,006$) y esteatosis ($p = 0,02$), se asociaron con mayor IAH, no así la hipercolesterolemia ($p = 0,446$) o la hipertrigliceridemia ($p = 0,228$). Se demostró que la asociación entre HTA, DM y esteatosis hepática aumenta el riesgo de presentar un IAH mayor ($p < 0,001$).

Conclusiones

El SAHOS es altamente prevalente en obesos y aumenta con el incremento del IMC. Se relaciona directamente con HTA, DM y esteatosis hepática. Este estudio sugiere la realización de una entrevista orientada a los trastornos de sueño en todos los pacientes obesos, así como el estudio mediante polisomnografía o poligrafía respiratoria a aquellos que van a someterse a una cirugía bariátrica.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0039**

Alta programada en insuficiencia cardíaca.

Rodrigo Andrade
Gabriela Silvera
Jaqueline Zeballos
Silvana Strada
Crsitina Chamorro
Pablo Alvarez
Gabriela Ormachea

Hospital de Clínicas. Montevideo,
Uruguay.

Introducción

Uno de los desafíos que nos propone la insuficiencia cardíaca (IC) es su elevada hospitalización y re-hospitalización, siendo la primera causa de reingresos hospitalarios en > de 65 años. Cada reingreso supone un retroceso, aumentando la morbi-mortalidad y los gastos, siendo las re hospitalizaciones responsables de aproximadamente el 70 % del gasto de recursos destinados a la salud, equivalente a un 2.5- 4 % del gasto sanitario anual en países desarrollados. Por tal motivo, las principales guías de práctica clínica y documentos de consenso incluyen el abordaje de la hospitalización como un objetivo prioritario.

Objetivo

Analizar el efecto de una intervención (plan de alta programada) sobre los reingresos en pacientes internados con IC en el Hospital de Clínicas en el periodo mayo 2017 a mayo 2018.

Metodología

Ensayo clínico prospectivo, controlado y randomizado. Criterios de inclusión: pacientes ingresados a los servicios de medicina del Hospital de Clínicas, con diagnóstico clínico primario, secundario y terciario de IC (fracción de eyección reducida o preservada) ratificado por el grupo investigador. Criterios de exclusión: negativa del paciente a participar, discapacidad psíquica o cognitiva, hospitalización menor a 24 horas o muerte durante la internación. Los pacientes fueron randomizados en grupo intervención y control. Periodo de seguimiento: 12 meses. Grupo intervención: aplicamos un plan de alta programada conformado por: instancias educativas, controles clínicos periódicos durante la internación, control precoz y seguimiento protocolizado post alta. Grupo control: se aplicó el criterio clínico y las acciones independientes de cada médico tratante. Si bien el estudio se encuentra en curso (18 meses) realizamos un corte transversal de los pacientes que completaron los 12 meses de seguimiento. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS(Advanced Statistics Modules versión 20.0), las variables numéricas se expresaron como media y desvío estándar. Para el cálculo de la significancia estadística se utilizó Chi cuadrado. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Para la comparación de medicas se utilizó la prueba de T- student para muestras independientes

Resultados y discusión

Se incluyeron 97 pacientes, 48 en el grupo intervención y 49 en el grupo control Grupo intervención: Sexo masculino 65 %, media de edad 68,15 (DE 10,05). Media de BNP 3017 (DE. Grupo Control : Sexo masculino 59 %, media de edad 72,2 (DE 11,7). Media de BNP 6545. Los pacientes del grupo intervención recibían 93,7 % bloqueadores beta , 93,7 % IECA y 95,8 % diuréticos. En el grupo control, 94,8 % estaban tratados con betabloqueantes, 91,8 % con IECA y 93,8 % con diuréticos. En cuanto a los reingresos: 11 pacientes reingresaron en el grupo intervención (22,9%) y 28 pacientes en el grupo control (57,1 %) con una p de 0,001 y con un RR de re ingreso de 1,98 [IC 1,33-2,94]

Conclusiones

La implementación de un Plan de Alta programada basado en educación, controles clínicos periódicos y programados, así como un control precoz post alta y seguimientos protocolizados reduce de manera significativa los reingresos por IC. Creemos que es una herramienta sumamente costo / efectiva ya que no implica grandes gastos económicos, con grandes beneficios.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0040**

Factores diagnósticos y pronósticos de neurocriptococosis en pacientes VIH según hallazgos de neuroimagen basados en la resonancia magnética nuclear.

Karen Sulay Rodríguez Díaz

Luis Guillermo Uribe
RodríguezCamilo Andrés Lara
RodríguezHospital Universitario de
Bucaramanga Los Comuneros.

Introducción

La criptococosis en SNC (CSNC) es una de las infecciones oportunistas en que ha venido en aumento después del advenimiento del VIH - SIDA, pero sigue siendo una infección del Sistema Nervioso Central (SNC) relativamente poco común tanto en pacientes inmunocomprometidos como en inmunocompetentes. La morbilidad- mortalidad asociada con la CSNC podría reducirse significativamente mediante el reconocimiento temprano de hallazgos en imágenes sugestivas de la patología.

Jairo Enrique López Aldana

Hospital Universitario de Santander.

Objetivo

Describir los hallazgos imagenológicos en pacientes diagnosticados con VIH – SIDA – CSNC y observar la correlación diagnóstica con los resultados de laboratorio. Así mismo evaluar la localización de las lesiones en SNC y su relación con mortalidad

Alfredo Hinestrosa Díaz del
CastilloHospital Universitario de
Bucaramanga Los Comuneros.
Colombia.

Metodología

Estudio descriptivo de cohorte prospectiva, se incluyeron pacientes >18 años, hospitalizados en Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, con diagnóstico previo o de novo de infección por VIH y CSNC (pruebas de laboratorio o neuroimágenes y clínica), primer episodio, en el periodo entre enero del año 2014 hasta junio 2018. Se realizó al menos un examen de TAC-S (Tomografía computarizada cerebral simple) y/o RMC-C (Resonancia Magnética cerebral contrastada). Se analizaron los datos relacionados con variables demográficas, características clínicas, de laboratorio y radiológicas

Resultados y discusión

Fueron incluidos 14 pacientes con diagnóstico confirmado por laboratorio y 2 pacientes con hallazgos clínicos e imagenológicos, para un total de 16 pacientes. En los pacientes que fue confirmado por laboratorio, 13 se les realizó RMC-C y a 12 TAC-S; a los 2 pacientes sin confirmación por laboratorio se les realizó RMC-C. En el 78% de los pacientes con diagnóstico de CSNC (Confirmados por Laboratorio), se observaron hallazgos imagenológicos en la RMC-C altamente sugestivos de esta patología. En los 15 pacientes con RMC-C (confirmados por laboratorio o clínica e imágenes) se observó 46% con pseudoquistes gelatinosos/criptococomas en ganglios basales o tallo cerebral, seguido de 40% de realce leptomeníngeo, 20% nódulos intracerebrales, 13% con edema cerebral focal y el resto (13%), infartos lacunares o hallazgos inespecíficos. La mortalidad global en los 16 pacientes fue de 56%; el 88% de los que fallecieron habían presentado lesiones profundas en SNC evidenciadas en la RM en tallo cerebral – ganglios basales incluyendo Criptococomas y/o pseudoquistes gelatinosos, dato que se correlaciona con la literatura (forma fulminante). En los pacientes que fue realizado TAC-S, el 50% presentó alteración inespecífica en este tipo de imágenes. Solo 1 paciente con lesiones típicas de tallo cerebral – ganglios basales (forma fulminante), sobrevivió al tratamiento.

Conclusiones

Los hallazgos imagenológicos de la RMC-C no son patognomónicos de CSNC, pero se evidencia una importante correlación entre los las herramientas diagnósticas de laboratorio y los hallazgos imagenológicos encontrados, sin embargo, esto requiere de personal entrenado en neuroimágenes. Por otro lado, la presencia de formas fulminantes (Criptococomas y/o

pseudoquistes gelatinosos y/o patrón nodular) en áreas del tallo cerebral, tálamo y ganglios basales se correlaciona con una elevada mortalidad. Teniendo en cuenta estos hallazgos, se resalta la importancia de realizar RMC-C de forma temprana en pacientes VIH con sospecha de neuroinfección, con el objetivo de iniciar la terapia dirigida oportuna y así mejorar el pronóstico en mortalidad y secuelas neurológicas.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0041**

Aspergiloma pulmonar: análisis clínico de una serie de casos.

Jairo Enrique López Aldana**Daniel Hernando Florez Valencia**

Universidad Industrial de Santander.

Karen Sulay Rodríguez Díaz

Hospital Universitario de Bucaramanga.

Javier Enrique Fajardo Rivero

Hospital Universitario de Santander. Colombia.

Introducción

El aspergiloma es una infección saprófita, ocasionada por la especie de *Aspergillus* spp., caracterizada por masas de hifas fúngicas, células inflamatorias y restos tisulares que se desarrolla en una cavidad pulmonar pre-existente, la principal asociación es con secuelas de tuberculosis. Generalmente asintomática, rara vez debutan con hemoptisis que puede llevar a anemia y comprometer la condición general del paciente; El diagnóstico se hace incidentalmente con un estudio radiológico realizado otro motivo; a nivel imagenológico se evidencia engrosamiento de las paredes de una cavidad asociado a una masa redonda sólida separada de la pared. Se desconoce la incidencia a nivel mundial y los datos epidemiológicos son variables.

Objetivo

El objetivo de este estudio es establecer las características clínico-patológicas, los hallazgos de laboratorio y la diferenciación en las imágenes de una serie de casos de pacientes con una colonización intracavitaria pulmonar, en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Santander en el período de Enero de 2013 - Junio 2018.

Metodología

Estudio de serie de casos, retrospectivo se incluyeron pacientes en quienes se documentó aspergiloma pulmonar que ingresaron al hospital Universitario de Santander, en el periodo comprendido entre enero del año 2015 hasta Junio de 2018. Se evaluaron 8 pacientes, revisando los hallazgos en radiografía, tomografía axial computarizada del tórax; definiendo "fungus ball" como la presencia de una masa sólida rodeada de aire o una masa irregular que llenaba la cavidad. Se evaluaron los datos clínicos, cultivos, pruebas serológicas y la broncoscopia en cada caso.

Resultados y discusión

El 71% de los pacientes tenían antecedente de alteración estructural pulmonar, 42% de ellos tuberculosis tratada; 56,8% presentaron algún factor de inmunosupresión (desnutrición, infección VIH, diabetes mellitus o tratamiento corticoide), los principales síntomas presentados fueron hemoptisis, pérdida de peso y disnea con un 71.4%, 71.4% y 57.1%, respectivamente. El hallazgo radiológico se documentó en el 100% de las tomografías de tórax, y solo en el 28.4% de las radiografías de tórax, los aislamientos en cultivo de esputo fue 40% *Aspergillus* Spp, 40% *A. Fumigatus*, solo el 25% de los hemocultivos tuvieron aislamiento microbiológico, el 57,1% ingreso con anemia, 28% de ellos en rango de severidad; 14% se manejó de forma expectante, manejo medico fue utilizado en 42% y manejo quirúrgico en el 42%, Durante la hospitalización falleció 1 de los pacientes.

Conclusiones

El aspergiloma pulmonar continua siendo una de las presentaciones típicas de la infección por *Aspergillus* a nivel del tracto respiratorio, observa con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas subyacentes principalmente cavernas tuberculosas; los hallazgos de la Tomografía de tórax característicos son cavidades únicas o múltiples con materiales intraluminales irregulares. El filamento de *Aspergillus* en la cavidad o bronquios de muestras de pulmón, sin invasión parenquimatosa, es la prueba de infección micotica, se asoció a alguna condición de inmunosupresión, la clínica puede ser variada identificando la hemoptisis y anemia como hallazgos relevante, los esquemas terapéuticos son limitados y su respuesta depende de la condición general y el compromiso pulmonar de cada paciente.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0042**

Mucormicosis en un paciente con trauma facial: A propósito de un caso.

Karen Sulay Rodríguez Díaz**Luis Guillermo Uribe Rodríguez**

Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

Jairo Enrique López Aldana

Hospital Universitario de Santander. Colombia.

Introducción

La mucormicosis es una infección fúngica invasiva causada por hongos oportunistas del phylum Glomeromycota, subphylum Mucormycotina. Por lo general, afecta a pacientes diabéticos mal controlados y personas con inmunosupresión como pacientes con trasplantes alogénicos de médula ósea o neoplasias hematológicas. Las presentaciones clínicas frecuentes incluyen formas rinocerebral, pulmonar y cutánea, y con menor frecuencia, formas gastrointestinales, diseminadas y mixtas. El hongo se encuentra en el ambiente y se aísla con frecuencia en materia orgánica. La mucormicosis cutánea primaria a menudo se adquiere por inoculación directa, cirugía, quemaduras, accidentes automovilísticos entre otros. Las lesiones son placas induradas, eritematosas a moradas que pueden evolucionar con centros necróticos. El diagnóstico se puede realizar con un examen microscópico de KOH directo, cultivos fúngicos (positivos en 50% de los casos), histopatología o biología molecular. La histología revela hifas gruesas, hialinas, no seccionadas y bifurcadas con tinción con hematoxilina-eosina, ácido periódico-Schiff y Grocott. El tratamiento debe ser multidisciplinario con desbridamiento quirúrgico, terapia antimicótica, corrección del estado metabólico subyacente. La anfotericina B es el fármaco más activo frente a los aislados clínicos mucorales, seguida de los derivados de azoles.

Caso clínico

El presente trabajo describe un caso de un paciente inmunocompetente con mucormicosis cutánea en región frontal. Se trata de un paciente de 35 años de edad, consumidor de alcohol ocasional, proveniente de Barrancabermeja – Santander, dos meses atrás con caída desde su propia altura y trauma en región frontal, una semana después presentó una pequeña lesión ulcerada en región frontal izquierda asociada a fiebre, dolor abdominal, emesis y visión borrosa, posteriormente la lesión evolucionó con zona central de necrosis y salida de material purulento. Inicialmente el paciente consultó en Centro de atención local en Barrancabermeja donde se consideró posible proceso infeccioso de tejidos blandos, se completaron 20 días de manejo antibiótico. El paciente con poca respuesta al tratamiento y aparición de lesiones satélites, por lo que se realizó biopsia cutánea, histopatología evidencia de hifas aseptadas compatibles con mucormicosis, se inició manejo con Anfotericina B, sin embargo, el paciente evolucionó con falla renal por lo que se suspendió el antifúngico, causa de traslado a nuestra institución. Al ingreso con evidencia de dos lesiones ulceradas bilaterales en región frontal, se revisaron las láminas con Patología institucional, se confirmó diagnóstico de Mucormicosis en piel y se completaron 21 días de manejo con Anfotericina B.

Conclusiones

Llama la atención la dificultad diagnóstica y terapéutica que presentó este caso con la necesidad de traslado a un Hospital de Cuarto nivel, dato relacionado con la escasa sospecha clínica del agente causal en un paciente inmunocompetente. Sin embargo, el paciente evolucionó satisfactoriamente, durante la estancia hospitalaria en el Hospital de remisión, las lesiones presentaron una disminución de tamaño, el paciente en seguimiento médico ambulatorio presentó una recuperación y cicatrización completa de las lesiones.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0047**

Síndrome de Sjögren: manifestaciones clínicas extraglandulares y perfil serológico.

Lucía Fernández Rey

Sofía Rosta

Carolina Díaz

Sandra Consani

Hospital Maciel. Montevideo,
Uruguay.

Introducción

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) que afecta principalmente al sistema glandular exócrino. Presenta xerostomía y xeroftalmia como principales manifestaciones clínicas, pudiendo también afectar estructuras extraglandulares con menor frecuencia. La manifestación extraglandular más frecuente en el SS primario es el compromiso articular presente en un 50% de los pacientes. Sin embargo, al excluir este síntoma, la prevalencia de manifestaciones extraglandulares es de un 20%. Puede presentarse de forma aislada constituyendo el SS primario, o secundario a otras EAS.

Objetivo

El objetivo general del estudio es describir manifestaciones extraglandulares en la población de pacientes que presentan SS, su relación con el fenotipo serológico y con los factores pronósticos de mala evolución, de los pacientes de la policlínica de enfermedades autoinmunes del Hospital Maciel.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, de cohorte histórica, en el período comprendido entre enero del 2012 y agosto del 2018.

Resultados y discusión

Se enrolaron 26 pacientes, el 100% de los cuales fueron mujeres, con edad media de 60 años. Del total de pacientes con SS, el 61,53% corresponden a SS con solapamiento con diferentes EAS: Lupus Eritematoso sistémico (LES) 50%, Artritis reumatoide (AR) 18,75%, LES y AR 6,25 %, LES y Síndrome Antifosfolípido (SAF) 6,25%, Esclerosis Sistémica (ES) 6,25%, Espondiloartropatías 6,25%. El síntoma predominante en la enfermedad fue el síndrome seco (xerostomía, xeroftalmia) presente en un 96,15% de los casos, seguido de las artralgiás 84,6%. Del total de pacientes que presentaron compromiso articular, el 31% corresponde a SS primario, mientras que el 69% son SS secundarios. El 70% de los SS primarios presentaron manifestaciones extraglandulares: compromiso articular 100%, Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) 14%, Nefritis túbulo intersticial (NTI) 28% y Polineuropatía periférica (PNP) 14%. No observamos una relación estadísticamente significativa según χ^2 entre la positividad de anticuerpos anti Ro y La y las manifestaciones extraglandulares. Se encontró una relación significativa entre la presencia de anticuerpos anti Ro y La y el solapamiento con LES. El 30% de SS primarios presentaron hipergammaglobulinemia e hipocomplementemia (ambos marcadores humorales de mal pronóstico), de ellos el 100% presentaron manifestaciones extraglandulares no articulares. Destacamos que ningún paciente desarrolló linfoma en el período estudiado.

Conclusiones

Las manifestaciones extraglandulares más frecuentes en nuestro trabajo fueron la articular, la NTI, EPI, y PNP. Comparado con series internacionales encontramos un mayor porcentaje de pacientes con manifestaciones extraglandulares. No encontramos asociación significativa entre el fenotipo serológico y las manifestaciones extraglandulares. Destacamos que todos los SS primarios con manifestaciones extraglandulares no articulares se asociaron con elementos de mal pronóstico como son la hipergammaglobulinemia y la hipocomplementemia, así como se observa en las series internacionales. Se debe ahondar en esfuerzos diagnósticos en la búsqueda de manifestaciones extraglandulares en aquellos pacientes que presenten marcadores humorales de mal pronóstico dado que se relacionan con elementos de severidad de la enfermedad y de desarrollo de linfoma.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0048**

Síndrome de Reynolds: comunicación de tres casos clínicos.

Nadia Reyes**Sandra Consani****Gabriel Maciel**Hospital Maciel, Montevideo,
Uruguay.

Introducción

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad que se distingue por fibrosis de la piel y de órganos internos, vasculopatía de vasos pequeños y existencia de autoanticuerpos. Hay dos subclases principales de ES: cutánea limitada y cutánea difusa. El biomarcador de ES limitada es el anticuerpo anticentrómero, mientras que para la ES difusa es anti-Scl-70 o anti-topoisomerasa 1. La ES es la enfermedad autoinmune sistémica que más comúnmente se asocia con cirrosis biliar primaria (CBP). En 1971 Reynolds y colaboradores describieron la relación entre la forma limitada de ES y CBP, que desde entonces se conoce como Síndrome de Reynolds. La mayoría de los casos ocurren en mujeres y se presentan como una ES limitada tipo CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, alteraciones de la motilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias). Las manifestaciones hepáticas son oligosintomáticas, de lenta evolución y relativamente bien toleradas por los pacientes. Estas circunstancias favorecen el retraso de la consulta.

Caso clínico

Se comunican 3 pacientes asistidos en la policlínica de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Maciel con el objetivo de revisar las características del síndrome de Reynolds. Caso 1: Sexo femenino, 48 años. Diagnóstico de CBP mediante anticuerpo antimitocondrial (AMA) + y colestasis hepática (FA y GGT elevadas). De igual tiempo evolutivo diagnóstico de ES limitada (esclerodermia en MMSS y cara, esclerodactilia y fenómeno de Raynaud). ANA + (1/1280) patrón centromérico. Caso 2: Sexo femenino, 66 años. ES limitada (esclerodactilia y fenómeno de Raynaud) que presenta en la evolución elevación mantenida de FA y GGT. Se descarta patología estructural hepática por lo que en el contexto se plantea probable CBP, estando pendientes los anticuerpos específicos. Caso 3: Sexo femenino, 65 años. CBP con diagnóstico histológico por biopsia hepática hace 6 años, en tratamiento con ácido ursodesoxicólico. Se presenta en la consulta con fenómeno de Raynaud, la capilaroscopia muestra un patrón esclerodermiforme. Se realizan Ac: ANA + 1/160 patrón centromérico. Se realiza diagnóstico de ES.

Conclusiones

El diagnóstico de CBP se debe sospechar en pacientes con cuadros clínicos y/o bioquímicos de colestasis crónica de causa no identificada. El diagnóstico se establece con dos de los siguientes tres criterios: AMA con títulos > 1:40, fosfatasa alcalina > 1,5 veces del límite superior normal por más de 24 semanas o histología hepática característica (colangitis destructiva no supurativa y destrucción de los conductos biliares interlobulares). La biopsia hepática no es necesaria para el diagnóstico, excepto cuando los AMA son negativos. Sin embargo, la biopsia permite determinar el estado de la enfermedad, así como también diferenciar la CBP de otras alteraciones colestásicas del hígado. La ES asociada a la CBP es moderada y generalmente presenta solo esclerodactilia, aunque también se ha descrito la afectación de la cara, brazos y piernas y raramente afección esofágica y pulmonar. La CBP tiene mejor pronóstico cuando se asocia a ES.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0050**

Resistencia adquirida a rifampicina en meningitis tuberculosa durante el tratamiento.

Yuliana Giménez**Nadia Reyes****Josaelina Bozzola****Mercedes Arcaus****Inés Bazzino****Adriana Vagnoni**

Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad con una prevalencia en aumento en nuestro país. El aumento de la resistencia al *Mycobacterium tuberculosis* a fármacos observada en los últimos años en la región genera preocupación. La resistencia adquirida a fármacos tiene consecuencias para la salud pública al provocar diseminación de TBC resistente, malos resultados clínicos y costos para el sistema de salud. Según la literatura internacional la resistencia adquirida en TBC es rara, no existiendo reportes en la región.

Hospital Saint Bois. Montevideo,
Uruguay.

Caso clínico

Se presenta una paciente VIH/SIDA que recibió tratamiento empírico por TBC pulmonar, con exámenes directos y cultivos negativos durante todo el tratamiento que cumplió internada y tratamiento anti-retroviral (TARV) que inició en la internación. Se otorga el alta a los 9 meses y reingresa con diagnóstico de TBC meníngea, CD4 43 cel/mm³, estudio molecular HAIN sensible a isoniazida y rifampicina. Se inicia tratamiento, directo y cultivo negativo, en control y ascitis en aumento se realiza GeneXpert de líquido de ascitis que muestra resistencia a rifampicina.

Conclusiones

La mono o polirresistencia a fármacos en general se observa por diferentes motivos: poca disponibilidad de los fármacos, administración de un fármaco -resistencia encubierta-, pobre adherencia. Pero no hemos observado resistencias generadas intratamiento bien supervisado. El tipo de resistencia generada en esta paciente no es frecuente en la literatura y la opción de tratamiento un desafío según las últimas pautas publicadas en la Organización Mundial de la Salud.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0051**

La importancia del ángulo frontal QRS-T como predictor del patrón non dipper en pacientes hipertensos.

María Noel Rivero**Paola Spósito**Hospital Maciel. Montevideo,
Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el factor más prevalente de enfermedad cardiovascular. El ángulo frontal QRS-T es considerado un nuevo marcador de repolarización miocárdica. Se demostró que valores aumentados se correlacionan con mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular. El patrón de variabilidad non dipper, así como el ángulo frontal QRS-T, son indicadores de mayor riesgo cardiovascular. La asociación directa entre ambas variables, representa una herramienta novedosa en la valoración del paciente hipertenso.

Objetivo

Demostrar la asociación entre valores aumentados del ángulo frontal QRS-T y patrón non dipper. Establecer la asociación de ambas variables con otros factores de riesgo cardiovascular.

Metodología

Se realizó un estudio analítico, observacional, de tipo transversal. La población analizada incluye pacientes que asisten a la policlínica de HTA del Hospital Maciel. El análisis estadístico incluyó la asociación de variables con test de chi cuadrado o exacto de Fisher en los casos necesarios. El software utilizado correspondió a STATA versión v.12.0.

Resultados y discusión

Se estudiaron un total de 52 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, existiendo una razón mujeres:hombres de 2.25 con edad promedio de 62.9 +/- 1.6. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre patrón non dipper y ángulo QRS-T aumentado, valor $p=0.008$. El patrón dipper se asocia a valor normal. El odds ratio calculado fue de 5.320 con un intervalo de confianza (IC) al 95% de (1.485;19.064). Para analizar la asociación con otros factores de riesgo cardiovascular, se dividió la población en dos grupos, patrón non dipper y ángulo QRS-T aumentado versus el resto de la población. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes con ángulo aumentado y patrón non dipper ($p > 0.05$), pero de todas formas se encuentran proporciones aumentadas para las siguientes variables: tabaquismo, síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS), índice de masa corporal aumentado (IMC), ataque cerebro vascular (ACV), hiperuricemia y daño cognitivo. La presencia de cardiopatía isquémica se encontró en el 31% de los pacientes con patrón non dipper y ángulo aumentado, disminuyendo al 10.3% en los restantes pacientes. Se establece una asociación estadísticamente significativa entre el grupo estudiado y la presencia de cardiopatía isquémica, valor p de 0.006. Lo mismo sucede con la enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes non dipper con ángulo aumentado, observándose una relación estadísticamente significativa.

Conclusiones

El ángulo frontal QRS-T es un predictor independiente del patrón non dipper en pacientes hipertensos. El odds ratio presentó un valor de 5.320, lo que significa que la probabilidad de presentar un patrón non dipper en paciente con ángulo aumentado es cuatro veces mayor, en relación con quien no lo presenta. La cardiopatía isquémica y la ERC son factores de riesgo para presentar patrón non dipper y ángulo QRS-T aumentado.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0052**

Neurocriptococosis: evaluación de las alternativas terapéuticas en el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA en un Hospital de Bucaramanga-Colombia.

Karen Sulay Rodríguez Díaz**Luis Guillermo Uribe Rodríguez**

Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

Jairo Enrique López Aldana

Hospital Universitario de Santander. Colombia.

Introducción

La criptococosis cerebral y/o meníngea es una de las formas más comunes de afectación del sistema nervioso central (SNC) en pacientes inmunosuprimidos por infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Representa del 10 al 20% de todas las muertes relacionadas con el VIH. Múltiples estudios han demostrado variación en las tasas de mortalidad con cada uno de los esquemas de tratamiento disponibles, así como la asociación con efectos adversos según los fármacos utilizados.

Objetivo

Describir la respuesta terapéutica y los efectos adversos de los regímenes utilizados para el tratamiento de la Criptococosis en SNC (CSNC), esquema de inducción por 2 semanas, así como el impacto de la comorbilidad, la hipertensión endocraneana y su relación con el desenlace final.

Metodología

Estudio descriptivo de cohorte prospectiva, se incluyeron pacientes adultos (>18 años) que ingresaron Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, con diagnóstico previo o de novo de infección por VIH y fueron diagnosticados con CSNC, primer episodio, en el período comprendido entre enero del año 2014 hasta junio del 2018. La asignación de tratamiento se realizó por conveniencia, según la disponibilidad de manejo. Fueron tratados el grupo A: Anfotericina B deoxicolato, el grupo B: Anfotericina B deoxicolato más fluconazol y el grupo C: Anfotericina B más flucitosina. Se analizó el tiempo de negativización del cultivo de LCR, la mortalidad, la presencia de comorbilidad y efectos adversos presentados durante el tratamiento.

Resultados y discusión

Fueron incluidos 14 pacientes. Las características de línea base fueron similares en los grupos de tratamiento y reflejaron la severidad de la inmunosupresión en la población. La mortalidad global fue del 50%; en cada grupo de manejo combinado se observó una mortalidad del 60%. La monoterapia presentó menor mortalidad (25%), mejor tasa de aclaramiento del LCR a las 2 semanas y menores efectos adversos (anemia, función hepática y renal). La terapia combinada con Fluconazol presentó mayores efectos adversos (hepatotoxicidad, anemia e hipopotasemia). En el 43% se midió la presión de apertura, presentando 70% elevación de la misma, de los cuales el 28% murieron. Durante la estancia hospitalaria se identificaron otros oportunistas en estos pacientes, observándose un 42% de mortalidad con al menos un segundo oportunista en SNC y un 71% de mortalidad en al menos un según oportunista en cualquier sistema.

Conclusiones

La Criptococosis meníngea sigue siendo una de las principales causas de muerte en los pacientes que debutan con VIH-SIDA. En nuestro estudio los pacientes que recibieron Anfotericina B sola presentaron mejor desenlace en mortalidad y menores efectos adversos, en contraposición con la terapia dual con Fluconazol. En nuestros pacientes, se presentó una mortalidad del 50%, comparable con otros estudios ya realizados en las zonas de Norte de Santander. La suma de comorbilidad oportunista en SNC y/o en cualquier sistema, la persistencia del cultivo positivo de LCR, la falta de manejo de la presión de apertura de LCR, son factores que determinan mortalidad en nuestros pacientes.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0053**

Incidencia de tromboprofilaxis en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Héctor Marín Vera

Reynaldo Zapien Villegas

Liz Jovanna Martínez Navarro

Dulce Nohemí Aguilera Ortega

Pablo Francisco Acevedo Gómez

Javier Moisés Castellanos Martínez

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, México.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa es un problema de salud pública en México; se ha hecho el intento a nivel internacional para disminuir su incidencia en los servicios hospitalarios desarrollando diferentes guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica para disminuir el riesgo de que los enfermos desarrollen un evento tromboembólico mediante el uso de la tromboprofilaxis. La estadística mundial reporta 350,000 a 650,000 eventos por año y cerca de 100,000 a 200,000 muertes por la misma causa, 50 % de las cuales son hospitalarias, impactando en el 10 % de la mortalidad hospitalaria general. En el estudio ENDORSE se encontró que 52 % de los pacientes hospitalizados tienen factores de riesgo de padecer enfermedad tromboembólica venosa, con una incidencia de uso de tromboprofilaxis de 58.5 % en pacientes del área quirúrgica y 39.5 % del área clínica.

Objetivo

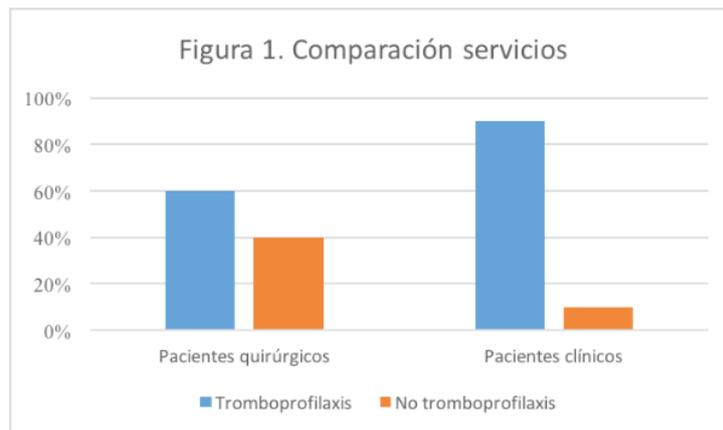
Conocer la incidencia de tromboprofilaxis en servicios clínicos y quirúrgicos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, México, para compararla con la reportada en la literatura internacional.

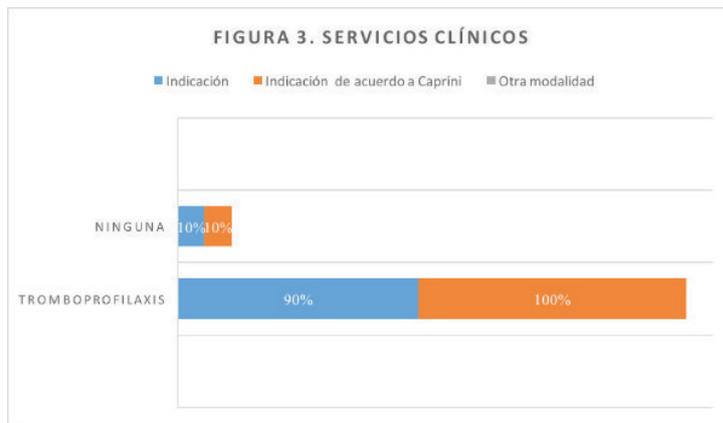
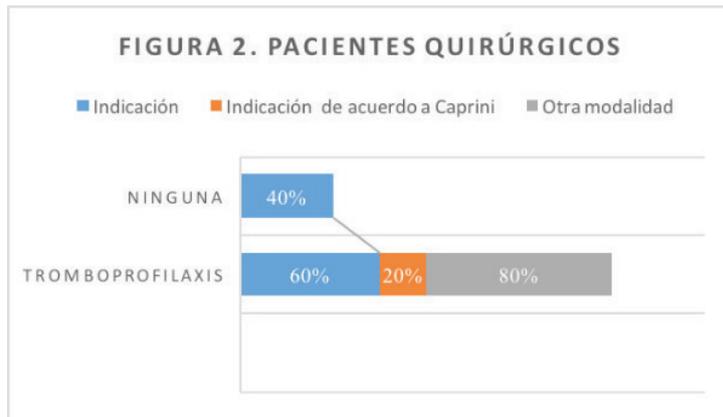
Metodología

Realizamos un estudio transversal en el que se incluyeron 80 pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío en Marzo de 2018 con más de 72 horas de hospitalización, 50 % pertenecientes a los siguientes servicios quirúrgicos: oncología quirúrgica, cirugía de columna, neurocirugía, cirugía general y cirugía cardiovascular; y 50 % pertenecientes al servicio de Medicina Interna, y se aplicó la escala de CAPRINI modificada, la información se procesó utilizando estadística descriptiva.

Resultados y discusión

De los 40 pacientes quirúrgicos, 60 % tenían tromboprofilaxis indicada (Figura 1), 20 % con indicación para la misma y el resto con necesidad de otra modalidad de tromboprofilaxis de acuerdo a lo señalado en la escala CAPRINI, de los pacientes a los que no se les indicó tromboprofilaxis (40 %) ninguno tenía contraindicación (Figura 2). En los servicios clínicos (Figura 1), los resultados fueron los siguientes: 90 % de los pacientes tenían tromboprofilaxis indicada, con una indicación dirigida de acuerdo a la escala CAPRINI, 10 % de pacientes a los que no se les indicó tromboprofilaxis, si tenían indicación de acuerdo a la escala (Figura 3).





Conclusiones

Con base a los resultados encontrados podemos concluir que en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío los resultados contrastan con lo reportado en la literatura. Lo anterior permitirá realizar acciones de mejora, como estratificar el riesgo tromboembólico en todos los pacientes que ingresen a hospitalizarse, poniendo énfasis en los servicios quirúrgicos, implementar estrategias para el apego a las recomendaciones de tromboprophylaxis con el objetivo reducir la incidencia de eventos tromboembólicos, de ésta forma unirnos a la iniciativa para disminuir las muertes por trombosis en México.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0054**

Melioidosis. Enfermedad emergente en Latinoamérica. Análisis de una serie de casos en un Hospital del Oriente Colombiano.

Karen Sulay Rodríguez Díaz**Luis Guillermo Uribe Rodríguez**

Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

Jairo Enrique López Aldana

Hospital Universitario de Santander. Colombia.

Introducción

La melioidosis es una enfermedad de difícil diagnóstico, requiere de una alta sospecha clínica y epidemiológica combinada con un buen sistema de identificación microbiológico. Un retraso en el diagnóstico puede ser fatal con una mortalidad cerca del 10-50%. La melioidosis es endémica en Norte de Australia y noreste de Tailandia, se han reportado brotes en China, islas del Océano Pacífico, Índico y ciertas regiones de América y África. En Colombia a la fecha se han reportado 11 casos en la región centro oeste, ninguno de ellos en Santander, Norte de Santander o los llanos orientales, el presente artículo reporta 3 casos documentados por primera vez en estas regiones.

Objetivo

Describir la serie de los primeros casos reportados en Santander, Norte de Santander, Llanos orientales- Colombia

Metodología

El primer caso, paciente de 68 años, procedente de Ocaña Norte de Santander, sexo masculino, ganadero, que vivía Ocaña con antecedentes de Diabetes Mellitus (DM2), Hiperplasia prostática benigna, portador de sonda vesical, presentó Melioidosis en su forma bacteriémica con shock séptico y falla multiorgánica con foco genitourinario evidenciado por Pielonefritis y múltiples abscesos prostáticos, se inició manejo con Meropenem + TMP/SMX sin embargo paciente fallece. Segundo caso, paciente de 43 años de edad proveniente de Cimitarra Santander, antecedente de DM2, consumidor crónico de alcohol, inicialmente con síndrome febril icterico, cursó con melioidosis con bacteriemia persistente por Burkholderia spp, foco urinario con Pielonefritis, múltiples abscesos prostáticos y Osteomielitis tibial con aislamiento de Burkholderia Pseudomallei, completó 6 semanas con Meropenem + TMP/SMX y egresó con esquema de TMP/SMX + doxiciclina, el paciente presentó una recuperación completa. El tercer caso paciente de 73 años, inicialmente cetoacidosis diabética secundaria a una DM2 de novo, posteriormente con deterioro neurológico cursó con melioidosis con bacteriemia y meningitis con aislamiento en sangre y en LCR de Burkholderia pseudomallei, se comentaron 21 días de manejo con TMP/SMX + Meropenem y se egresó con TMP/SMX + doxiciclina, a los 6 meses presentó reinfección con absceso cutáneo en tórax, se extendió la terapia a 6 meses y el paciente presentó recuperación completa sin secuelas neurológicas.

Resultados y discusión

Se identificaron tres casos, todos ellos tenían factores de riesgo en común; sexo masculino, vivían en zonas rurales cálidas, ejercían actividades ocupacionales asociadas a los posibles mecanismos de transmisión. Los tres casos en su forma bacteriémica, dos de ellos con choque séptico, falla multiorgánica y compromiso genitourinario. Uno con compromiso osteoarticular y otro con compromiso de SNC y tejidos blandos. Estos pacientes sin antecedentes de viajes fuera de sus regiones, lo que presume un establecimiento previo de la bacteria en estas zonas.

Conclusiones

Los factores de riesgo, la presentación clínica y las características medioambientales son similares a los casos reportados en la literatura. Sin embargo, este es el primer reporte de casos en el Departamento de Santander, Norte de Santander y los Llanos orientales, donde la variabilidad en la presentación clínica, el bajo nivel de sospecha de la enfermedad, la dificultad

para la tipificación de la bacteria y la rápida progresión hacia desenlaces fatales, sugieren un subdiagnóstico y subregistro de esta enfermedad.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0057**

Enfermedad de Von Willebrand adquirida: sospecha a partir de pruebas básicas de coagulación. A propósito de un caso.

Paola Turcatti

Agustín Colombo

Alicia Olivera

Cecilia Guillermo

Cecilia Canessa

Hospital de Clínicas, Montevideo,
Uruguay.

Introducción

La Enfermedad de von Willebrand Adquirida (EvWA) es una patología poco frecuente, con baja incidencia. Obedece a un desorden estructural o funcional de Factor de von Willebrand (FvW) no heredado, por lo que un aspecto clave del diagnóstico es la exclusión de una historia personal y familiar de sangrado. La EvWA se asocia con mayor frecuencia a desórdenes linfoproliferativos (48%), patología cardiovascular congénita o adquirida (21%), síndromes mieloproliferativos (15%), neoplasias (5%), enfermedades auto-inmunes (2%), entre otras situaciones menos frecuentes (hipotiroidismo, uremia, fármacos, infecciones), mientras que en un mínimo porcentaje de los casos no se reconoce estado patológico subyacente (ideopática, 1%).

Caso clínico

Mujer, 65 años, enviada por síndrome hemorragiparo de 3 meses de evolución (gingivorragias, hemosialemsis, epistaxis, hematomas no postraumáticos, equimosis en distintas etapas evolutivas), con planteo diagnóstico de probable Hemofilia adquirida por presentar Tiempo de Tromboplastina Parcial activado (aPTT) prolongado que no corrige con mezcla de plasma normal. Antecedentes personales de Hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin historia personal ni familiar de sangrados. Laboratorio: Tiempo de Protrombina: 73% (En rango de referencia). APTT: 64 segundos (Prolongado. Diluciones seriadas con Buffer: corrección a partir de 1/32 (inhibición de interferencia). Fibrinógeno: 225 mg/dL (En rango de referencia) Prueba de mezclas: No corrige (Rosner 20, Potenciación de inhibición tiempo y temperatura dependiente: Negativa (descarta Inhibidor de FVIII). Inhibidor Lúpico: Negativo. Factor XI: 180%, Factor X: 91%. Factor IX: 120%. Factor V: 85%. Factor II: 93% (Todos en rango de referencia) Factor VIII: 59% (Límite inferior de intervalo de referencia) FvW antigénico: 55% Mezcla: corrige (no se detecta inhibición). FvW cofactor Ristocetina: 19% Mezcla: corrige (no se detecta inhibición). Proteinograma Electroforético: proteínas totales 11,6 g/dL, banda de aspecto monoclonal 4,4 g/dL. Inmunofijación en agarosa: Precipitación IgM I Mielograma: 38% Plasmocitos y plasmoblastos. Inmunofenotipo: 18% plasmocitos aberrantes clonales Se realiza diagnóstico de EvWA (ausencia de antecedentes personales y familiares de sangrados en una paciente de edad adulta), asociado a una gammapatía monoclonal de tipo Mieloma Múltiple (MM). Requirió recambios plasmáticos terapéuticos por hiperviscosidad. Se inició plan de tratamiento de primera línea del MM (Ciclofosfamida-Talidomida-Dexametasona), con buena evolución y mejoría de la coagulopatía.

Conclusiones

El diagnóstico de EvWA no es fácil, se cree que es una patología sub-diagnosticada, dado el amplio espectro de presentación, siendo indistinguible de la EvW congénita, requiriendo una alta sospecha clínica para el diagnóstico. FvW disminuye por incremento del aclaramiento plasmático por: presencia de autoanticuerpos, adsorción de multímeros de alto peso molecular, escisión proteolítica de FvW en situaciones de alta fuerza de cizallamiento (particularmente ante estenosis de válvula aórtica), no siendo posible en muchos casos la demostración del mecanismo involucrado, como en este caso. Se presentó una paciente que generó un gran desafío diagnóstico desde la clínica hasta el laboratorio, destacamos que el trabajo en equipo, la comunicación y participación de distintas disciplinas médicas, lograron establecer el diagnóstico correcto y conducir a un tratamiento oportuno con la consiguiente evolución clínica favorable y corrección de la coagulopatía.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0058**

Eventos trombóticos y asociación con síndrome antifosfolipídico en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Federico Bonavita**Martin Craviotto****Fernanda Francia****Gabriel Fripp****María Noel Hermosilla****Fernanda Nuñez****Andrea Sanchez****Darwin Cordovilla****Andrea Queirolo****Analia Canepa****Ricardo Robaina****Ernesto Cairoli**Clínica Médica C, Hospital de
Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan elevado riesgo cardiovascular con mayor probabilidad de sufrir infarto agudo de miocardio (IAM) y stroke. La prevalencia de stroke en pacientes con LES varía entre 3 y 26%, teniendo mayor riesgo en presencia de síndrome antifosfolipídico (SAF) asociado.

Objetivo

Estudiar la prevalencia y características clínicas de pacientes con LES que presentaron eventos trombóticos arteriales y/o venosos en presencia y ausencia de SAF.

Metodología

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional, entre julio y setiembre de 2018, recolectando datos de pacientes con diagnóstico de LES. Se valoró edad, sexo, criterios de clasificación diagnóstica de LES, criterios clasificatorios de SAF, antecedentes de stroke, tromboembolismo pulmonar (TEP), trombosis venosa profunda (TVP), IAM y otras trombosis, así como la presencia de factores de riesgo cardiovascular. Los resultados se expresaron en valor absoluto, porcentaje, media y respectivos desvíos estándar. Para los estudios de asociación se utilizó test exacto de Fischer. Se consideró significativo valores de p menores 0,05.

Resultados y discusión

Se estudiaron las características clínicas e inmunológicas de 90 pacientes con LES (94% mujeres), con edad media de $45,7 \pm 14,8$ años. El tiempo de evolución del LES al momento de la inclusión fue $12,6 \pm 10,7$ años. Los anticuerpos antifosfolipídicos (aAF) fueron positivos en 32% de los pacientes. Se encontró 17,8% (16/90) de pacientes con al menos un evento trombótico (7,8 % stroke, 5,6% TVP, 3,3% TEP, 2,2% IAM y 2,2 % otra trombosis). El SAF (trombótico y del embarazo) estuvo presente en el 13% de los casos, en tanto que en su forma trombótica representó el 11% (10/90) de la muestra. El anticoagulante lúpico (AL) estuvo presente en todos los casos de SAF. El stroke fue la forma más prevalente de trombosis en pacientes con LES, dando cuenta de 7,7% (7/90) de los casos, en tanto que 5 de ellos configuraron un SAF (5,5%). De los siete pacientes con stroke, 6 de 7 eran mujeres, con una media de edad de 42,8 años. El tres de ellos fueron triple positivos para antifosfolipídicos. En 6/7 casos el stroke fue isquémico; la media de edad al momento del stroke fue $35,6 \pm 8$ años, todos con buena evolución quedando sin secuelas. Tres pacientes (3/7) presentaron hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular concomitante. Se encontró una asociación positiva entre la presencia de AL y stroke, confirmando su presencia 11 veces más riesgo para su desarrollo (OR 11,3; CI95%: 2,0 – 64,1).

Conclusiones

En los pacientes con LES, la presencia de aAF se encontró en uno de cada tres pacientes. El SAF (trombótico) estuvo presente en aproximadamente en uno de cada 10 pacientes. La existencia de AL incrementó el riesgo de stroke 11 veces, por lo que su detección precoz, así como la puesta en marcha de medidas anti-trombóticas junto al adecuado control de factores de riesgo cardiovascular son de mayor importancia, especialmente para evitar el desarrollo de eventos neurológicos que ensombrecen el pronóstico de las capacidades motoras, de alta integración y cognitivas del cerebro en el paciente con LES.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0059**

Las múltiples caras de la enfermedad relacionada a IgG4.

Ernesto Cairoli**Ricardo Robaina****Andrea Sánchez****Darwin Cordovilla****Andrea Queirolo****Analia Cánepa**

Clínica Médica C, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La enfermedad relacionada a inmunoglobulina-G4 (ER-IgG4) es una condición fibro-inflamatoria recientemente reconocida, caracterizada por lesiones tumefactas, infiltrado denso linfoplasmocitario rico en células IgG4+, fibrosis y con frecuencia (pero no siempre), elevación del nivel plasmático de IgG4. La ER-IgG4 ha sido descrita afectando prácticamente cualquier órgano o tejido corporal (ganglios, parótidas, páncreas, pulmón, órbitas, retroperitoneo, etc).

Objetivo

Presentar una serie de casos de ER-IgG4.

Metodología

Descripción de 3 casos.

Resultados y discusión

Caso 1. Hombre, 77 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, colecistectomía y cáncer vesical. Consultó por diabetes de diagnóstico reciente e ictericia fría de una semana de evolución asociada a hepatograma con perfil colestásico. Amilasemia normal. La colangiografía mostró múltiples estenosis de la vía biliar intrahepática e imagen pancreática (edema con halo hiperintenso) sugestiva de pancreatitis autoinmune. Determinación de IgG4 491 mg/dl. Se realizó tratamiento con prednisona y MFM, revirtiendo la ictericia y las alteraciones en la colangiografía, normalizando el nivel de IgG4. Diagnóstico: ER-IgG4 con colangitis y pancreatitis. Caso 2. Hombre, 58 años, tabaquista intenso. Consultó por proptosis ocular derecha de semanas de evolución, observando en la resonancia magnética proceso expansivo de 30 x 30 mm. ANA y ANCA persistentemente negativos. Se realizó biopsia del tejido retroorbitario informando infiltrado linfocitario inespecífico y fibrosis. Se planteó una vasculitis ANCA asociada (ANCA negativa) realizando tratamiento con ciclofosfamida (6 gramos en total) seguido de metotrexate como mantenimiento sin objetivar mejoría. Un año más tarde se repitió la biopsia, informando hiperplasia angiolinfoide y fibrosis intensa. Se realizó PET-scan-FDG observando lesión hipermetabólica intraorbitaria derecha (SUV 7.7) e inflamación orbitaria izquierda. Determinación de IgG4 180 mg/dl. Se planteó tratamiento con rituximab. Diagnóstico: ER-IgG4 con orbitopatía inflamatoria (pseudotumor inflamatorio). Caso 3. Hombre, 55 años. Concorre por historia de pancreatitis en repetidas oportunidades en los últimos 6 años, no asociada a excesos dietarios, bebidas alcohólicas, litiasis biliar ni fármacos. Agregó en la evolución disminución leve del número de plaquetas que llevaron al planteo de pancreatitis autoinmune. Se inició tratamiento con glucocorticoides con buena respuesta y normalización de la amilasemia, desarrollando posteriormente corticodependencia. ANA y ENAs persistentemente negativos. Colangiografía sin alteración de la vía biliar, detectando páncreas con imágenes sugestivas de pancreatitis crónica. Determinación de IgG4 normal en la primera oportunidad y significativamente elevada en la segunda determinación. Recibió tratamientos sucesivos con azatioprina, ciclosporina y micofenolato mofetilo, logrando buena respuesta con micofenolato sódico. Diagnóstico: ER-IgG4 con pancreatitis autoinmune.

Conclusiones

La diversidad clínica de presentación de la ER-IgG4 es amplia. Entidades como la tiroiditis de Riedel, tumor de Küttner, enfermedad de Ormond (fibrosis retroperitoneal) y enfermedad de Mikulicz, se conoce hoy corresponden al espectro de la ER-IgG4. Los criterios de diagnóstico (definitivo, probable y posible) son aún materia de debate. La ER-IgG4 debe plantearse en escenarios clínicos sugestivos, considerando que el nivel sérico de IgG4 puede estar elevado en 50-90% de los casos, contando (de ser posible) con el estudio histopatológico buscando fibrosis e infiltrado linfocitario-IgG4+. A nuestro saber y entender se trata de la primera serie de pacientes con ER-IgG4 reportada en Uruguay.

Congreso: **Medicina Interna**
Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0060**

Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con lupus eritematoso sistémico.

Yannina Dos Santos

Melina Farias

Valentina Olivera

Pablo Rampoldi

Leonardo Stratta

Gaston Tarabochia

Ricardo Robaina

Andrea Sanchez

Darwin Cordovilla

Andrea Queirolo

Analia Canepa

Margarita Wschebor

Ernesto Cairoli

Clínica Médica C, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La ansiedad y depresión tienen una prevalencia del 10% en la población general, según datos de la OMS. La ansiedad y la depresión son frecuentes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), siendo la depresión mayor una manifestación del LES-neuropsiquiátrico.

Objetivo

Estimar prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con diagnóstico de LES.

Metodología

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional, entre julio y setiembre de 2017. Criterios de inclusión: mujeres con diagnóstico de LES según criterios clasificatorios diagnóstico del ACR. Para la detección de ansiedad y depresión se utilizaron test de screening específicos (probados y validados previamente en inglés y castellano), test de Hamilton y Beck respectivamente.

Resultados y discusión

Fueron incluidas 51 mujeres. La edad al momento de la consulta fue de $43,4 \pm 16,2$ años con una media de duración del LES de $10,5 \pm 9$ años. Todas cumplían con al menos 4 criterios de la clasificación de LES del ACR. La actividad del LES determinada por la escala SLEDAI, mostró una media de $2,4 \pm 6$ (sin actividad). La media del nivel de instrucción fue de $9,2 \pm 3$ años (equivalente a 3° año de educación intermedia). El 25% recibían una pensión (jubilación) por enfermedad. La ansiedad se cuantificó mediante test de Hamilton, determinando que 80,3% (41/51) presentaron ansiedad, de las cuales 43% presentaron ansiedad leve y 37% presentaron ansiedad moderada/grave, en tanto que 19% (10/51) no presentaron síntomas de ansiedad. La cuantificación de síntomas de depresión se realizó mediante test de Beck, donde 66,7% (34/51) presentaron depresión, de ellas 25,5% presentaron depresión leve, 25,5% depresión moderada y 15,7% presentaron depresión grave, en tanto que 33,3% (17/51) no presentaron depresión. El 37,2% (19/51) utilizaban psicofármacos, 84% benzodiacepinas y 47% antidepressivos ISRS. Los estudios de Chi cuadrado, test exacto de Fischer y correlación, no mostraron asociación entre la presencia de ansiedad y depresión con variables tales como edad, tiempo de evolución del LES, actividad por SLEDAI, presencia de anticuerpos antifosfolípidicos ni dosis de glucocorticoides. El mayor nivel de instrucción formal (más de 12 años) mostró una tendencia de asociación con menores niveles de ansiedad y depresión (55% y 44% respectivamente).

Conclusiones

La prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres con LES incluidas en el estudio fue elevada, siendo del 80% y 66% respectivamente, hallazgos que contrastan con el 10% de la población general referido por la OMS. El meta-análisis de Zhang y col (2017), sobre un total de 10.828 pacientes con LES, reportó una prevalencia del 40% de ansiedad y depresión, cifras muy por debajo de las encontradas en el presente estudio. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de indagar sobre síntomas de ambas patologías, ya que la presencia de los mismos interfiera probablemente en la adherencia al tratamiento y por ende en la evolución del LES. Adicionalmente, estos hallazgos abogan a favor de constituir equipos multidisciplinares en la asistencia de personas con LES.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0062**

Bronquiolitis del adulto: a propósito de un caso.

**Diego Sebastián Fleitas
Hernández****Carolina Castrillón****Gustavo Goslino****Giovanna Laborde**Hospital de las Fuerzas Armadas.
Uruguay.

Introducción

La bronquiolitis es una enfermedad subdiagnosticada caracterizada por la inflamación de la pequeña vía aérea que potencialmente evoluciona a fibrosis. Los pacientes presentan disnea de esfuerzo progresiva, tos seca, con limitación crónica al flujo aéreo de difícil manejo con broncodilatadores. Las pruebas de funcional respiratorio y radiología de tórax pueden mostrar anomalías. La tomografía de alta resolución (TAC-AR) es la mejor herramienta diagnóstica.

Caso clínico

SF, 24 años. Mecánica naval. AP: SAF obstétrico. Síndrome Raynaud. Asma enfermedad posterior a IRB en la infancia que requirió internación en CTI. En 2017 funcional respiratorio con obstrucción severa fija sin respuesta al BD. Tratamiento habitual: AAS, salbutamol, serflú (hace 1 año). Internación reciente por CBO prolongada con diagnóstico centellográfico de tromboembolismo pulmonar, anticoagulada con warfarina. Factores protrombóticos negativos. Varias consultas en emergencia por persistencia de disnea sibilante CF II-III sin actividad infecciosa. Reingresa por este cuadro, concomitante tos seca, sin otra sintomatología. Al examen se destaca sibilancias y roncus difusos bilaterales. De la paraclínica GB 7800 eosinófilos 500 VES 5. INR 2,13. Radiología de tórax: elementos hiperinsuflación sin foco consolidación. TAC-AR: en sectores espiración se constata patrón en mosaico con alternancia (patrón característico) de áreas de mayor y menor atenuación. Bronquiectasias en el LII. Discreta dilatación bronquial en línula y LSD. Nódulo de 6mm en LID con densidad en vidrio deslustrado. Funcional respiratorio con alteración ventilatoria obstructiva severa con respuesta parcial a los broncodilatadores. Test difusión del monóxido: patrón funcional obstructivo de grado severo sin compromiso de la transferencia gaseosa por DLCO. Estudio de la expectoración completo negativo. Serologías negativas. Dosificación IgE normal. ANA-ANCA negativos. FR y anticuerpos anticitrulinados negativos. Test Schimer negativo. Test sudor normal. Alfa 1 antitripsina normal. EGD: hallazgos compatibles con ERGE. Se plantea bronquiolitis secundaria, se inician corticoides sistémicos en base 0,5mg/kg día asociado a macrólidos 3 veces por semana, broncodilatadores de vida media corta y prolongada, preventivo y antagonistas receptores de leucotrienos. Tratamiento anti-reflujo gastroesofágico. No se realizó biopsia pulmonar en esta internación no estando descartada en la evolución. Recibe vacuna antineumocócica.

Conclusiones

En este resumen se presenta un caso clínico que supuso un desafío diagnóstico y terapéutico para el equipo de trabajo. Se plantea bronquiolitis secundaria, dado el antecedente de infección respiratoria grave en la infancia, así como también el antecedente laboral de contacto con tóxicos inhalados. La bronquiolitis es un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias centradas en las vías respiratorias pequeñas, a menudo asociadas con otros trastornos pulmonares. Se entiende que pueden ser primarias o secundarias, asociadas con otras enfermedades pulmonares. Estas últimas se dan por infecciones, desordenes por hipersensibilidad, tabaquismo, tóxicos inhalados, drogas, aspiración crónica, sarcoidosis o neoplasias. Los estudios diagnósticos son de baja sensibilidad. El tratamiento depende de la etiología. Pueden evolucionar de forma aguda con recuperación de la función o crónica, lo que lleva a la destrucción del parénquima pulmonar con bronquiectasias, enfermedad intersticial e insuficiencia respiratoria siendo el único tratamiento definitivo el trasplante de pulmón.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0063**

Fragmentación del sistema de salud en México y sus consecuencias en la atención del VIH.

Héctor Marín Vera**Dulce Nohemí Aguilera Ortega****Liz Jovanna Martínez Navarro**

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Luis Oliverio Ambriz

Hospital Aranda de la Parra, León, México.

Juan Luis Mosqueda Gómez

CAPASITS León, Guanajuato, México.

Introducción

El sistema de salud en México está constituido por el Sector Público que incluye a las instituciones de Seguridad Social, que brindan atención a los trabajadores del sector formal (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) y al Seguro Popular, que brinda atención a los trabajadores del sector informal, autoempleados o desempleados. En México, la atención a las personas con infección por el VIH se provee de forma gratuita en el sector público. La atención por parte del Seguro Popular se realiza en los CAPASITS (Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Trasmisión Sexual), pero cuando un paciente por su situación laboral adquiere derechohabencia a la Seguridad Social, entonces debe ser enviado a otra institución para continuar su atención, lo que podría complicar su seguimiento y provisión de antirretrovirales.

Objetivo

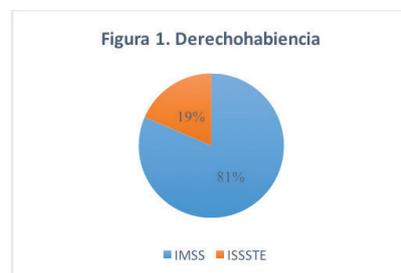
Conocer el estado actual de los pacientes que eran atendidos en el CAPASITS León y que al obtener derechohabencia fueron enviados a continuar su atención en las instituciones de la Seguridad Social.

Metodología

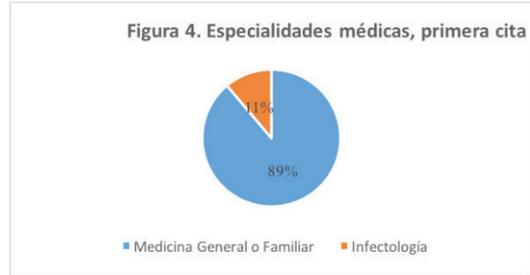
Se realizó una encuesta vía telefónica a pacientes que eran atendidos en el CAPASITS de la ciudad las instituciones de la Seguridad Social. La información se procesó utilizando estadística descriptiva.

Resultados y discusión

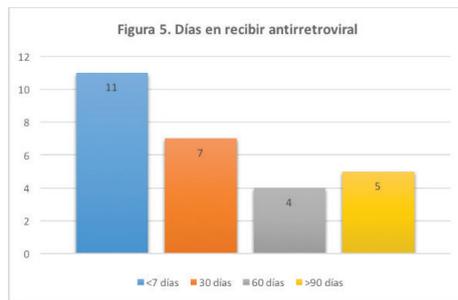
Se encuestaron un total de 27 pacientes, 24 (88.8 %) correspondieron al sexo masculino, con una mediana de edad de 38 años (RIQ 35, 43). De un total de 27 pacientes encuestados, 22 (81.5%) fueron enviados para continuar su atención en el IMSS y 5 (18.5%) fueron enviados al ISSSTE (figura 1). El tiempo que tardaron en obtener una cita en una nueva institución fue de más de 30 días para 10 pacientes (37 %), y más de 2 semanas para otros 10 (37%), solo 7 pacientes (26 %) la obtuvo en menos de 2 semanas (figura 2).



El tratamiento que recibían en el CAPASITS León era ATRIPLA (figura 3) en 18 (67%) pacientes, 9 (33 %) pacientes tenía otro esquema de tratamiento. La totalidad de los pacientes continuó con el mismo tratamiento al cambiar de institución.



La primera cita para su seguimiento fue en Medicina General o Medicina Familiar en 24 (88.88%) pacientes y solo fueron vistos por Infectología en la primera cita 3 (11.11 %) pacientes (figura 4). Un total de 16 (59.25 %) pacientes tuvieron un retraso de al menos un mes para les fuera surtido el medicamento (figura 5) y un total de 9 (33.3 %) pacientes han tenido que suspender el tratamiento antirretroviral en algún momento desde su envío por falta de abasto adecuado (Figura 6).



Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que los pacientes que cambian de institución, se enfrentan a dificultades para la continuidad de su atención y de la provisión de antirretrovirales, lo que conduce a suspensiones de tratamiento en un elevado porcentaje de los pacientes. Pese a que en México está asegurada la cobertura universal de la atención para las personas que viven con VIH, la fragmentación del sistema de salud conduce a dificultades relevantes en la continuidad del seguimiento y provisión de antirretrovirales

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0064**

Comparación de escalas de predicción de riesgo en dolor torácico, en un Hospital de Alta Complejidad.

Felipe Torralba

Alberto Navarro

Juan Castellanos

Freddy Alarcón

Albert Botero

Carlos Ortiz

Fundación Cardio Infantil. Colombia.

Introducción

El dolor torácico es uno de los motivos de Consulta más frecuentes en el servicio de urgencias 55% de los pacientes tiene un dolor torácico de causas no cardíacas y sólo se diagnostica un síndrome coronario agudo en el 10%. El desempeño de los puntajes de riesgo cardiovascular HEART, TIMI Y GRACE se ha comparado en múltiples estudios internacionales en poblaciones de Asia, Europa y Norteamérica obteniendo mejor desempeño para el puntaje HEART

Objetivo

El presente estudio comparó el desempeño los puntajes HEART, TIMI y GRACE en predicción de eventos cardiovasculares mayores (MACE - Muerte, IAM, revascularización quirúrgica o percutánea) a 30 días, en pacientes con dolor torácico en un centro de referencia de patología cardiovascular en Bogotá, Colombia.

Metodología

Tipo de estudio Este fue un estudio prospectivo observacional analítico de prueba diagnóstica Reclutamiento de pacientes Se tomaron pacientes mayores de 18 años entre agosto de 2017 y febrero de 2018 que ingresaron a la Fundación Cardio Infantil por dolor torácico agudo en quienes se aplicó el protocolo usual de manejo según la guía institucional. Elegibilidad Se descartaron pacientes con Infarto de miocardio con elevación del ST y causas no cardíacas de dolor torácico como neumonía o trauma, o dolor psicógeno. Seguimiento Se realizó seguimiento telefónico y se consultaron los registros electrónicos de los pacientes. Se evaluó la ocurrencia de los eventos cardiovasculares mayores (muerte, infarto de miocardio, revascularización quirúrgica o revascularización percutánea)

Resultados y discusión

RESULTADOS 519 pacientes fueron incluidos en análisis del estudio; 224 tenían MACE a los 30 días (43%). El estadístico C para la escala HEART fue 0.937, para TIMI 0.844 y para GRACE 0.797. ($p < 0.0001$) Un puntaje HEART de 3 o menos tiene una sensibilidad de 99.5% para clasificar correctamente un paciente de bajo riesgo de MACE a 30 días y un valor predictivo negativo de 99%. Además, la prueba de calibración muestra una relación satisfactoria entre la probabilidad esperada y observada de MACE para el grupo de bajo riesgo. DISCUSIÓN Al comparar el estadístico C, la sensibilidad y el valor predictivo negativo de las pruebas, encontramos que el estadístico C fue mayor para el puntaje HEART y para una calificación de 3 puntos, que es el límite para la categoría de bajo riesgo, los valores de sensibilidad y el valor predictivo negativo, están cerca del 100%, superando el rendimiento de los otros dos puntajes. Teniendo en cuenta estos datos, se puede concluir que una puntuación inferior a 3 identifica con alta certeza a los pacientes que pueden manejarse de forma conservadora con seguridad, ya que el riesgo de resultados cardiovasculares adversos es bajo.

Conclusiones

El puntaje HEART discrimina de manera más efectiva los eventos cardiovasculares a 30 días de seguimiento en comparación con las escalas TIMI y GRACE, en pacientes con dolor torácico en un centro de alta complejidad. Permite además, diferenciar con mayor precisión a los pacientes de bajo riesgo de presentación de eventos cardiovasculares mayores, lo que podría permitir una destinación más eficiente de los recursos del sistema de salud.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0069**

El Lupus Eritematoso Sistémico asocia alteraciones arteriales estructurales y funcionales, elevada carga aterosclerótica y reducida reactividad vascular.

Ricardo Robaina**Ernesto Cairoli**

Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Clínica Médica C, Hospital de Clínicas, Universidad de la República

Victoria García-Espinosa**Yanina Zócalo****Daniel Bia**

Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Núcleo Interdisciplinario CUIiDARTE, Universidad de la República, Uruguay.

Introducción

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan mayor morbi-mortalidad cardiovascular, que se ha vinculado a la presencia de “aterosclerosis acelerada”. Por tener la aterosclerosis una presentación heterogénea, existen controversias sobre la forma (fenotipo) en que se presenta en pacientes con LES. Entre las interrogantes se destacan: (1) ¿Es la afectación arterial asociada al LES dependiente de una mayor exposición a factores de riesgo cardiovascular (FRCV) potencialmente existente en estos pacientes? (2) ¿Se presenta la afectación arterial asociada al LES concomitantemente con niveles elevados de presión arterial (PA) aórtica y sobrecarga ventricular? (3) ¿Existe un impacto diferencial sobre características hemodinámicas, estructurales y/o funcionales de territorios arteriales centrales y periféricos?

Objetivo

Determinar si el LES asocia cambios detrimentales en características hemodinámicas (centrales y periféricas) y arteriales (estructurales y funcionales), con independencia de los niveles de exposición a FRCV.

Metodología

Estudio transversal, observacional y analítico. Se incluyeron mujeres sin (Grupo Control, n=428, edad: 47,76±17,39 años) y con LES (n=30; edad: 46,25±16,22 años; con criterios del Colegio Americano de Reumatología), y sin enfermedad cardiovascular diagnosticada. En cada mujer se realizó valoración: (1) clínica y antropométrica y (2) cardiovascular, que incluyó determinación de: (1) PA periférica (braquial; oscilometría) y central (aórtica; tonometría radial), y amplificación centro-periférica del pulso; (2) ateromatosis carotídea y femoral (ultrasonografía), y carga aterosclerótica (número de placas y territorios afectados); (3) rigidez arterial “local” (carotídea y femoral; ultrasonografía) y “regional” (aórtica, y braquio-radial; velocidad del pulso (VOP)), y gradiente de rigidez centro-periférica; (4) diámetros, flujos sanguíneos y resistencias carotídeas, vertebrales y femorales, espesor intima-media carotídeo (EIM) (ultrasonografía Modo-B/Doppler); (5) función endotelial (vasodilatación mediada por flujo, VMF); y (6) parámetros de carga ventricular (ej. Índice de viabilidad sub-endocárdica; tonometría carotídea). Cada variable se comparó (LES vs. Control), antes y después de ajustar por características demográficas, antropométricas y exposición a FRCV. La VOP se ajustó por nivel de PA (VOP). Estadística: Chi-cuadrado y análisis de co-varianza (ANCOVA); umbral estadístico: p<0.05).

Resultados y discusión

La prevalencia de FRCV (dislipemia, tabaquismo, diabetes, obesidad) no mostró diferencias entre grupos (p>0,05). Tras los ajustes mencionados, respecto del Control, el grupo LES presentó: (1) mayor EIM (0,719±0,09 vs. 0,789±0,031 mm, p=0,036), rigidez aórtica (VOP, 1,72±0,06 vs. 2,10±0,18, p=0,049) y gradiente centro-periferia de rigidez (0,86±0,02 vs. 0,98±0,05, p=0,024), y menor VMF (4,56±0,50% vs. 0,75±2,04%, p=0,04), (2) mayor prevalencia de ateromatosis en carótida común (16% vs. 40%, p<0,01) e interna (7% vs. 20%, p<0,03) y femoral (15,7 vs. 31%, p=0,02), y carga aterosclerótica, (3) similares nivel de PA periférica y aórtica, y de carga ventricular (p>0,05); (4) similar diámetro, flujo y resistencias vasculares carotídeas y femorales (p>0,05).

Conclusiones

Respecto de mujeres sin LES expuestas a similar nivel de FRCV, quienes presentaron LES no asociaron mayor PA periférica y/o aórtica, o sobrecarga ventricular. Contrariamente, las mujeres con LES presentaron mayor ateromatosis y carga aterosclerótica, rigidez aórtica (no carotídea o femoral) y gradiente centro-periférica de rigidez arterial; características asociadas a mayor riesgo cardiovascular. Adicionalmente el LES asoció menor VMF y mayor EIM, lo que sugiere asociación con disfunción endotelial e injuria inflamatoria vascular.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0070**

Infección diseminada por *Strongyloides stercoralis* asociada a bacteremia y ventriculitis por *Escherichia coli* en paciente con artritis reumatoidea en tratamiento con infliximab. Reporte de caso.

Jorge Eliécer Rivas IbargüenMedicina Interna Colsubsidio,
Sienrgia COOMEVA.**Guillermo Prada Trujillo**Infectología. Fundación Santafé de
Bogotá. Colombia.

Introducción

Se presenta el caso de una paciente adulta mayor con artritis reumatoidea severa en tratamiento con corticoterapia e infliximab que presenta una infección diseminada por *S. stercoralis* con bacteremia y neuroinfección por *Escherichia coli*.

Caso clínico

Paciente femenina de 75 años de zona rural con historia de artritis reumatoidea severa desde 1995 en manejo con prednisolona e infliximab durante los últimos 2 años, consulta a urgencias por cuadro clínico de 3 días con dolor abdominal difuso de moderada intensidad, deposiciones diarreicas y vómito, disnea leve, fiebre subjetiva, deterioro de la clase funcional, astenia, adinamia y alteración del estado neurológico. Al examen físico hipertensa 150/81, taquicárdica: 112, afebril, taquipneica 20, saturación de oxígeno 88%, con dolor abdominal a la palpación generalizada, sin irritación peritoneal, extremidades con deformidad articular y sinovitis crónica en manos y tobillos, neurológico con somnolencia, desorientación global, afasia, pobre relación con el entorno, sin otros hallazgos. Hemograma con leucocitosis 20.400 y neutrofilia (89.9%), normoglicemia, función hepática y renal normales, trastorno hidroelectrolítico (hiponatremia, hipoosmolar (263), euvolémica, sodio: 124). Radiografía de tórax normal, tomografía toracoabdominal con un pequeño derrame pleural bilateral, leve engrosamiento las paredes del colon derecho, no signos de perforación intestinal ni colecciones intraabdominales, extensa enfermedad diverticular del colon no complicada. Se consideró cuadro séptico origen abdominal y se inició piperacilina tazobactam, reporte de coproscópico con larvas de *Strongyloides stercoralis*, uroanálisis compatible con infección urinaria. Infectología consideró sepsis de origen urinario vs abdominal, se ajustó terapia antimicrobiana a ertapenem, tratamiento de infección por *Strongyloides* con ivermectina (una gota por kilo por 2 dosis). Se obtiene resultado de 2 hemocultivos periféricos con bacilos gram negativos se decide cambio de antimicrobiano a meropenem (para inclusión de tratamiento anti *Pseudomonas*), se realizó intubación orotraqueal para proteger la vía aérea, es trasladada a la unidad de cuidado intensivo y se practica tomografía cerebral simple observándose ventriculomegalia con hidrocefalia activa y niveles líquidos en los ventrículos laterales (1A). Neurología hace punción lumbar con salida de líquido xantocrómico, turbio, proteínas de 831 con glicemia de 26, polimorfos de 1560 neutrófilos de 95%, gram con polimorfonucleares abundantes, formas de bacilos gram negativos y cocos gram positivos, hallazgos compatibles con ventriculitis, se adicionó linezolid, neurocirugía realiza implante intraventricular para administración de medicamentos (reservorio de Ommaya). Se identifica *Escherichia coli* en el urocultivo, hemocultivos y líquido cefalorraquídeo, se redirecciona la terapia antimicrobiana a amikacina 30mg/día por reservorio de Ommaya y ceftriaxona IV con buena modulación de la respuesta inflamatoria sistémica, se traslada a piso con posterior egreso. Se llevó a control tomográfico que muestra craneotomía frontal derecha y catéter de derivación ventricular con reservorio, con su extremo distal proyectado en el tercer ventrículo, en comparación con el estudio escanográfico previo se observa resolución de los niveles líquidos en los ventrículos laterales con discreto menor volumen, sin signos de hidrocefalia activa (1B).

Conclusiones

Se requiere un alto índice de sospecha clínica para diagnosticar tempranamente coinfecciones por bacterias y parásitos que afectan pacientes inmunocomprometidos en este caso por enfermedades autoinmunes con uso de esteroides y biológicos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0071**

Peritonitis Tuberculosa en pacientes no VIH: reporte de 3 casos.

Sofía Rostán

Valentina Más

Andrea Vaucher

Verónica Torres

Hospital Maciel. Montevideo,
Uruguay.

Introducción

La tuberculosis abdominal corresponde al 4-11% de las formas extrapulmonares de tuberculosis, representa el 1-3% del total de la enfermedad tuberculosa. Su frecuencia ha aumentado en los últimos años por el aumento de personas infectadas por HIV, pacientes inmunodeprimidos o sometidos a terapias inmunomoduladoras. Frecuente en pacientes cirróticos, el cuadro clínico está dado por la presencia de ascitis en un 95% de los casos y fiebre.

Caso clínico

Se presentan 3 casos clínicos. Caso 1: mujer de 74 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, hipotiroidismo y hepatopatía de etiología autoinmune en tratamiento con inmunosupresores: azatioparina y prednisona, sin profilaxis para osteopenia o infecciones. Consulta por dolor y distensión abdominal de 20 días de evolución, acompañado de fiebre. Al examen físico: febril, ictericia universal. A nivel abdominal ascitis. Paraclínica: líquido peritoneal descartada Peritonitis bacteriana espontánea, leucocitosis a predominio linfocitario, ADA 57 UI, PCR para TB negativo en 2 oportunidades, bacteriológico directo negativo. Paciente persiste febril sin claro foco infeccioso y se realiza PET SCAN que informa: orienta a una siembra granulomatosa a nivel peritoneal. Cultivo de líquido de ascitis positivo para Mycobacterium Tuberculosis (MT). Caso 2: mujer de 32 años, sana, cursando puerperio. Consulta por síndrome de repercusión general y distensión abdominal de 2 meses de evolución. Del examen se destaca presencia de ascitis, y lesión tórpida indolora en pie. Se realiza fibrolaparoscopia en la que se observa peritoneo engrosado con múltiples nódulos de 1- 2 cm, se toman biopsias. Se realiza biopsia de lesión de pie, ambas compatibles con Tuberculosis. Caso 3: hombre de 31 años, peruano, marino. Consultó por cuadro de 20 días de evolución dado por dolor cólico abdominal, diarrea, astenia y sudoración nocturna. Lúcido, apirético. Ascitis. TC abdomen: confirma la ascitis, sin visceromegalias. Citoquímico del líquido de ascitis: exudado con algunos hematíes, abundantes linfocitos. ADA 94 UI. Baciloscopias negativas. PPD: 25 mm. Fibrolaparoscopia: múltiples nódulos en peritoneo, se confirma MT en histología y el cultivo del líquido. Los tres casos fueron VIH negativos y la radiografía de tórax sin alteraciones. La peritonitis tuberculosa ha aumentado en frecuencia y debemos conocer las herramientas que contamos para su diagnóstico. El análisis del líquido de ascitis es muy orientador, con presencia de glóbulos blancos a predominio linfocitarios. La determinación de ADA es fundamental teniendo una especificidad de 100% y una sensibilidad de 96% para determinados valores de cortes. Tanto la determinación de PCR para MT, como la tinción de Ziehl Nielsen, y el cultivo tradicional tienen baja sensibilidad. Se han incorporado nuevos métodos diagnósticos como el PET SCAN. La fibrolaparoscopia continúa siendo un procedimiento de elección para el diagnóstico de ascitis. El tratamiento es el mismo que para tuberculosis pulmonar y el pronóstico es bueno, tal como evolucionaron estos 3 pacientes.

Conclusiones

Hay aumento de frecuencia de la tuberculosis peritoneal, dado el aumento de pacientes inmunodeprimido no VIH, así como nuevas incorporaciones al algoritmo diagnóstico de nuevas técnicas de imagen que son útiles en los diagnósticos diferenciales, siendo el gold estándar la histología o cultivo de ascitis positivo para MT.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0072**

Adhesión insuficiente a la prevención de la Enfermedad Tromboembólica Venosa en Hospitales Uruguayos. Un grave problema en salud.

Rosario Martínez

Lilián Díaz

Valentina Mérola

Ana Carina Pizzarossa

Natacha Caraballo

Mariela Olivieri

Cecilia Guillermo

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Cecilia Carrizo

Elena De Lisa

Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Rosario Cuadro

Sanatorio Americano.

Ana María Otero

Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Introducción

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) es una complicación médica grave, frecuente y prevenible en el paciente hospitalizado. Si bien se ha demostrado la eficacia de su prevención (farmacológica y/o mecánica), su adhesión es insuficiente a nivel internacional (estudio ENDORSE con adherencia del 39,5% de pacientes médicos y 58,5% en pacientes quirúrgicos) y nacional (estudio multicéntrico de Pérez y cols de 2007 con 35% de adherencia en pacientes médicos y 12% en pacientes quirúrgicos).

Objetivo general:

Contribuir al conocimiento de la realidad nacional sobre trombopprofilaxis en el paciente hospitalizado en vistas a optimizar su adherencia.

Objetivos específicos:

Conocer la prevalencia del riesgo de ETV en la población analizada y evaluar la adherencia a la indicación de trombopprofilaxis.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico de todos los pacientes médico–quirúrgicos internados en salas de cuidado moderado del Hospital de Clínicas, Hospital Maciel y Sanatorio Americano, durante el 26 y 27 de Abril 2017. Se estudiaron variables sociodemográficas, porcentaje de pacientes en riesgo de ETV (para ello se aplicaron el score de Padua en paciente médico y Caprini en paciente quirúrgico). Dentro de los pacientes en riesgo, se valoró el porcentaje que reciben trombopprofilaxis farmacológica.

Resultados y discusión

Se incluyeron 427 pacientes médico–quirúrgicos. La población presentó una mediana de edad de 61 años (47-71 años) y el 58,5% de la población era de sexo masculino. De los 427 pacientes, 63% (269) presentaban patología médica y 37% (158) patología quirúrgica. Del total, 68,9% (294) se encontraban en riesgo de ETV, de los cuales 55,8% (164) recibían profilaxis farmacológica. No la recibían por omisión 19,4%(57), por contraindicación 18,4%(54) y por estar anticoagulados 6,4% (19). De lo que se desprende que solo 62,2% (183) de los pacientes estaban “protegidos” para ETV (se arriba a este porcentaje al sumar pacientes que recibían trombopprofilaxis correctamente indicada con anticoagulados). Ninguno de los pacientes con contraindicación para trombopprofilaxis farmacológica recibía medidas mecánicas. De los pacientes médicos que tenían indicación (165), la adhesión fue del 66,7% (110), no recibían por omisión 8,5% (14), por contraindicación 16,3% (27) y por estar anticoagulados 8,5% (14). 75,2% de este grupo de pacientes estaban “protegidos” para ETV. De lo pacientes quirúrgicos en riesgo (129), 41,9% (54) estaban recibiendo trombopprofilaxis farmacológica. No la recibían por omisión 33,3 % (43), por contraindicación 20,9% (27) y por estar anticoagulados 3,9% (5). 45.7% de este grupo de pacientes estaban “protegidos” para ETV. Se encontró que la población de pacientes médicos en riesgo que reciben trombopprofilaxis es estadísticamente mayor que la de los pacientes quirúrgicos en riesgo que la reciben ($p < 0,001$). De los 130 pacientes que no tenían indicación de trombopprofilaxis farmacológica, 9,3% (12) la recibían. Todos estos pacientes presentaban patología médica.

Conclusiones

En nuestro estudio encontramos un 68,9 % de pacientes en riesgo, lo que confirma que es un problema grave y frecuente. Con respecto a la tromboprofilaxis, si bien objetivamos una franca mejoría con respecto a estudios nacionales previos, creemos que es aún insuficiente y debemos seguir trabajando esta línea.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0073**

Caracterización epidemiológica y manejo de sepsis en pacientes del servicio Medicina Interna Hospital Escuela Universitario.

Marlen Abigail Cruz Joya

Eddy Jose Martinez Brocato

Bayron Josué Rodriguez Degrandes

UNAH, Honduras.

Introducción

La sepsis es entendida como una secuencia de estadios progresivos de una sola enfermedad, dada la alta mortalidad asociada se requiere de una identificación oportuna de cada estadio para dar un manejo eficaz. En el año 2016 la Surviving Sepsis Campaign propone nuevos criterios para la definición de Sepsis y Choque Séptico, así como la utilización de escalas para identificar pacientes con riesgo de sepsis como Quick Sofa. La incidencia anual de sepsis en Estados Unidos es de 240 casos por cada 100,000 habitantes lo que representa un costo anual de 17 billones de dólares, en algunos países de Latinoamérica la prevalencia es de 5%, Honduras no cuenta con estudios sobre prevalencia ni características epidemiológicas de dichos síndromes, por lo cual se estimó conveniente la realización de este estudio.

Objetivo

Identificar las características epidemiológicas y manejo de sepsis en pacientes de Medicina Interna Hospital Escuela Universitario

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, transversal, con una duración de 29 meses en las salas de hospitalización y emergencia de Medicina Interna (MI) del Hospital Escuela Universitario (HEU). Realizándose una revisión de expedientes clínicos, seleccionándose al azar 600 de un total de 2790 que tenían como diagnóstico principal sepsis, 288 cumplieron los criterios de inclusión, en el periodo de enero de 2015 a junio de 2017. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento de 29 preguntas, registro de escalas SOFA, qSOFA y criterios diagnósticos SIRS. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa EPI-INFO versión 7.1.4.0 para Windows.

Resultados y discusión

Durante los 29 meses del estudio se atendieron 266,410 pacientes en las salas de Medicina interna; la prevalencia de sepsis fue de 10%. La edad promedio de los pacientes fue 56.5 años el diagnóstico de sepsis no difiere del sexo; pero en choque séptico se presentó con mayor frecuencia en mujeres (56%). 42% de los pacientes acudieron en busca de asistencia médica dentro de las primeras 72 horas de presentar síntomas, mientras 68% de pacientes con choque séptico se presentaron después de 72 hrs. Los focos de infección prevalentes fueron Respiratorio y Urinario (51%), se realizaron cultivos en el 45% de los casos, resultando positivos en un 45%, los principales gérmenes aislados fueron E. coli (36%) y S. aureus (27%). La toma de cultivos se retrasó hasta más de 4hrs en un 84%. El inicio de antibiótico se demoró más de dicho tiempo hasta en un 81%. El líquido de reanimación más utilizado fue solución Hartman en un 73%. El vasopresor más utilizado fue Norepinefrina en 95% de los casos, y solo en el 41% de los pacientes se indicó esteroides. La mortalidad fue del 10% entre todos los pacientes del estudio.

Conclusiones

Este estudio es el primero en evaluar las características epidemiológicas, manejo y evolución de los pacientes adultos que acuden con diagnóstico de sepsis a la emergencia del principal centro hospitalario hondureño, es importante poseer casuística local para comparar lo encontrado con datos internacionales, con el fin de mejorar la evaluación y manejo de la población.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0074**

Caracterización sociodemográfica y clínica de individuos con accidente ofídico referidos a un centro médico de tercer nivel del nororiente colombiano.

Pedro Alexander Guerrero
Serrano

Introducción

Lizeth Catherine Rodriguez
Corredor

Alrededor del mundo existen aproximadamente 3.000 especies de serpientes, de las cuales al menos 375 poseen veneno. Desde Abril del 2009 los accidentes por mordedura de serpiente se encuentran en la lista de enfermedades tropicales desatendidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Colombia, en el año 2014 se notificaron 4.232 casos de accidente ofídico confirmados, con una incidencia nacional de 9,1 casos por 100.000 habitantes; siendo las regiones más afectadas la Orinoquía con 4,18 casos por 100 mil habitantes y la Amazonía con 4,15 casos por 100 mil habitantes, seguidos por Vaupés, Guaviare, Vichada, Arauca y Casanare.

Universidad Industrial de Santander.
Colombia.

Objetivo

Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con accidente ofídico referidos a un centro de tercer nivel de Bucaramanga, Santander.

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnóstico de accidente ofídico remitidos para manejo en un hospital de tercer nivel entre los años 2012 y 2016; se realizó el análisis descriptivo mediante reporte de frecuencias absolutas y relativas de las variables.

Resultados y discusión

Se incluyeron 140 individuos en el estudio, de los cuales 103 (73,57%) eran del género masculino, la media de edad fue de 35,8 (\pm 21,7) años, el mayor número de casos de accidente ofídico se presentó en el año 2016 (28,5%), siendo el accidente botropico el de mayor frecuencia (70%). Las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio son reportadas en la tabla 1. Con respecto a la localización de la mordedura se reportaron las extremidades inferiores como el lugar de mayor afectación (63,6%), el tiempo promedio de evolución del cuadro clínico al llegar a nuestro centro médico fue de 19 (\pm 40,7) horas y los síntomas referidos en orden de frecuencia fueron edema (77,9%), dolor (70%) y equimosis (23,6%). Dentro del manejo inicial se observó que en promedio se utilizaron 7 (\pm 3,5) ampollas de suero antiofídico, el suero utilizado más frecuentemente fue el polivalente (87,7%) y la mayor parte de individuos recibieron manejo antibiótico (86,4%) y toxoide tetánico (72,7%) como parte del tratamiento. La complicación más frecuente fue la infección del sitio de mordedura (11,4%) seguida de la transfusión (9,3% y en menor proporción el síndrome compartimental (6,4%). DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos no difieren significativamente de los estudios previos revisados ni del porcentaje nacional. En cuanto a letalidad en el periodo estudiado fue del 0,8%, se encontró que es superior a la letalidad nacional que se encuentra en un 0,4% por cada 100.000 habitantes en el reporte del 2016; sin embargo, se puede considerar que un evento de baja letalidad. Sigue siendo similar a los resultados nacionales, el hecho de que un 92,1% de la población afectada prevenía de zona rural, afectando predominantemente a la población masculina.

Conclusiones

El accidente ofídico es un evento de interés en salud pública dado el carácter creciente y el impacto en la población. La sintomatología clínica, los hallazgos paraclínicos, las complicaciones y las secuelas son variables y dependen del tiempo transcurrido entre el momento de la mordedura y la administración del suero antiofídico.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0075**

Hipovitaminosis D en pacientes obesos mórbidos en el Hospital Maciel.

Stefania Castelnovo

Eugenia González

Luciana Ruiz

Gonzalo Salgado

Camila Sánchez

Andrea Singer

Valentina Más

Andrea Vaucher

Introducción

La obesidad es una pandemia del siglo XXI. Pertenecer al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles y prevenibles. Es considerado un factor de riesgo cardiovascular independiente que aumenta el riesgo de desarrollar estados de resistencia a la insulina y/o diabetes mellitus (DM), enfermedad coronaria e hipertensión arterial (HTA). Se ha observado una relación inversa entre el índice de masa corporal (IMC) y la biodisponibilidad de vitamina D, determinando una hipovitaminosis D en pacientes obesos mórbidos.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es describir la asociación entre la deficiencia de vitamina D y la obesidad mórbida, así como con determinados factores de riesgo cardiovasculares (DM, HTA y dislipemia).

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se seleccionó una muestra por conveniencia de pacientes obesos mórbidos asistidos en la programa de obesidad y cirugía bariátrica (POCB) del Hospital Maciel durante el período de abril 2016 a marzo 2018, que cuenten con dosificación de vitamina D plasmática y consentimiento informado. El análisis de los datos se realizó con el software EPI INFO versión 3.5.3. La información fue recolectada en Excel 2010. Se utilizó un alfa de 0.05 como nivel de significación. Los métodos estadísticos fueron regresión lineal simple y ANOVA y chi².

Resultados y discusión

La población de estudio cuenta con un n=31, una media de edad de 42 años, predominando el sexo femenino (90%). El 96,77% presentó hipovitaminosis D. La correlación entre vitamina D y el IMC mostró una r= -0,3863, significando una relación inversa de fuerza moderada entre ambas variables. El ANOVA determinó que no hay diferencias significativas entre las medias de vitamina D en los distintos grados de obesidad. Sobre la relación entre la deficiencia de vitamina D y los factores de riesgo cardiovasculares, los resultados fueron: $\chi^2=0,2589$ para la hipertensión, $\chi^2= 0,1242$ para diabetes y $\chi^2= 0,1245$ para dislipemia, descartándose una relación de dependencia con la hipovitaminosis D.

Conclusiones

Se reportó asociación entre obesidad mórbida e hipovitaminosis D. Estos datos concuerdan con lo descrito hasta el momento pero faltan estudios observacionales e intervencionistas que evidencien el impacto de esta asociación y así poder realizar intervenciones terapéuticas. No se pudo demostrar una relación de dependencia con los factores de riesgo cardiovascular, reconociéndose como limitantes de este estudio el n de la muestra, rango etario y sexo.

Hospital Maciel. Montevideo,
Uruguay.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0077**

Pantoea dispersa como causa de peritonitis asociada a diálisis peritoneal: reporte de caso.

Martha Patricia Rodríguez Sanchez

Diana Carolina Vargas Angel

Paola Karina García Padilla

Carlos Andrés Mejía

Pontificia Universidad Javeriana.

Kateir Mariel Contreras Villamizar

Camilo Alberto González González

Hospital Universitario San Ignacio.
Colombia.

Introducción

La peritonitis bacteriana (PB) es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en diálisis peritoneal y una de las principales causas de transferencia a hemodiálisis. Se describe un caso de peritonitis por *Pantoea dispersa*.

Caso clínico

Mujer de 68 años con ERC etiología desconocida en diálisis peritoneal automatizada, antecedente de deficiencia de factor VII y peritonitis recurrente por *S. aureus* meticilino sensible. Ingresó con dolor abdominal y líquido turbio, extrusión del cuff externo. El citoquímico de líquido peritoneal confirmó peritonitis y se aisló *Enterococcus hirae* y *Pantoea dispersa*. Recibió tratamiento con ampicilina intravenosa y amikacina intraperitoneal por 21 días, según sensibilidad reportada en el antibiograma para cubrimiento de ambos gérmenes. Debido a la recurrencia de la peritonitis, se indicó retiro y colocación del catéter peritoneal en el mismo procedimiento, previa administración de factor VII.

Discusión

La PB, es una condición frecuente en diálisis peritoneal, ocasiona mayor morbimortalidad, riesgo de falla y pérdida de la membrana peritoneal requiriendo cambio a hemodiálisis. El dolor abdominal y el líquido peritoneal turbio son manifestaciones comunes. En el 65% de los casos, los microorganismos gram positivos son los agentes responsables, en especial, estafilococos coagulasa negativos. De acuerdo a la búsqueda realizada, éste corresponde al primer caso de *Pantoea dispersa* como agente etiológico de peritonitis. La *Pantoea* es un bacilo gram negativo, rara vez descrito como agente infeccioso en humanos. La literatura reporta casos de infección respiratoria, sepsis neonatal y bacteriemia asociada a catéter venoso central.

Conclusiones

La *Pantoea dispersa* es un germen muy infrecuente, hasta el momento no descrito en pacientes en diálisis peritoneal. El cubrimiento antibiótico y el cambio del catéter peritoneal, permitieron una mejoría significativa de la paciente y la continuidad en diálisis peritoneal.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0078**

Determinantes de mortalidad en pacientes con fibrilación auricular hospitalizados en servicios médicos.

Iria Iñiguez Vázquez

Introducción

María Matesanz Fernández

Eva María Romay Lema

Pablo Ventura Valcarcel

Juan Carlos Piñeiro
Fernández

Rafael Monte Secades

Emilio Casariego Vales

Hospital Universitario Lucus Augusti.

El comportamiento clínico de los pacientes con Fibrilación Auricular (FA) hospitalizados es poco conocido.

Objetivo

Conocer las características clínicas de los pacientes con FA hospitalizados en servicios médicos y establecer que factores son determinantes en el pronóstico.

Metodología

Estudio de cohortes de todos los pacientes ingresados en todos los servicios del área médica del hospital de Lugo (España) entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Seleccionamos a los pacientes con multimorbilidad al ingreso, definidos como la presencia de dos o más enfermedades crónicas entre las consideradas en el German Multicare Study. En el estudio univariante de supervivencia utilizamos el método de Kaplan- Meier, el test de Long Rank en la comparación entre curvas de supervivencia y el modelo de riesgos proporcionales de COX en el cálculo de los factores pronósticos independientes de mortalidad.

Resultados y discusión

En el periodo señalado se registran 170.978 ingresos hospitalarios (30.633-17,9%- con FA) correspondientes a 74.220 pacientes (14.538-19,6%- con FA). El 97,5% de los pacientes con FA hospitalizados presentan multimorbilidad. este grupo de pacientes son de mayor edad (78,6 +/- 10,0 vs. 71,9 +/- 14,2), mayor estancia hospitalaria (35,1 +/- 37,3 vs. 25,2 +/- 33,2), tasas de reingresos (3,1 +/- 2,9 vs. 2,2 +/- 2,4) y mortalidad (27,1% vs 20,5%) que los que no la presentan. En el análisis de Cox se puede apreciar que la FA por si misma no es un factor que, de manera independiente, modifique la probabilidad de supervivencia en estos pacientes. Por lo contrario, la presencia de insuficiencia cardiaca (RR= 1,49), ictus (RR=1,15), edad (RR= 1,04) y sexo (RR= 1,20) son los factores que tienen más peso en el pronóstico de los pacientes. Por ello, en primer lugar, se repite el mismo análisis segmentando por sexo. En este análisis se aprecia que mientras en las mujeres todos los factores incluidos son predictores independientes de mortalidad, en los varones solo la insuficiencia cardiaca y la edad son factores relevantes en el pronóstico. En segundo lugar, cuando estratificamos por grupos de edad se observa que entre los 51-70 años la presencia de FA es protectora de mortalidad. Sin embargo, entre los 71-80 años su significado pronóstico vira y, a partir de los 81 años es un factor que indica peor pronóstico. Una evolución similar tiene la presencia de sufrir un ictus: donde solo tiene valor pronóstico a partir de los 70 años. Por último, la insuficiencia cardiaca es el factor más determinante en el pronóstico de estos pacientes, manteniendo un peso importante sobre la mortalidad a partir de la edad de 51 años (RR que oscilan entre 1,44 y 1,59 según el grupo de edad).

Conclusiones

Este estudio muestra que el perfil de pacientes con FA y multimorbilidad hospitalizados es: edad avanzada y mayor número de ingresos, estancia media y mortalidad que los pacientes que no la presentan. El papel que juega la FA como factor pronóstico de mortalidad en pacientes con multimorbilidad varía en función de la edad y el sexo del enfermo.

María Teresa Seoane
PilladoHospital Universitario da Coruña.
España.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0079**

Hiponatremia aislada y persistente en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca, prevalencia y factores asociados.

Sergio Alfredo Vedia Pella**Pablo Álvarez****Gabriela Ormaechea**Hospital de Clínicas. Montevideo,
Uruguay.

Introducción

La prevalencia de hiponatremia en insuficiencia cardíaca (IC) es alta. Está asociada a la activación neurohormonal la que, a su vez, es proporcional al grado de disfunción ventricular. La hiponatremia es un marcador pronóstico independiente en la IC con Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida. Respecto a la variación de la natremia en IC, se ha comprobado que la normalización del sodio en pacientes hospitalizados se asocia a mejor pronóstico mientras que la hiponatremia mantenida o su agravación conllevan peor pronóstico. Pocos de estos estudios se han realizado en pacientes ambulatorios, y no se ha determinado un punto de corte o definición para aquellos pacientes que modifican o mantienen su hiponatremia.

Objetivo

Este estudio tiene por objetivos evaluar la prevalencia de hiponatremia aislada y persistente en una población ambulatoria con IC con FEVI reducida y analizar posibles asociaciones con factores clínicos y farmacológicos.

Metodología

Estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico. Se recolectó información de todos los pacientes en seguimiento activo durante el año 2016 en la policlínica de la Unidad Multidisciplinaria de IC (UMIC) del hospital de clínicas, Montevideo Uruguay. Se definió hiponatremia aislada al valor hallado de sodio sérico (≤ 137 mEq/L) en una sola oportunidad con corrección posterior a los 3 a 6 meses e hiponatremia persistente cuando este valor se mantenía en rango de hiponatremia durante al menos 3 meses consecutivos. Se presentan frecuencias para la descripción de variables cualitativas y medidas de resumen para las continuas. Se utilizó test t de Student para muestras independientes con variables continuas y test Chi cuadrado o exacto de Fisher en los casos necesarios.

Resultados y discusión

Se reclutaron 344 pacientes. No hubo diferencia en relación a sexo y edad. La relación de FEVI fue de 36% +/- 1%. EL 11.3 % presentaba una Clase funcional (CF NYHA) de III-IV. EL 88.7% y 93.9% se encontraban bajo tratamiento con enalapril y betabloqueantes respectivamente. (Tabla 1). La prevalencia de la hiponatremia fue 14%, 50% fue aislada y 50% persistente. No hubo asociación de hiponatremia aislada o persistente con la severidad de la FEVI, etiología de IC, o el uso de fármacos como betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. Se halló una asociación negativa de Hiponatremia persistente con CF ($p < 0,001$), Nivel de ProBNP ($P = 0,001$) y una asociación positiva (Factor protector) con el uso de IECA (OR 0.287 [IC 95% 0.111;0.739] $P = 0,014$). (Tabla 2)

Tabla 1.
Características clínicas de la población en estudio.

	Total pacientes n=344
<i>Edad (años)</i>	64.9 (22 a 89)
<i>Género (%)</i>	
Masculino	239 (69.5%)
<i>Etiología (%)</i>	
Isquémica	160 (46.5%)
No Isquémica	184 (53.5%)
<i>FEVI (%)</i>	36% ± 1
<i>CF (NYHA) (%)</i>	
I-II	305 (88.7%)
III-IV	39 (11.3%)
<i>Fármacos (%)</i>	
Betabloqueantes	323 (93.9%)
IECA/ARA 2	305 (88.7%)
Antagonista de aldosterona	94 (27.3%)
Digoxina	39 (11.3%)
<i>Diuréticos (%)</i>	
Tiazidicos	15 (4.4%)
Furosemide	225 (65.4%)
<i>Comorbilidades (%)</i>	
HTA	244 (70.9 %)
DM	93 (27%)
TRR	12 (3.5%)
Resincronización cardiaca	11 (3.2%)
<i>Hiponatremia (%)</i>	
Aislada	24 (6.9%)
Persistente	25 (7.0%)
Total	49 (14.3%)
<i>NT-ProBNP (Pg/dl)</i>	
Inicial	1264 ± 128.43
3 a 6 meses	1117 ± 134.55

FEVI, Fracción de Eyección del Ventriculo Izquierdo; CF, Clase Funcional (New York Heart Association); IECA/ARA2, Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina/ Antagonista de los Receptores de Angiotensina II; HTA, Hipertensión arterial; DM, Diabetes Mellitus; TRR, Terapia de Reemplazo Renal. NT-ProBNP, N-Terminal Pro Brain Natriuretic Peptidic.

Hiponatremia Aislada, sodio sérico = de 137 mEq/l en una sola oportunidad.

Hiponatremia Persiste, sodio sérico = de 137 mEq/l en dos tomas consecutivas separadas de al menos 3 meses (3 a 6 meses).

Tabla 2.
Asociación de variables con hiponatremia aislada e hiponatremia persistente.

	Hiponatremia aislada <i>P</i> OR (95%; CI)	Hiponatremia Persistente <i>P</i> OR (95%; CI)*
Etiología		
Isquémica de IC	0.461	0.173
<i>FEVI</i> , = 40%	0.369	0.597
<i>Clase Funcional</i> III-IV	0.852	<0.001 5,419 (2,205 a 13,315)
<i>NT-ProBNP</i> >900	0.537	0.001
<i>IECA/ARA 2</i>	0.472	0.014 0,287 (0,111 a 0,739)
<i>Beta Bloqueantes</i>	0.440	0.188
<i>Antagonistas de Aldosterona</i>	0,246	0,937

* Se presenta el OR (95%; CI) solo de aquellas variables con *P* significativa (≤ 0.05).

IC, Insuficiencia Cardíaca; FEVI, Fracción de Eyección del Ventriculo Izquierdo; CF, Clase Funcional (New York Heart Association); IECA/ARA2, Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina/ Antagonista de los Receptores de Angiotensina II; NT-ProBNP, N-Terminal Pro Brain Natriuretic Peptidic.

Conclusiones

La prevalencia de hiponatremia en nuestros pacientes ambulatorios fue alta. La hiponatremia persistente se asoció a peor clase funcional y peores valores de ProBNP. Así mismo el uso de enalapril tendría al parecer un papel protector.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0080**

Prevalencia de nuevos eventos coronarios en una unidad de prevención secundaria.

Sergio Alfredo Vedia Pella

Hospital de Clínicas.

Victoria Trelles**Pablo Álvarez**

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial. El manejo y tratamiento en prevención secundaria de esta, esencial a corto y largo plazo, ha avanzado notablemente en los últimos 20 años, logrando disminuir significativamente su morbimortalidad. Es importante identificar aquellos factores asociados a nuevos eventos cardiovasculares de manera que se pueda reducir el riesgo. Las policlínicas de prevención secundaria tienen como objetivo la reducción de este riesgo por medio de un manejo multidisciplinario e individualizado de los pacientes. Sin embargo, el riesgo cardiovascular post evento coronario en estos pacientes permanece elevado, particularmente durante el primer año.

Objetivo

Determinar la prevalencia de nuevos eventos coronarios en un periodo menor de un año de un primer evento coronario con requerimiento de revascularización. Así mismo, buscar asociación con características demográficas, clínicas, y farmacológicas.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo transversal de prevalencia, con asociación de variables. Se reclutaron pacientes asistidos en la Unidad de Prevención Secundaria del Hospital de Clínicas entre 2006-2016. Se incluyeron pacientes revascularizados, entre 18 y 70 años, sin antecedentes de procedimientos de revascularización previos al evento coronario índice (de ingreso al programa) y se caracterizó a la población buscando asociaciones con nuevos eventos coronarios dentro del primer año de ingreso. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar, mediana, rango, máxima y mínima; y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y porcentuales. Para el análisis, las variables continuas se compararon mediante la prueba t de Student y las cualitativas, mediante la prueba de χ^2 , según corresponda. Se utilizó la corrección de Yates en aquellas variables con valores esperados menores a 5. Los resultados se expresaron como OR (odds ratio) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados y discusión

De 673 pacientes, 53 (7,9%) presentaron un nuevo evento coronario, de éstos, 66% fueron hombres. Los factores de riesgo más frecuentes fueron con un 83% hipertensión arterial, 79% tabaquismo, 77% sobrepeso/obesidad, 59% dislipemias, y 26% diabetes. El 85% y 15% fueron sometidos a angioplastia y cirugía cardíaca de revascularización, respectivamente. La hipertensión arterial [P= 0,001548. OR 2,903 (1,392; 6,056)] y la obesidad grado 3 [0,03429. OR 2,971 (1,073; 8,228)] se asociaron de manera estadísticamente significativa al nuevo evento coronario. Se encontró una tendencia de asociación para la obesidad grado 2, que no fue estadísticamente significativa. El enalapril mostró tener un poder protector de hasta un 50%, sin embargo no tuvo significancia estadística. No se encontró asociación entre el nuevo evento y las variables restantes.

Conclusiones

La prevalencia de nuevo evento coronario fue baja pero relevante. La frecuencia de comorbilidades fue alta, evidenciándose 3 o más comorbilidades en más de la mitad de los pacientes. Factores de riesgo clásicos como la hipertensión y la obesidad estuvieron asociados a nuevos eventos coronarios.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0082**

Aspergilosis por implantación, a propósito de un caso clínico.

Santiago Gemelli**Elisa Cabeza****Noelia Ferreira****Graciela Pérez****Julio Medina**Hospital de Clínicas. Cátedra de
Enfermedades Infecciosas. Uruguay.

Introducción

Las presentaciones clínicas de la aspergilosis configuran procesos invasivos, semiinvasivos así como no invasivos, lo cual estará determinado principalmente por el status inmunitario del paciente y por el mecanismo de inoculación del hongo. La afección cutánea por *Aspergillus* spp, puede ser traducción de la diseminación de una infección fúngica invasiva (IFI), así como la afectación localizada entre quienes han perdido la integridad de la piel. Esta última llamada micosis por implantación es poco frecuente y se produce al inocular conidias en pacientes quemados o durante la colocación de catéteres venosos o arteriales en condiciones deficientes de asepsia de piel.

Caso clínico

Presentamos un caso clínico en paciente de sexo masculino de 54 años de edad, en el que se diagnostica concomitantemente infección por VIH, en estadio SIDA y linfoma no hodgkin difuso a grandes células B. Recuento de CD4 de 33/mm³. Se inicia tratamiento antirretroviral y profilaxis con trimetoprima-sulfametoxazol y azitromicina. Posteriormente quimioterapia (QT). A los 6 días del inicio de la QT instaura neutropenia profunda. A las 24 horas del inicio de la neutropenia presenta único registro febril y en sitio de punción de vía venosa periférica (vvp) proceso ulcerado con secreción serohemática que se interpreta como flebitis de miembro superior izquierdo. Se inicia tratamiento empírico en base a vancomicina y meropenem el cual recibe por 14 días. Se realizan hemocultivos, que resultan sin desarrollo bacteriano inespecífico. Evolución en apirexia pero con persistencia de la lesión a pesar del tratamiento antibiótico. Se realiza biopsia para estudio micológico la cual evidencia en estudio directo, filamentos hialinos y cultivo a las 48 horas con desarrollo de *Aspergillus fumigatus*. Con planteo de micosis por implantación por *Aspergillus fumigatus* se inicia tratamiento con anfotericina B desoxicolato que se rota a voriconazol a los 7 días. Se realiza resección de tejidos comprometidos sin evidencia de afectación profunda. Cultivo de tejido resecado desarrolla *Aspergillus fumigatus*. Excelente evolución de la lesión cutánea. No reitera registros febriles ni sintomatología evocadora de IFI. Enfermedad hemato-oncológica en remisión. Completa 6 semanas de tratamiento antifúngico.

Conclusiones

Si bien no se conoce el porcentaje de infecciones fúngicas en lesiones de piel asociadas a sitios de punción venosa o arterial, se debe siempre sospechar las mismas cuando la evolución no es favorable bajo correcta antibioticoterapia. La confirmación microbiológica es esencial para diferenciar de otros patógenos más comunes como los staphylococcus o los bacilos gram negativos (BGN). Dentro de las causas fúngicas se destacan además la mucormicosis y el fusarium. Siempre considerar la intervención quirúrgica asociada a la terapia antifúngica.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0083**

Características de la enfermedad por virus herpes simple 1 y 2 (VHS-1, VHS-2) y virus varicela-zóster (VVZ) en el programa de trasplante hepático (TH) en Montevideo, Uruguay.

Noelia Ferreira¹

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, UdelaR, Hospital de Clínicas.

Jimena Prieto²

Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas complejas (Trasplante Hepático), Hospital Militar.

Julio Medina³

Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas complejas (Trasplante Hepático), Hospital Militar. Cátedra de Enfermedades Infecciosas, UdelaR, Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay.

Introducción

En TH el principal factor de riesgo para la reactivación viral es el grado de inmunosupresión, situándose la incidencia para VHS entre 25-35% y para VVZ de 2-20%. La presencia de complicaciones graves como hepatitis, neumonitis o encefalitis están reportadas en series de casos, con una baja incidencia, pero con alta morbimortalidad en los pacientes afectados.

Objetivo

Evaluar incidencia, clínica, momento de presentación y factores predisponentes para VHS-1, VHS-2 y VVZ.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de la enfermedad herpética por VHS y VVZ en pacientes receptores de TH desde julio de 2009 a julio de 2018 en la Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas complejas (Trasplante Hepático), Montevideo- Uruguay. Análisis univariado, utilizando SPSS Statistics versión 23.

Resultados y discusión

Se trasplantaron 175 pacientes. La incidencia de enfermedad por VHS y VVZ fue de 14%. Veinticinco pacientes tuvieron un total de 30 casos: 4 pacientes presentaron más de 1 episodio. Veinte casos (67%) fueron VHS (18 pacientes con diagnóstico mediante biología molecular y 2 pacientes con diagnóstico exclusivamente clínico); 10 casos (33%) fueron VVZ (4 pacientes con diagnóstico molecular y 6 con diagnóstico clínico). Los casos con VHS se presentaron con úlceras bucales en n=15 (75%) y úlceras genitales n= 5 (25%). La presentación tuvo una mediana de 20 meses (P25-P75: 1-16), con 8 casos (40%) en el primer mes. El 35% curso con rechazo hepato-celular previo al evento. En los pacientes con VVZ la presentación clínica más frecuente fue la mono-metamérica n=6 (60%), seguido por la multi-metamérica n=3 (30%) y n=1 (10%) se presentó como enfermedad diseminada en piel. La presentación tuvo una mediana de 18 meses (P25-P75: 6-13); con 7 casos (70%) que se presentaron más allá de los 6 meses. El 27% curso con rechazo hepato-celular previo al evento. No se registraron complicaciones graves ni por VHS ni VVZ.

Conclusiones

Uno de cada 7 pacientes presentó al menos un episodio de reactivación por VVZ o VHS. Un tercio presentó rechazo previo al evento, marcando un nivel mayor de inmunosupresión como factor de riesgo adicional y uno de cada 3 pacientes con VHS se presentó en el primer mes. Este perfil de comportamiento justificaría el uso de profilaxis universal dentro del primer mes post trasplante y también luego de cada episodio de rechazo.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0084**

Histoplasmosis y tricoleucemia: asociación inusual de micosis endémica en paciente hematooncológico.

Elisa Cabeza Díaz**Martín López Cáceres****Graciela Pérez Sartori****Julio Medina Presentado**Hospital de Clínicas, Facultad de
Medicina. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La histoplasmosis es una micosis endémica en Uruguay, causada por *Histoplasma capsulatum*, frecuente en los pacientes VIH/ SIDA. Si bien no es un agente frecuente de infecciones fúngicas invasivas (IFI) en pacientes hemato-oncológicos algunas revisiones muestran una incidencia aumentada en los pacientes con Tricoleucemia comparando con otras enfermedades hemato-oncológicas.

Caso clínico

Se presenta un caso clínico de Histoplasmosis diseminada en contexto de diagnóstico de Tricoleucemia y se realiza revisión de la literatura.

Paciente de SM 72 años, que consulta en servicio de emergencia por repercusión general de dos semanas de evolución y lesiones de piel a nivel de miembros inferiores, cara y paladar duro de igual tiempo de evolución. Lesiones que inicialmente configuran pápulas, con posterior ulceraciones centrales y costra necrótica, indoloras y no pruriginosas. Al ingreso paciente con intenso adelgazamiento, lesiones descritas, palidez cutáneo-mucosa, febril y con confusión mental, resto del examen físico sin alteraciones. De la paraclínica inicial se destaca anemia severa, leucopenia severa, recuento total de neutrófilos de 100 cel/ mm³, Proteína C reactiva de 144. Se realiza biopsia de médula ósea que evidencia proceso linfoproliferativo compatible con Tricoleucemia. Se realiza tomografía computarizada de cráneo, macizo facial, tórax, abdomen y pelvis en búsqueda de posible etiología infecciosa en la que se destacar ocupación parcial de ambos senos maxilares, complejo osteomeatal derecho ocupado, derrame pleural bilateral sin alteraciones parenquimatosas a nivel pulmonar y esplenomegalia. Se realizan hemocultivos, mielocultivo, cultivo de material obtenido a través de punción de senos maxilares, resultando negativos en la búsqueda de etiologías bacterianas inespecíficas y específicas, así como etiologías fúngicas. Antígeno galactomanano en suero negativo en 3 oportunidades. Examen micológico de lesiones de piel, resulta directo negativo, cultivo que desarrolla a los 5 días *Histoplasma capsulatum*. Con diagnóstico de histoplasmosis en paciente severamente inmunodeprimido se inicia tratamiento con anfotericina B desoxicolato, a las 72 horas de iniciado no reitera registro febriles. Mejoría de lesiones en piel a las 2 semanas de iniciado el tratamiento antifúngico con resolución total a las 4 semanas. Dada la urgencia onco-hematologica se inicia tratamiento quimioterapico con Cladribina a las 4 semanas de iniciado el tratamiento antifúngico, paciente que se mantiene sin sintomatología ni signología evocadora de histoplasmosis durante dicho tratamiento. Se suspende itraconazol una vez cumplidos 6 meses desde el inicio de la quimioterapia.

Conclusiones

La asociación de histoplasmosis y tricoleucemia es muy rara; existiendo pocos casos reportados en la literatura. La histoplasmosis en poblaciones de bajo riesgo puede ser subdiagnosticada o diagnosticada tardíamente. En pacientes onco hematológicos las lesiones de piel suelen ser variadas y la carta de presentación de IFI. En pacientes con éstos modelos de inmunosupresión no está claramente establecido el tiempo de tratamiento ni de terapia de mantenimiento, aunque hay cierto consenso en que sea prolongado/por lo menos 6 meses.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0085**

Fusariosis invasiva, a propósito de dos casos clínicos.

Elisa Cabeza Díaz**Martín López Cáceres****Santiago Gemello Dávila****Noelia Ferreira Aparicio****Graciela Pérez Sartori****Julio Medina Presentado**

Cátedra de Enfermedades
Infecciosas, Hospital de Clínicas,
Facultad de Medicina. Uruguay.

Introducción

La fusariosis es la infección producida por hongos del género *Fusarium* spp, ubicos en la naturaleza. En pacientes inmunodeprimidos se presenta como una infección fúngica invasiva (IFI), con presentación grave-clásica pero de difícil diagnóstico y tratamiento. Ésta IFI presenta una elevada mortalidad a pesar de tratamientos bien instaurados. Los pacientes con leucemias agudas mieloblásticas (LAM) y linfoblásticas (LAL) son un grupo de especial riesgo.

Caso clínico

Presentamos dos casos clínicos de fusariosis invasiva en pacientes con diagnóstico de LAM, bajo profilaxis antifúngica, en los primeros treinta días del inicio de la quimioterapia. Pacientes de 53 y 56 años respectivamente, en tratamiento quimioterápico, que cursaron con neutropenia profunda y prolongada desde la 1ª semana, recibiendo profilaxis antifúngica con fluconazol. En las primeras dos semanas del inicio de la neutropenia ambas pacientes agregan lesiones de piel, a nivel de dedos de pie e interdigitales, con extensión a dorso de pie en modo de linfangitis en las siguientes 48 horas. Evolucionan ambos casos con nuevas lesiones nodulares diseminadas con centro necrótico. En el caso 1 a las 24 hs de las primeras lesiones se inicia tratamiento con meropenem mas vancomicina. Al 8º día se inicia empíricamente anfotericina B desoxicolato, dada la persistencia de las lesiones y registros febriles. Estudio micológico de las lesiones evidenció infección por *Fusarium* spp. A los 7 días del inicio de anfotericina B desoxicolato diseminación de las lesiones, insuficiencia respiratoria severa con múltiples imágenes nodulares pulmonares en tomografía computada (TC) y shock séptico por lo cual se agrego voriconazol. Presenta hemoptisis masiva a los 15 días y fallece. En el caso 2, se inicia anfotericina B desoxicolato y voriconazol con la aparición de las primeras lesiones de piel, examen micológico de éstas que evidencia infección por *Fusarium* spp. Evoluciona agregando lesiones de piel nodulares con centro necrótico de forma diseminada durante los primeros 7 días y sin sintomatología respiratoria. TC de Tórax que evidencia pequeños nódulos subpleurales bilaterales. Recibe bi-terapia durante 12 días, posteriormente voriconazol y recuperación del recuento de neutrófilos. Excelente evolución clínica en apirexia, involución progresiva de las lesiones, con resolución total a los 30 días. Tabla 1. A pesar de la similitud de los casos clínicos en cuanto a la enfermedad hematológica, el status inmunitario y la presentación clínica inicial, la resolución de ambos resultado dispar. Estas disparidades probablemente se deban en parte a el retraso en diagnóstico e inicio de la terapia antifúngica en el caso 1 con respecto al caso 2. En ambos casos la profilaxis antifúngica con fluconazol fracasó, esta estrategia de profilaxis resulta insuficiente entre pacientes hemato-oncologicos con alto riesgo de IFI.

Conclusiones

El retraso en el diagnóstico y tratamiento de esta IFI resulta en peores resultados que pueden ser fatales a pesar de una terapia bien instaurada. Es fundamental reconocer los pacientes de alto riesgo de IFI e instaurar una profilaxis antifúngica adecuada.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0086**

Tuberculosis (TB) ósea extra axial: presentación de dos casos.

Karina Tenaglia**Martinez Camilo**Instituto Nacional de Ortopedia y
Traumatología (INOT).**Noelia Ferreira****Henry Albornoz**Cátedra de Enfermedades
Infecciosas, UdelaR.**Sierra Martin**Cátedra de Traumatología,
UdelaR, Montevideo-Uruguay.
Instituto Nacional de Ortopedia y
Traumatología (INOT). Montevideo-
Uruguay.

Introducción

La TB es una enfermedad infecciosa frecuente y en aumento en el Uruguay en los últimos 10 años, situándose la incidencia en 26,2 casos/100.000 habitantes-año en 2015. La afectación extrapulmonar ha aumentado su frecuencia asociada al VIH y a otras causas de inmunosupresión y supone del 10 -15% de los casos. La TB ósea representa 3-5% del total de los casos de TB y 10-15% de las extra-pulmonares. El compromiso óseo en 30-60% de los casos afecta la columna y el compromiso de extremidades más frecuente es de rodilla y cadera.

Caso clínico

Presentamos 2 casos clínicos de tuberculosis ósea extra axial en pacientes inmunosuprimidos no VIH. Caso 1- mujer, 59 años, antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES) tratada con hidroxicloroquina, con afectación hepática con bilirrubina total basal de 3. Consultó por dolor a nivel de codo izquierdo de 4 meses de evolución y edema, sin calor local, evolucionando con fistula cutánea. Posteriormente agregó síntomas respiratorios de tipo canalicular exudativo. Radiografía de codo izquierdo: compromiso de húmero distal cubito y radio proximales con macro-geodas, imágenes de osteopenia difusa con pinzamiento articular (triada de Pheemister, estadio 3 radiológico). Centellograma: compromiso monoarticular a nivel de codo izquierdo. RMN de codo izquierdo: destrucción articular con pinzamiento, sinovitis con derrame articular, colección a nivel de partes blandas hiper-intensas en T2. Rx de tórax: aumento de la trama broncopulmonar sin consolidación ni cavidades. Baciloscopia de material de fistula, mostró BAAR con la tinción de Ziehl-Nielsen. Baciloscopia de esputo: positiva. Con el planteo de osteoartritis de codo y compromiso pulmonar se inició tratamiento anti TB alternativo: rifampicina, etambutol, etreptomina y levofloxacina, considerando la toxicidad hepática. Tratamiento ortopédico – conducta quirúrgica expectante. Caso 2- hombre, 53 años, situación de calle, tabaquista y enolista. Cuadro de 7 meses de evolución, inicio con traumatismo cuello de pie derecho sin fractura ni lesión de la piel, persistencia del dolor con impotencia funcional. Sin síntomas sistémicos. En la evolución instaló fistula a nivel de calcáneo. Radiografía de cuello de pie y pie- compromiso de tercio distal de tibia y peroné y el pie en su totalidad, dado por osteopenia difusa asociado a macro-geodas. TC – disminución de la densidad ósea con esclerosis que compromete retro y medio pie. Rx de tórax- imágenes compatibles con patrón miliar. Muestras quirúrgicas – GeneXpert MTB/RIF negativo, cultivo óseo positivo para *Micobacterium tuberculosis*. Baciloscopia de esputo: positiva. Tratamiento ortopédico- inmovilización con férula. Inició tratamiento con isoniacina/piracinamida/etambutol y rifampicina.

Conclusiones

El compromiso óseo extra-axial por TB puede confundirse con otros procesos, la baja incidencia del compromiso de miembros contribuye a retrasos diagnósticos que afectan pronóstico funcional. Mantener un alto nivel de sospecha de TB en pacientes con compromiso osteoarticular subagudo o crónico, permite orientar la estrategia diagnóstica, la cual debe incluir cultivos. La asociación de compromiso pulmonar es frecuente, pero no universal y se puede manifestar posteriormente.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0088**

Nesidioblastosis en el adulto: a propósito de un caso.

Valentina Inés Moreira
Mendiburu

Rosario Cuadro

Enrique Méndez

Ricardo Silvariño

José María Carissi

Sanatorio Americano. Uruguay.

Introducción

La nesidioblastosis es una causa infrecuente de hipoglicemia hiperinsulinémica endógena del adulto. Se han publicado reportes de casos aislados situándose entre un 0,5 a 5% de todos los casos de hiperinsulinismo orgánico del adulto.

Caso clínico

SF, 38 años, HTA. Síndrome metabólico, Obesa, DMNIR en tratamiento con Metformina. Buen control metabólico sin repercusiones micro ni macroangiopáticas. BMN, tiroidectomía parcial izquierda, hipotiroidismo quirúrgico recibió Levotiroxina. Dislipemia tratada con estatinas. Trastorno de la personalidad de tipo Borderline, trastorno bipolar con elementos de psicosis, Múltiples IAEs. AEA: Hipertiroidismo que no mejora con la suspensión de levotiroxina, se inicia metidazol. Ingreso por diplopía de causa no aclarada EA: Ingreso por hipoglicemia severa sintomática de difícil manejo que requiere ingreso a CTI, niega ingesta de hipoglicemiantes orales, niega uso de insulina, planteo de probable insulinoma se realiza prueba de ayuno que resulta ser insuficiente, presenta insulinemia elevada en una oportunidad, péptido C normal y anticuerpos anti receptores de insulina negativos. Body TAC que no evidencia tumoraciones compatibles, se inicia prueba terapéutica dirigida a insulinoma con diazóxido a dosis bajas que se aumenta progresivamente. Se solicita P.E.T que evidenció hipercaptación tímica, zona de captación en cabeza de páncreas que inicialmente es desestimada. Con planteo de Síndrome de Hirata se suspende Metidazol y se inicia PTU (hipoglicemias autoinmunes secundarias a fármacos), se inicia prednisona. Se decide cirugía de resección radical del timo dado que el cuadro podría corresponder a un síndrome paraneoplásico secundario a un Timoma invasor. Anatomía patológica informa: hiperplasia tímica sin evidencias de malignidad. Paciente reinstala hipoglicemias por lo que se aumenta dosis de diazóxido, presentando inicialmente evolución favorable. Se disminuye progresivamente dosis de prednisona hasta su retiro. Dada la persistencia del cuadro y los antecedentes psiquiátricos de la paciente se solicita interconsulta con toxicólogo para profundizar en estudios dirigidos a descartar probable trastorno facticio. Se solicita panel de sulfonilureas en orina que resultan negativas. Se solicita una RM de abdomen y pelvis que no presenta elementos sugestivos de insulinoma. Se mantiene tratamiento con diazóxido. Teniendo en cuenta la hipercaptación en cabeza de páncreas que mostro el P.E.T se decide solicitar Arteriografía mesentérica y de tronco celiaco continuando con la búsqueda de insulinoma: No se encontraron áreas de visualización patológicas en áreas de proyección pancreática compatibles con insulinoma, por lo que se coordina pancreatectomía parcial de la lesión. De la anatomía patológica se destaca: Hiperplasia difusa de células beta con lo que se confirma el diagnóstico de Nesidioblastosis. Paciente con buena evolución en el postoperatorio inmediato requiriendo estancia por 7 días en CTI, no reiterando hipoglicemias en la evolución.

Conclusiones

Clínicamente la nesidioblastosis se presenta con episodios de hipoglicemia sintomática con hiperinsulinismo endógeno que se comprueba mediante prueba de ayuno. Debe sospecharse siempre ante la ausencia de imágenes TAC, RNM, Ecografía sugestivas de insulinoma. El diagnóstico definitivo es anátomo-patológico. El tratamiento de elección es la pancreatectomía subtotal. Si tras la resección persiste, se puede controlar con la administración de diazóxido. La nesidioblastosis es una patología de difícil diagnóstico, debe considerarse en todos los casos en donde no se logre la localización de un insulinoma.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0089**

Impacto de la alerta escrita en la prescripción de tromboprofilaxis en el Hospital de Clínicas.

Moriana Arevalo**Betania Díaz****Camila Mosera****Carolina Paweleski****Karen Ruiz****Valentina Merola****Rosario Martinez****Carina Pizzarossa**Facultad de Medicina UDELAR.
Uruguay.

Introducción

La ETEV constituye la principal causa de muerte prevenible en pacientes hospitalizados por lo que es considerado un importante problema de salud pública. A pesar de la amplia evidencia que existe para la indicación de tromboprofilaxis, la misma continúa siendo subindicada tanto a nivel nacional como internacional.

Objetivo

Indagar la prescripción de tromboprofilaxis en pacientes hospitalizados y determinar el impacto que genera la aplicación de una medida como la alerta escrita, para optimizar la prescripción de la misma.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, con un muestreo por conveniencia (o de sujetos disponibles) en pacientes mayores de 18 años ingresados en áreas médico-quirúrgica del Hospital de Clínicas (HC) en el período circunscrito entre julio-septiembre del 2018. Se confeccionó una alerta escrita que se incluyó en las historias clínicas, se utilizó el score de Padua, para valorar el riesgo de ETEV de los pacientes con patología médica, y el score de Caprini para los pacientes con patología quirúrgica. La alerta fue llenada por el médico tratante en todos los casos, quedando la adecuación de la tromboprofilaxis a criterio de cada uno.

Resultados y discusión

Se incluyeron un total de 343 pacientes, de los cuales 226 correspondieron a pacientes ingresados por patología médica y 117 por patología quirúrgica. De los 226 pacientes ingresados por patología médica, 177 tenían indicación de tromboprofilaxis farmacológica según Score de Padua, de los cuales 130 (73,4%) la estaban recibiendo y con la aplicación de la alerta, se logró que un 84,5 % la recibiera. El restante 15,5% no la recibió por tener contraindicación. Esto implica que un 100% de los pacientes que tenían indicación de tromboprofilaxis farmacológica y que no tenían contraindicación, luego de la implementación de la alerta la recibieron. De los 117 pacientes ingresados por patología quirúrgica, 60 tenían indicación de tromboprofilaxis farmacológica según Score de Caprini, de los cuales 28 (46,67%) la estaban recibiendo. Con la aplicación de la alerta se logró que un 68,34% la recibieran. El restante 32% no la recibió por tener contraindicación. Luego de la alerta podemos decir que el 100% de los pacientes que tenían indicación de tromboprofilaxis y no tenían contraindicación, la recibieron.

Conclusiones

Esta investigación pone en evidencia la efectividad de la aplicación de la alerta escrita para optimizar la indicación de tromboprofilaxis farmacológica dado que logró que fueran evaluados y correctamente tratados el 100% de los pacientes que tenían indicación de recibirla. Por todo esto consideramos que esta herramienta mejora notoriamente la calidad de la asistencia de los pacientes.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0090**

Inmunosupresores en la Esclerosis Sistémica. Usos y respuesta terapéutica.

Diego Graña

Hospital Pasteur, Asociación Española Primera en Salud.

Adriana Bárez

Asociación Española Primera en Salud.

Adriana Carlomagno**Alvaro Danza****Gonzalo Silveira**

Hospital Pasteur, Médica Uruguaya.

Martín Rebella

Hospital de Clínicas, Médica Uruguaya. Uruguay.

Introducción

La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad sistémica compleja, caracterizada por la presencia de fibrosis, vasculopatía de pequeños vasos en un contexto de autoinmunidad. Su abordaje terapéutico y oportunidad de inmunosupresión no está completamente sistematizada.

Objetivo

Describir los usos y respuesta terapéutica a los inmunosupresores (IS) en una cohorte de pacientes con ES.

Metodología

Se identificaron, de nuestros registros, pacientes con ES clasificados según los criterios EULAR/ACR 2013, asistidos en tres unidades de Enfermedades Autoinmunes de Montevideo. Se incluyeron los que recibieron IS. Variables consideradas: sexo, edad, motivo de inmunosupresión. En los pacientes con afección respiratoria se evaluó la capacidad de difusión pulmonar (DLCO) y la capacidad vital forzada (CVF) pre (T0) y pos-tratamiento (6 a 12 meses, T1). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes según formulario de pre-codificado. Se obtuvo consentimiento de los pacientes y autorización de las Instituciones participantes. Para la comparación de variables se emplearon pruebas no paramétricas (distribución no normal) para variables continuas y test de Chi-cuadrado para variables categóricas.

Resultados y discusión

Se incluyeron 20 casos con ES, 17 varones, media de edad 64,5 años (40-87). El motivo de inmunosupresión fue: respiratorio en 12/20 (60%) casos y cutáneo-articular en 8/20 (40%). Recibieron tratamiento de inducción 9/12 (75%) de los pacientes con compromiso respiratorio por ES y 1/8 (12,5%) de los pacientes con compromiso cutáneo-articular, $p < 0,05$. En 1 caso con compromiso respiratorio la inducción se realizó con Ciclofosfamida (CFM) y en 8 con Micofenolato de Mofetilo (MMF); en el caso con compromiso cutáneo-articular se empleó CFM. En la inducción se empleó Metilprednisolona (MTP) en 7/12 y en 6/12 la dosis acumulada fue $\leq 1,5$ gramos. El tratamiento de mantenimiento se realizó con Azatioprina (AZA) en 5/12 (42%) y con MMF en 7/12 (58%) de los respiratorios. El mantenimiento en los casos cutáneo-articulares se hizo con AZA en 2/8 (25%) y con Metotrexate (MTX) en 6/8 (75%). La CVF-T0 estaba descendida: severa ($< 49\%$) en 3/12 (15%) y moderada (64-50%) en 7/12 (35%) y leve en 2/12 (10%); CVF-T1: leve 8/12 (40%), 3/12 (15%), 1/12 (5%), $p < 0,05$. DLCO-T0 se presentó levemente descendida (80-70%) en 2/12 (10%), moderada (69 – 50%) en 5/12 (25%), severa ($< 49\%$) en 5/12 (25%); DLCO-T1: severamente descendida en 1/12 (5%), moderada en 3/12 (15%) y leve 8/12 (40%), $p > 0,05$.

Conclusiones

Se observa que el uso de IS predomina en el compromiso respiratorio pero también en el cutáneo-articular. Se destaca el uso predominante de MMF sobre CFM en el compromiso respiratorio, algo no completamente laudado en la literatura. La inducción con IS provoca mejoría significativa en la CVF a 6 a 12 meses, la DLCO mejor y, aunque no alcanza la significación estadística, adquiere relevancia clínica. Lo reducido de la muestra no permite comparar CFM con MMF. La prolongación en el tiempo de este estudio permitirá observar cuán sostenida son estas mejoras. Este estudio muestra la necesidad de protocolizar varios aspectos en relación al uso de IS en ES.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0093**

Infecciones respiratorias en el perioperatorio en salas de cirugía del Hospital Pasteur.

Selene Correa

Cecilia Spiess

Mabel Goñi

Hospital Pasteur.

Introducción

Las complicaciones respiratorias causan importante morbimortalidad en el perioperatorio. La evaluación preoperatoria del riesgo pulmonar permite establecer medidas para reducir las infecciones respiratorias, la morbimortalidad y la estadía hospitalaria. Los factores de riesgo relacionados con el paciente son: edad, tabaquismo, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, obesidad e insuficiencia cardíaca. Las vinculadas a la cirugía son: tipo de cirugía, duración y el sitio quirúrgico.

Objetivo

Analizar las características demográficas y las comorbilidades de los pacientes internados en las salas de cirugía del hospital Pasteur, que adquirieron infecciones respiratorias en el perioperatorio y compararla con una población control en el período comprendido entre 1° de julio-1° de octubre de 2018

Metodología

Es un estudio transversal y analítico. Se incluyeron pacientes captados durante la internación en salas de cirugía del hospital Pasteur de ambos sexos, cursando el perioperatorio, con clínica sugestiva o diagnóstico de infección respiratoria (casos) y pacientes sin infección respiratoria (controles) internados en el mismo período. La recolección de los datos se realizó mediante la entrevista clínica, revisión de la historia clínica y se completó un formulario pre establecido. Se utilizaron test de asociación (test de chi cuadrado y/o test exacto de Fisher según la necesidad de ajustar por el valor de la celda)

Resultados y discusión

La población estudiada fueron 54 pacientes, 18 (33.3%) casos y 36 controles (66,7%). En los casos 14/18 (77.7%) hombres y 4 (22.3%) mujeres y en los controles 21/36 (68.8%) hombres y 15/36 (61.2%) mujeres. La media de edad de los casos 57.8 años y en los controles 63.1 años. En los casos los 18/18 (100%) eran fumadores y en los controles 8/36 (22.3%). En los casos la HTA tuvo una prevalencia de 10/18 (55.5%), neoplasias 5/18 (27.7%) y dislipemia 4/18 (22,2%). Asma, EPOC y diabetes tipo 2 se presentó en 3/18 (16.6%). En los controles la HTA se presentó en 17/36 (42.2%), las enfermedades cardiovasculares 8/36 (22.3%) y la dislipemia 7/36 (19.4%) Obesidad, asma y neoplásicas en 5/36 (13.9%). La diabetes tipo 2 en 5/36 (13.9%). No se observó una asociación estadísticamente significativa entre las infecciones respiratorias y la HTA (valor p 0,5), neoplásicas (valor p 0,20) y enfermedades cardiovasculares (valor p 0,09) La relación entre las infecciones respiratorias y el tabaquismo fue estadísticamente significativa (valor p 0,05) En el grupo de los casos 14/18 (78.8%) presentó Neumonía aguda, 4/18 (22,2%) comunitarias y 10/18 (55,5%) intrahospitalarias, 4/18 (22,2%) neumonía grave y 4/18 (22,2%) faringoamigdalitis. Los casos, 13/18 (72%) fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos invasivos y en los controles 25/36 (75%) El tiempo de internación promedio en los casos fue de 23 días y en los controles 10 días

Conclusiones

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de tabaquismo y la presencia de infecciones respiratorias, siendo la proporción de tabaquistas mayor en los casos que en los controles (valor p menor a 0,05). El resto de las comorbilidades no mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de infección respiratoria. Los pacientes con respiratorias respiratorias graves, tenían mayor número de comorbilidades y estadía hospitalaria más prolongada que los controles

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0094**

Función renal en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; análisis de su evolución e implicancia pronóstica. Seguimiento a 4 años en una Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca.

Santiago Acle**Ormaechea Gabriela****Alvarez Pablo**

Hospital de Clínicas. UdelaR. UMIC.

Gadola Liliana**Noboa Oscar**

Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. UdelaR. Uruguay.

Introducción

El deterioro de la función renal está asociado a un aumento de la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivo

El objetivo de este estudio fue evaluar si la progresión de la enfermedad renal en pacientes estables portadores de IC con fracción de eyección reducida (ICFER) y enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a eventos cardiovasculares (ECV), hospitalización por IC y muerte

Metodología

Estudio de cohorte de seguimiento a 4 años, con análisis en dos etapas: tiempo 1 (inicio del estudio); y tiempo 2 (fin del estudio o muerte). Se definió ICFER estable como IC con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) <40% sin elementos de descompensación. Se definió ERC con la presencia de un filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1,73 y ERC estable en ausencia de fracaso renal agudo.

Resultados y discusión

Se incluyeron 94 pacientes con media de seguimiento de 37,2 meses; la edad media fue 69,5 años, 71.3% de sexo masculino. La cardiomiopatía era isquémica en 48% y la nefropatía vascular fue la predominante (62%). Se diagnosticó síndrome cardio-renal tipo 2 en 76 (81%) pacientes. Se evidenció descenso significativo del FGe entre los tiempos de análisis (tiempo 1: 45 ± 10 ml/min.; tiempo 2: 38 ± 15 ml/min.; $p < 0,001$) y 50% de los pacientes tuvieron peoría del estadio de ERC ($p = 0,027$). Se halló asociación entre progresión de la ERC con mayor frecuencia de ECV ($P=0,002$), ingresos por IC (OR 3,3; IC95% 1,9-11,2; $p = 0,044$) y muerte cardiovascular (OR 10,9; IC95% 2,9-40,1; $p < 0,001$)

Conclusiones

La progresión de la ERC en pacientes con ICFER ambulatorios se asocia a un peor pronóstico en términos de mortalidad cardiovascular, ingresos por IC y ECV.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0096**

Utilidad de la detección de colonización por bacilos gram negativos multi-resistentes para predecir el perfil microbiológico de las infecciones al alta de una unidad de terapia intensiva.

Lucía Araújo Pérez**Inés Bado****Rafael Vignoli**Departamento de Bacteriología
y Virología, Instituto de Higiene,
Facultad de Medicina.**Leticia Caiata****Verónica Seija**Laboratorio de Patología Clínica,
Sección Microbiología, Hospital de
Clínicas.**Gloria Rieppi**Centro de Terapia Intensiva, Hospital
de Clínicas.**Julio Medina**Cátedra de Enfermedades
Infecciosas, Hospital de Clínicas.
Uruguay.

Introducción

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema mayor de salud pública en hospitales, con aumento de la morbimortalidad y los costos en salud. Uno de los factores de riesgo más importantes para estas infecciones es la estadía en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde además se suma la creciente resistencia antimicrobiana vinculada fundamentalmente a bacilos gram negativos (BGNMDR). El tracto digestivo de los pacientes es el principal reservorio de estos MO y se propone a su colonización como un factor de riesgo para las infecciones. Dada esta asociación, conocer el estatus de colonización y el perfil de sensibilidad de los MO colonizantes al egreso de la UCI permitiría un tratamiento antibiótico empírico más adecuado.

Objetivo

Estudiar la asociación entre la colonización por BGNMDR al egreso de la UCI y las infecciones en el cuidado moderado.

Metodología

Estudio prospectivo de cohorte única entre noviembre de 2016 y 2017. Se incluyeron todos los pacientes que estuvieron con ventilación mecánica invasiva por 48 horas o más. Realizamos hisopados faríngeos y rectales en las 24 horas previas o posteriores al egreso de la UCI del Hospital de Clínicas, que fueron sembrados en Mac Conkey Lactosa con y sin antibiótico. A los MO recuperados (colonizantes) y los obtenidos de muestras clínicas se les realizó identificación, estudio de sensibilidad a antibióticos; determinación de la presencia de genes de resistencia y comparación molecular mediante electroforesis de campo pulsado (PFGE). Los datos clínicos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes.

Resultados y discusión

Se incluyeron 50 pacientes, 20 sexo femenino (40%), la mediana de la edad fue de 52,5 años (P25: 34, P75: 64), media de estadía en UCI fue de 16,38 días (rango 1-66 días) y la media de estadía hospitalaria total de 52,4 días, (rango 2 a 171 días). La mortalidad fue del 20%. 37 pacientes (74%) estaban colonizados al egreso de la UCI. De estos, 12 (32.4%) presentaron 20 infecciones clínicas posteriores siendo 10 a BGNMDR. Solo 1/13 de los pacientes no colonizados tuvo una infección posterior y fue a un MO no MDR. 10 de los 12 pacientes que presentaron infecciones clínicas estaban colonizados con el mismo MO y/o perfil de sensibilidad. De 5 pacientes se compararon mediante PFGE 6 aislamientos clínicos y su correspondiente colonizante y todas pertenecieron al mismo pulstipo. En los otros 5 pacientes, 4 de los 6 aislamientos clínicos presentaron el mismo perfil de sensibilidad antibiótica que los colonizantes, pero no pudieron ser comparadas mediante PFGE. Considerando el número de infecciones totales, se establece una asociación estadísticamente significativa entre colonización previa e infección posterior ($p=0,012$; RR: 1,55 IC95% 1,25 - 1,93)

Conclusiones

En la unidad estudiada el nivel de colonización por BGNMDR al egreso es alto y la prevalencia de infecciones por estos MO una vez que el paciente se encuentra en cuidados moderados también es alta. Existe una asociación estadísticamente significativa entre estos dos

eventos. Esto permitiría ajustar los tratamientos empíricos en infecciones en cuidado moderado conociendo el estado de colonización al egreso de la UCI.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0097**

Neumonitis por hipersensibilidad paciente envasadora de especias.

Andrea Gramajo**Florencia Calcagno****Agustina Van Der Dorpel****Sofía De Betolasa****Javier Gaudiano****Mauricio Amaral**

Hospital Pasteur. Uruguay.

Introducción

La neumonitis por hipersensibilidad (NH) o alveolitis alérgica extrínseca es un síndrome pulmonar complejo resultante de la inhalación repetida y sensibilización a diversos antígenos en aerosol, fundamentalmente sustancias orgánicas y compuestos químicos de bajo peso molecular presentes en el ámbito laboral doméstico o recreativo. Afecta principalmente a las vías aéreas periféricas. La evolución clínica su forma de presentación son heterogéneas y están relacionadas con la intensidad y la duración de la exposición al agente causal, tipo de antígeno responsable y factores propios del huésped como su susceptibilidad genética.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de 21 años con antecedentes personales de tabaquismo con un índice paquete año de 7 sin historia de patología respiratoria. Trabajo envasando condimentos (nuez moscada, adobo, condimento verde, pimienta, cúrcuma, pimentón) durante 4 horas día durante 8 meses, sin uso de protección respiratoria. Abandona un mes previo a su primer contacto médico por disnea de esfuerzo. Al momento de la consulta presenta cuadro de 30 días de evolución de disnea de esfuerzo grado 2 de la mMRC que en los últimos días progresa a grado 3 y síndrome canalicular irritativo no exudativo, cursa en apirexia y sin elementos de impregnación toxibacilar. Al examen físico paciente lúcida, buen estado general, eupneica, saturación de oxígeno ventilando al aire de 97% en lo pleuropulmonar murmullo alveolo vesicular presente bilateralmente, estertores secos difusos en lo cardiovascular ritmo regular sin taquicardia. Se realiza un radiografía de tórax anteroposterior en la que se aprecia infiltrado micronodular bilateral y difuso. Se complementa con tomografía computada de tórax de alta resolución en el que se confirma la presencia de un patrón intersticial micronodular bilateral y extenso a predominio de ambos lóbulos superiores con bronquiectasias bilaterales como elemento de cronicidad. Se procede a la realización de una fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar destacándose estudio bacteriológico directo y cultivo negativos. Del resto de la paraclínica se destaca proteína C reactiva 17,5 (rango normal 0-5) sin leucocitosis sin eosinofilia. Con el planteo de neumonitis por hipersensibilidad se inicia tratamiento en base a prednisona vía oral a 40 mg día con mejoría progresiva de la disnea. En la evolución se inicia descenso paulatino de la dosis de prednisona manteniendo la estabilidad clínica y control evolutivo con radiografía de tórax que muestra clara mejoría desde el punto de vista radiológico.

Conclusiones

La neumonitis por hipersensibilidad es una patología pulmonar infrecuente con hallazgos radiológicos característicos en un paciente con antecedentes de exposición a polvos orgánicos. La identificación del agente responsable y la supresión de la exposición al mismo son pilares fundamentales en su tratamiento, así como la acción antiinflamatoria de los corticoides sistémicos. Una gran variedad de polvos orgánicos han sido asociados a casos de neumonitis por hipersensibilidad, destacándose las exposiciones laborales como las más frecuentes (pulmón del granjero, cuidadores de aves, de recogedores de hongos, entre otras) no encontrando en la literatura casos secundarios a la exposición de envasado de condimentos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0098**

Prevalencia del tabaquismo y sus características en los pacientes de la Clínica Médica “A” del Hospital de Clínicas.

Mauricio Minacapilli¹**Antonella Pippo**¹**Mary Barros**¹**Selva Romero**¹**Laura Llambí**¹**Virginia Nuñez**¹

Hospital de Clínicas.

Carolina Parodi²

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial. En Uruguay, la prevalencia del tabaquismo es del 21,6%. Según el Banco Mundial, los gastos en salud atribuibles al tabaquismo rondan entre el 6% y el 15% de los gastos en salud, en Uruguay, el costo anual probablemente sea superior al 2.5% del PBI. Un estudio del 2013 en el Hospital Maciel, evidenció una prevalencia de tabaquismo del 27.3% en la población hospitalizada, con estadías hospitalarias más prolongadas que la media de todo el hospital. En el Hospital de Clínicas, no hay estudios que valoren la hospitalización y su vínculo con el tabaquismo.

Objetivo

Medir la prevalencia del tabaquismo, sus características y los vínculos con la internación, en pacientes que ingresan a sala de cuidados moderados.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, obteniendo los datos a través de formularios preestablecidos y del sistema informatizado de Registros Médicos del Hospital. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que accedieron a participar de dos salas de cuidados moderados, una de hombres y otra de mujeres.

Resultados y discusión

Se incluyeron 100 pacientes en el estudio, 38% tenía consumo actual de tabaco, 27% ex tabaquistas y 35% no tenían historia de consumo de tabaco. La predominancia del consumo fue en el sexo masculino, siendo tabaquistas el 50% de los hombres y el 28.03% de las mujeres. La media de edad fue de 48.65 años en el grupo de tabaquistas, de 63.11 en los ex tabaquistas, y de 58.68 en los no tabaquistas. Con respecto a la cesación, 44.73% de los tabaquistas, estaban en abstinencia y pretendían mantenerse así, mientras que un 21% de los pacientes tabaquistas, no tenía como objetivo el cese eventual. En el grupo de pacientes no tabaquistas, 28.57% reconocieron estar expuestos a humo de segunda mano en sus domicilios. Con respecto a los días de internación, la media del grupo de tabaquistas fue de 31.07 días, mientras que en el grupo de no tabaquistas fue de 20.11 ($p=0.1337$). Con respecto a otros consumos, el 15.78% de los tabaquistas y el 2.85% de los no tabaquistas tenían consumo concomitante de alcohol. En el grupo de tabaquistas, el consumo de marihuana fue de 15.78% y el de pasta base de cocaína de 21.05%, mientras que en el grupo de no tabaquistas, 1 solo paciente reportó consumir marihuana y cocaína. Falleció 14% de la población del estudio durante la internación. De este grupo, 14.28% no eran tabaquistas, 28.57% eran ex tabaquistas y 57.14% eran tabaquistas ($p=0.0569$). La media de edad de fallecimiento en los tabaquistas fue de 49.37 años, en los ex tabaquistas de 70.75 años y de 76 años en los no tabaquistas.

Conclusiones

La prevalencia de consumo de tabaco en los pacientes hospitalizados es alta, con mayor media de días de internación, y mayor mortalidad a menor edad. Hay una alta motivación al cese y dadas las características de la población, se verían beneficiados de equipos interdisciplinarios para el abordaje del tabaquismo.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0099**

Daño permanente en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. ¿Cuánto inciden los glucocorticoides?.

Jorge Narvaez**Diego Graña****Leticia Pérez****Alexander Viera****Augusto Baccelli****Ignacio Borgia****Andrea Vargas**

Hospital Pasteur.

Alvaro Danza

Hospital Pasteur. Uruguay.

Introducción

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica de presentación heterogénea. El tratamiento se basa en el uso de Hidroxicloroquina, inmunosupresores y glucocorticoides (GCC). Estos últimos son inmunosupresores rápidos y efectivos pero su uso se ha asociado con daño crónico irreversible.

Objetivo

Conocer el nivel de daño orgánico irreversible en nuestra cohorte y explorar la relación con el uso de glucocorticoides.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes con LES, según criterios clasificatorios del ACR 1997 de un único centro. Se revisaron los registros de todos los pacientes en seguimiento. Se analizaron variables demográficas, tabaquismo, niveles de actividad medido por score SLEDAI-2K en T0 (inicio de la enfermedad), T1 (1 mes), T2 (6 meses), T3 (12 meses) y T4 (5 años o final del seguimiento); dosis de Prednisona (PDN) con que se comenzó el tratamiento, acumulada en T1, T2, T3, T4 (igual criterio cronológico que en el SLEDAI); daño en T2, T3 y T4 medido por estimador de daño "SLICC Damage Index (SDI)". Para simplificar el análisis se dicotomizó el daño permanente en "relacionado con GCC" (cataratas, osteonecrosis, diabetes, miopatía) y "no relacionado con GCC", según lo recomendado en la literatura. Se obtuvo autorización para el estudio. Se expresan medias y desvío estándar (DE) para variables de distribución normal y mediana y rango en no normales. Se emplearon test no paramétricos o test de T, de acuerdo a la distribución de las variables.

Resultados y discusión

Se analizaron 30 casos, todos de sexo femenino, media de edad 46,3 (12,9) años, 7/30 fumadores. La media de seguimiento fue 155 (DE 127) meses. La media de SLEDAI en T0: 8,86 (7), T1: 5,93 (5), T2: 4,37 (5), T3: 3,53 (4,6), T4 2,33 (3,4); $p < 0,05$ entre los periodos. Las medianas de SDI en T2 fue 0 (0-1), en T3: 1 (0 – 5), T4: 2 (0-5). Los pacientes que presentaron daño relacionado con GCC en T4 tuvieron una media de dosis inicial significativamente superior, 53,3 (10,3) mg/d vs. 28,3 (24), de los que no presentaron daño, $p < 0,05$. La media de dosis acumulada de PDN en T1 de los pacientes que presentaron daño relacionado con GCC en T4 fue 1493 (289) mg respecto a los que no presentaron daño que fue 963 (1120), $p < 0,05$. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la media de SLEDAI en T4 en los pacientes que presentan daño relacionado con GCC (1,33 (3,26)) y los que no (2,73 (3,55)). No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación a los que presentaron daño no relacionado con corticoides y las dosis acumuladas o iniciales de GCC.

Conclusiones

Si bien los niveles de daño en nuestra cohorte son bajos, se observa un aumento con el tiempo y una relación clara con la exposición al uso de GCC. Se destaca que la relación es precoz, es decir, la dosis de inicio probablemente signará la acumulación de daño, especialmente en los dominios relacionados con GCC, para igual nivel de actividad. Existe evidencia creciente que dosis más bajas pueden ser igualmente efectivas y más seguras. Deben proseguirse estas exploraciones para establecer conclusiones más robustas.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0100**

Hipertensión arterial y trastornos cognitivos.

Fernando Tabares**Sposito Paola****Llorens Mario**

Hospital Maciel. Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad prevalente, que afecta a varios órganos y sistemas, el cerebro es uno de los múltiples órganos que se ven afectados por la misma, pudiendo determinar afección en diferentes grados desde deterioro cognitivo leve (DCL) hasta la presencia de demencia.

Objetivo

Determinar qué relación hay entre HTA y daño cognitivo. Valorar la utilidad del Montreal Cognitive Assessment test (MoCA) como método de tamizaje de deterioro cognitivo en pacientes hipertensos.

Metodología

Estudio analítico y longitudinal prospectivo. La población está comprendida por los pacientes que se asisten a la policlínica de HTA en el período de julio del 2014 y agosto del 2018. Se realizó valoración mediante test de MoCA y Evaluación Neurocognitiva (ENC) constituido por varias pruebas. Para la búsqueda de asociación entre variables se utilizó test Chi Cuadrado o exacto de Fisher en los casos necesarios. Para el estudio de diferencias en variables continuas se utilizó test ANOVA de factor fijo.

Resultados y discusión

Se estudiaron un total de 96 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Del análisis de datos se destaca: El 66,0% de los pacientes son de sexo femenino, con una edad promedio de 60,3 +/- 1,3 años. La mayor parte de nuestra población, un 74% presento HTA grado 3, según la clasificación europea. El 66,0% (64) presentan daño de órgano blanco, de los cuales un 21,6% (21) presentan Hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI). En relación con la ENC se observa que el 34% (33) presentan algún grado de deterioro. DCL en un 32% de los casos y demencia en un 2,1%. En relación con el MoCA se observó que en el 46,4% (45) el resultado fue normal, mientras que en el 44,3% (43) de los pacientes el resultado estaba alterado. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de HTA y el resultado del test ENC, valor $p = 0,027$. También se observó una asociación de ENC alterado con la presencia de HVI, valor $p = 0,008$. Se encontró asociación con la presencia de queja cognitiva, valor $p = 0,014$, y una asociación estadísticamente significativa entre el grado de HTA y el resultado del test de MoCA, valor $p = 0,024$. Al momento de ver la relación entre ENC y MoCA, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas, valor $p < 0,001$. En cuanto a la sensibilidad y especificidad que presenta el MoCA como screening, se encontró una sensibilidad del 86,2% y una especificidad de 69,5%

Conclusiones

La HTA presenta relación directa con el daño cognitivo como se muestra en los resultados analizados. El MoCA es un buen método de tamizaje para la detección de pacientes con deterioro cognitivo. Se pudo ver la relación entre la queja cognitiva y pruebas alteradas e HVI. Por lo que, en los pacientes con queja cognitiva, MoCA alterado e HVI deberían realizarse estudios neurocognitivos más exhaustivos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0102**

Realidad asistencial de los pacientes VIH/SIDA asistidos en un hospital público: aspectos clínicos y costos.

Valentina Más

Nicolás Asteggiante

Lucía de León

Priscila Specht

Verónica Torres

Hospital Maciel. Uruguay.

Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), constituye uno de los problemas sanitarios más importantes, ya que conlleva elevada morbi-mortalidad y altos costos en salud. La expectativa de vida para pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) sin tratamiento es de 3 años y la mortalidad para pacientes con buen control del VIH no es mayor en comparación con la población general. En nuestro país, según Ministerio de Salud Pública y CONASIDA, al 2015 solo el 70-75% de las personas son diagnosticadas, la cobertura con tratamiento antiretroviral (TARV) alcanzaba al 46% y tan solo el 35% presentaba carga viral (CV) indetectable. Destacándose el ingreso hospitalario en etapas avanzadas de la enfermedad, con niveles de inmunodepresión severa, alto índice de enfermedades oportunistas, baja cobertura con TARV, con la consiguiente mayor estadía hospitalaria y mortalidad.

Objetivo

1- Describir las características generales de los usuarios del Hospital Maciel infectados con VIH-SIDA. 2- Estimar los costos sanitarios promedios de la estadía hospitalaria. 3- Identificar las intervenciones realizadas en cada ingreso de pacientes VIH-SIDA que tienen un impacto favorable en la evolución natural de la enfermedad como son: TARV, profilaxis primaria y secundaria al alta.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, en el Hospital Maciel durante el período agosto 2015 - abril 2016. Se entrevistaron pacientes internados y se revisaron historias clínicas y resúmenes de alta. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico, previo o reciente, de VIH, internados en cuidados moderados médicos, de especialidades y quirúrgicas, que hayan otorgado el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos internados en cuidados moderados de hematología y psiquiatría.

Resultados y discusión

75 internaciones, edad promedio 41,11 años, 56% hombres. Patología psiquiátrica 25%; 84% conocía su estado de portador; 97% la transmisión fue sexual; 51% presentaba como antecedente una o más enfermedades marcadoras de SIDA. 61% recibieron TARV antes del ingreso, 65,2% lo abandonó al menos una vez. 37% ingresaron por causa respiratoria y 29% neurológica. La mediana de internación fue de 24 días, el gasto promedio de ésta \$181.256. 67 % fue dado de alta con profilaxis y 51% egresó recibiendo TARV. Las características epidemiológicas de los pacientes coinciden con las publicaciones nacionales. El motivo de ingreso más frecuente fue el respiratorio, neumonía bacteriana, seguido de pneumocystosis pulmonar y tuberculosis, al igual que en diferentes series. Los costos de la estadía hospitalaria superan lo registrado para otras patologías en el mismo hospital, destacando asimismo solicitud de estudios paraclínicos costosos. Múltiples factores podrían estar involucrados en el egreso de pacientes sin TARV (dificultad en el acceso a los fármacos, falta de entrenamiento médico, desconocimiento de valor de CD4, entre otros).

Conclusiones

El perfil epidemiológico coincide con la literatura, se trata de jóvenes, con enfermedades avanzadas, sin conocimiento del estado inmunitario y con baja cobertura de TARV. El motivo de consulta más frecuente es respiratorio, neumonía aguda bacteriana. Las internaciones prolongadas con costos elevados, la baja tasa de reinicio de TARV y mala adherencia, evidencian la necesidad de un equipo interdisciplinario que articule en el seguimiento y control de pacientes al egreso y en centros asistenciales periféricos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0103**

Colestasis gravídica. Manejo clínico y resultados obstétricos.

Alejandra Prego¹**Cecilia Casas**¹

Médica Uruguaya.

Mercedes Perendones²

Hospital Pasteur.

Alvaro Danza³

Hospital Pasteur - Médica Uruguaya.

Uruguay.

Introducción

La colestasis gravídica (CG) es la enfermedad hepática más frecuente del embarazo. Se presenta fundamentalmente en el tercer trimestre de la gestación. Si bien se conoce que los Ácidos Biliares (AB) son los marcadores más precoces, sensibles y específicos de CG, no hay consenso claro respecto a la indicación de su dosificación ni las implicancias que los valores obtenidos determinan sobre el manejo materno y fetal.

Objetivo

Describir una población de pacientes con CG a las que se les dosificó los AB y conocer su utilidad en la finalización de la gestación y los resultados maternos y fetales.

Metodología

Estudio retrospectivo. Se revisaron los casos de CG en los que se había solicitado dosificación de AB entre el 01/01/2014 y el 31/12/2017 en una maternidad polivalente de una Institución privada de asistencia médica que cuenta con 300.000 usuarios, 80 camas de gineco-obstetricia y 18 nacimientos por día. Las variables estudiadas fueron: edad materna, índice de masa corporal (IMC), edad gestacional, presentación clínica (prurito, ictericia), valor de los AB y su impacto en la decisión de finalización de la gestación, valores del hepatograma, tratamiento instituido, edad de finalización de la gestación y presencia de complicaciones maternas o fetales. Se obtuvo autorización de la Institución participante y se codificó la información para evitar conocer datos patronímicos de las pacientes. Los datos con distribución normal se expresan con media y desvío estándar (DE) y los que de distribución no normal con mediana y rango. Los datos fueron procesados en SPSS 20.

Resultados y discusión

En el período del estudio se identificaron 20 casos de CG en los que se solicitó al menos una vez AB. La media de edad de los casos considerados fue 28,75 (5,7) años; IMC 25,8 (3,8). En los 20 casos se presentó por prurito palmo-plantar y en sólo 1 caso hubo ictericia. La media de edad gestacional a la que se presentó la CG fueron 30,6 (3,4), con un mínimo de 24 semanas y máximo de 35 semanas. La mediana de AB fue 26 (7 – 170) mmol/L, en 7 casos fue superior a 40 mmol/L. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad de finalización del embarazo entre las que presentaron AB>40 y los que tuvieron un valor por debajo. Todos los casos recibieron Ácido Ursodesoxicólico (AUDC), con una media de 1360 (430) mg/d, 10 casos recibieron también Clorfeniramina, 16/20 casos recibieron maduración pulmonar. La media de edad gestacional a la que finalizó el embarazo fue 35,5 (2), ningún caso superó la semana 38. En 8/20 casos hubo complicaciones fetales, no hubo casos de muerte neonatal. La media de peso de los recién nacidos (RN) fue 2765 (511), 5/20 RN con peso < 2500 g. Hubo 1 RN con líquido meconial y 2 RN requirieron ingreso a cuidados intensivos.

Conclusiones

En esta serie la CG se asoció con prematuridad leve y bajo peso al nacer. En esta serie los valores de AB > 40 mmol/L no impactaron en la finalización del embarazo. El manejo de la CG aún no está completamente sistematizado.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0105**

Bartonella Henselae: espectro de presentaciones clínicas.

Mateo Rodriguez

Santiago Gemelli

Martin Lopez

Noelia Ferreira

Henry Albornoz

Hospital de Clínicas. Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

Alfredo Ibarra

Centro Asistencial Médico del Este de Colonia. IAMPP. Uruguay.

Introducción

Bartonella spp es un bacilo Gram negativo intracelular, de crecimiento exigente. *Bartonella henselae*, una zoonosis transmitida desde los gatos, tiene presentaciones clínicas variables.

Objetivo

Reportar cuatro pacientes adultos con infecciones por *Bartonella henselae* asistidos recientemente.

Caso clínico

Casos: 1- Hombre, 27 años, trabajador en gomería. Contacto con gatos. Presentó dolor cervical, adenomegalias y fiebre. RNM: con aumento de la intensidad en T2 de tercera vértebra cervical, aspecto de sustitución ósea y tumoración de 25mm subclavicular derecha. Planteo de espondilitis con absceso profundo de cuello, o enfermedad neoplásica. Hemocultivos (HC) negativos. Inició ceftriaxona y clindamicina con mejoría. Persistió la tumoración subclavicular y la biopsia mostró adenitis granulomatosa necrotizante. Serología para *Bartonella henselae* (IFI) reactiva (IgM e IgG). Recibió 6 semanas de Ciprofloxacina con resolución completa de alteraciones vertebrales en la RNM. Diagnóstico: Espondilitis cervical. 2- Mujer, 37 años, desocupada. Contacto con gatos. Infección VIH/SIDA, 123 CD4/mm³ al ingreso. Presentó síndrome febril prolongado, dolor en hipocondrio derecho y anorexia, asociando lesión pustulosa en cara anterior de puño. TC: adenomegalias axilares, hepatomegalia regular, bazo heterogéneo con múltiples imágenes hipodensas. HC: sin desarrollo. Planteo de fiebre de origen desconocido, probable infección oportunista bacteriana específica o inespecífica, o fúngica. Biopsia cutánea sin bacterias ni hongos (estudio directo y cultivos en medios para bacterias inespecíficas, micobacterias y hongos). Biopsia del ganglio axilar mostró linfadenitis reactiva. Serología para *Bartonella henselae* (IFI) reactiva (IgM e IgG). Recibió doxiciclina y TMP/SMX (4 semanas) con buena evolución. Diagnóstico: Infección diseminada, compromiso cutáneo, linfadenitis y abscesos esplénicos. 3- Hombre, 59 años, guardia de seguridad. Contacto con gatos. Cuadro neurológico agudo con signos focales, ingresó febril. TC: sin lesiones encefálicas. RNM: sin lesiones ni restricción en difusión. ETE: vegetación poco móvil de 6x4 mm en cara ventricular de válvula aortica, insuficiencia valvular leve. Seis HC sin desarrollo. Diagnóstico de endocarditis infecciosa comunitaria aguda en válvula nativa, con embolia cerebral. Inició ampicilina, cefazolina y gentamicina. ETE (14 días de tratamiento) aumento de vegetación (9x5 mm) e insuficiencia valvular moderada. Serología para *Bartonella henselae* (IFI) reactiva (IgM e IgG). Cambio de tratamiento a doxiciclina y rifampicina (6 semanas), completando 21 días de gentamicina. Diagnóstico: Endocarditis infecciosa. 4- Mujer, 34 años. Contacto con gatos. Tumoración en cuello y fiebre, probable adeno-flemón cervical. TC: mostró tres colecciones en espacio cervical posterior izquierdo en contacto con esternocleidomastoideo. Inició antimicrobianos (amoxicilina y azitromicina), cultivos de punción de la tumoración sin crecimiento (medios para bacterias y micológico) y tinción para BAAR negativa. Interpretado como adenomegalia abscedada. Persistencia de la tumoración y fiebre. Serología para *Bartonella henselae* (IFI) reactiva (IgM e IgG). Recibió ciprofloxacina y doxiciclina (6 semanas), apirexia y disminución de la tumoración. TC de control: disminución de colecciones.

Conclusiones

Bartonella henselae presenta diferentes formas clínicas, afecta a inmunocompetentes e inmunosuprimidos y puede cursar con formas diseminadas. El contacto con gatos guió la orientación diagnóstica y debe interrogarse siempre. Los casos fueron diagnosticados mediante serología por el método de IFI.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0106**

El impacto del especialista en enfermedades infecciosas en la calidad de atención de pacientes hospitalizados con infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Sofía Griot

Elisa Cabeza

Zaida Arteta

Julio Medina

Susana Cabrera

Cátedra de Enfermedades
Infecciosas. Facultad de Medicina.
UdelaR. Uruguay.

Introducción

A nivel mundial, existe cada vez mayor interés sobre los indicadores de calidad de atención en pacientes con infección por VIH, desde que se ha demostrado su asociación con riesgo de hospitalización y mortalidad.

Objetivo

El objetivo fue evaluar la calidad de asistencia de pacientes con infección por VIH, en pacientes hospitalizados en un Hospital terciario en Uruguay, y el impacto de la intervención del especialista en enfermedades infecciosas.

Metodología

Se condujo un estudio observacional, transversal, retrospectivo en adultos con infección por VIH hospitalizados en Hospital de Clínicas entre 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2017. Los indicadores de calidad de atención evaluados fueron: determinación de carga viral (CV) y recuento de CD4+; tamizaje de VHB, VHC, sífilis e infección tuberculosa latente (ITBL); inicio o continuación de TARV (incluido cambio); e indicación de profilaxis de infecciones oportunistas.

Resultados y discusión

Se relevaron un total de 171 ingresos hospitalarios de pacientes con infección por VIH en el período: 62,6% mujeres, 30,4% hombres y 7% transgénero. El promedio de edad fue $40,4 \pm 11$ años. Un 87,7% (n=150) de pacientes tenían diagnóstico de VIH previo, y el promedio de tiempo desde el diagnóstico fue 9 ± 6 años. De los 150 pacientes con diagnóstico previo el 49,3% (n=74) estaban en control ambulatorio, todos en TARV y solo 12% (n=9) con carga viral suprimida. El promedio de recuento de CD4+ fue 158 ± 151 cel/mL. Las causas de hospitalización incluyeron: Infecciones oportunistas 64,9% (n=111), otras causas relacionadas al VIH 18,7% (n=32), no relacionados al VIH 16,4% (n=28). Ciento treinta y siete pacientes (80,1%) fueron evaluados por especialista en enfermedades infecciosas. En cuanto a los indicadores de calidad de atención, la cobertura de determinación de CV y CD4+ fue menor a 80%, el inicio y continuación del TARV fue algo mayor a 80%. El tamizaje de ITBL fue el indicador más deficitario (16,7%). El resultado de los indicadores de atención fue significativamente mejor en pacientes que recibieron atención por especialistas en enfermedades infecciosas (Tabla 1). Tabla 1. Indicadores de calidad de atención en pacientes hospitalizados con infección por VIH, distribuidos según hubo intervención del especialista en enfermedades infecciosas.

	Total	Médicos no especialistas en enfermedades infecciosas	Especialistas en enfermedades infecciosas	p valor
Determinación de CV y CD4+ % (n)	74.9 (128/171)	23.5 (8/34)	87.6 (120/137)	<.0001
Estudio de co- infecciones: VHB, VHC, sífilis % (n)	67.2 (115/171)	14.7 (5/34)	95.7 (110/ 137)	<.0001
Tamizaje de ITBL en pacientes con indicación, % (n)	16.7 (22/132)	3.2 (1/31)	20.8 (21/101)	0.022
Continuación de TARV en pacientes con infección por VIH en TARV, % (n)	83.8 (62/74)	64 (16/25)	93.9 (46/49)	0.003
Inicio de TARV durante hospitalización, % (n) ¹	81.0 (77/95)	11.1 (1/9)	88.4 (76/86)	<.0001
Profilaxis con cotrimoxazol en pacientes con indicación, % (n)	91.7(111/121)	33.3 (5/15)	100 (106/106)	<.0001
Profilaxis con azitromicina en pacientes con indicación, % (n)	92.9 (65/70)	66.7 (4/6)	100 (64/64)	<.0001

Conclusiones

La calidad de atención en pacientes hospitalizados con infección por VIH, fue significativamente mejor cuando intervino el especialista en enfermedades infecciosas respecto a otras especialidades. El tamizaje insuficiente de ITBL es preocupante dado el aumento reciente de incidencia de tuberculosis en Uruguay.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0107**

Baja mortalidad por enfermedades oportunistas en el programa nacional de trasplante hepático. Montevideo-Uruguay.

Jimena Prieto

Unidad Bi Institucional de
Enfermedades Hepáticas Complejas
(Hospital Militar, Hospital de Clínicas).
Programa de Trasplante Hepático.

Martin Lopez**Julio Medina**

Unidad Bi Institucional de
Enfermedades Hepáticas Complejas
(Hospital Militar, Hospital de
Clínicas). Programa de Trasplante
Hepático. Cátedra de Enfermedades
Infecciosas. UdelaR.

Santiago Gemelli3

Catedra de Enfermedades
Infecciosas. UdelaR. Uruguay.

Introducción

Las enfermedades oportunistas son una causa de morbimortalidad importante en los receptores de trasplante de órgano sólidos. El periodo en el que clásicamente se presentan es en los primeros 6 meses post trasplante; sin embargo hay un grupo de pacientes que desarrolla enfermedad más allá de este periodo.

Objetivo

Conocer incidencia, momento de presentación y morbilidad de las Enfermedades Oportunistas en nuestro centro

Metodología

Se realizó un estudio de cohorte (entre el 14 de julio del 2009 al 14 de julio del 2018), en el cual los pacientes con trasplante hepático y hepato renal fueron incluidos prospectivamente en nuestra base de datos nacional, BaDaInTOS. Se incluyeron todas las Enfermedades Oportunistas que se presentaron en el pos trasplante durante el periodo de estudio. El programa de trasplante hepático cuenta con protocolos de profilaxis para evitar o disminuir el número de enfermedades oportunistas. Estos incluyen administrar de manera universal: TMP-SMX y valaciclovir; y según el riesgo particular de cada paciente: antifúngicos, isoniazida y valganciclovir. Criterios de inclusión: Se definió enfermedad oportunista como aquellas enfermedades vinculadas a agentes infecciosos que se presentan en pacientes con inmunodepresión. Se incluyeron: reactivación o primo infección con enfermedad por Cytomegalovirus (CMV), Virus Varicela Zoster (VVZ), Virus Epstein Barr (VEB responsable de síndrome linfoproliferativo); Infección fúngica invasiva por Aspergillus sp, Criptocococcus neoformans, Micosis endémicas; Neumonía por Pneumocystis jirovecii (PNJ); Nocardia sp, Infecciones parasitarias (Toxoplasma gondii, Blastocystis hominis, Cryptosporidium); Mycobacterium tuberculosis y no tuberculoso. Criterios de exclusión: No se incluyeron infecciones por Cándida, bacterias, virus respiratorios o infecciones por CMV.

Resultados y discusión

Se trasplantaron 175 pacientes. Diecinueve pacientes (10,8%) presentaron al menos una enfermedad oportunista (n = 34 casos). Las enfermedades oportunistas diagnosticadas fueron: Enfermedad por CMV, n = 13; VVZ, n = 10; SLP secundario a VEB, n = 1; Aspergillus spp, n = 3 (n = 2 pulmonar, n = 1 sinusitis); Cryptococcus neoformans, n = 1; Pneumocystis jirovecii, n = 1; Rhizopus, n = 1; parasitosis diagnosticados fueron n = 4 (2 Cryptosporidium y 2 Blastocystis hominis). No se diagnosticaron casos de Mycobacterias ni Toxoplasma gondii ni Nocardia. Veintidós casos (62%) se presentaron en los primeros 6 meses y 13 (38%) más allá del sexto mes. Dieciocho pacientes (94%), presentaron una buena evolución.

Conclusiones

Uno de cada 10 pacientes presentaron una Enfermedad oportunista. Mientras una de cada 4 enfermedades oportunistas se presentaron más allá del sexto mes pos trasplante. La mortalidad fue baja con un 94% de sobrevida.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0108**

Citomegalovirus: 9 años de experiencia en el programa nacional de trasplante hepático. Montevideo - Uruguay.

Jimena Prieto

Programa Nacional de Trasplante Hepático, Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas Complejas (Hospital de Clínicas, Hospital Militar).

Martin Lopez**Julio Medina**

Programa Nacional de Trasplante Hepático, Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas Complejas (Hospital de Clínicas, Hospital Militar). Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Fac. de Medicina, UdeLaR. Uruguay.

Introducción

La Enfermedad por CMV permanece como una causa mayor de morbimortalidad en los receptores de Trasplante de órgano sólidos, con una incidencia que ronda el 30% si no se implementan estrategias de prevención.

Objetivo

Conocer la incidencia de infección por CMV (viremia y enfermedad por CMV) en nuestro servicio para adaptar las estrategias de prevención.

Metodología

Estudio de cohorte en el cual los pacientes receptores de trasplante hepático fueron incluidos prospectivamente en nuestra base de datos nacional, Base de Datos de Infecciones en Trasplante de Órganos Sólidos. El período de estudio estuvo comprendido entre el 14 de julio 2009 al 14 de julio 2018. Definiciones: Infección asintomática por CMV: viremia por CMV sin síntomas. Enfermedad por CMV: viremia por CMV asociado a síndrome viral o a compromiso visceral. Profilaxis Universal: administración de antiviral a pacientes de alto riesgo (donantes positivos/ receptores negativos). Profilaxis Selectiva: administración de antiviral a pacientes de alto riesgo por exposición a timoglobulina. Hasta el 2013: Se iniciaba profilaxis selectiva luego de 3 dosis de timoglobulina. Desde el año 2014 se inicia profilaxis selectiva a partir de 1 dosis de timoglobulina. Estrategia anticipada: Realización de control de viremia pautada en vistas a captar replicación viral CMV. Profilaxis Híbrida: Administración de antiviral y posterior control de la replicación. Estrategia implementada en nuestro centro desde el año 2014 Cut off establecido para iniciar estrategia anticipada: • Desde el 2014 a la fecha: Antígeno pp 65: 1 célula. CV CMV 1500 UI/ml • Desde el 2016 se realiza únicamente CV CMV. Población de estudio: 175 trasplantados (n= 7 profilaxis universal, n= 15 selectiva, n= 153 en estrategia anticipada)

Resultados y discusión

Se trasplantaron 175 pacientes. La incidencia global de infección por CMV fue de 27,4% (48 pacientes). La incidencia de infección asintomática fue de 20% (35 pacientes, 40 casos: 5 pacientes presentaron 2 episodios de infección CMV, el resto 1 episodio de infección) mientras que la Enfermedad por CMV fue del 7,4%, 13 pacientes). En los casos de infección por CMV las estrategias de prevención implementadas fueron: en 36 casos (90%) estrategia anticipada, en 3 casos (7,5%) estrategia híbrida y en 1 (2,5%) estrategia selectiva. La media de presentación fue de 84,18 días, con una media de replicación viral de 4327 ± 4369 UI/ml. Los 35 pacientes (100%) presentaron buena evolución bajo antivirales (valganciclovir y/o ganciclovir). De los 13 pacientes que presentaron enfermedad: 6 pacientes tuvieron compromiso hepático, 4 digestivo, 2 digestivo y hepático y un paciente presentó un síndrome viral. La media de presentación fue de 56,31 días, con una media de replicación viral de 57326 ± 54691 UI/ml. La menor viremia con la que se detectó enfermedad por CMV fue de 1720 UI/ml. Todos los pacientes con enfermedad por CMV recibieron ganciclovir I/V con una sobrevida del 100%.

Conclusiones

Uno de cada tres pacientes presentó infección por CMV en nuestro programa; mientras que solo 1 de cada 13 pacientes presentaron enfermedad por CMV. Los ajustes realizados en las distintas fases del programa nos permitieron tener resultados comparables con centro internacionales.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0109**

Hidrotórax hepático. Serie de casos.

Mariana Brin**Marcelo Valverde**Clínica Médica A. Hospital de
Clínicas. Uruguay.

Introducción

El hidrotórax hepático (HH) es una complicación poco frecuente en pacientes cirróticos (4-6% de los cirróticos). Se define como un derrame pleural no inflamatorio (trasudado), en el contexto de hipertensión portal (HTP), y en ausencia de patología cardiopulmonar subyacente. A pesar del desarrollo de nuevas medidas terapéuticas, continúa asociándose con una evolución desfavorable y elevada mortalidad. A continuación se presenta una serie de casos de pacientes ingresados por HH en nuestro servicio entre los años 2015 y 2018.

Caso clínico

1. SF, 58 años, portadora de Cirrosis Biliar Primaria en módulo pre-trasplante, Child-Pugh B9/MELD-Na 18. HTP con ascitis refractaria. MC: disnea, ascitis y edemas. EF: síndrome en menos en 1/3 inferior de hemitórax derecho. RxTx: imagen compatible con derrame pleural derecho. Se realiza tóracocentesis obteniéndose 4 L de líquido citrino compatible con trasudado. Se descartan otras posibles causas de trasudado pleural. De la paraclínica se destaca: PMN en líquido pleural: 190/mm³ y peritoneal 218/mm³. Se inicia tratamiento con diuréticos y paracentesis/toracocentesis a demanda. La paciente evoluciona de forma tórpida, presentando hemorragia variceal con repercusión hemodinámica, falleciendo a los 44 días del ingreso. 2. SF, 60 años, cirrosis por hepatitis C, Child-Pugh B8 / MELD-Na 15, en tratamiento con furosemide y espironolactona. MC: disnea de esfuerzo, edemas y distensión abdominal. EF: polipnea de 30 rpm, taquicardia en reposo de 120 p.m., síndrome en menos en mitad inferior de hemitórax derecho; flapping y rueda dentada. Se plantea cirrosis descompensada con anasarca y encefalopatía grado II. RxTx: imagen compatible con derrame pleural en 2/3 inferiores de hemitórax derecho. Ecografía abdominal informa vena porta permeable; fina lámina de líquido peri-esplénico y en fondo de saco de Douglas. Tóracocentesis diagnóstica y terapéutica (1.2 L de líquido citrino), compatible con HH. Mejoría significativa con tratamiento diurético. Alta con control en policlínica y evaluación para trasplante. 3. SM, 64 años, cirrosis por alcohol Child Pugh B9 / MELD-Na 18. Consulta por distensión abdominal de 2 semanas de evolución. EF: eupneico, síndrome en menos en base de hemitórax derecho; ascitis de moderada entidad. Ecografía abdominal muestra vena porta permeable, esplenomegalia homogénea; líquido libre intraabdominal de moderada entidad. RxTx: compatible con derrame pleural derecho. Ingresa con planteo de cirrosis descompensada. Paracentesis diagnóstica y terapéutica (4.8 L de líquido citrino) y tóracocentesis diagnóstica (500 mL de líquido citrino), ambos líquidos compatibles con trasudado, sin desarrollo bacteriano.

Conclusiones

Se analizan tres casos de pacientes con cirrosis e hidrotórax hepático. El HH constituye una complicación poco frecuente, asociada a mal pronóstico. Su tratamiento debe homologarse al de la ascitis. El manejo es dificultoso, siendo escasa la respuesta al tratamiento médico. De ser resistente al mismo deben ofrecerse medidas quirúrgicas como el cierre de los poros diafragmáticos mediante toracoscopia video-asistida o intervencionistas como la derivación portosistémica por vía transyugular intrahepática. El único tratamiento posiblemente curativo es el trasplante hepático.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0110**

Protocolo de profilaxis y auditoría permitió una disminución significativa de las Infecciones fúngicas invasivas por *Aspergillus* spp y *Cándida* spp en el Programa Nacional de Trasplante Hepático-Uruguay.

María Elisa Cabeza Díaz**Julio César Medina
Presentado**Cátedra de Enfermedades
Infecciosas, Facultad de Medicina,
UdelaR.**Jimena Prieto**Programa Nacional de trasplante
hepático. Uruguay.

Introducción

En receptores de trasplante hepático (TH), la candidiasis y la aspergilosis invasiva son las infecciones fúngicas invasivas (IFI) de mayor incidencia, reportándose tasas de mortalidad del 30% al 50% y del 65% al 90% respectivamente. En nuestro país no existen datos publicados de incidencia y morbi-mortalidad de IFI en receptores de TH, ni del impacto de las profilaxis antifúngicas.

Objetivo

El objetivo de nuestro trabajo fue describir el perfil epidemiológico de éstas dos IFI en el programa Nacional de TH y evaluar el impacto de diferentes estrategias de profilaxis y monitoreo.

Metodología

Conducimos un estudio analítico intervencionista en dos fases, realizado en Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas Complejas. Programa de Trasplante Hepático-Uruguay. Se enrolaron en la base de datos nacional BaDalNTOS a todos los pacientes receptores de trasplante hepático y hepato-renal en nuestro programa. Período de estudio: Fase 1: 1 de julio 2009 al 30 de junio 2013; fase 2: 1 julio de 2013 al 15 de setiembre 2018. En la fase 1 (n= 66) se realizó profilaxis universal con fluconazol y profilaxis con anfotericina B desoxicolato en pacientes con factores de riesgo para hongos filamentosos. No se realizaba auditoría de cumplimiento de las profilaxis ni búsqueda de colonización por hongos. En la fase 2-siguiendo protocolo actualizado del programa (n= 112) se realizó profilaxis con fluconazol en quienes tenían factores de riesgo para candidiasis invasiva y profilaxis con caspofungina si presentaban riesgo de candidiasis invasiva por *Candida* spp persistentes a los azoles y/o riesgo de aspergilosis. Se realizó búsqueda de colonización fúngica y auditoría sistemática del cumplimiento de los procesos.

Resultados y discusión

En el periodo analizado se realizaron 178 TH. En la fase 1 el 62% fue de sexo masculino, con una mediana de edad de 44,9 años y en la fase 2 el 56% fue de sexo masculino, con una mediana de edad de 50,0 años. La cirrosis alcohólica fue la enfermedad predominante que determinó el trasplante en ambas fases (24,2% y 23,2%). En la fase 1 recibieron profilaxis 13 pacientes (19,7%) y 37 (33,0%) en la fase 2, con un valor $p \leq 0,05$, riesgo relativo (RR) de 0,63 para un Intervalo de confianza (IC) del 95% (0,37-1,04). En la fase 1 ocurrieron 11 IFI (16,7%) y 8 (7,1%) en la fase 2, con un valor $p = 0,047$, RR de 1,67; IC 95% (1,07-2,60). Las candidiasis representaron el 72,7% (n=8) y el 56% (n=5) en la fase 1 y 2 respectivamente. Las aspergilosis representaron 27,3% (n=3) en la fase 1 y 33,3% (n=3) en la fase 2. La supervivencia al alta hospitalaria fue 86,4% y 92,0% en la fase 1 y 2 respectivamente.

Conclusiones

La incidencia global de Infecciones fúngicas invasivas (IFI) por *Aspergillus* spp y *Cándida* spp en 9 años de programa fue 10,7%. El cambio de estrategia de profilaxis y su auditoría logró

disminuir significativamente la incidencia de IFI de 16,7% a 7,1%, lo cual es comparable a lo reportado por centros europeos de trasplante hepático.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0111**

Infecciones osteo-articulares por microorganismos multirresistentes: un reto actual.

Karina Tenaglia**Alicia Martínez**

Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, Montevideo- Uruguay.

Julio Medina

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, UdelaR, Hospital de Clínicas, Montevideo-Uruguay.

Introducción

La infección osteo-articular en una patología poco frecuente, de difícil diagnóstico y tratamiento. Su presentación clínica es variada y va desde la osteomielitis aguda o crónica a la asociada a material implantado-esta última en aumento como consecuencia del incremento de dispositivos implantados.

Objetivo

Conocer la epidemiología, presentación clínica y perfil microbiológico para diseñar estrategias de prevención y tratamiento ajustadas a la realidad local.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología. Período 01 de marzo 2016 a 28 de febrero 2017. Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de infección, que contaban con uno o más cultivos microbiológicos profundos. Se excluyeron los pacientes que no cumplían con los criterios clínicos de infección. El análisis de datos se hizo con el programa estadístico SPSS 22 con medidas de resumen central, mediana y frecuencias absolutas.

Resultados y discusión

Se enrolaron 157 pacientes (110 pacientes con infección osteoarticular microbiológicamente documentada y 47 definidos solo como infección clínica dado que los cultivos profundos fueron sin desarrollo). La edad media fue de 51 años; relación 3 a 1 hombre/mujer. Los antecedentes más importantes fueron: diabetes, n=23, tabaquismo n=50 e inmunosupresión n=12. Consultaron con dolor el 79% y con signos fluxivos el 60% de los pacientes. El promedio de internación fue 24 días con 18% de reingreso por recurrencia del cuadro el mismo año. Los diagnósticos se distribuyeron de la siguiente manera: osteomielitis asociada a osteosíntesis n=39 (25%); fractura expuesta n=25 (16%); infección del sitio quirúrgico precoz n=18 (11%); infección protésica precoz n=14 (9%); infección prótesis tardía cadera n=12 (7,6%); infección prótesis tardía rodilla n=5 (3%); artritis n=12 (7,6%); osteomielitis crónica n=11 (7%); otros (pie diabético, espondilodiscitis, etc) n=11 (7%). Microbiología: 173 muestras cultivadas (72% positivas). Los microorganismos aislados fueron: 56% cocos gram positivos (predominantemente *Staphylococcus aureus* 45% y *Staphylococcus coagulasa* negativo 20%) y 44% bacilos gram negativos (predominantemente *Pseudomonas aeruginosa* 27%, *Enterobacter* spp 20% y *Klebsiella* spp 20%). En cuanto al perfil de resistencia vimos que 2 de cada 10 pacientes desarrollo una infección por cocos gram positivos meticilino resistentes o enterobacterias multiresistentes.

Conclusiones

La patología más frecuente en 1 de cada 2 pacientes fue la infección asociada a material implantado (prótesis y placas). A la complejidad habitual del tratamiento quirúrgico y antimicrobiano se le suma que 2 de cada 10 infecciones son producidas por microorganismos multiresistentes.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0112**

Caracterización microbiológica de las bacteriemias por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en el Hospital Universitario.

Leticia Caiata**Lucia Araújo****Virginia García****Ines Bado****Rafael Vignoli**Depto de Bacteriología y Virología,
Instituto de Higiene, Facultad de
Medicina.**Verónica Seija**Depto de Patología Clínica, Hospital
de Clínicas, Facultad de Medicina.
Uruguay.

Introducción

Las infecciones del torrente sanguíneo se asocian con alta morbi- mortalidad, siendo frecuentemente causadas por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEEs).

Objetivo

Caracterizar los episodios de bacteriemia por enterobacterias productoras de BLEE en el Hospital Universitario en un período de 2 años.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo. Población: pacientes >18 años, con ≥ 1 episodio de bacteriemia por enterobacteria BLEE colectados entre 01/01/14 y 30/11/15. Se analizaron datos clínicos-microbiológicos. Identificación y susceptibilidad: sistema automatizado Vitek® system. Sensibilidad a fosfomicina por gradiente antibiótico y a ceftazidime-avibactam (CZA) por disco-difusión. Interpretación resultados: Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) vigente. En BLEE+ según Vitek: detección de bla(CTX-M), bla(SHV), bla(TEM), bla(PER-2) por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Secuenciación para tipo de TEM y SHV. Determinación secuenciotipo 258 en K.pneumoniae: PCR pilV. Proyecto aprobado por Comité Ética del Hospital de Clínicas.

Resultados y discusión

52 enterobacterias productoras de BLEE: K. pneumoniae =34 (13 con secuenciotipo 258), E.coli =12, otros =6, aisladas en 46 pacientes (media edad 57,4 \pm 16,0 años), 28 sexo masculino. Clasificación de las bacteriemias: -Según origen: 30 nosocomiales, 10 comunitarias y 4 asociadas a procedimientos médicos en 5 días previos, 1 asociado a cuidados de la salud, 1 sin dato. -Según foco: 22 urinario, 7 abdominal, 4 endovascular, 11 sin dato y 2 otros. Antibioticoterapia: 24/46 pacientes (52%) recibieron antibioticoterapia previo al hemocultivo (21: betalactámicos, 5: quinolonas, 3: cotrimoxazol, 3: aminoglucósidos, 7: otros). 18 pacientes sin antibiótico (ATB) previo (39%), 4 sin dato (8,7%). Antibioticoterapia empírica en 36 pacientes (78,3%), ausente en 6 (13,0%), sin dato en 4 (8,7%). En 16/36 (44,4%) se incluyó ≥ 1 ATB sensible mientras en 20/36 (55,6%) se utilizaron ATB no activos (ceftriaxona 8, piperacilina-tazobactam 7, otros 5). Susceptibilidad en enterobacterias BLEE+: Los ATB que se mostraron sensibles para $\geq 80\%$ de las cepas fueron: meropenem 100%, ceftazidime-avibactam 100%, imipenem 98%, ertapenem 98%, fosfomicina 96,1%, colistin 90,4%, amikacina 86,5%. Evolución: alta vivo 35/46 (76,1%), fallecidos 9/46 (19,6%), sin dato 2/46 (4,3%).

Conclusiones

La mayoría de las bacteriemias por enterobacterias BLEE+ fueron nosocomiales, a partir de focos urinario y abdominal. K. pneumoniae fue la enterobacteria más frecuente, y casi 40% correspondieron a ST 258, clon de alto riesgo de diseminación. En alto porcentaje de pacientes (55%) los ATB utilizados para tratamiento antibiótico empírico, mayoritariamente ceftriaxona o piperacilina-tazobactam, resultaron resistentes en antibiograma. Las opciones terapéuticas son reducidas en bacteriemia por enterobacterias BLEE, siendo los carbapenems, ceftazidime-avibactam y fosfomicina los ATB con mejor actividad in vitro contra las cepas aisladas en el

Hospital de Clínicas. Se debe mantener la vigilancia de la prevalencia de BLEE y resistencia ATB de manera de establecer terapias empíricas basadas en la realidad epidemiológica de nuestro hospital.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0114**

Fístula esófago-pleural en paciente portadora de gastrostomía.

Maria Moreno**Sandra De Oliveira****Jose Mongelos****Sergio Logwin**

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

Las fistulas y demás lesiones esofágicas tienen una alta mortalidad y un tratamiento aún controvertido. Por su baja frecuencia de presentación estas lesiones tienen un problema diagnóstico y terapéutico importante. En este caso queremos demostrar la alta morbi mortalidad de esta patología poco frecuente y la dificultad en el tratamiento, más aun en lugares precarios donde las prótesis endoscópicas son de difícil acceso por debido al costo elevado de las mismas.

Caso clínico

Paciente de 24 años secuelar de meningitis bacteriana aguda, gastrostomizada. Ingresó por cuadro de 48 horas de tos con expectoración purulenta y fiebre, se diagnosticó neumonía complicada con empiema, se colocó tubo de drenaje pleural (TDP) constatándose salida de líquido de coloración amarillada. Al iniciar tolerancia por gastrostomía se constata salida de nutrición por TDP. En tomografía de tórax y fistulografía se constata fístula esófago pleural derecha en tercio distal del esófago. Se plantea a cirugía cierre quirúrgico de la fístula, pero por riesgo quirúrgico se decide intento de cierre de orificio de manera endoscópica. Se realiza colocación de sonda nasoyeyunal (SNY) y se intenta cierre de orificio fistuloso con múltiples clips endoscópicos sin éxito. Se suspende alimentación por SNY y se inicia nutrición parenteral. Ante el no éxito del clipado se insiste en cierre quirúrgico de fístula más colocación de yeyunostomía el cual no se realiza por malas condiciones clínicas y nutricionales. Recibe tratamiento antibiótico con Meropenem y Vancomicina. Ante la no resolución del foco pleural, paciente evoluciona desfavorablemente con taquipnea y taquicardia, llegando hasta la insuficiencia respiratoria y se produce el óbito de la paciente.

Conclusiones

Debido a la alta morbi-mortalidad de las fistulas esofágicas es de suma importancia el diagnóstico y tratamiento precoz de ellas. La sutura primaria es el tratamiento de elección en perforaciones de diagnóstico temprano y en pacientes con diagnóstico tardío que no son candidatos quirúrgicos se han descrito el uso de stents. En este caso es importante recalcar la probable falla terapéutica al no poderse realizar el cierre tanto quirúrgico como endoscópico del orificio fistuloso que lleva posteriormente al óbito de la paciente.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0115**

Lepra en el embarazo. A propósito de un caso.

Jenny Patricia Niño Galvis

Universidad Industrial de Santander.

José Mauricio García HabeychUniversidad Industrial de Santander
- HUS - FCV Bucaramanga - Clínica
San Luis.**Alexander Arrieta Gil**

Clínica San Luis. Colombia.

Introducción

La lepra es una de las enfermedades más antiguas reportadas, de origen infeccioso crónica causada por *Mycobacterium leprae*, cuyo diagnóstico y tratamiento son sencillos en la actualidad, por ende su incidencia ha disminuido de forma importante, sin embargo en algunos los países aparecen registros mayores en los últimos años.

Caso clínico

En esta ocasión presentamos una paciente de 34 años primigestante con embarazo de 29 semanas con pobre control prenatal en condición de inmigrante, con cuadro clínico de año y medio de evolución de aparición de lesiones sugestivas de eritema nodoso las cuales habían remitido espontáneamente, sin embargo reaparecen en la última semana por lo cual consulta, sin estudios previos, con hallazgo al ingreso de piel infiltrada en pabellones auriculares con hiperpigmentación focalizada, y con leve rarefacción de las cejas, y lesiones tipo placas infiltradas induradas eritematosa en extremidades y tronco; nódulos dolorosos de mediana profundidad, con lesión tipo placa con en miembro inferior izquierdo, después de múltiples estudios que descartan inmunosupresión por VIH, y etiología infeccioso típico, se confirma baciloscopias seriadas (codo/pabellón auricular) positivo con índice bacilar 3,5 en contexto de (lepra lepromatosa multibacilar-leproreacción) se inicia bajo aval de perinatología e infectología Dapsone + clofazimine 1 tab diaria vo y esteroide con mejoría clínica, con buena evolución puerperal.

Conclusiones

De este modo se resumen el caso de una primigesta con una enfermedad de casi dos años de instauración y de tipo lepromatosa caracterizada por máculas, pápulas o nódulos simétricos de distribución bilateral, lo cual resulta en engrosamiento de la piel (Fascies Leonina), lóbulos y pabellones de las orejas gruesos y pérdida de las pestañas y las cejas, hay anestesia difusa de las extremidades distales; se cree que en estos casos se podrían estar incubando la enfermedad y debido a la conocida depresión de la inmunidad celular durante esta etapa la clínica haría su aparición. Respecto al tratamiento de la enfermedad de Hansen durante el embarazo se programa en la misma forma que cuando la paciente no está gestando, siguiendo el régimen de la supervisada

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0116**

Características fenotípicas de hipertensión arterial no controlada en mujeres, rol de la velocidad de onda de pulso estimada y del envejecimiento vascular acelerado.

Marcelo Victor Boscaro

Centro Médico Santa María de la Salud.

Di Leva Ana**Obregón Sebastian****Kotliar Carol**

Centro Médico Santa María de la Salud. Argentina.

Introducción

La HTA en mujeres podría promover el envejecimiento vascular acelerado (EVA) especialmente si se asocia a control insuficiente de la PA además de otras variables conocidas que lo promuevan.

Objetivo

1) Analizar las características fenotípicas de distribución de factores de riesgo coronario (FRC) en mujeres hipertensas; 2) Determinar si existen diferencias entre estas características en las mujeres hipertensas que alcanzan metas de PA y las que persisten con PA no controlada; 3) Evaluar la rigidez vascular a través de la aplicación de la fórmula de VOP estimada e identificar la presencia de EVA.

Metodología

1. Diseño prospectivo, multicéntrico, año: 2017 2.n: 263 mujeres (57,74 +/-16 años)
 3. Encuesta auto administrada (INTERHEART), validada según HC. Se investigó ansiedad por medio score GAD
 4. La PA se midió en todos los sitios con un mismo modelo de tensiómetro automático validado realizándose 3 determinaciones consecutivas para promediar las 2 últimas
 5. Cálculo de PAM: PAD + 0.4 (PAS - PAD)
 6. Método estadístico: ANOVA, X2, Kruskal Wallis, Análisis multivariado, Wilkonson Tank Sum Test
 7. Se estimó la VOP según la siguiente fórmula:
 Edad (años) <30VOP = 0.0472 × PAM + 2.20 30–39VOP = 0.0423 × PAM + 2.20 40–49VOP = 0.0646 × PAM + 1.41 50–59VOP = 0.0731 × PAM + 1.35 60–69VOP = 0.0715 × PAM + 3.16 ≥70VOP = 0.0676 × PAM + 5.46 (The Reference Values for Arterial Stiffness' Collaboration Determinants of pulse wave velocity in healthy people and in the presence of cardiovascular risk factors: 'establishing normal and reference values. European Heart Journal, 2010; 31, 2338–2350)

Resultados y discusión

Se encuestaron 263 mujeres de 57.74 +/- 16 años, de las cuales 152 (57,8%) eran HTA, el 53.3% estaban controladas, y el 66.4% se hallaban medicadas. El promedio de embarazos fue de 2.35 +/- 1.60, número de partos 2.06 +/- 1.38; 13,7% tabaquistas, 12,5% diabéticas, 53,9% realizaban ejercicio regular, 29,7% dislipémicas. Se compararon pacientes normotensas e hipertensas controladas y no controladas. La hipertensión no controlada se asoció EVA p 0.0171, con el retraso en la consulta cardiológica p 0.0048, y ginecológica p 0,00472 y el haber padecido un infarto de miocardio previo p 0.0152. Al realizar análisis multivariado, los factores vinculados a una hipertensión no controlada fueron la magnitud de la VOP 0,00001, la presencia de EVA p 0.05 y el haber padecido una complicación cardiovascular previa p 0.0497. No hubo diferencias entre el número de fármacos utilizados en pacientes con HTA controlada y no controlada p 0.8001. Las variables que se asociaron con EVA (univariado) fueron la HTA (p 0.0141), la mayor ingesta alcohólica (p 0.0141), mayor PAS (0.00001), PAD (0.0014), PP (0,001), y el haber padecido hipertensión inducida por embarazo (HIE) (p 0.0061). El análisis multivariado asocia a EVA al haber padecido HIE p 0.0285, y la mayor ingesta alcohólica p 0.0014.

Conclusiones

Los factores vinculados a HTA no controlada en mujeres, fueron la magnitud de la VOP, la presencia de EVA y haber padecido una complicación cardiovascular previa. El EVA se asoció con haber padecido HIE, y la mayor ingesta alcohólica.

Congreso: **Infectología 0117**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre**

Prevalencia de Hepatitis B en pacientes con VIH.

Anibal Dutra

GeUVIH. Uruguay.

Introducción

Mundialmente la coinfección VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana) y VHB (Virus de Hepatitis B) tiene alta prevalencia (7,4%). Esta coinfección facilita altos niveles de replicación, disminuye la tasa de resolución espontánea y presenta un mayor riesgo de reactivación y complicaciones.

Objetivo

Conocer la prevalencia de la coinfección del VIH/VHB y caracterizar la población estudiada en instituciones de asistencia de Montevideo, Uruguay, públicas (Hospital Pasteur, ASSE, Hospital Militar) y privadas (Asociación Española, COSEM, Círculo Católico). Período de estudio mayo a octubre 2018.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Fuente de datos: historias clínicas de pacientes con VIH (considerando todos aquellos que tenían en su historia Western Blot + para VIH), mayores de 18 años, que dieron su consentimiento para ello. Se utilizó como instrumento de recolección un formulario electrónico y para el análisis una planilla dinámica de Excel. Se consideró paciente con VHB, aquellos que presentan anti core positivo, antígeno de superficie y/o antígeno "e" y/o anticuerpo "e" y/o carga viral hepatitis B positiva. Variables estudiadas: edad, sexo, orientación sexual, factores de riesgo (promiscuidad, uso drogas intravenosas u alcohol), carga viral (CV) de VIH, CV de VHB, tratamiento de VHB y su evolución.

Resultados y discusión

La muestra fue de 371 historias, 24 (6.5 %) están coinfectados. 12 mujeres y 12 hombres. Rango de edad entre 24 y 69 años (media 48 años). La mitad de los pacientes estaban inmunizados para VHB. 3 estaban coinfectados por VIH / VHB / VHC. 12 son HSH y 12 son heterosexuales. Promiscuidad como factor de riesgo está en 12 pacientes, 2 son trabajadores sexuales, 2 son adictos a drogas intravenosas, 2 alcoholistas y 1 estuvo privado de libertad. CV para VIH indetectable en los 24 pacientes. Todos los pacientes están tratados para VHB con Lamivudina y/o Tenofovir y/o Emtricitabina. Se realizó CV en 9 de ellos, siendo indetectable.

Conclusiones

En la muestra analizada, se identificó una prevalencia algo menor a la referida por OMS. El acceso a la vacuna de VHB en nuestro país, es obligatoria desde el año 1999, por lo que este grupo de pacientes quedó fuera de estas pautas y por lo tanto fuera de la posibilidad de vacunarse sin costo. Serán otros estudios los que verán la respuesta de la vacunación en esta población coinfectada.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0118**

Prevalencia de hepatitis C en pacientes con VIH.

Nélida Mousques **Introducción**

GeUVIH. Uruguay.

Según la OMS 2017, 2,3 millones de personas con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) tienen pruebas serológicas positivas para virus de hepatitis C (VHC). La prevalencia de la coinfección mundial se estima en 6.2% y sabemos que es diferente según la región. La zona más afectada es Europa del Este y Asia Central (27%) A continuación, se sitúa África Subsahariana (19%) y un estudio en Brasil reveló una prevalencia del 12,9% Las hepatitis virales son un problema de salud mundial y está su mortalidad en aumento, mientras que la mortalidad por tuberculosis y VIH desciende. En relación a la evolución sabemos que los pacientes coinfectados presentan rápida evolución a la cirrosis y mayor riesgo de toxicidad hepática del tratamiento antirretroviral.

Objetivo

Conocer la prevalencia de la coinfección VIH / VHC y caracterizar la población estudiada. Participan pacientes de Instituciones de asistencia médica privada (Asociación Española, COSEM, Círculo Católico) y pública (Hospital Pasteur, ASSE, Hospital Militar) de Montevideo, Uruguay. El período de análisis fue de mayo a octubre del 2018

Metodología

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Fuente de datos: historias clínicas de pacientes con VIH (considerando todos aquellos que tenían en su historia Western Blot + para VIH), mayores de 18 años, que dieron su consentimiento para ello. Para la recolección se utilizó en formulario electrónico y su análisis en tabla dinámica excell. Se consideró pacientes con VHC, aquellos que tienen serología y Reacción en Cadena de la Polimerasa para VHC positiva. Variables analizadas: edad, sexo, orientación sexual, carga viral (CV) de VIH. UDIV, CV para VHC, genotipo, grado de fibrosis hepática, tratamiento y respuesta al mismo.

Resultados y discusión

La muestra fue de 371 historias. 14 (3.8%) tienen VHC y en 2 historias no figuraba este dato. Sexo: 7 son mujeres y 7 hombres. Rango de edad entre 24 y 55 años (media de 45 años). 5 hombres son heterosexuales, 1 bisexual y 1 HSH. En relación a los factores de riesgo: 5 son promiscuos, 2 son trabajadores sexuales, 2 pacientes son UDIV y 1 estuvo privado de libertad. Todos presentan CV para VIH indetectable. En relación al genotipo, tienen genotipo: 1a en 12 pacientes, 1c en 1 y 3a en 1. En 8 se realizó Fibroscan y en 6 biopsia hepática. 6 pacientes presentaron Fibrosis grado 3 y 4. 11 fueron tratados con interferón - ribavirina y 2 curaron. 9 recibieron segundo tratamiento con antivirales de acción directa y curando todos

Conclusiones

La prevalencia en nuestra muestra, está muy por debajo de la prevalencia encontrada en otros trabajos. La respuesta al tratamiento con antivirales de acción directa en nuestro país fue similar a resultados encontrados en trabajos internacionales

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0119**

Una nueva etapa para el accidente cerebrovascular en Uruguay. Informe preliminar.

Lucia Bartesaghi

Claudio Berrutti

Martin Rebella

Jorge Boschi

Roberto Crossa

Analia Cánepa

MUCAM. Uruguay.

Introducción

El accidente cerebro vascular (ACV) constituye la primera causa de discapacidad y la segunda causa de muerte a nivel mundial. Si bien se estima que Uruguay presenta una elevada incidencia, no contamos con estudios epidemiológicos recientes al respecto. Existe en nuestro medio un tratamiento eficaz, en donde la celeridad y la selección adecuada del paciente repercute directamente en su pronóstico vital y funcional a corto y largo plazo.

Objetivo

Analizar los casos de ACV isquémico, su tratamiento y resultados, asistidos en un centro de salud privada de Montevideo durante el periodo julio 2015 a enero de 2019.

Metodología

Estudio observacional descriptivo y prospectivo en la población de pacientes asistidos en un centro de salud privada de Montevideo con planteo diagnóstico clínico de ACV, durante el periodo julio de 2015 a enero de 2019. Se realizó un corte transversal y análisis preliminar al 15 de octubre de 2018. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPI-Info 7.2. Los datos se expresan en valores absolutos, porcentajes y medias con sus respectivos desvíos estándares. Fue diseñado un protocolo de ACV y actualizado de acuerdo a las guías de la American Heart Association (AHA) 2018. Se cumplieron todas las normas éticas en cuanto a reserva y confidencialidad de los datos identificatorios de los sujetos de estudio.

Resultados y discusión

Consultaron 709 pacientes con planteo diagnóstico de ACV. El promedio de edad fue de $67 \pm 1,73$ años, siendo el 56,5% de sexo femenino. Del total de pacientes, 233 ingresaron a protocolo, de acuerdo con estrictos criterios de inclusión y exclusión finalmente 88 de estos pacientes (12,4% del total de ACV) recibieron tratamiento: fibrinolítico (n=46), endovascular (n=24) o ambos en forma secuencial (n=18). Considerando el análisis por subgrupo de tratamiento y en particular el valor del NIHSS al ingreso y los logros a los 3 meses: 1- En trombolizados con rTPA el promedio de NIHSS al ingreso fue 8,75; en trombectomía mecánica 14,4 y en tratamiento secuencial 16,7. 2- En el control a los 3 meses, llegaron a un NIHSS 0 y mRS 0: 15 pacientes en el primer grupo (32,6%), 6 en el segundo (25%) y 3 en el tercero (16,6%). Mas 4 pacientes del total con ese resultado sin haber llegado al control de los 3 meses. De este análisis se desprende que 31,8% de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para tratamiento presentaron un NIHSS de 0 y mRS de 0 en el control clínico a los 3 meses del evento agudo.

Conclusiones

El infarto cerebral es un motivo de consulta muy frecuente en los servicios de emergencia. La evaluación, diagnóstico y tratamiento precoz, tiene implicancias directas en la morbimortalidad. El tratamiento logra la recuperación sin secuelas en un porcentaje no despreciable de pacientes.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0120**

Afectación pulmonar intersticial en las enfermedades autoinmunes sistémicas. Impacto de la ciclofosfamida.

Adrián Aguiar Escobar**Mariela Teliz****Ernesto Cairoli**

Hospital de Clínicas.

Martín Bentancort

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

Es frecuente el compromiso pulmonar a forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en enfermedades autoinmune sistémicas (EAS). La severidad está determinada por los síntomas, presencia de insuficiencia respiratoria, grado de afectación en el estudio funcional respiratorio y compromiso parenquimatoso pulmonar evidenciado por la tomografía de tórax de alta resolución (TCAR). El objetivo del tratamiento es enlentecer la progresión de la fibrosis pulmonar. Solo los casos graves y sintomáticos se tratan. La ciclofosfamida mejora la disnea y la capacidad de ejercicio y estabiliza los parámetros del estudio funcional respiratorio en estos pacientes.

Objetivo

Analizar pacientes con EAS y EPID sintomática, conocer sus características demográficas, clínicas, tipo de compromiso respiratorio al diagnóstico y respuesta al tratamiento inmunosupresor. Evaluar la respuesta clínica, imagenológica y funcional post tratamiento inmunosupresor de inducción de la remisión con Ciclofosfamida (CFM).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes con EAS que cumplieran criterios de clasificación validados y que presentaran EPID sintomática. Se consideraron las siguientes variables clínicas: grado de disnea según escala modified Medical Research Council (mMRC), capacidad vital forzada (CVF), DLCO y test de marcha de 6 minutos y las alteraciones imagenológicas encontradas en la (TCAR) pre y post tratamiento inmunosupresor con bolos de ciclofosfamida intravenosa. Los resultados se expresaron en valor absoluto, porcentajes y medias. La comparación de medias se hizo mediante test de t para muestras pareadas. Se consideraron significativos valores de p menores a 0,05.

Resultados y discusión

Fueron incluidos 10 pacientes (9 mujeres), asistidos en el período entre 2009 y 2017. La media de edad fue 45 años al momento del diagnóstico y 51 al momento de la inclusión en el estudio. Las EAS con EPID encontrados fueron: 5 con síndrome de superposición, 3 con esclerosis sistémica y 2 con enfermedad mixta del tejido conectivo. La disnea fue el síntoma prevalente. La TCAR evidenció: NIU en 2, NINE en 2 y compromiso intersticial inespecífico en 6 pacientes. La CFM fue administrada en dos formas (cada 15 o 30 días con infusiones de 500 mg y 1000 mg respectivamente). La dosis media recibida fue de 7,2 gr (9 pacientes). Un paciente recibió micofenolato de mofetilo como tratamiento de inducción. Se estudió (de forma univariada) la modificación de la disnea y la CVF comparando pre y post tratamiento inmunosupresor. Hubo mejoría subjetiva de la disnea en todos los pacientes, cuantificada por la escala mMRC mostrando una diferencia estadísticamente significativa (media de disnea pre y post tratamiento de 2,25 y 1,45 respectivamente, p 0,002) y un incremento neto (recuperación) en la CVF de 11,6% (pre y post tratamiento de 55,1 y 66,7% respectivamente, p 0,002).

Conclusiones

La EPID en las EAS constituye un marcador pronóstico tanto funcional como de morbimortalidad, que requiere diagnóstico e intervención terapéutica precoz. La CFM en pulsos intravenosos es un agente terapéutico que ha demostrado detener la progresión de la EPID a nivel pulmonar y en algunos casos revertir y mejorar la sintomatología cuantificada por parámetros subjetivos y objetivos como fueron la disminución de la disnea y la recuperación de la CVF.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0121**

Artropatía viral aguda: no todo es Chikungunia.

Rita M Sierra-Merlano**Yessica De León****Jean Villadiego-Barrios**

Universidad de Cartagena. Colombia

Introducción

En años anteriores tuvimos en Colombia la epidemia de Chikungunia (CKGV). La epidemia fue muy importante en los países endémicos para dengue. El CKGV produce un episodio agudo auto limitado de fiebre, brote, artralgias/mialgias y malestar general. Este cuadro puede ser indistinguible de otros arbovirus dificultando el diagnóstico inicial. En mayo de 2015 en Colombia, habían sido informados 180.917 casos sospechosos de CKGV y 197 confirmados

Objetivo

Hacer el diagnóstico de CKGV-confirmado en una serie de casos en Cartagena (Colombia) e identificar elementos clínicos y de laboratorio diferenciales entre CKGV y Dengue.

Metodología

Serie de casos prospectiva. En Cartagena (Colombia) ciudad del caribe, endémica para dengue, recolectamos de diciembre 27-2014 a abril 30-2015 casos de CKGV-sospechosos en una empresa de servicios, remitidos de salud ocupacional a evaluación por reumatología. Todos los casos tuvieron una historia clínica estructurada y examen musculoesquelético, hemograma, AST, ALT, GGT, urianálisis, creatinina, Dengue IgG-IgM y CKGV IgG -IgM (biocan) sensibilidad on PCR 98,2 % para IgM y 97.8 % para IgG, especificidad de 99.2 %. También realizamos PCR-CKGV en tiempo real. Caso CKGV-confirmado: caso sospechoso CKGV e IgM positiva (definición OPS-OMS).

Resultados y discusión

Los 79 casos (100 %) fueron sujetos laboralmente activos de tiempo completo, vivienda urbana, servicios sanitarios completos, sexo femenino 43% masculino 57%. Los 79 casos (100 %) fueron ambulatorios, no hubo hospitalizados ni defunciones; casos CKGV-confirmados 42 (53,2%), CKGV-sospechosos Ig M negativos 37 (46.8 %). Todos fueron CKGV-IgG negativos y CKGV-PCR en tiempo real negativa, un solo caso de Dengue agudo, concurrente con CKG-confirmado. Los casos CKG-confirmados comparados con los CKGV-Dengue negativos fueron: más mujeres (18,9 % vs 13.9 %), de mayor edad (46 ±8 años vs 33± 13 años) con la triada fiebre, exantema, mialgias /artralgias en el 83.8 % vs 71. 8 %. El reto de enfrentar un brote de CKGV en Cartagena (Colombia) fue muy grande por las limitaciones en infraestructura de salud y elementos para estudiar la epidemia. La mayor dificultad fue la falta de disponibilidad de la prueba para CKGV, evento descrito en poblaciones pobres. La prueba para CKGV IgM fue negativa en cerca de la mitad de los casos de CKGV-sospechosos (diagnóstico clínico-epidemiológico), frecuencia baja de Dengue 20 % y un solo caso de dengue agudo. La gran frecuencia de casos CKGV-sospechosos no confirmados, con la triada clínica fiebre, exantema, artalgia/mialgia podría atribuirse a sesgo de memoria (tiempo entre el brote agudo y la inclusión) y el efecto nocevo de la información mediática de la epidemia. La posible confusión de las artralgias por comorbilidad (osteoartrosis 34,1 % y Síndrome de hiperactividad 8.9 %) se debilita porque hubo más mujeres y de mayor edad en el grupo de CKGV-confirmado. Lo que indica que puede haber falta de diagnóstico y se debe pensar en la posibilidad de otras enfermedades tropicales prevalentes o emergentes.

Conclusiones

En esta serie de casos CKGV-sospechosos en Cartagena (Colombia) un porcentaje importante no correspondieron a casos de CKGV-confirmados ni Dengue, se debe ampliar el diagnóstico diferencial de CKGV a otros agentes, artríticos o no, que pueden simular CKGV.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0122**

Lepra: una enfermedad olvidada.

Noralia Santiago**Gabriela Casavieja****Giovanna Laborde**Hospital Central de las FF.AA.
Uruguay.

Introducción

La lepra o Enfermedad de Hansen, es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica, de muy lenta evolución, que afecta sobre todo piel, nervios periféricos, ojos y mucosa respiratoria con graves secuelas si no se trata. Es causada por *Mycobacterium leprae*, bacilo grampositivo ácido alcohol resistente (BAAR), transmitiéndose por contacto directo mediante secreciones respiratorias incluso varios años previos a la manifestación clínica. El BAAR tiene preferencia por la célula de Schwann, en donde se replica hasta desencadenar la reacción inflamatoria granulomatosa. El diagnóstico es clínico, anatomopatológico y bacteriológico. Las manifestaciones clínicas dependen del estado inmunológico del paciente. Según la presentación se clasifican en "tuberculoide", con lesiones cutáneas descamantes e hiperpigmentadas anestésicas, con bordes activos; "lepromatosa" con lesiones cutáneas polimorfas que afectan gran parte de la superficie corporal, afectación neural y visceral; "dimorfa" con cuadros cutáneos y neurológicos de ambas formas ya descritas; "indeterminada" con lesiones precoces hipopigmentadas. El tratamiento es mediante el uso de antibióticos, y puede durar años. En la década de los 90, la OMS propuso eliminar la enfermedad. En nuestro país, en el 2002 se alcanzó la tasa de eliminación (menor a 1 caso cada 10.000 habitantes); sin embargo en los últimos años han aumentado los casos, sobre todo al norte del país, pudiendo estar relacionado a la cercanía con Brasil, país con alta prevalencia de la enfermedad, y al contacto y consumo de armadillos portadores del BAAR, no estableciéndose una clara relación aún.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 64 años, procedente del norte del país, que consulta por lesiones en piel, generalizadas y sobreelevadas, papulosas, indoloras no pruriginosas, de más de un año de evolución, asociadas a dolores neuropáticos en las extremidades. La primera biopsia de piel informa histiocitosis indeterminada. Se comienza tratamiento con metotrexate y prednisona, sin mejoría clínica. Es revalorado en conjunto con dermatólogos e infectólogos, se plantea diagnóstico de Lepra lepromatosa, confirmándose el diagnóstico mediante la presencia del BAAR en el hisopado nasal con tinción de Ziehl Neelsen y en una nueva biopsia de piel. El estudio eléctrico de los 4 miembros evidenció polineuropatía sensitivo motora axonal de MMII y mononeuropatía sensitivo motora de MMSS. Se inició tratamiento con Dapsona, Rifampicina y Clofazimina vía oral. Las lesiones cutáneas evolucionaron a áreas hiper e hipopigmentadas, con desaparición de las pápulas en las primeras semanas del tratamiento. Se planteó continuar el mismo por dos años. En cuanto al dolor neuropático, mejoró parcialmente con pregabalina y amitriptilina.

Conclusiones

El cuadro clínico fue inicialmente interpretado y tratado como otra patología. Dada su rareza, el equipo de salud suele desconocer sus distintas formas de presentación, siendo su diagnóstico tardío. La Lepra o Enfermedad de Hansen se considera una "enfermedad olvidada" que ha reaparecido en el Uruguay. La publicación de éste caso intenta alertar al personal sanitario y divulgar las características de la misma, así como las herramientas que permitan un diagnóstico precoz, evitando sus graves secuelas y propagación.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0123**

Factores asociados a la incidencia de hipertensión arterial en una cohorte de base poblacional. Bucaramanga, Colombia 2001-2017.

Lina Maria Vera Cala

Introducción

Lizeth Catherine Rodriguez Corredor**Pedro Alexander Guerrero Serrano****Myriam Orostegui Arenas**

Universidad Industrial de Santander.

Leonelo Bautista

University of Wisconsin. Colombia.

La hipertensión arterial (HTA) se considera uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes, generando aumento en la morbimortalidad y contribuyendo al desarrollo de enfermedades cerebro vasculares (ECV). Están definidos factores de riesgo modificables y no modificables que aumentan el riesgo de desarrollar HTA, por lo que identificar de forma temprana a los individuos con mayor o menor riesgo de presentar esta patología resulta esencial.

Objetivo

Identificar los factores de riesgo asociados a la incidencia de hipertensión arterial en población colombiana mayor de 18 años.

Metodología

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en 2432 adultos de Bucaramanga, Colombia, a partir de la información recopilada en los años 2001, 2007 y 2016 de la cohorte INEFAC II (un estudio de cohorte sobre ECV). Definimos la HTA teniendo en cuenta valores de PAS ≥ 140 mmHg, PAD ≥ 90 mmHg, uso de medicamentos antihipertensivos, o diagnóstico médico previo de hipertensión. Se utilizó un modelo de regresión log-binomial para evaluar los factores asociados a la incidencia de hipertensión en la población evaluada.

Resultados y discusión

La mediana de edad para la población de estudio en la línea basal fue de 34 años, la prevalencia de HTA fue del 9,0% en las mujeres y del 8,0% en los hombres; el 32,0% de las mujeres y de los hombres presentaban sobrepeso y el 39,1% de las mujeres y el 29,5% de los hombres obesidad central. Más del 50% de la población era inactiva físicamente y el 52,9% de las mujeres y el 40,6% de los hombres refirieron antecedentes familiares de HTA. La incidencia acumulada de 14 años fue de 6,67% (IC95% 5,7-7,6) y los factores que se asociaron a la incidencia de HTA fueron el sexo masculino (RR 1,56; IC95% 1,19-2,04), la edad (RR 1,06; IC95% 1,05-1,08), la diabetes (RR 1,37; IC95% 1,02-1,85), obesidad central (RR 1,69; IC95% 1,12-2,53), antecedentes familiares de HTA y ECV con (RR 1,31; IC95% 1,00-1,70) y (RR 1,33; IC95% 1,01-1,76), respectivamente (ver tabla 1). DISCUSIÓN: Los resultados del presente trabajo son similares a los reportados por la literatura. En Latinoamérica la mayor parte de estudios son transversales, sin embargo, han descrito que la presencia de obesidad, diabetes tipo II y antecedente familiares de hipertensión se han relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, como lo concluyen nuestros resultados.

Tabla 1. Modelo de regresión log-binomial para la incidencia de HTA en población colombiana 2001-2016

VARIABLE	RR	IC 95%	P
<i>Sexo (ref. mujer)</i>	1,56	1,19-2,04	0,001
<i>Raza (ref. blanco)</i>			
Mestizo	1,02	0,80-1,31	0,820
Mulato	0,87	0,22-3,46	0,842
Edad	1,06	1,05-1,08	<0,001
<i>Actividad física (ref. inactivo)</i>			
Insuficientemente activo	0,77	0,53-1,13	0,178
Activo	0,43	0,17-1,06	0,066
<i>IMC[‡] (ref. normal)</i>			
Bajo peso	0,65	0,16-2,57	0,541
Sobrepeso	0,89	0,60-1,35	0,610
Obesidad	1,45	0,93-2,27	0,102
<i>Diabetes (ref. no)</i>	1,37	1,02-1,85	0,035
<i>Colesterol total (ref. < 200 mg/dl)</i>	0,79	0,62-1,02	0,076
<i>Obesidad central (ref. no)</i>	1,69	1,12-2,53	0,012
<i>Tabaquismo (ref. no)</i>	1,03	0,71-1,49	0,886
<i>Antecedentes familiares</i>			
<i>Diabetes tipo II (ref. no)</i>			
Si	0,95	0,71-1,27	0,720
No sabe	0,31	0,07-1,39	0,125
<i>Hipertensión (ref. no)</i>			
Si	1,31	1,00-1,70	0,045
No sabe	1,07	0,31-3,69	0,914
<i>ECV* (ref. no)</i>	1,33	1,01-1,76	0,040

[‡]Índice de masa corporal * Enfermedad cerebrovascular

Conclusiones

Factores como la edad, el sexo, antecedentes clínicos de obesidad, dislipidemia, diabetes y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular e hipertensión se encuentran asociados a un mayor riesgo de desarrollar hipertensión en población colombiana posterior a 14 años de seguimiento.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0124**

Encuesta sobre percepción de competencias en espiritualidad en la clínica.

Laura Ramos**David Santos**Sociedad Uruguaya de Medicina
y Cuidados Paliativos. Comisión
Espiritualidad. Uruguay.

Introducción

Los cuidados paliativos se definen como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, según la OMS. Atender el sufrimiento forma parte de la esencia de los cuidados paliativos. Estamos entrenados para atender a aspectos físicos y psicosociales pero el sufrimiento espiritual suele ser escasamente atendido, por considerarlo alejado de nuestra competencia o por falta de recursos personales para abordarlos. Según el Spiritual Care Task Force de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos en 2011: “La espiritualidad es la dimensión dinámica de la vida humana que relaciona la forma en que las personas experimentan, expresan y/o buscan un significado, propósito y transcendencia, con la forma en que conectan con el momento, consigo mismos, con los demás, con la naturaleza, con lo significativo y/o con lo sagrado.”

Objetivo

Contar con datos acerca de la percepción de competencias en espiritualidad en la clínica en una población que participó en una actividad sobre la temática. Realizar una aproximación a nuestra situación para planificar estrategias de enseñanza -aprendizaje adaptadas a nuestro entorno.

Metodología

Se diseñó una encuesta por los autores que es aplicada a los participantes de una Plenaria de Espiritualidad en el marco del II Congreso Uruguayo de Medicina y Cuidados Paliativos, realizada en Montevideo en Noviembre de 2017. La participación fue voluntaria y anónima. La encuesta reveló: las características de la población participante, la influencia de la religiosidad/espiritualidad en la vida propia, el abordaje individual de la espiritualidad, los beneficios y barreras percibidos por los participantes, la auto-valoración de su formación en el tema.

Resultados y discusión

Participaron 131 personas de las cuales 97 contestaron. 72 % eran de Montevideo, 28 % del Interior. 65 % mujeres y 35 % varones. 7 % menos de 30 años, 51 % con edades entre 36 - 50 años y 41 % mayores de 50 años. 42 % médicos, 38 % enfermeros, 12 % psicólogos, 2 % trabajadores sociales, 6 % otros. Del total el 86% se declara espiritual, señalando que el 36% profesa alguna religión. El 90% considera la espiritualidad como fuente de fortaleza y considera que considera que la práctica religiosa mejora la calidad de vida y alivia el sufrimiento (79%) de pacientes y sus familias. Un 67% raramente o nunca evalúan la espiritualidad de sus pacientes y lo adjudican a no tener entrenamiento para hacerlo. Solo el 37% ha recibido educación en la temática. Y la totalidad (100%) se manifestó interesado en recibir formación en espiritualidad.

Conclusiones

Se describe la importancia que da la población encuestada a la espiritualidad en la clínica como dimensión del cuidado en la asistencia paliativa para aliviar el sufrimiento de pacientes y familia, la escasa evaluación que se realiza al respecto y la necesidad de formación específica en la materia.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0125**

Aspergiloma pulmonar en pacientes con alteración estructural pulmonar por tuberculosis: a propósito de un caso.

Daniel Hernando Flórez
Valencia

Universidad Industrial de Santander.

Jairo López Aldana**Karen Sulay Rodríguez Díaz**Hospital Universitario de
Bucaramanga.**Javier Enrique Fajardo**
RiveroHospital Universitario de Santander.
Colombia.

Introducción

La aspergilosis pulmonar crónica es causada principalmente por *Aspergillus fumigatus*; patologías pulmonares que generen una alteración estructural del parénquima por medio de cavitaciones, como la tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fibrosis quística, son el principal factor de riesgo para ser colonizadas por el *Aspergillus* spp. La presentación clínica se encuentra relacionada con el estado inmunológico del paciente, no obstante, entre los síntomas más comunes se encuentra la tos crónica, expectoración sanguinolenta, hemoptisis y dolor torácico, su presentación escanográfica es variable, siendo el hallazgo más representativo la presencia de un engrosamiento de la pared de la cavidad junto con la masa de hongos en su interior "fungus ball". El tratamiento puede ser desde antifúngicos sistémicos hasta manejo quirúrgico, los primeros son considerados como una de las mejores opciones sobre todo si el paciente no puede someterse a cirugía. Los antifúngicos de elección son Anfotericina B, Posaconazol, Voriconazol e Itraconazol, siendo éste último el que muestra mejor respuesta. La OMS informa que de los 7.7 millones de casos reportados de tuberculosis en el año 2007, 372.000 desarrollaron Aspergilosis pulmonar crónica, señalándose una relación entre estas dos enfermedades. Actualmente se desconoce la incidencia a nivel mundial y los datos epidemiológicos son variables en nuestro medio.

Caso clínico

Mujer de 46 años con antecedente de diagnóstico reciente de tuberculosis pulmonar, en manejo antituberculoso segunda fase de tratamiento, quien ingreso al servicio de urgencias con clínica de cuatro semanas de duración de síntomas respiratorios, durante los últimos cuatro días con hemoptisis abundante rutilante con volumen de 300 cc. Al examen físico alerta y orientada, signos vitales normales, palidez mucocutánea generalizada, el examen del sistema respiratorio con respiración bronquial en el área infraclavicular izquierda. Sin otros hallazgos anormales al examen físico. Paraclínicos documentaron anemia normocítica normocrómica. Estudio escanográfico evidenció lesión hipodensa ubicada hacia el lóbulo superior izquierdo, con signos de cavitación y ocupación inflamatoria; El cultivo de esputo fue positivo para *Aspergillus* Spp. Nuestro diagnóstico completo fue aspergiloma pulmonar en alteración estructural pulmonar por tuberculosis. El paciente recibió manejo antituberculoso completo e itraconazol, requirió embolización selectiva de arterias bronquiales, con mejoría parcial posteriormente se sometió a una lobectomía superior con hallazgos intraoperatorios de cavitación en el lóbulo superior con una bola de hongos, estudio histopatológico documentó hifas de *aspergillus*.

Conclusiones

El fungus ball como presentación de aspergilosis pulmonar es una complicación infrecuente de cavernas pulmonares de tuberculosis activa, usualmente se presenta en pulmones secueles, de tuberculosis pulmonar tratada. El manejo antituberculoso, antimicótico con azoles están indicados en estos casos, ante la persistencia de sintomatología deben ser llevados a lobectomía.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0126**

“Profilaxis pre-exposición al VIH en Uruguay: conocimiento y uso en varones gay/bisexuales y mujeres transgénero”.

Victoria Frantchez**Zaida Arteta**

Facultad de Medicina, Cátedra de Enfermedades Infecciosas, UdelaR.

Celeste Cesarino**Geraldine De Souza****Lucía Dominguez****Matías Ramos****Cristina Richero****Romina Rohner**Facultad de Medicina, UdelaR.
Uruguay.

Introducción

La profilaxis preexposición (PrEP) al VIH es una estrategia de prevención primaria que consiste en la administración de una pauta oral diaria de fármacos antirretrovirales para evitar la transmisión viral. Los varones gay y bisexuales, y las mujeres transgénero presentan mayor incidencia de infección por VIH siendo epidemiológicamente población clave.

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento y uso de la PrEP en varones gays y bisexuales y mujeres transgénero en Uruguay.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se aplicó durante agosto-setiembre 2018, una encuesta online, autoadministrada, a varones gay y bisexuales y mujeres transgénero recabando datos epidemiológicos, prácticas sexuales y conocimiento de PrEP.

Resultados y discusión

Se enrolaron 143 participantes, con mediana de edad de 25 años (rango 16 y 67 años); 96,5% género masculino y 3,5% transgénero femenino. Refirieron educación terciaria 82,5%. La mediana de inicio de relaciones sexuales fue 17 años (rango 9-25 años) con una media de parejas sexuales en el último mes de 2,2 (rango 0-27); 66,7% reportaron uso de condón en la última relación sexual (28,7% uso consistente); el 23,1% refirió haber tenido previamente por lo menos una infección de transmisión sexual (ITS) distinta al VIH y este grupo tenía una media de parejas sexuales en el último mes de 4,24 vs 1,65 de los que no habían tenido ITS (p 0,008). El 63,6% conocían la existencia de la PrEP (73,6% por internet y 8,8% en consulta médica) y 1 participante la había utilizado. Manifestaron interés en recibir PrEP 61,1% de la población y 77,5% de quienes tenían 2 o más parejas sexuales en el último mes, de estos últimos un 74,0% conocían la existencia de PrEP vs 57,3% de los que tenían menos de 2 parejas (p 0,043); el 83,3% vs 57,3% auto-reportaron uso de condón en la última relación sexual en ambos grupos respectivamente (p 0,001). El interés en recibir PrEP aumenta con el número de compañeros sexuales en el último mes, siendo de 50%, 86,9% y 80,6% en el 2do, 3er y 4to cuartil respectivamente (p 0,0001). Conocían la existencia de PrEP el 71,9% de los encuestados que auto-reportaban uso de condón y 46,8% de los que no lo utilizaban (p 0,003).

Conclusiones

Se trata de una población joven con alto nivel de educación formal. Más de la mitad de los encuestados conocían la PrEP y estarían dispuestos a usarla, aumentando este interés en los encuestados con múltiples parejas sexuales. Menos del 10 % habían recibido información desde el ámbito sanitario, y el uso de PrEP en nuestro medio es excepcional. Quienes refieren un mayor número de parejas sexuales, reportan mayor uso de condón y presentan un interés significativamente mayor en el uso de la PrEP.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0127**

Comportamiento del estado nutricional en Cirugía de Tórax.

Martin Rebella**Manuel Baz****Siul Salisbury****Maira Oliva****Juan Ouviaña****Maria Peluffo****Marcos Pimentel****Maikol Silvera****Federico Suarez**

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

Dado el impacto del estado nutricional y su manejo, en los resultados perioperatorios, contemplando las repercusiones de la internación hospitalaria y las intervenciones quirúrgicas sobre el estado nutricional, y partiendo del hecho de no encontrar reportes en la literatura en el ámbito específico de la cirugía de tórax, nos propusimos estudiar el estado nutricional de los pacientes en el pre y post operatorio de cirugía de tórax oncológica y no oncológica, y su asociación con los resultados postoperatorios.

Objetivo

Estudiar el estado nutricional de los pacientes en el pre y post operatorio de cirugía de tórax oncológica y no oncológica, y su asociación con los resultados postoperatorios.

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal de cohorte única en el Hospital de Clínicas en el período de junio-septiembre 2018. Se valoró el estado nutricional mediante CONUT (Controlling Nutritional Status) y PNI (Prognostic Nutritional Index), masas musculares mediante ultrasonido y fuerzas musculares del antebrazo y del cuádriceps. En el mismo grupo de pacientes se valoró además la calidad de vida de vida al mes del alta.

Resultados y discusión

Se estudiaron 17 pacientes (Edad: $61 \pm 13,28$ años, Índice de Comorbilidades de Charlson: $3 \pm 2,4$). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el CONUT pre y post operatorio ($2 \pm 1,8$ vs $4 \pm 1,76$, $p=0.0313$) y una tendencia al descenso del valor del PNI durante la internación ($45,55 \pm 5,3$ vs $39,58 \pm 7,4$, $p=0.0702$). Se observaron cambios en las medidas de la masa muscular por ecografía del antebrazo entre el pre y post operatorio ($17,28 \pm 4,892$ vs $18,85 \pm 5,656$, $p=0.0234$), a su vez se observó una correlación entre el IMC y la masa muscular en el pre operatorio ($r=0,680$, $p=0,011$). La fuerza muscular del cuádriceps en el post operatorio se correlacionó con la masa muscular ($r = 0,678$, $p=0,015$), sin observarse variaciones entre la fuerza muscular entre el pre y post operatorio (MMSS pre vs post 72 horas: $29,34 \pm 10,60$; $29,76 \pm 9,957$, $p= 0,9411$. MMSS pre vs post 1 semana: $29,34 \pm 10,60$; $26,45 \pm 11,56$, $p=0.0194$. MMII pre vs post 72 horas: $13,39 \pm 3,775$; $13,73 \pm 4,883$, $p=0,9847$. MMII pre vs post 1 semana: $13,39 \pm 3,775$; $14,89 \pm 6,470$, $p=0,3144$).

Conclusiones

Existe un deterioro en el estado nutricional en el perioperatorio de cirugía de tórax. Encontramos que el estudio nutricional de los pacientes sometidos a cirugía de tórax es factible, como punto de partida para el diseño de futuros estudios intervencionistas dirigidos al estudio de las estrategias para prevenir el deterioro del estado nutricional en pacientes quirúrgicos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0128**

Uso de hierro parenteral para el tratamiento de ferropenia en una unidad multidisciplinaria de insuficiencia cardíaca. Primera experiencia nacional.

Amalia Verónica Pérez
Papadópulos

Sara Hernández

Lucía Florio

Gabriela Ormaechea

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es causa importante de morbimortalidad, con alto impacto en costos en salud por su alta hospitalización y re-hospitalización. El abordaje de los pacientes con IC debe contemplar el gran número de comorbilidades que frecuentemente coexisten y que ensombrece el pronóstico de los pacientes. En la búsqueda de nuevas líneas de tratamiento es que surge la ferropenia como hallazgo muy prevalente siendo su tratamiento específico clave, independiente de la coexistencia de anemia, dado que redundará en beneficio clínico tanto en hospitalización como en morbimortalidad y mejoría de la calidad de vida (CV).

Objetivo

Determinar el impacto clínico de la administración de hierro parenteral en una población de pacientes con IC con fracción de eyección reducida que presentan ferropenia con o sin anemia en una Unidad Multidisciplinaria de IC (UMIC).

Metodología

Se trata de un ensayo clínico, prospectivo, cada paciente es su propio control. Se incluyeron pacientes con IC de UMIC: FEVI <40%; >18 años; cualquier etiología y sexo; situación clínica estable; con consentimiento informado. Se excluyeron pacientes bajo hierro o eritropoyetina, transfundidos los últimos 3 meses, con historia de anafilaxia. Se solicitó metabolismo férrico y hemograma a todos. Se definió ferropenia: ferritina <100 mg/dl ó entre 100-300 mg/dl e índice de saturación de transferrina <20%. Se administró hierro carboximaltosa intravenoso (Feiv) según metabolismo férrico, peso y valor de hemoglobina (Hb) basal. Se evaluó CV con cuestionario Minnesota (TCV) y se realizó test de marcha de 6 minutos (TM6M). Se controló NTproBNP y Clase funcional NYHA (CF) de inicio. Según protocolo: si Hb <14mg/dl se administró 1000 mg de Feiv; si Hb 14-15 mg/dl: 500 mg de Feiv. Se controló a las 6 semanas con hemograma, CF, NTproBNP, TCV, TM6M. Los datos cuantitativos se expresaron en medianas e intervalos intercuartiles, se compararon mediante test de Mann Whitney pre vs post tratamiento con hierro; las variables cualitativas se expresaron en frecuencia relativa y se compararon mediante test Chi2; paquete estadístico procesó datos mediante Stata13; se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados y discusión

Se incluyeron 30 pacientes: 19 mujeres (FR 0,63); edad mediana 73 años (IQ 58-77), etiología isquémica 14 (FR 0,47); mediana basal Hb: 12,5mg/dl (IQ 11,4-13); ferritina basal 80,5 (IQ 45-118), FEVI 30% mediana (IQ 25-32); valor TCV mediana 62 puntos (IQ 29-90) y TM6M mediana 155 metros (IQ 0-270). Luego de administración de hierro se observó mejoría significativa en la calidad de vida con mediana 43,7 puntos ($p=0,0000$), mejoría en TM6M mediana 210 metros ($p=0,0000$). En CF 10 pacientes mejoraron y 11 la mantuvieron ($p=0,12$); el valor NTProBNP en 14 pacientes disminuyó y en 8 aumentó ($p=0,29$). No se reportaron efectos adversos.

Conclusiones

La experiencia con el uso de hierro parenteral en pacientes con ferropenia e IC de la UMIC ha sido claramente beneficiosa. Los resultados apoyan la búsqueda y tratamiento de la ferropenia en forma sistemática dada la mejoría en parámetros clínicos independiente de la existencia de anemia.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0130**

Prevalencia de los pacientes con necesidades paliativas en una unidad de cuidado intensivo de un hospital de agudos.

Ana Canale Cohe

Fabiana Broli Olaizola

Hospital Pasteur ASSE. Uruguay

Introducción

En las últimas décadas se ha reconocido que el enfoque paliativo es parte esencial para una asistencia integral de calidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El incremento en el uso de UCI y de terapéuticas fútiles en los últimos 30 días de vida ha ido en aumento. Esto tiene consecuencias económicas para el sistema de salud y en muchos casos no está alineada con las preferencias del paciente y sus familiares, en virtud del pobre pronóstico de la enfermedad de base.

Objetivo

Identificación precoz de pacientes con necesidades paliativas durante la estadía en la UCI y al alta de la misma. Conocer la prevalencia y las características epidemiológicas de dicha población.

Metodología

Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal. Realizado en una UCI polivalente de adultos, Hospital Público. Período de estudio, del 1° de Mayo al 31 de Julio 2018. La necesidad paliativa fue identificada por 1) "triggers": estadía hospitalaria > 10 días previo al ingreso a UCI, Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) > 5 días o estadía en UCI > a 7 días, presencia de disfunción multiorgánica (DOM) > a 3, Traqueostomía y/o Gastrostomía y edad > a 80 años; 2) herramienta NECPAL CCOMS. ICO 3.1 (2017). Para las variables cualitativas se hizo un análisis univariado y bivariado, con tablas de frecuencia, porcentajes. Para las variables cuantitativas se calcularon medias y medianas.

Resultados y discusión

Resultados: 273 pacientes ingresados en UCI, calificaron 89 con necesidades paliativas, 33%. Predominó el sexo masculino, 51,7%. Media de edad 65 años (DE± 14). La necesidad paliativa se identificó en 88 casos con la herramienta NECPAL, 67 de éstos también tuvieron al menos 1 trigger positivo. Esta herramienta los clasifica en 4 grupos: 1) Enfermedad crónica avanzada no oncológica 70,4% 2) Fragilidad 16%, 3) Oncológico 11,4% y 4) Demencias/enfermedades degenerativas 2,3%. El 45,5% presentó 2 triggers positivos, siendo los más frecuentes: estadía en UCI ≥ 7 días, la VM ≥ 5 días y la presencia de ≥ 3 DOM. La mediana de estadía en UCI fue 7 días (DE ± 8), el 67 % requirieron AVM invasiva con una media de duración de 4 días (DE± 5). APACHE mediana de 24 (P25 18; P75 28). Estadía en sala, mediana de 14 días (P25 8; P75 25). Mortalidad en UCI 29,2%, de los cuales el 61,5% falleció con alguna forma de Limitación del esfuerzo terapéutico. La mortalidad global al alta hospitalaria fue de 45%.

Conclusiones

Uno de cada 3 pacientes ingresados en la UCI fueron identificados con necesidades paliativas. La utilización de triggers complementado con la herramienta NECPAL permitió seleccionarlos en forma precoz y adecuada. Población que presentó estadía prolongada en UCI y en sala con elevada mortalidad hospitalaria. Éste trabajo hace hincapié en la necesidad de una detección precoz y oportuna de estos pacientes, para lograr mejorar la calidad de asistencia y el adecuado uso de recursos.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0131**

Primeros resultados de una cohorte de pacientes con VIH en seguimiento ambulatorio por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

Zaida Arteta

Martín López

Mariana Guirado

Sofía Griot

Elisa Cabeza

Virginia Antelo

Victoria Frantchez

Richard Fornelli

Santiago Gemelli

Mateo Rodríguez

Cecilia Villarino

Rocío Omaechea

Thery Alvarez

Bettiana Benavidez

Alejandro Noda

Susana Cabrera

Catedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UdelaR. Uruguay.

Introducción

El acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) sostenido en personas con VIH (PVIH) y el logro de la supresión virológica son factores claves para disminuir la morbi-mortalidad por Sida. La Cátedra de Enfermedades Infecciosas (CEI) ha fortalecido la docencia y asistencia a nivel ambulatorio desde el año 2013, con creciente número de personas VIH positivas en seguimiento. Una cohorte genera información y análisis descriptivo de la población, permite evaluar el impacto de las intervenciones médicas en el “mundo real” y los procesos asistenciales a través de indicadores de calidad de la atención.

Objetivo

Proyecto piloto de implementación de una cohorte de las PVIH que reciben atención ambulatoria por los docentes y postgrados de la CEI. Presentación de resultados preliminares.

Metodología

Estudio transversal de una cohorte. Se incluyeron datos socio-demográficos, clínicos y paraclínicos de PVIH en seguimiento durante más de 3 meses y que aceptaron ser incluidos de forma prospectiva desde el 1/4/2018 al 15/10/2018. Para el análisis estadístico se utilizó Epi-info 7.

Resultados y discusión

Se encuentran en seguimiento 429 PVIH, 59% (254) varones cis, 38% (164) mujeres cis, 3% (11) mujeres transgénero. La mediana de edad fue 40 años (18-79). El 82% vive en Montevideo y área metropolitana. 56% tiene menos de 9 años de educación curricular. En cuanto al consumo actual de sustancias se encontró: 25.6% tabaquismo, 9.8% marihuana, 5.6% alcohol y 4.4% pasta base de cocaína. El 99% de los pacientes adquirieron la infección por vía sexual. Respecto a las coinfecciones con virus de hepatitis B y C, la prevalencia de VHBsAg+ es 2.2% y de serología VHC reactiva de 7%. La mediana de CD4 al diagnóstico fue 269/mL (1-1.271), y 44% tuvo alguna enfermedad oportunista, 29% en el debut. La distribución por el recuento de CD4 más reciente es: 16% < 200/mL; 21% entre 200/mL y 350/mL; 19% entre 350/mL y 500/mL; 44% > 500/mL. La cobertura de vacunación anti-VHB y anti-neumocócica es 22% y 18% respectivamente. El 96% de los pacientes reciben TARV, de los cuales 70% se encuentran con carga viral (CV) indetectable, la mitad de la población es experimentada en TARV, el cual se diseñó por test de resistencia en 49, de estos el 53% tiene CV indetectable lo que es significativamente menor que en la población naive ($p=0.012$). Los pacientes de más edad presentaron mayor probabilidad de tener CV indetectable; así la media de edad de aquellos con CV indetectable (42,1) fue significativamente mayor que la de quienes presentaron CV detectable (37,6) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0003$).

Conclusiones

El análisis de la cohorte de PVIH muestra una población muy inmunodeprimida en el debut, manteniéndose 37% de pacientes con inmunodepresión moderada ($CD4 < 350/mL$). Si bien la elevada cobertura de TARV es buen indicador de calidad de atención, otros indicadores son aún deficitarios como la proporción de pacientes con CV indetectable (objetivo $\geq 90\%$) y la cobertura de vacunación. Esos resultados requerirán la puesta en marcha de acciones que permitan optimizar la calidad de los cuidados.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0132**

Evolución de los aislamientos de enterobacterias productoras de carbapenemasas en Hospital de Clínicas de Uruguay.

Rosario Palacio**Leticia Caiata****Pilar Gadea****Andrés Balsamo****Matilde Outeda****Laura Cabezas****Verónica Seija**

Hospital de Clínicas.

Inés Bado**Romina Papa****Rafael Vignoli**

Instituto de Higiene. Uruguay.

Introducción

La producción de carbapenemasas por las enterobacterias (EPC) constituye un problema preocupante, debido a la gran capacidad de diseminación horizontal, perfil hidrolítico y frecuente coexistencia con otros mecanismos de resistencia.

Objetivo

Caracterizar las EPC aisladas en el Hospital de Clínicas (universitario) de Montevideo-Uruguay.

Metodología

Estudio observacional descriptivo entre 01/01/2012 y 31/12/2017. Se incluyeron aislamientos clínicos de enterobacterias identificadas mediante el sistema automatizado Vitek 2 system® e interpretación de susceptibilidad según CLSI vigente. A los aislamientos presuntivos de producción de carbapenemasas se les realizó: test con discos combinados (kit "KPC+MBL Confirm ID" Rosco®) y/o test de sinergia con EDTA y ácido borónico (APB) así como sensibilidad a temocilina. Las enterobacterias sospechosas de producir carbapenemasas se enviaron al Depto. de Bacteriología y Virología para confirmación molecular para los genes blaNDM, blaVIM, blaIMP, blaSIM, blaGIM, blaSPM, blaKPC.

Resultados y discusión

Se identificaron 10.017 enterobacterias, 16 EPC confirmadas molecularmente: 13 blaNDM (*Providencia rettgeri*, *Citrobacter freundii*, *Morganella morganii*, *Proteus mirabilis* (n=2), *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae* (n=2), *Klebsiella pneumoniae* (n=5), 1 blaVIM (*Enterobacter cloacae*), 2 blaKPC (*K.pneumoniae*, *Citrobacter freundii*). No se encontraron cepas sospechosas de producir OXA-48 (resistentes a temocilina). Las muestras clínicas donde se identificó EPC con mayor frecuencia fueron: urocultivo (n=8), seguido de hemocultivos (n=4). Prevalencia de EPC: 0.061% en 2012, 0.175% en 2013, 0.059 % en 2014, 0.063% en 2015, 0,36% en 2016 y 0,24% en 2017 (p:NS). En EPC: 13/16 sensible a amikacina, 11/16 a colistin, 7/16 a tigeciclina y 5/16 a ciprofloxacina. Las EPC en nuestro hospital tienen baja frecuencia. Todas las detectadas mostraron un perfil multiresistente, algunas asociadas a infecciones invasivas. Fueron mayoritariamente metaloenzimas. En 2016 se detectó por primera vez KPC. La baja frecuencia de EPC (casos esporádicos sin brotes nosocomiales) puede relacionarse, en parte, al alerta precoz desde el Laboratorio dirigido tanto a los servicios involucrados como a el Comité de Infecciones. En todos los casos, esto motivó la implementación de precauciones de contacto maximizadas así como la realización de estudios de colonización rectal a todos los contactos. Resulta fundamental continuar con los programas de vigilancia para mantener controlada la situación, evitando la diseminación de estos microorganismos.

Conclusiones

La aparición y diseminación de enterobacterias productoras de carbapenemasas como prototipo actual de la resistencia extensa y de la panresistencia a los antimicrobianos requiere de una repuesta rápida integrada que permita el control precoz y minimice su impacto en el paciente y en el sistema de salud.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0134**

Neurocisticercosis. Reporte de caso.

Iris Santacruz

Gloria Llanes

Tadeo Jimenez

Hospital de Clínicas.

Introducción

La neurocisticercosis (NCC) es una afectación del sistema nervioso central por las larvas de *Taenia solium*. La forma de presentación más frecuente de la NCC es la crisis epiléptica, seguida de la cefalea. Para el diagnóstico debemos valorar los datos epidemiológicos y la clínica, y confirmarlos con los estudios de neuroimagen e inmunológicos. El tratamiento de elección debe ser farmacológico, principalmente con albendazol, y reservar la cirugía para los casos en que el primero falla. Las medidas higienico-sanitarias y el tratamiento de los pacientes con teniasis son de suma importancia.

Caso clínico

Paciente T.R.P., de 45 años, sexo masculino, procedente de Emboscada. Acude por pérdida del equilibrio y alteración de la marcha, de 1 mes de evolución. Antecedentes Patológicos Personales: niega patología de base. Evaluación Clínica P.A. 120/70 F.C. 72 F.R. 18 T° 37 Examen físico cardiovascular, respiratorio, abdomen y osteoartromuscular sin alteraciones. En sistema nervioso: Vigil, fascies simétrica, lenguaje y pares craneales conservados. Sensibilidad, fuerza y tono muscular conservados. Reflejos conservados. Marcha atáxica, dismetría, agrafia, temblor intencional, nistagmus. No signos meníngeos. Se solicitó hemograma, hepatograma, serología para hepatitis, VDRL, FTA abs, Elisa para VIH, serología para toxoplasmosis y citomegalovirus. Cultivo para hongos y BAAR. Estudio de LCR. También se solicitó estudios de imagen: Rx tórax y RMN de cráneo. Retorno de la analítica con hemograma y hepatograma en rango, VDRL y FTA abs (-), Elisa para VIH (-) y serología para toxoplasmosis y citomegalovirus no reactivo. Cultivo (-) para hongos y BAAR. En LCR hiperproteíorraquia y leucocitosis con eosinofilia. VDRL no reactiva, no se observaban bacterias, levaduras ni BAAR. Rx de tórax normal y RMN de cráneo informa formación quística en el foramen de Luschka a derecha, con edema perilesional leve, que obliga a investigar procesos infecciosos y oportunistas, así como parásitos quísticos. Se manejaron diagnósticos diferenciales de tuberculosis, neurosífilis, toxoplasmosis, criptococcosis y cisticercosis. Como las pruebas laboratoriales para los primeros vinieron negativas y con la presencia de eosinofilia en LCR y lesión quística en la RMN se realizó el diagnóstico presuntivo de neurocisticercosis. Se inicia tratamiento con Albendazol 15mg/kg, acompañado de prednisona 50mg/día por 4 semanas. Seguirá sus controles en el servicio.

Conclusiones

La NCC no es una enfermedad excepcional. Los profesionales sanitarios debemos incluirla en niveles cada vez más iniciales de los algoritmos de diagnóstico diferencial, especialmente en sujetos provenientes de áreas endémicas y en personas que cohabitan con ellos. Con un tratamiento adecuado, la NCC tiene un curso favorable, con degeneración de los parásitos y formación de nódulos calcificados residuales. Para el control se debe interrumpir la cadena de contagio e insistir en las medidas higienico-sanitarias.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0135**

Actividad de aminoglucósidos sobre biofilms formados por bacilos gram negativos no fermentadores.

Inés Bado**Romina Papa****Rafael Vignoli**

Facultad de Medicina.

Victoria Iribarnegaray**Paola Scavone**Instituto de Investigaciones
Biológicas Clemente Estable.

Uruguay.

Introducción

Acinetobacter baumannii y *Pseudomonas aeruginosa* son considerados microorganismos oportunistas, responsables de infecciones intrahospitalarias como neumonía asociada a la ventilación o infecciones cutáneas en pacientes quemados. La emergencia de clones con multi resistencia a las drogas o con extensa resistencia a las drogas, donde se destacan los productores de carbapenemasas, hace necesaria la utilización de otros antibióticos, tales como los aminoglucósidos. En condiciones de producción de biofilm, estos microorganismos liberan grandes cantidades de polisacáridos extracelulares y disminuyen la actividad de diversas vías metabólicas, lo cual per se, disminuye la actividad de muchos antimicrobianos.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue estudiar el efecto de los aminoglucósidos amikacina y gentamicina sobre la producción de biofilms formados por *A. baumannii* y *P. aeruginosa*.

Metodología

Se estudiaron 21 aislamientos clínicos de *A. baumannii* y 13 de *P. aeruginosa* resistentes a carbapenems, pero con sensibilidades diferentes a los aminoglucósidos, previamente caracterizados y formadores de biofilms, procedentes de hospitales públicos y privados de Montevideo y del interior del país. Sobre biofilms preformados en superficie abiótica en placas de microtitulación de poliestireno se realizó una incubación con tres concentraciones diferentes de antibióticos: amikacina 8, 16 y 32 µg/ml o gentamicina 4, 8 y 16 µg/ml. La biomasa formando parte del biofilm fue cuantificada por tinción con cristal violeta y posterior solubilización para determinar la densidad óptica a 595 nm. Se realizó la comparación de la densidad óptica obtenida para cada concentración de antibiótico contra un control sin antibiótico, utilizando el test de Kruskal-Wallis y posterior comparación múltiple de Dunn.

Resultados y discusión

Se observó gran variabilidad en la producción de biofilm entre los aislamientos estudiados con ambos aminoglucósidos analizados, independientemente de la sensibilidad planctónica a los mismos. Algunos ejemplos se muestran en la Figura 1. Tanto en las poblaciones sensibles como resistentes, se observó una tendencia al aumento de la producción de biofilm cuando fueron sometidas a concentraciones bajas de ambos antimicrobianos. Por otro lado, en algunos aislamientos se vio una disminución de la producción de biofilm cuando son enfrentados a altas concentraciones de alguna de estas drogas. Si bien el análisis de los datos generales no muestra cambios significativos en la producción de biofilm cuando los microorganismos son tratados con aminoglucósidos, pueden verse reducciones analizando cepa a cepa independientemente de la sensibilidad planctónica.

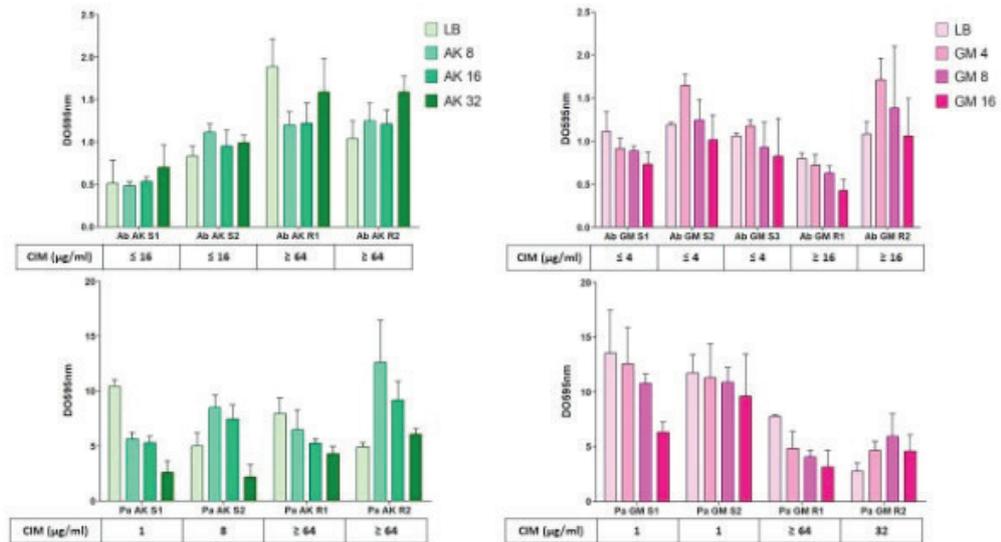


Figura 1: Efecto de gentamicina (GM) y amikacina (AK) sobre biofilms formados por *A. baumannii* (Ab) y *P. aeruginosa* (Pa). CIM: Concentración inhibitoria mínima; LB: Caldo Luria Bertani; S1, S2: Aislamiento sensible; R1, R2: Aislamiento resistente.

Conclusiones

El hecho de que los microorganismos continúen produciendo biofilm ante altas concentraciones de los antimicrobianos, sugiere la viabilidad de los mismos, por lo que, en algunos aislamientos, la producción de biofilm constituye un mecanismo de resistencia no detectable por métodos convencionales. Sin embargo, dada la variabilidad de la respuesta de estos microorganismos frente a los antibióticos sería necesario estudiar individualmente su comportamiento en biofilm, ya que puede no haber una correlación con la sensibilidad planctónica in vitro.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0136**

Clima educativo y síndrome de Burnout en residentes de medicina interna en Uruguay.

Luciana Silvera

Ximena Añón

José Carissi

Natalia Bernardi

Valentina Zubiaurre

Mariana Cora

Clínica Médica B. Hospital de
Clínicas. Uruguay.

Introducción

El clima educativo es una forma de evaluar la calidad de los programas de residencias médicas y permite planificar modificaciones curriculares hacia una mejora de la misma. Se ha comunicado una alta prevalencia de síndrome de burnout en las residencias médicas.

Objetivo

Objetivo General: Correlacionar clima educativo y síndrome de burnout en los residentes de Medicina Interna de Uruguay. Objetivos secundarios: Establecer prevalencia de síndrome de burnout. Correlacionar año de residencia con clima educativo y burnout. Correlacionar dimensiones del cuestionario de burnout con dimensiones del cuestionario sobre clima educativo. Analizar diferencias entre residentes de instituciones públicas y privadas.

Metodología

Se realizó una encuesta utilizando dos cuestionarios validados para dicho fin; el Dutch Residency Educational Climate Test (D-RECT) para evaluar clima educativo y Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar burnout. Fue enviada a los residentes de Medicina Interna con cargo actual en el ámbito público y privado vía correo electrónico en forma anónima a través del programa Survey Monkey durante el mes de setiembre de 2018. El análisis estadístico se realizó a través del coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados y discusión

La encuesta fue completada por 61/70 (87 %) residentes. La prevalencia de burnout encontrada fue 63,93%, sin diferencia entre sexos. La media del clima educativo fue de 76,49/171. La percepción del clima educativo estuvo por debajo de la mediana en el 50 %. EL 65,52 % de los residentes que presentaron burnout percibieron un clima educativo por debajo de la mediana. Se comprobó una correlación negativa estadísticamente significativa entre clima educativo y burnout ($p: 0,000$). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre año de residencia y burnout ($p: 0,8871$), año de residencia y clima educativo ($p: 0,8359$) así como tampoco entre trabajo fuera de residencia y burnout ($p: 0,2462$). En el análisis de la correlación entre dimensiones se encontró una relación estadísticamente significativa en las siguientes: correlación negativa entre agotamiento emocional - trabajo adaptado a las competencias del residente ($p= 0.000$); y entre agotamiento emocional - acceso a supervisores ($p=0.000$). Correlación positiva entre realización personal- trabajo adaptado a la competencia del residente ($p=0.0018$) y realización personal- colaboración entre pares ($p=0.0497$). NO se logró analizar diferencias entre el ámbito público y privado dado el bajo número de residentes en este último.

Conclusiones

Se encontró alta prevalencia de síndrome de burnout y una correlación negativa entre percepción de clima educativo y burnout en los residentes de Medicina Interna. El trabajo adaptado a las competencias del residente aparece como un elemento importante favoreciendo la realización personal y en oposición al agotamiento emocional. Identificar fortalezas y debilidades del clima educativo, es una herramienta de utilidad para mejorar la calidad de los programas de formación de postgrados y trabajar en la prevención de burnout en los residentes de medicina interna.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0137**

Actividad in vitro de nuevas y viejas opciones antibióticas contra *Acinetobacter baumannii* complex extremadamente resistente y panresistente.

Matilde Outeda**Santiago Munilla****Rosario Palacio****Veronica Seija**

Hospital de Clínicas.

Ignacio Aramendi**Andrea DeLucca**Centro Nacional de Quemados.
Uruguay.

Introducción

Acinetobacter baumannii complex (ABC) presenta gran capacidad para sobrevivir en el ambiente hospitalario debido a su resistencia natural a una amplia gama de antibióticos (ATB), su gran plasticidad genética para adquirir nuevos mecanismos de resistencia y su capacidad de producir biofilms. ABC suele presentarse como multi o pan resistente, siendo colistin y tigeciclina los únicos antibióticos comúnmente activos in vitro. El tratamiento debe incluir dos o más ATB y se prefiere combinar aquellos que mantienen su sensibilidad. Para una adecuada elección terapéutica es necesario utilizar un método basados en concentración inhibitoria mínima (CIM).

Objetivo

Determinar la susceptibilidad antimicrobiana in vitro de aislamientos de ABC por CIM a diferentes ATB, con potencial para su uso en tratamientos combinados.

Metodología

Se incluyeron cepas de AB aislados en cultivos del CENAQUE entre 11/2017-10/2018. Se incluyó un aislamiento por paciente y tipo de muestra. Asimismo se incluyeron aislamientos del mismo paciente y/o muestra cuando la sensibilidad cambió en la evolución. Los aislamientos fueron identificados por MALDI-TOF (Vitek MS, Biomerieux) y la susceptibilidad antibiótica se estudió por microdilución (Sensititre-Thermo Fischer). La técnica y controles de calidad se realizaron según las recomendaciones del fabricante. La interpretación de los resultados se realizó según CLSI 2018 para gentamicina (Gm), amikacina (Ak), colistin (Cs), minociclina (Mn), levofloxacina (Lv), ampicilina/sulbactam (As) Para la tigeciclina (Tg) se utilizó el punto de corte de EUCAST 2018 para Enterobacteriaceae.

Resultados y discusión

Se incluyeron 71 cepas de ABC procedentes de 36 pacientes. Por tipo de muestra: 41 exudados de quemaduras, 14 hemocultivos, 5 secreciones respiratorias, 4 urocultivos, 6 cultivos de vigilancia y 1 punta de catéter. 15/71 (21%) de las cepas fueron sensibles a Cs. 66/71 (93%) sensibles a Tg (42 CIM <0.5 ug/ml, 24 CIM=1 ug/ml). Una cepa resistente a Tg y 4 intermedias (CIM= 2 ug/ml). Todas las cepas fueron resistentes a Ak con CIM > 32 ug/ml mientras 17/71 (24%) fueron sensibles a Gm. Ninguna cepa fue sensible a As pero 19/71 (27%) presentaron CIM en rango de intermedio (16/8 ug/ml) con potencial para su uso en alta dosis o tratamientos combinados. Todos los aislamientos fueron resistentes a Fs con CIM > 64 ug/ml. Si bien existen recomendaciones para utilizar este ATB en combinación cuando la MIC es < 256 ug/ml esta metodología no discrimina los aislamientos con CIM=128 ug/ml. Mn y Rf mostraron una interesante actividad in vitro encontrándose 97% y 99% de sensibilidad, respectivamente. Estos ATB, habitualmente no se ensayan ni informan para ABC pero tienen potencial para su uso en tratamiento combinando. Si bien no hubieron cepas sensibles a Lv, 24/71 (34%) fueron intermedias con CIM=4 ug/ml. Algunos de los ATB como Lv, Rf y As que mantienen cierto grado de sensibilidad tienen además posibles efectos en la formación de biofilms.

Conclusiones

En nuestro estudio minociclina y rifampicina se presentan como posibles opciones para tratamientos combinados. Futuros estudios podrían incluir ensayo de sinergias para las

diferentes combinaciones posibles. Más estudios se necesitan para determinar la influencia de estos antibióticos en la formación de biofilm en el paciente quemado

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0138**

Calidad de atención ambulatoria a la salud de las personas con VIH.

Virginia Antelo BlancoSEMM Mautone /Catedra de
Enfermedades Infecciosas.**Zaida Arteta Dalchiele**Catedra de Enfermedades
Infecciosas. Uruguay.

Introducción

La calidad asistencial puede considerarse como el grado en el que el proceso asistencial incrementa la probabilidad de obtener los resultados deseados por el paciente y reduce la probabilidad de resultados no deseados, según el estado actual de los conocimientos. En 2010 GESIDA publicó el documento "Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA", donde definen indicadores (5 de estructura, 45 de proceso y 16 de resultados), 22 de los cuales son considerados relevantes para la monitorización sistemática en unidades de atención a PVIH.

Objetivo

Aplicar esta herramienta pre-diseñada y medir la calidad de la atención ambulatoria a personas con VIH en el sector mutual en Maldonado así como identificar las principales barreras, dificultades o limitaciones que, en la actualidad, dificultan una atención de calidad.

Metodología

Estudio de corte transversal, se incluyeron todas las personas con VIH en seguimiento en el sanatorio Mautone previa solicitud de consentimiento, se registraron los datos a partir de historias clínicas llenando una base de datos codificada con las variables propuestas por GESIDA.

Resultados y discusión

Se recabaron datos del 100% de las personas diagnosticadas VIH positivas y en seguimiento periódico, de ellas 20 son mujeres cis, y 43 hombres cis, la media de edad es de 43 años. Un 15% del total presentó inicio de la atención tardíamente con menos de 250 CD4 y/o enfermedad oportunista y comenzó TARV en esa situación. Todas las personas fueron evaluadas con serología para co infecciones en los últimos 3 años, en cambio 8 de 66 fueron evaluadas para infección tuberculosa latente, están vacunados contra hepatitis B 47 personas (71%) y para neumococo 48 personas del total. De las 66 personas 2 no están bajo tratamiento ARV, la carga viral fue indetectable en el 93% de las personas tratadas. En los últimos 3 años todos los inicios de TARV siguen las directivas de las guías nacionales, el 56 % se encuentra con un plan que incluye INNTR, 30% incluye IP y el restante 15% con INI. Todas las personas son asistidas por especialista en enfermedades infecciosas, tienen disponibles los exámenes pautados por las guías nacionales así como genotipado en caso de resistencia. Existe registro de las consultas y están disponibles en farmacia externa los fármacos indicados en la consulta con un amplio horario de dispensación. En ningún caso se realizó cribado para ansiedad/depresión, ni valoración social específica, no se realizó cálculo de riesgo cardiovascular ni encuesta institucional de satisfacción.

Conclusiones

Fue posible aplicar la herramienta de medición de calidad de la atención ambulatoria, encontramos una alta adherencia a las guías nacionales tanto en evaluación diagnóstica como en terapéutica. Como principales deficiencias se destacan la baja proporción de tamizaje para TB latente así como la ausencia de evaluación sico-social específica. Destacar que de acuerdo a la normativa vigente el número de pacientes/hora en atención ambulatoria es de 4 pacientes/hora. Teniendo en cuenta la complejidad de los pacientes asistidos en el ámbito ambulatorio y la necesidad de brindar una asistencia de calidad, creemos que es oportuno re-valorar la relación paciente/hora para así poder mejorar los resultados asistenciales.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0139**

A propósito de cuatro casos clínicos de síndrome de larva migrans cutánea, parasitosis exótica en Uruguay.

Ana Viera**Paola Yoldi****Telma Gonzalez****Selva Romero****Ana Acuña****Yester Basmadjian**

Facultad de Medicina. Uruguay.

Introducción

El Síndrome de Larva Migrans Cutánea es una parasitosis de áreas tropicales y subtropicales, exótica en nuestro medio. Los casos clínicos que vemos en Uruguay son importados de países vecinos sudamericanos. Se caracteriza por erupción cutánea con forma de trayecto reptante y serpiginoso. Es causado por la invasión de larvas de *Ancylostoma caninum* o *Ancylostoma braziliense*, nematelmintos parásitos de gatos y perros. Producen huevos que son eliminados con las materias fecales y eclosionan en el suelo, dando lugar a larvas rhabditiformes y filariformes que penetran la piel. Objetivo: Notificar la presencia de este síndrome en viajeros provenientes de la costa brasilera

Caso clínico

Caso 1: FR.9 años, sexo masculino. En marzo, viajó a Santa Catarina. Presentó una herida pequeña y pruriginosa en dorso de pie derecho. En la evolución, la herida se transformó en una lesión ampollar con sensación de “sentir moverse algo por debajo de la piel”. Concomitantemente, aparece una especie de “trayecto”. Consultó en Policlínica de Parasitología y Micología (PPyM), donde se constató en la exploración física una lesión lineal en dorso de pie derecho tuneliforme, serpiginosa y eritematosa. Caso 2: MB.45 años, sexo femenino. Viajó en marzo a Porto Seguro. Comenzó con lesión eritematosa, puntiforme y pruriginosa, en dorso de pie izquierdo. En la evolución agregó eritema y trayecto en talón. Consultó en puerta de Emergencia donde se le diagnosticó celulitis, no respondiendo a la antibióticoterapia. Consultó en PPyM, donde se constató al examen físico un trayecto serpiginoso, eritematoso, pruriginoso a nivel de dedos y talón de pie izquierdo. Caso 3: SM.56 años, sexo femenino. Viajó en abril a Florianópolis. A la semana del regreso comenzó con prurito intenso a nivel de planta de pie izquierdo. Consultó en su Mutualista, donde se le diagnosticó Herpes Zoster. No mejoró, y consultó en PPyM, donde se constató al examen físico un trayecto palpable, pruriginoso, eritematoso, con lesiones satélites tipo ampollas. Caso 4: MM.62 años, sexo femenino. Viajó a Florianópolis en mayo. Consultó en su mutualista por lesiones que aparecieron a los 10 días de su regreso del tipo ampollares, acompañadas de trayecto eritematoso palpable y prurito intenso. Se derivó a la PPyM, donde se visualizó en el examen físico a nivel de planta derecha un trayecto palpable, serpiginoso con ampolla destechada central. De acuerdo al examen físico y a los antecedentes epidemiológicos, en todos los casos se realizó diagnóstico de Síndrome de Larva Migrans Cutánea. A todos los pacientes se les indicó Ivermectina, 200 mg/kg, única dosis vía oral y tratamiento tópico adyuvante con Tiabendazol 50 mg. Se realizó seguimiento longitudinal post tratamiento con resolución total de los casos.

Conclusiones

Notificamos cuatro casos de Síndrome de Larva Migrans Cutánea en pacientes que habían viajado recientemente a las costas brasileras. Es importante informar a los viajeros de la principal medida de prevención que deben adoptar: evitar el contacto directo de la arena con la piel.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0141**

A 10 Años de tratamiento antirretroviral.

Cristina Amengual

Andrea Castro

Jorge Rizzo

Susana Pereira

Olga Stagno

SEIC. Uruguay.

Introducción

La buena adherencia a tratamientos crónicos es un objetivo y depende de diversos factores. Consideramos que una mirada interdisciplinaria sobre los resultados del tratamiento antirretroviral puede ser un aporte en ese sentido y contribuir a optimizar la calidad de la atención que brindamos.

Objetivo

Estudiar la situación de usuarios que iniciaron o reiniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Contagiosas (SEIC) en el período marzo 2007-febrero 2008. Realizar un análisis comparativo con cortes realizados en 2012 y 2016 y con datos epidemiológicos del Ministerio de Salud (MSP).

Metodología

Estudio observacional-descriptivo. Se analizaron historias clínicas de los usuarios que iniciaron/reiniciaron TAR en el período marzo 2007-febrero 2008. La información se recogió considerando las siguientes variables: edad, sexo biológico al nacer, mantenimiento de TAR a febrero 2018, carga viral (CV) y población linfocitaria (PL) en el último año, asistencia a consulta con médico tratante, psicólogo, asistente social y nutricionista y fecha de última consulta de quienes dejaron de concurrir. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados y discusión

De las 281 personas que iniciaron/reiniciaron TAR en el período estudiado, 61,6% (173) son masculinos y 38,4% (108) mujeres, de los cuales el 53,7% (151) eran naive y el 46,3% (130) experimentados. La media de edad fue de 41,2 años (20-70). A febrero de 2018 se registraron 74 fallecidos. Los resultados se expresan en función de los 207 restantes: 59,9% (124) en TAR a febrero 2018, de los cuales 74% (92) también se encontraban en TAR en los estudios realizados en 2012 y 2016. 32 usuarios no se encontraban en TAR en alguno de los cortes anteriores y sí en este último. En relación a los motivos de interrupción: discontinuaron por toxicidad 2,1% (6), por otro evento clínico no vinculado al VIH 1,4% (4), sin registro del motivo de interrupción 5,7% (16) y por otros motivos (problemas familiares, laborales, económicos, cambio de prestador de salud, mudanza) 8,2% (23). El 18,1% (51) dejó de consultar hace más de 2 años. Respecto a CV y PL de los 124 usuarios que están en TAR se obtuvo información de 102. De estos 75,5% tienen CV <20 y 68,6% PL > 350. En relación a los usuarios fallecidos existe escasa información sobre las causas, mayoritariamente fallecieron en un período próximo al inicio del TAR aunque por dificultades de acceso a la información se ha podido confirmar en este último estudio. Incluso es posible que en el grupo de usuarios que discontinuaron controles en SEIC por más de 2 años se encuentren fallecidos.

Conclusiones

En este grupo de pacientes se observa un alto porcentaje de fallecidos en la etapa inicial del TAR. Quienes mantienen TAR obtienen buenos resultados en relación a CV y PL. De acuerdo a datos del MSP (Boletín Epidemiológico diciembre 2017) 55% de usuarios se encontraban en TAR y el 81% logra CV <20, mientras que en este grupo 59,9% se encuentran en TAR y 75,5% logra CV <20.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0143**

Factores etiológicos de trombosis en sitios inhabituales. Reporte de serie de casos.

Alexander Viera**Gonzalo Silveira****Federico Roca**

Hospital Pasteur. Uruguay.

Introducción

Las trombosis en sitios inhabituales (senos venosos del sistema nervioso central -SNC-, miembros superiores -MMSS- y lecho esplácnico) corresponde a un conjunto de manifestaciones de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) con topografía infrecuente, cuya etiología difiere respecto a la ETEV clásica (trombosis de miembros inferiores -TVP de MMII- y tromboembolismo pulmonar -TEP-). El abordaje diagnóstico y la conducta terapéutica varía, siendo la evidencia más escasa.

Objetivo

Nos proponemos presentar una serie de casos con trombosis en sitios inhabituales en una unidad de Trombosis y Hemostasis en un servicio universitario.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, muestreo por conveniencia. Se registraron pacientes con trombosis en sitios inhabituales asistidos en una Unidad de Trombosis y Hemostasis en un servicio universitario. Se registraron datos epidemiológicos, topografía, factores predisponentes, estudio etiológico, tiempo de anticoagulación y presencia de complicaciones.

Resultados y discusión

Se registraron 9 pacientes, 3 de sexo femenino, 6 de sexo masculino. Cinco presentaron trombosis en MMSS y 4 a nivel del lecho esplácnico, de los cuales 1 comprometió venas mesentérica superior y esplénica, y 3 vena porta. Las trombosis de MMSS fueron todas en sexo masculino, 3 de ellas provocadas y 2 no provocadas. En las no provocadas, se identificó el Síndrome de Paget Schroetter como factor etiológico. De las restantes, una asociada a acceso venoso central, una por hemiplejía sobre miembro afectado y una por neoplasia en Estadio IV bajo tratamiento oncoespecífico. En ninguno se realizó estudio de trombofilias, cuatro recibieron anticoagulación por 3 meses, 2 con anticoagulantes orales directos (Dabigatrán) y 2 con dicumarínicos con un INR (International Normalized Ratio) deseado entre 2-3. El paciente portador de neoplasia en actividad recibió anticoagulación indefinida con heparina de bajo peso molecular. Los 4 pacientes con trombosis en el lecho esplácnico presentaron resultados normales para: anticuerpos antifosfolípidos (AAF), Factor V de Leiden, Antitrombina III, proteína C y S, Factor II G20210A e inmunofenotipo para hemoglobinuria paroxística nocturna. Uno de los pacientes presentaba el antecedente de Síndrome Mieloproliferativo Crónico (SMPC), dos de ellos se llegó al diagnóstico de SMPC con JAK-2 positivo, y en el último se identificó cuadro agudo de abdomen no quirúrgico como probable evento provocador. Tres recibieron anticoagulación por 3 meses y uno de manera indefinida por tratarse de una retrombosis. Todos recibieron dicumarínicos con INR deseado entre 2-3. No hubo asociación con TVP de MMII ni TEP. Solamente un paciente (SMPC) presentó sangrado digestivo, secundario a várices esofágicas por hipertensión portal con INR en rango. No se registraron decesos al final del seguimiento.

Conclusiones

Presentamos una serie de pacientes con trombosis en sitios inhabituales, el más frecuente fue en MMSS, y en esa topografía el Síndrome de Paget Schroetter fue el factor provocador de mayor incidencia. Con respecto a trombosis en el lecho esplácnico, el SMPC con JAK-2 positivo fue el de mayor frecuencia, como se describe en otras series de casos. No se registró eventos de TVP-TEP como complicación. A diferencia de otras series, no se constataron trombofilias ni Síndrome antifosfolípido (SAF).

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0145**

Klebsiella pneumoniae productor de betalactamasas de espectro extendido: tipos capsulares y factores de virulencia en bacteriemias a nivel pediátrico.

Virginia Garcia-Fulgueiras**Pablo Avila****Lucia Araujo****Romina Papa****Ines Bado****Hector Telechea****Rafael Vignoli**

Facultad de Medicina.

Victoria IribarnegarayInstituto de Investigaciones
Biologicas Clemente Estable.**Gabriela Algorta**Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Uruguay.

Introducción

La emergencia de resistencia a antimicrobianos es un fenómeno complejo, capaz de dificultar la toma de decisiones que afectan la calidad de asistencia de los pacientes. Para brindar una correcta asistencia y elegir opciones terapéuticas adecuadas, es fundamental el conocimiento de la epidemiología de cada centro hospitalario. En nuestro medio, *Klebsiella pneumoniae* tiene un rol preponderante en infecciones a nivel pediátrico, siendo responsable del 43% de los aislamientos de enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE). Dentro de los factores implicados en la virulencia de cepas de *K. pneumoniae* se encuentran serotipos capsulares, adhesinas, sistemas de captura de hierro, entre otros. Diversos autores han descrito clones causantes de infecciones nosocomiales productoras de CTX-M-15, con la presencia de factores como wabG (glucosiltransferasa), uge (UDP glucosa-4-epimerasa), producción de cápsula K2. Los mismos pertenecían al secuenciotipo ST-14 y presentaban capacidad de formar biofilms en dispositivos para endoscopía, y se consideran clones adaptados a sobrevivir en el ambiente hospitalario.

Objetivo

El objetivo del trabajo consistió en determinar los tipos capsulares, factores de virulencia y capacidad de formación de biofilm de aislamientos de *K. pneumoniae* productoras de BLEE causantes de bacteriemias a nivel pediátrico (Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell).

Metodología

Se estudiaron los aislamientos de *K. pneumoniae* (n=11) productoras de BLEE obtenidos de hemocultivo (2009-2011). Se realizó la técnica de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para el gen vinculado a cápsula wzi y para los genes magA, allS, rmpA, mrkD, kfu, cf29a, fimH, uge, wabG, ureA, de modo de caracterizar los factores de virulencia involucrados. Se buscaron mediante PCR los genes de BLEE blaCTX-M, blaSHV y genes aac(6')Ib y qnr. Los resultados positivos se confirmaron mediante secuenciación. Se llevaron a cabo ensayos de formación de biofilms en placas de poliestireno para microtitulación y posterior tinción de las células con una solución acuosa de cristal violeta y medida de densidad óptica a 590nm. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes de modo retrospectivo.

Resultados y discusión

Los genes de BLEE identificados fueron: CTX-M-2 (n=1), CTX-M-15 (n=6), CTX-M-8 (n=1), SHV-2 (n=1), SHV-5 (n=2), Tabla 1. Se encontraron diversos tipos capsulares según el gen wzi: 2, 86, 95, 101, 118, 149, 154, 167. Los factores de virulencia mrkD (adhesina fimbrial tipo 3), wabG, ureA (ureasa), fimH (adhesina fimbrial tipo 1) y uge, se encontraron en todas las cepas. El gen kfu (sistema captura de hierro) se encontró en tres cepas, que fueron formadoras de biofilm (moderadas) y pertenecían al ST-14 (figura 2). Dos de estas cepas presentaban cápsula K2 (wzi 2). Uno de los pacientes con un aislamiento ST-14, wzi 2, kfu positivo y formador moderado de biofilm, presentó mala evolución y falleció.

Tabla 1. Características de las cepas

Cepa	Secuenciotipo	Mecanismo de resistencia	Biofilm	wzi	mrkD	wabG	ureA	fimH	uge	kfu
Kpn1	ST-14	CTX-M-8/QnrE1	Moderado	2	+	+	+	+	+	+
Kpn2	ST-14	CTX-M-15/Aac(6')Ib-cr/QnrB1	Moderado	101	+	+	+	+	+	+
Kpn3	ST-14	CTX-M-15/Aac(6')Ib-cr/QnrB1	Moderado	2	+	+	+	+	+	+
Kpn4	ST-17	SHV-2	Fuerte	149	+	+	+	+	+	-
Kpn5	ST-37	CTX-M-2	Débil	154	+	+	+	+	+	-
Kpn6	ST-45	CTX-M-15/Aac(6')Ib-cr/QnrB1	No	101	+	+	+	+	+	-
Kpn7	ST-48	CTX-M-15/Aac(6')Ib-cr/QnrB1	No	167	+	+	+	+	+	-
Kpn8	ST-258	SHV-5	No	154	+	+	+	+	+	-
Kpn9	ST-268	CTX-M-15/Aac(6')Ib-cr/QnrB1	Moderado	95	+	+	+	+	+	-
Kpn10	ST-443	CTX-M-15/Aac(6')Ib-cr/QnrB1	Débil	118	+	+	+	+	+	-
Kpn11	ST-1310	SHV-5	No	86	+	+	+	+	+	-

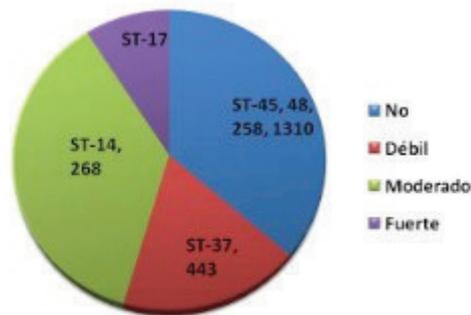


Figura 2. Capacidad de formación de Biofilm y comparación con los distintos secuenciotipos

Conclusiones

Dentro de los factores de virulencia encontrados, el sideróforo *kfu* se vinculó con ST-14 y fue el único factor que se presentó de modo particular en esos aislamientos. Si bien se encontraron numerosos tipos capsulares, la vinculación del tipo capsular K2 con ST-14 se destaca como asociado a formación de biofilm y a infecciones invasivas con una posible mala evolución clínica.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0146**

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con xenodiagnóstico positivo diagnosticados en el Departamento de Parasitología y Micología (Montevideo, Uruguay) en los últimos 20 años (1998-2018).

Selva Romero**Ana Viera****Telma González****Jordan Bambini****Yester Basmadjján**Departamento de Parasitología y
Micología. Facultad de Medicina.
Uruguay.

Introducción

La Enfermedad de Chagas es una zoonosis causada por el protozooario monoflagelado, hemotesidual, *Trypanosoma cruzi*, transmitida al hombre y a otros mamíferos a través de insectos vectores conocidos como "vinchucas". Actualmente la forma de transmisión con relevancia en nuestro país es la transplacentaria, que afecta entre 6 y 8 % de madres con Enfermedad de Chagas. El xenodiagnóstico, (un biocultivo de *Trypanosoma cruzi* realizado en el intestino de la vinchuca), es considerado el estudio directo con mayor sensibilidad para el diagnóstico en agudo, independientemente de la forma de transmisión. Con este estudio se pretende conocer las características epidemiológicas de los pacientes que nos hacen solicitar el xenodiagnóstico y sobre todo, identificar cuando deberíamos pensar en enfermedad de Chagas.

Objetivo

El objetivo es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con diagnóstico de Chagas por xenodiagnóstico en el Departamento de Parasitología y Micología de Facultad de Medicina en el período comprendido entre el 1 de enero de 1998 y el 1 de enero del 2018.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo. Se seleccionaron todos los pacientes a los que se les realizó xenodiagnóstico en el Departamento de Parasitología y Micología en el período mencionado. Las variables a estudiar en los casos positivos fueron: edad al momento del diagnóstico, departamento de procedencia y motivo por el que se solicita xenodiagnóstico.

Resultados y discusión

De un total de 117 xenodiagnósticos realizados en estos últimos 20 años, 14 resultaron positivos y 103 negativos. 67 de los xenodiagnósticos realizados correspondieron a niños, hijos de mujeres en las que se realizó el diagnóstico de Enfermedad de Chagas durante el embarazo. 11 de los 67 fueron positivos (16,4%). En cuanto a las edades al momento del diagnóstico se distingue: 1 recién nacido; 6 lactantes (menor a 6 meses); 3 preescolares y 1 escolar. De ellos, 5 vivían en Montevideo (45,5%). El resto fueron niños procedentes de departamentos endémicos. Los 3 xenodiagnósticos positivos restantes corresponden a 2 pacientes con reactivación por inmunosupresión (VIH) y un caso agudo.

Conclusiones

La principal causa de estudio con xenodiagnóstico de los pacientes fue el diagnóstico de madres con E. de Chagas durante el embarazo. El diagnóstico en la embarazada y en sus hijos, ofrece una oportunidad de tratamiento precoz y, sobre todo, curación. Se encontró un alto porcentaje de pacientes positivos 16.4% con el diagnóstico de transmisión vertical, prácticamente el doble que la descrita en la bibliografía regional (de 3.5 a 8%). No debemos pensar en transmisión vertical de Chagas solamente en aquellos niños provenientes de departamentos endémicos, ya que el 45,5% de los pacientes provenían de Montevideo. Se observó el diagnóstico de Chagas debido a reactivaciones, debiendo pensar en el mismo

no sólo en pacientes VIH con mala inmunidad, sino también en los casos con tratamientos inmunosupresores por trasplante o enfermedades autoinmunes. Se debe tener presente que, aunque la transmisión vectorial este interrumpida, el hombre puede ingresar al ciclo silvestre, infectarse y presentar un caso agudo como el que se observó en nuestra población de estudio.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0147**

Paracoccidioidomicosis: reporte de un nuevo caso.

Ana María Acuña**Nohelya Machado Day****Laura Ureta Fernandez****Jeanine Ordoñez Alcívar****Nahiara Lequini Pechi****Mercedes Perendones**

Hospital Pasteur. Uruguay

Introducción

La Paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica y endémica en algunos países de Latinoamérica, sin embargo, en Uruguay es poco frecuente y altamente relacionada a la actividad ocupacional, causada con mayor frecuencia por la especie *Paracoccidioides Brasiliensis*. Se presenta con mayor incidencia en la población adulta de sexo masculino, en edades comprendidas entre 30 y 60 años de edad. Siendo la forma de presentación crónica lo más frecuente, que requieren de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de lo contrario puede tener secuelas graves.

Caso clínico

Se describe un caso clínico de un paciente hospitalizado en septiembre 2018 en Hospital Pasteur, de sexo masculino de 26 años de edad, inmunocompetente, procedente de Lavalleja (Minas), monteador. Se presentó clínicamente con linfadenopatías, lesiones cutáneas mucosas, sintomatología respiratoria de evolución subaguda; como hallazgos radiológicos presentó infiltrados perihiliares bilaterales e imagen en halo invertido. Desde el punto de vista micológico se evidencia la presencia del microorganismo en muestras biológicas de lesiones de piel, adenopatías, amígdalas y velo del paladar, con serología positiva para el subtipo *Brasiliensis*. Se plantea el diagnóstico de Paracoccidioidomicosis con compromiso pulmonar extenso, fagocítico mononuclear y cutáneo mucoso, siendo difícil clasificarlo como agudo/subagudo o crónico debido a que presenta criterios de ambas formas de clasificación, a favor de la forma aguda/subaguda presenta la edad a la cual se manifiestan los síntomas y de la forma crónica el compromiso pulmonar extenso y la posible exposición al nicho ecológico del germen desde los 13 años de edad dada su ocupación como monteador desde entonces, sin embargo, no se puede afirmar la exposición reciente al germen y la consecuente presentación aguda de los síntomas; comparte entre ambas formas la afectación linfoganglionar y las lesiones cutáneo mucosas. Se realizó tratamiento dirigido con antimicótico intravenoso presentado buena respuesta al mismo con mejoría clínica. El abordaje del paciente fue realizado por un equipo multidisciplinario conformado por Otorrinolaringología, Infectología, Parasitología, Anatomopatología, Salud Ocupacional y Medicina Interna.

Conclusiones

En Uruguay debe ser considerada a la Paracoccidioidomicosis como una enfermedad ocupacional, criterio que se respalda según datos epidemiológicos de reporte de casos. En este país las enfermedades micóticas adquiridas por la exposición laboral están consideradas por ley como enfermedades profesionales. Al ser una enfermedad que no requiere notificación obligatoria se desconoce la incidencia real de esta enfermedad. Es importante plantear la Paracoccidioidomicosis como diagnóstico diferencial en patologías que se presentan con manifestaciones clínicas similares. Para su diagnóstico oportuno se requiere de un trabajo articulado entre diferentes especialidades de medicina.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0150**

Tuberculosis meníngea: pacientes ingresados al Hospital de Clínicas 2016-2018.

Matías Lista**Ana Carina Pizzarossa****Martín Rebella**

Clínica Médica C, Hospital de Clínicas.

Pilar Gadea

Departamento de Laboratorio de patología Clínica, Hospital de Clínicas.

Manuel Baz

Clínica Médica C, Hospital de Clínicas.

Daniela Paciel

Cátedra Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina. Uruguay.

Introducción

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel mundial y de la región. En Uruguay la incidencia está en aumento, siendo la misma en el 2016 de 25,4 y en el 2017 de 26,7 casos por 100.000 habitantes. La meningitis tuberculosa si bien representa el 1% de las formas de TB, es una de las presentaciones extrapulmonares con mayor morbimortalidad.

Objetivo

Caracterizar los pacientes con diagnóstico de meningitis tuberculosa ingresados a nuestra institución.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de meningitis tuberculosa confirmados, ingresados al Hospital de Clínicas entre julio de 2016 y julio de 2018.

Resultados y discusión

Se registraron 8 casos de meningitis tuberculosa confirmados microbiológicamente, 3 mujeres y 5 hombres, con una mediana de edad de 40,5 años (p25-75, 33-44). A destacar: 3 pacientes eran VIH positivos, 3 presentaban desnutrición severa y 2 recibían corticoides. Todos los pacientes tenían concomitantemente compromiso de otros sistemas: 8 pulmonar, 2 compromiso óseo, 1 compromiso de psoas y 1 compromiso peritoneal. De las características licuorales, se evidenció hipoglucorraquia en 8 pacientes, en 5 pleocitosis (3 a predominio polimorfonuclear y 2 mononuclear) y en 5 hiperproteíorraquia. En 5 pacientes el diagnóstico fue en LCR por GeneXpert y en los otros 3 por estudio de otros líquidos biológicos con biología molecular positiva y/o baciloscopías. En cuanto a mortalidad y complicaciones: 2 pacientes desarrollaron hidrocefalia que requirió tratamiento quirúrgico y 4 presentaron convulsiones. En los 8 se constató infarto cerebral compatible con vasculitis con secuelas neurológicas en 7 de ellos. Todos recibieron corticoterapia como adyuvancia para el tratamiento y tratamiento de primera línea coformulado por vía enteral. Fallecieron 2 pacientes durante esta internación. Nuestra serie se destaca por tratarse de pacientes jóvenes, con condiciones subyacentes de inmunodepresión de las cuales más de la mitad no correspondían a infección por VIH. Se pudo realizar diagnóstico precoz en la mayoría gracias al uso de técnicas rápidas cuya sensibilidad es superior a la baciloscopia aunque inferior al cultivo. Si bien durante la internación fallecieron sólo 2 pacientes, destacamos que casi la totalidad presentaron secuelas neurológicas de leves a graves.

Conclusiones

Estos resultados destacan la gravedad de esta entidad y el rédito de utilizar técnicas rápidas para el diagnóstico. Actualmente debido al aumento en la incidencia de la TB el clínico debe plantearse la meningitis tuberculosa como diagnóstico diferencial de la neuroinfección en pacientes con diversos paradigmas de inmunocompromiso e incluso en aquellos considerados como inmunocompetentes.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0152**

Síndrome antifosfolipídico y endocarditis de Libman-Sacks ¿ACV trombótico o cardioembólico?.

Matías Lista**Andrea Queirolo****Karen Arias****Ricardo Robaina****Valentina Mérola****Ernesto Cairolí**Clínica Médica C, Hospital de
Clínicas. Uruguay.

Introducción

El Ataque Cerebrovascular (ACV) en paciente joven es causa de gran morbimortalidad. El mecanismo es en general multifactorial. Su diagnóstico determina una búsqueda exhaustiva dirigida a evitar la recurrencia y tratar condiciones asociadas.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 26 años de edad, hipertensa y epiléptica como antecedentes personales, que consultó por pérdida de fuerzas de miembro inferior izquierdo de 6 horas de evolución. Al examen físico se constató paresia grado 3 de miembro inferior izquierdo y, en lo extra neurológico, livedo racemosa en miembros inferiores y fenómeno de Raynaud. La tomografía evidenció área hipodensa a nivel córtico-subcortical frontal derecha compatible con isquemia aguda, que se confirma por resonancia. En la valoración etiológica se constata triple positividad de anticuerpos antifosfolipídicos a títulos elevados, ANA de con anti DNA positivo con consumo de complemento y anemia hemolítica autoinmune. Se realiza ecocardiograma transesofágico en el que se evidencia insuficiencia grave de la válvula mitral y presencia de vegetaciones compatibles con endocarditis de Libman-Sacks. Con los hallazgos mencionados consideramos que la paciente es portadora de una endocarditis de Libman-Sacks asociada a un síndrome antifosfolipídico (SAF) asociado a Lupus Eritematoso Sistémico (LES). La asociación entre livedo racemosa e infarto cerebral es también conocida como síndrome de Sneddon.

Conclusiones

El SAF es causa importante de ataque cerebro vascular en paciente joven. Su diagnóstico determina conductas terapéuticas dirigidas a evitar nuevos eventos trombóticos por lo que debe solicitarse en todos los casos. Su presencia puede asociarse o no a otras enfermedades autoinmunes sistémicas como el LES y la endocarditis de Libman-Sacks que tienen su propio tratamiento y morbimortalidad. En este caso se plantea la dificultad de determinar el mecanismo exacto del ACV no pudiendo descartarse embolia de endocarditis o trombosidad arterial por SAF. Dada la triple positividad de los anticuerpos anti fosfolípidos, se decidió anticoagulación a largo plazo con warfarina con INR objetivo mayor a tres, e iniciar hidroxiquina junto con inmunomoduladores. Se realizó cirugía de sustitución valvular mitral.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0153**

Nefropatía inducida por contraste: estudio descriptivo en salas de cirugía general de Hospital Pasteur.

Introducción

Mariana Gonzalez
Asconeguy
Sebastian Durante
Florencia Calcagno
Leticia Perez
Hospital Pasteur. Uruguay

La nefropatía por contraste (NIC) es la tercera causa más frecuente de insuficiencia renal en pacientes hospitalizados, asociado a una mayor morbi mortalidad y costos sanitarios. Los procedimientos que requieren contraste intravascular suponen un riesgo potencial para el desarrollo de injuria renal, especialmente en aquellos pacientes con condiciones que aumentan el riesgo, tales como edad avanzada, diabetes, hipertensión arterial, arteriopatía periférica, cirugía de emergencia o intra peritoneal y enfermedad renal crónica previa. Se estima que la incidencia en población general es de un 0,5% y puede alcanzar 12-24% en aquellos con factores de riesgo. Por su parte, los pacientes sometidos a cirugías generales tienen riesgo elevado de presentar lesión renal, incrementando el riesgo de mortalidad, el requerimiento de terapia de soporte de función renal, el tiempo de internación y los gastos asociados.

Objetivo

Caracterizar la nefropatía inducida por contraste y sus factores de riesgo en pacientes ingresados en sala de cirugía general, comparar estos hallazgos con los obtenidos en la literatura internacional.

Metodología

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, transversal, incluyendo a pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, ingresados en sala de cirugía general que requieran procedimientos con contraste endovascular de coordinación, entre junio y octubre 2018. Se realizó un muestreo por conveniencia, excluyendo aquellos con filtrado glomerular estimado menor a 30 ml/min/1,73m² (por fórmula MDRD-4), o con otra causa de injuria renal; previo consentimiento informado. Se completó un formulario pre diseñado para este fin donde se incluyeron datos demográficos, presencia de factores de riesgo para NIC, tipo de estudio con contraste así como características del mismo (contraste utilizado, volumen y osmolaridad). Se registraron la cifras de creatinina y azoemia previas a la administración de contraste, repitiendo dichos valores 72 horas posteriores al procedimiento. En todos los casos se utilizó IOEXOL como medio de contraste, con un volumen de 200 ml para arteriografías y 100 ml para tomografías.

Resultados y discusión

Se incluyeron un total de 41 pacientes de ambos sexos, con edad promedio de 66,9 años, siendo el 68% de sexo masculino. Se objetivó injuria renal post administración de contraste en el 16,7% del total, coincidiendo con datos de publicaciones internacionales, considerando que el 93% presentaba al menos un factor de riesgo para esta patología. En relación al tipo de procedimiento con contraste, 11 correspondían a arteriografías presentando NIC el 27% de éstas, mientras que de las 30 tomografías realizadas el 13% presentó NIC. La edad, hipertensión arterial y anemia fueron los factores de riesgo más frecuentes y el 73% presentaba dos o más factores de riesgo para NIC.

Conclusiones

Los datos demográficos y la frecuencia de NIC coincide con publicaciones internacionales, destacando la alta prevalencia de factores de riesgo para esta complicación en nuestra población. Esta primera aproximación a esta patología nos permitirá diseñar estudios para profundizar en el conocimiento de la misma, así como protocolos terapéuticos enfocados en su prevención ya que no existe un tratamiento específico.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0154**

Bartonelosis en el paciente inmunodeprimido, a propósito de un caso.

Analia Cánepa**Marina Rodríguez****Tania Stapff****Martín Bentancort****Ernesto Cairoli**Hospital de Clínicas, Clínica Médica
C. Uruguay.

Introducción

Se entiende por Bartonelosis a las infecciones causadas en el humano por las distintas especies del género *Bartonella* sp, la presentación clínica es variada y las especies identificadas con mayor frecuencia son *Bartonella henselae* y *Bartonella quintana*. La Bartonelosis constituye una zoonosis, se transmite desde el gato que es su reservorio natural, al humano como huésped accidental mediante la inoculación por una mordedura o arañazo. En el paciente VIH en el contexto de inmunodepresión severa (menos de 50 linfocitos CD4+), la infección se caracteriza por fiebre y lesiones angioproliferativas con especial predilección por la piel, el hígado y el bazo (angiomatosis bacilar). Estas últimas se presentan como lesiones cutáneas nodulares vasculares pudiendo afectar otros órganos. El diagnóstico de certeza se basa en la identificación del bacilo en los hemocultivos, en las muestras de anatomía patológica con tinciones específicas, o por serología. El tratamiento antibiótico de elección es en base a doxiciclina o eritromicina por al menos 3 meses.

Caso clínico

SF, 37 años. VIH diagnosticado en 2013 bajo tratamiento antirretroviral regular, en fallo virológico desde enero de 2018 (carga viral de 39500 copias/mm³ y población linfocitaria de 123 CD4/mm³). Como antecedente ambiental presenta animales en domicilio (9 gatos y 7 perros). Consulta por fiebre hasta 39°C, astenia y malestar general de un mes de evolución. Concomitantemente, cefalea, fotofobia, acusofobia y dolor en hipocondrio derecho. Al examen físico se evidencia paciente adelgazada, leucoplasia oral vellosa. Lesión en cara anterior de puño izquierdo tipo pústula, de 1-2 cm de diámetro mayor, drena espontáneamente secreción blanquecina. De la paraclínica se destaca: hemoglobina 12,1 g/dl, plaquetas 94.000/mm³, glóbulos blancos 3700/mm³, linfocitos 790/mm³. Tomografía de cráneo normal. Estudio del líquido cefalorraquídeo sin desarrollo microbiológico. Hemocultivos seriados para bacterias y hongos negativos. Ecografía de abdomen: hepatomegalia, múltiples lesiones sólidas esplénicas, la mayor de 6 mm. TC cuello, tórax, abdomen y pelvis: adenomegalias axilares izquierdas de 13 y 14 mm, hepatomegalia regular, bazo heterogéneo con múltiples imágenes hipodensas, subcentimétricas, redondeadas, difusas de aspecto inespecífico. En base a la presentación clínico – paraclínica se plantea etiología infecciosa o neoplásica (linfoma, sarcoma de Kaposi). Anatomía patológica de la lesión cutánea compatible con proceso infeccioso a correlacionar con resultado de la microbiología. De esta última se destaca estudio micológico, baciloscopias y cultivo para micobacterias negativo. Punción de ganglio axilar izquierdo eco- guiada evidencia linfadenitis reactiva. Serología para *Bartonella henselae* por técnica de inmunofluorescencia indirecta: IgG positiva, IgM positiva. Con diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato en paciente VIH positiva con inmunodepresión severa se inicia tratamiento en base a doxiciclina con buena evolución posterior.

Conclusiones

La infección por *Bartonella* es una zoonosis que en el huésped inmunocomprometido tiene la capacidad de producir una respuesta angioproliferativa expresada como angiomatosis bacilar. Resulta fundamental para arribar a su diagnóstico el alto de grado de sospecha, debiendo considerarse siempre que nos enfrentemos a un paciente inmunodeprimido que se presenta con fiebre, lesiones cutáneas y esplénicas. La respuesta al tratamiento antimicrobiano en general es buena.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0155**

Oftalmoplejia dolorosa, del síntoma al diagnóstico.

Analia Cánepa**Tania Stapff****Marina Rodríguez****Martín Bentancort****Gerardo Pérez****Ernesto Cairoli**Hospital de Clínicas, Clínica Médica
C. Uruguay.

Introducción

La oftalmoplejia dolorosa es un cuadro clínico que puede ser causado por múltiples etiologías, traumáticas, vasculares, tumorales, inflamatorias e infecciosas. Clínicamente se presenta con cefalea periorbitaria o retroorbitaria, en ocasiones hemisferiana, parálisis oculomotora e hipoestesia de la rama oftálmica del V par homolateral. El síndrome de Tolosa Hunt es una de las causas de oftalmoplejía dolorosa, de etiología idiopática y patogenia autoinmune, debido a la inflamación granulomatosa del seno cavernoso causando disfunción de las estructuras contenidas en el mismo. Constituye una entidad sumamente infrecuente, con una incidencia anual de 1 caso por cada millón de habitantes, por lo cual es un diagnóstico de exclusión.

Caso clínico

SF, 57 años, diestra. Historia de migraña con aura, patología de columna degenerativa, tabaquista leve. Consulta por cefalea retroorbitaria y hemisferiana derecha de siete días de evolución, pulsátil, muy intensa acompañada de fosfenos. Agrega ptosis palpebral derecha, visión borrosa y diplopía horizontal. Del examen físico neurológico se destaca: ptosis palpebral derecha, estrabismo divergente a derecha, parálisis del músculo recto interno homolateral. Resto del examen físico sin alteraciones. De la paraclínica al ingreso: tomografía computada de cráneo sin alteraciones. Resonancia magnética de cráneo evidencia engrosamiento del techo del seno cavernoso a derecha que realza en forma homogénea con el medio de contraste, estructuras vasculares comprendidas en el estudio sin alteraciones. De la valoración paraclínica de búsqueda etiológica: hemoglobina glicosilada 5,3%, serologías para VIH, VDRL, virus hepatotropos, CMV y VEB negativos. Panel autoinmune ANA y anti-ADN negativos, C3 88 mg/dl, C4 11 mg/dl. Dosificación de enzima convertidora de angiotensina normal. Punción lumbar con estudio citoquímico y bacteriológico de líquido cefalorraquídeo sin alteraciones. Tinta china negativo, inmunofenotipo negativo para todos los marcadores estudiados. Con planteo diagnóstico de síndrome de Tolosa Hunt se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona intravenosa por tres días, seguido de prednisona vía oral a dosis de 60 mg/día. Presenta rápida mejoría sintomática a las 24 horas de inicio del mismo, sin dolor ni diplopía. Mejoría progresiva de las alteraciones de la oculomotricidad extrínseca.

Conclusiones

La oftalmoplejia dolorosa constituye un desafío diagnóstico obligando a descartar diferentes patologías con una presentación clínica similar. El síndrome de Tolosa Hunt es siempre un diagnóstico de exclusión, exigiendo un alto nivel de sospecha clínica. La rápida respuesta al tratamiento corticoideo constituye uno de los pilares diagnósticos de este síndrome, siendo fundamental el seguimiento evolutivo clínico y paraclínico mediante resonancia magnética.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0156**

Crisis epilépticas en servicio de emergencia Hospital Maciel.

Alberto Braidá**Estefanía Caffarel****Marcela Leal****Gonzalo Ruiz****Andrea vaucher**

Hospital Maciel. Uruguay.

Introducción

La epilepsia es un desorden cerebral caracterizado por la predisposición persistente a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición. En conocimiento de los datos epidemiológicos existentes incluyendo estadísticas nacionales, la epilepsia es la más frecuente de las afecciones neurológicas mayores con una prevalencia de 1 % de la población general. En Uruguay no existen estudios de prevalencia sobre crisis epilépticas en servicio de emergencia.

Objetivo

Es objetivo del estudio describir las características de las crisis epilépticas en el servicio del Hospital Maciel, en período comprendido entre 1 agosto 2016 al 31 enero 2017 y analizar la conducta diagnóstica y terapéutica realizada.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo sobre las consultas por crisis epilépticas en servicio emergencia Hospital Maciel en período descripto. Los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas electrónicas del sistema GeoSalud que presentaron como diagnóstico clínico primario al finalizar la atención: crisis epiléptica, convulsión, epilepsia.

Resultados y discusión

Se analizaron 73 historias clínicas de pacientes que presentaron crisis epilépticas de los cuales el 93,2% eran epilépticos conocidos. El 63% fueron diagnosticados en la edad adulta y las causas etiológicas más frecuente fueron la desconocida 41,1%, la primaria 19,2%, la vascular 17,8% y post traumática 11%. El fármaco atiepiléptico más utilizado para tratamiento crónico fue la difenilhidantoína (DFH) 52,1%. En cuanto al evento agudo la causa de descompensación más frecuente fue abandono medicación 61,6%, seguida de las infecciones 12,3%. El tipo de crisis más observado fue la crisis tónico clónica generalizada en un porcentaje de 87,7% seguida de la focal a tónico clónico bilateral. Un 8,2% de los pacientes presentaron un estado de mal epiléptico. Del total de pacientes 11 reiteraron crisis en emergencia lo que se asoció de manera significativa con la realización de tomografía de cráneo ($p: 0,049$). De los 73 pacientes el 57,5% se le realizó dosificación de antiepilépticos en sangre y al 54,6% se le realizó tomografía de cráneo encontrándose causa estructural en el 22,5%. Se encontró asociación con valor estadísticamente significativo entre la no realización de tomografía y el abandono de la medicación como causa desencadenante ($p: 0,020$). En relación al tratamiento se realizó carga de DFH en el 54,8% de los pacientes en el servicio de emergencia. El destino de los pacientes al alta fue de 87% a domicilio. Hubo un solo fallecido y 4 ingresaron a terapia intensiva.

Conclusiones

Consideramos que las crisis epilépticas son una consulta frecuente en nuestro servicio de emergencia por las características del mismo. La mayoría de los pacientes son epilépticos conocidos, que consultaron por crisis tónico clónico generalizadas en contexto de abandono de medicación. A pesar de esto, se les realizó dosificación de antiepilépticos y tomografía de cráneo a la mayoría. Como conducta terapéutica se realizó carga de DFH en pacientes que no se encontraban en tratamiento crónico con dicho fármaco, lo que genera la disyuntiva del tratamiento al alta. Sería importante contar con un protocolo de actuación que unifique medidas de actuación.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0159**

Trastornos respiratorios del sueño en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (informe preliminar).

Victoria Trelles

Fernanda Escuder

Zulay García

Mariana Ksiazienicki

Silvana Estrada

Luis Bueno

Ana Musetti

Pablo Álvarez

Gabriela Ormaechea

Hospital de Clínicas.

Daniel Pérez Chada

Hospital Universitario Austral.
Uruguay.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) presenta una elevada prevalencia y constituye una importante causa de morbilidad y de ingresos hospitalarios en la población mayor de 65 años. La prevalencia de trastornos respiratorios del sueño (TRS) es aproximadamente 80% en IC según publicaciones, ya sea con fracción de eyección reducida (ICFER) o preservada. El síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) aumenta el riesgo de patología cardiovascular (CV) por mecanismos multifactoriales (químicos, neurohormonales, mecánicos e inflamatorios). Existen cuestionarios dirigidos a evaluar la probabilidad de SAHOS, aunque ninguno ha sido validado para su utilización en pacientes con ICFER. El objetivo primario de este estudio es establecer la prevalencia de TRS en una cohorte de pacientes con ICFER de la Unidad Multidisciplinaria de IC (UMIC). Como objetivo secundario se plantea evaluar la validez de los cuestionarios Stop-Bang y Berlín como screening de dichos trastornos en IC.

Objetivo

El objetivo primario de este estudio es establecer la prevalencia de TRS en una cohorte de pacientes con ICFER de la Unidad Multidisciplinaria de IC (UMIC). Como objetivo secundario se plantea evaluar la validez de los cuestionarios Stop-Bang y Berlín como screening de dichos trastornos en IC.

Metodología

Estudio prospectivo, descriptivo, abierto, que incluye a la cohorte activa de la UMIC, mayores de 18 años, ambos sexos, con ICFER, clínicamente estables y consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo, neurológico o auditivo que limite realizar la entrevista, portadores de otros trastornos del sueño limitantes o no controlados (piernas inquietas, insomnio, etc.), uso de oxigenoterapia continua domiciliaria. Se realizaron cuestionarios de Berlín y Stop-Bang, clasificando a la población en grupos de alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo de presentar SAHOS. A todos se les indicó una poligrafía respiratoria en forma ambulatoria. Se utilizó estadística descriptiva para caracterización de variables demográficas, medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el software estadístico SPSS.

Resultados y discusión

Se incluyeron 357 pacientes, 232 hombres (65%), edad media $63,6 \pm 11,82$. La etiología de la IC fue isquémica en 41.5% (148). Índice de masa corporal (IMC) $29,24 \pm 6,09$; FEVI $34,42 \pm 10,30$ y mediana del pro-BNP 571 pg/ml, primer cuartil de 225 pg/ml y tercer cuartil de 1280 pg/ml. Cuestionario de Berlín presentaban alto riesgo de SAHOS 179 pacientes (50,4%) y bajo riesgo 178 (49,6%). Cuestionario Stop-Bang; alto riesgo 126 (35,3%), riesgo intermedio 149 (41,7%) y bajo riesgo 82 (23%). Se han realizado 78 poligrafías respiratorias (21,8%). El 85,8% presentaron TRS. De ellos: 17,9% apneas obstructivas de grado severo, 26,9% de grado moderado, 33,3% de grado leve. Un 7,7% de los pacientes presentaron predominio de apneas centrales con respiración periódica de Cheyne-Stokes (RPCS-AC), de éstos 2,6% moderado y 5,1% severo.

Conclusiones

La prevalencia de trastornos respiratorios del sueño en los pacientes con ICFER fue alta en nuestra cohorte. Se destaca la importancia de pesquisar esta comorbilidad cuya presentación clínica puede llevar a ser subdiagnosticada. El diagnóstico precoz puede contribuir a una mejor evolución clínica de la IC. En éste informe preliminar no se analizaron la validez de los test de Berlín y Stop-Bang, la cual será evaluada al finalizar el estudio.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0160**

¿Es viable la aplicación de un protocolo de descontaminación digestiva selectiva en el centro de tratamiento intensivo del Hospital Universitario?.

Andrea Iturralde**Gustavo Sosa****María De Giovanangelo****Gloria Rieppi**

Hospital de Clínicas, UdelaR.

Leticia Leticia**Inés Bado****Rafael Vignoli**

Dpto Bacteriología y Virología, Instituto de Higiene, UdelaR. Uruguay.

Introducción

Las infecciones adquiridas (IA) en cuidados intensivos (CTI) son frecuentes, aumentan la morbimortalidad, días de estadía y costos sanitarios y en un elevado porcentaje de los casos son precedidas por colonización digestiva. El protocolo de descontaminación digestiva selectiva (DDS) ha demostrado disminuir la incidencia de este tipo de infecciones. Consiste en la administración de un curso corto de antimicrobianos por vía parenteral, vía enteral (polimixina B, gentamicina, anfotericina B y vancomicina en Unidades con epidemia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente [SAMR]), altos estándares en prácticas de higiene recomendadas y cultivos de vigilancia digestiva.

Objetivo

Determinar la viabilidad de la aplicación de un protocolo de DDS en el CTI del Hospital Universitario.

Metodología

Estudio prospectivo, descriptivo, agosto 2014 - febrero 2015. Población: se incluyeron potenciales candidatos a recibir DDS pacientes ≥ 18 años con estadía prevista ≥ 72 horas, y asistencia ventilatoria mecánica ≥ 48 horas. Se estudiaron infecciones adquiridas en CTI: neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) y bacteriemias primarias. Se realizó exudado orofaríngeo y rectal al ingreso y dos veces por semana hasta la extubación o egreso del paciente. Procesamiento de las muestras: -Detección de bacilos Gram negativos (BGN) resistentes: siembra directa en agar McConkey lactosa con discos de gentamicina (GN), polimixina B (PB), ceftriaxona (CRO), amoxicilina-clavulánico (AMC) y ceftazidime (CAZ). -Detección de SAMR y *Enterococcus* spp vancomicina resistente (EVR): siembra en medios cromogénicos. - BGN resistentes a GN (BGN RGN) y/o PB (BGN RPB) se estudiaron por equipo automatizado Vitek® 2 system o bioquímicas convencionales, y sensibilidad por disco-difusión, con interpretación de los resultados según CLSI vigente. - Confirmación de cepas productoras de carbapenemasas mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para bla_NDM y bla_VIM)

Resultados y discusión

Se incluyeron 65/124 pacientes ingresados. La tasa de NAV fue de 36 episodios/mil días de asistencia ventilatoria mecánica. La tasa de bacteriemia fue de 6.1/mil días de catéter venoso central. La mortalidad cruda de los pacientes con NAV y bacteriemia fue del 34.6% y 37.5% respectivamente. Se realizaron 623 exudados digestivos. Ingresaron colonizados 23/65 pacientes, de los cuales 19 tenían estadía hospitalaria previa ≥ 3 días, y 17 habían recibido antibioticoterapia los 7 días anteriores. 42 pacientes tenían exudado negativo al ingreso (E1N); de ellos el 69% procedían de la comunidad. En 31 de los pacientes con E1N se realizó seguimiento con más de un exudado. La colonización al ingreso y durante la estadía en CTI se analiza en la Tabla 1. Se confirmaron aislamientos digestivos productores de carbapenemasas en 3 pacientes: *Pseudomonas aeruginosa* productora de metalobetalactamasa de tipo VIM (2 pacientes), y *Citrobacter freundii* productor de metalobetalactamasa de tipo NDM (1 paciente). Solo 5/65 pacientes presentaron aislamientos digestivos resistentes simultáneamente a GN y PB.

Conclusiones

La incidencia de IA CTI es alta, y la mortalidad elevada. De acuerdo a la ecología de la Unidad, la aplicación de DDS podría ser una estrategia viable para disminuir la incidencia de estas infecciones.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0161**

Ferropenia con o sin anemia en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Sara Hernández

Verónica Pérez

Gabriela Ormaechea

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es uno de los mayores problemas sanitarios de este siglo con una elevada prevalencia y morbimortalidad. Afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. La deficiencia de hierro se ha reportado como una comorbilidad frecuente, independientemente de la fracción de eyección y de los niveles de hemoglobina. Registros internacionales muestran prevalencia de hasta 40%. La ferropenia se asocia con una alteración de la capacidad funcional, mala calidad de vida y mayor mortalidad, lo que condiciona un pronóstico desfavorable. Estudios recientes y guías actuales de IC recomiendan el estudio y tratamiento de ferropenia siendo una recomendación clase IIA.

Objetivo

Determinar la prevalencia de ferropenia en pacientes portadores de IC con fracción de eyección reducida (ICFER) asistidos en Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas en el período mayo 2017 - mayo 2018. Como objetivo secundario evaluar si existe relación entre ferropenia y la clase funcional (CF - NYHA) así como con los valores de NTpro- BNP.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, transversal y con recolección retrospectiva de los datos. Se calculó tamaño de muestra significativa para la corte activa de la UMIC, el cual fue 194 pacientes. Se analizó el registro electrónico y escrito de UMIC. Se definió ferropenia como ferritina < a 100 o ferritina entre 100 y 300 con un índice de saturación de transferrina (IST) < a 20%; anemia según OMS: hemoglobina < a 12gr/dl para mujeres y < a 13 gr/dl para hombres. Se registró clase funcional (CF) y valor de NTpro-BNP.

Resultados y discusión

Al momento del corte se reclutaron 144 pacientes: 70 Hombres (62%), con edad media de 68 años (R:22-89), la etiología más frecuente fue la isquémica. 56 pacientes (39%) presentaron ferropenia y de estos solo 13 pacientes (23%) presentaron anemia. De los pacientes con ferropenia 19 pacientes (34.7%) se encontraban en CF I, 22 pacientes (41,5%) en CF II, 13 pacientes (23,2%) en CF III y 2 pacientes no fue evaluable la CF; los valores de Pro-BNP fueron: 12 pacientes (21%) < a 400 mg/dl, 21 pacientes (3,5%) tenían valores entre 400 - 1000 mg/dl y 23 pacientes (40%) con valores > a 1000 mg/dl.

Conclusiones

En la cohorte UMIC la prevalencia de ferropenia es significativamente elevada, lo que concuerda con literatura internacional. Se destaca que solo un mínimo de pacientes con ferropenia presentaban anemia como comorbilidad asociada. Esto refleja la importancia de estudiar el metabolismo férrico en todos los pacientes con ICFER independiente del valor de hemoglobina. Al momento de este corte no se encontró relación estadísticamente significativa entre ferropenia y CF-NYHA o ProBNP.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0162**

Hepatitis Autoinmune. Experiencia de un centro.

Patricia Perera**Juan Otegui****María Noel García****Ana Alonso****Diego Graña****Mercedes Perendones**

Hospital Pasteur.Uruguay

Introducción

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es un proceso necroinflamatorio del parénquima hepático, que produce fibrosis y puede evolucionar a la cirrosis hepática. Predomina ampliamente en el sexo femenino. Se conocen 2 variantes según los autoanticuerpos presentes, sin tener esta relación con la forma de presentación clínica. El diagnóstico se basa en pilares clínico, bioquímico, inmunológico e histológico. Es característica la buena respuesta al tratamiento corticoideo asociado o no a inmunosupresores.

Objetivo

Conocer las características clínicas, bioquímicas y tratamiento realizado a la población con diagnóstico de HAI asistida en una policlínica específica.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de HA asistidos en la policlínica de hepatología en los últimos 20 años. Se utilizó formulario precodificado con consentimiento de los pacientes y aval de la institución. Las variables analizadas fueron: sexo, edad al diagnóstico, presentación clínica, anticuerpos, tratamiento, complicaciones evolutivas y enfermedades autoinmunes asociadas.

Resultados y discusión

Se incluyeron 28 pacientes, 27 de sexo femenino. La edad promedio al diagnóstico fue de 51 años, rango 13 y 75 años respectivamente. La presentación clínica más frecuente fue la cirrosis hepática 16/28, seguida de la hepatitis crónica (alteración del funcional y enzimograma hepático >6 meses) 11/28 y una hepatitis fulminante. El compromiso hepático presentó un patrón lesional en 4 pacientes mientras que el patrón colestásico y el mixto tuvieron el resto. Los anticuerpos ANA estuvieron presentes en 14 pacientes, ASMA en 5, LKM-1 en un paciente y otros anticuerpos distintos se vieron en 13 pacientes. Los corticoides se utilizaron en 22/28 y 15/28 recibieron tratamiento inmunosupresor siendo la azatioprina el más utilizado 13/15, seguido de micofenolato mofetilo y ciclosporina en un caso cada uno. En 11/28 presentaron otra enfermedad autoinmune asociada

Conclusiones

La HAI tuvo claro predominio en mujeres de mediana edad. La presentación clínica más frecuente fue la cirrosis hepática seguida de la hepatitis crónica, acompañada de autoanticuerpos positivos en un porcentaje elevado de pacientes. El tratamiento con corticoides e inmunosupresores fue lo habitual. Un solo paciente recibió trasplante hepático. Su asociación con otras enfermedades autoinmunes fue elevada. Este estudio plantea el concepto de pensar en esta enfermedad frente a cualquier alteración hepática, ya sea clínica o bioquímica en especial en mujeres de mediana edad, dado el alto índice de presentaciones en etapas avanzadas lo cual constituye un problema sanitario.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0163**

Utilidad de las técnicas de biología molecular en neuroinfecciones.

Romina Rey**Ana Taborda****Gustavo Bruno****Andrea Vaucher****Antonio Galiana****Fabio Grill****Marcela Zurmendi****Mariela Vieytes**

Hospital Maciel. Uruguay

Introducción

Las infecciones del sistema nervioso central se encuentran dentro de las diez infecciones con mayor mortalidad y morbilidad. En Uruguay las meningitis agudas supuradas son producidas principalmente por *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*. En el 39% de los casos no se logra identificar microorganismo. Los informes sobre infecciones virales ubican a los Enterovirus como los principales agentes. Las técnicas de amplificación del ADN mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real, por su rapidez y alta sensibilidad, pueden mejorar el diagnóstico etiológico, impactando directamente en el pronóstico.

Objetivo

Describir la etiología de las neuroinfecciones y valorar la utilidad de las técnicas de biología molecular en el diagnóstico y optimización del tratamiento.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo a partir de registros clínicos. Incluyen mayores de 18 años, asistidos en un hospital público de Montevideo, durante un periodo de 22 meses, a los que se le realizó técnicas de biología molecular al líquido cefalorraquídeo por sospecha clínica de neuroinfección. Se utilizaron dos sistemas de reacción en cadena de la polimerasa, Gene-X-Pert® y FilmArray®. Las variables cualitativas se presentarán en tablas y las variables cuantitativas de distribución normal con media y desvío estándar. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital.

Resultados y discusión

Se incluyeron 109 pacientes, 69 (63%) hombres con una edad media de $45,5 \pm 17,2$ años. Tabla1. En los pacientes sin infección por VIH ni antecedentes neuro quirúrgicos (67%), se identificaron 17 microorganismos, 47,1% bacterias (6 *Streptococcus pneumoniae*, 2 *Haemophilus influenzae*) y 52,9% virus (3 Herpes Simplex Virus -2, 3 Enterovirus, 2 Herpes Simplex Virus-1, 1 Cytomegalovirus). Tabla 2. Un paciente presentó coinfección con *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*. El resultado de las técnicas de biología molecular modificó el tratamiento antimicrobiano en 25 (34,2%) casos. En portadores de VIH (25,7%), se detectó microorganismo en 14 (50%) pacientes, 6 (27,9%) virus (4 Cytomegalovirus, 1 Varicella zoster virus, 1 Human Herpes Virus-6), 5 (33,4%) bacterias (3 *Mycobacterium tuberculosis*, 1 *Streptococcus pneumoniae*, 1 *Listeria monocytogenes*) y 7 (38,9%) *Cryptococcus neoformans*. En 4 casos la infección fue por 2 microorganismos. Se identificaron 17 microorganismos mediante PCR, con un falso negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. Tabla3. Se modificó el plan antimicrobiano en el 12 (42,9%) de los casos. En pacientes con antecedente de neurocirugía reciente (7,3%), se aislaron 5 microorganismos, 3 de ellos exclusivamente mediante cultivo (*Acinetobacter baumannii*, *Proteus sp.* y *Klebsiella pneumoniae*). Tabla4. Una de las infecciones fue polimicrobiana identificándose *Haemophilus influenzae* y Herpes Simplex Virus-2. Se modificó el tratamiento en 3 (37,5%) casos.

Conclusiones

Las técnicas de biología molecular deben considerarse complementarias para el diagnóstico etiológico de las neuroinfecciones. Son de gran utilidad, ya que permiten dirigir el tratamiento antimicrobiano de forma precoz, disminuyendo el costo microbiológico y mejorando el pronóstico. El presente trabajo permitió la cooperación entre clínicos, infectólogos y microbiólogos, y el desarrollo de un protocolo de manejo de los pacientes con sospecha clínica de neuroinfección.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0164**

¿Es adecuado el volumen inoculado en botellas de hemocultivo en el Hospital Universitario?.

Leticia Caiata
Laura Cabezas
Perla Pardo
Raúl Pontet
Verónica Seija

Introducción

La detección de bacteriemia es fundamental en el manejo de infecciones graves. El volumen de sangre cultivado es la variable pre analítica más importante para establecer etiología.

Objetivo

-Evaluar cumplimiento de la recomendación de inocular 10 ± 1 ml de sangre por botella de hemocultivo. -Determinar si existe diferencia significativa de cumplimiento en diferentes servicios.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Muestra: botellas hemocultivos de pacientes ≥ 16 años, procesados en el laboratorio del Hospital Universitario (marzo– diciembre 2016) y en las cuales se tomó peso de la botella. Se registró procedencia, sexo, edad, peso, botellas por serie, estatus (negativo, verdadero positivo y contaminado). Estimación del volumen de sangre: diferencia entre peso de botella inoculada y sin inocular, asumiendo densidad sanguínea 1 g/mL. Análisis estadístico: Excel y OpenEpi 3.01.

Resultados y discusión

Se recibieron 1304 botellas de hemocultivo de 680 pacientes. Media de edad: 54.5 ± 18.1 años, 346 sexo femenino (50.9%). Una botella por serie en 74 pacientes, 2 en 591, 3 en 12 y 4 en 3. La tabla 1 muestra el cumplimiento con el volumen de sangre recomendado por botella y la media de volumen según servicio. Excluyendo las botellas interpretadas como contaminadas ($n=225$, 17.3%), en las botellas que cumplieron con volumen recomendado la tasa de verdadero positivos fue 32/262 (12.2%) y entre los que no cumplieron fue 65/817 (7.9%), $p=0.036$.

Conclusiones

Es muy alta la proporción de no cumplimiento con volumen recomendado y hubo diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes servicios. La proporción de positividad fue mayor, en forma estadísticamente significativa, cuando se inoculó un volumen sanguíneo adecuado. Al no cultivarse el volumen recomendado se pierde la oportunidad de realizar diagnósticos etiológicos de bacteriemia en un porcentaje significativo de pacientes. Es importante monitorizar el volumen sanguíneo inoculado por botella e informar a los servicios, así como evaluar la posibilidad de contar con personal entrenado en extracciones de manera de mejorar los aspectos pre analíticos en cuanto al volumen y la tasa de contaminación.

Dpto. de Laboratorio de Patología
Clínica. Hospital de Clínicas, Facultad
de Medicina. Uruguay.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0165**

Etiología de la infección urinaria en el paciente grave. Experiencia en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Clínicas del 2015 al 2017.

Carina Pizzarossa**Matías Lista****Andrea Queirolo****Manuel Baz****Martín Rebella**

Clínica Médica C, Hospital de Clínicas.

Pilar Gadea

Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas.

Daniela Paciel

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

Las infecciones urinarias (IU) son causa importante de morbimortalidad. Conocer los microorganismos prevalentes permite optimizar la elección de un plan antibiótico empírico adecuado.

Objetivo

Determinar la etiología de las IU de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios (CI) del Hospital de Clínicas en el período 2015-2017.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados por IU o que desarrollaron la misma durante su estadía. Se analizaron 2 subpoblaciones según adquisición comunitaria o intrahospitalaria. Se consideraron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y tratamiento. Las variables se expresaron en proporciones, medias y/o medianas. Las diferencias entre grupos de datos fueron calculadas por diferencia entre proporciones, test de t o Mann-Whitney según correspondiera. Se consideraron de significación un valor de $p < 0.05$.

Resultados y discusión

Resultados (tabla 1) Hubo 798 pacientes ingresados en el período, de los que 52 cumplían con los criterios de inclusión, siendo 31 mujeres, con una mediana de edad de 56 años (p25-p75 37-70) y Charlson de 3 (1-4) Se registraron 30 IU intrahospitalarias y 22 comunitarias, siendo 44 IU complicadas según sistema ORENUC. De las IU comunitarias 3 presentaron abscesos y 7 cumplían los criterios de sepsis según el Consenso Sepsis-3. En las monomicrobianas se aislaron enterobacterias en 11 de 13, encontrándose un aislamiento de Klebsiella pneumoniae productora de Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE). Los pacientes con aislamiento diferente a enterobacterias sensibles, tenían factores de riesgo para patógenos resistentes. El tratamiento empírico fue adecuado en 10 de los 13 pacientes con aislamientos monomicrobianos, e inadecuado en 3 pacientes en los que se aislaron enterobacterias productoras de BLEE, Enterococcus sp. y bacilos Gram negativos no fermentadores (BGN NF). En los 30 pacientes con IU intrahospitalarias, 1 fue un absceso y 12 presentaron sepsis. De los 29 aislamientos monomicrobianos 21 correspondieron a enterobacterias (11 productoras de BLEE). El tratamiento empírico fue adecuado en 22 pacientes e inadecuado en 7 pacientes en los que se aislaron enterobacterias productoras de BLEE, Enterococcus sp. y BGN NF. Todas las enterobacterias aisladas eran sensibles a carbapenémicos independientemente del origen de la IU. De los pacientes que desarrollaron sepsis nefrourológica, al ingreso un 50% tenía un quick SOFA (qSOFA) igual o mayor a 2. En las IU comunitarias que ingresan al CI predominan como agente causal las enterobacterias no productoras de BLEE, por lo que en pacientes sin shock séptico ceftriaxona es aún una buena opción para tratamiento empírico a excepción de los pacientes que tienen factores de riesgo para microorganismos resistentes. En las IU intrahospitalarias, predominan enterobacterias con mayor prevalencia de productores de BLEE y por lo tanto los planes empíricos deben incluir su cobertura ya sea asociando un aminoglucósido o indicando un carbapenem (de elección estos últimos si hay bacteriemia o shock séptico).

Conclusiones

Una de cada cuatro veces el tratamiento empírico es inadecuado tanto en IU comunitarias como hospitalarias. Esto refuerza la necesidad de adherir a las guías como los flujogramas del

PROA de nuestra institución. Cabe destacar que el score qSOFA tiene limitaciones para predecir sepsis como ya ha sido reportado por varias series.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0166**

Factores asociados a sub-prescripción de tromboprolifaxis en un Hospital Universitario.

Gonzalo SilveiraAsistente de Clínica Médica -
Facultad de Medicina - UdelaR.**Gastón Buonomo****Ana Buschiazzo****Aline Carrizo****Andrés Castro****Camila de León****Mayte Puppo**

Facultad de Medicina - UdelaR.

Federico RocaProf. Adj. Clínica Médica - Facultad
de Medicina - UdelaR. Uruguay.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes hospitalizados. El paciente internado tiene mayor riesgo de ETE y la prescripción de tromboprolifaxis farmacológica lo reduce significativamente, con impacto en morbilidad en pacientes médicos y mortalidad en pacientes quirúrgicos. La prescripción de tromboprolifaxis farmacológica es subóptima en pacientes médicos y quirúrgicos.

Objetivo

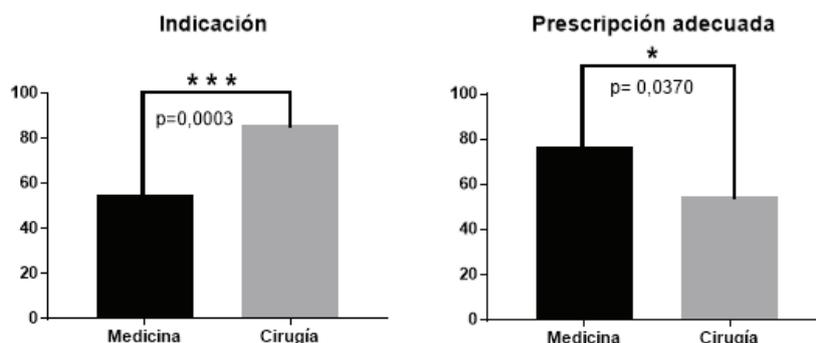
Primarios: a) identificar nivel de prescripción de tromboprolifaxis farmacológica en pacientes médicos y quirúrgicos, b) identificar factores que puedan influir en la sub-prescripción. Secundario: comparar el grado de prescripción actual con resultados de estudios previos.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes internados en cirugía, medicina y urología, mayores de 18 años, sin contraindicaciones para tromboprolifaxis. Se aplicó los Scores de PADUA y CAPRINI para identificar riesgo de ETE. Se registró: hemoglobina, crisis, azoemia y creatininemia. Se utilizó la versión 25.0 SPSS y GraphPad 7.05 para el análisis.

Resultados y discusión

Se registraron 157 pacientes; se excluyeron 42. De los 115 restantes, 54,2% corresponden a medicina y 45,8% a cirugía. Se constató mayor proporción de pacientes con alto riesgo de ETE en servicio quirúrgico en comparación con medicina (86.2% vs 54.7%, $p = 0,0003$). (Figura 1). Se constataron mayores niveles de prescripción adecuada en el servicio de medicina en comparación con los servicios quirúrgicos (77.1% vs 54.5%, $p = 0,0370$). (Figura 2). Respecto a la prescripción por edad, se constató un nivel de 2/6 (33,3%) en edad ≤ 40 años, 16/33 (48,5%) entre 40 a 70 años y 33/40 (82,5%) en ≥ 70 años, con diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, ($p=0,0026$). Se constataron niveles de prescripción adecuada similares a los observados en 2016 (77.1% vs 81%, $p = 0,5902$). En el modelo de regresión logística, se destaca que el pertenecer a servicio quirúrgico (OR 0.22, IC95% 0.068 – 0.712) y presentar mayores niveles de creatinina (OR 0.36, IC95% 0.133 – 0.956) se asocia a menor probabilidad de prescripción adecuada. Con respecto al score IMPROVE, los pacientes con mayor riesgo de sangrado (OR 2.11, IC95% 1.318 – 3.364) se asociaron a mayor probabilidad de prescripción adecuada. No hubo diferencias en los niveles de Hb entre los grupos de adecuada prescripción y los de sub-prescripción ($p = 0,141$). Indicación de tromboprolifaxis por servicio. Figura 2. Prescripción adecuada de tromboprolifaxis por servicio.



Conclusiones

Los pacientes quirúrgicos, si bien constituyen los de mayor riesgo y mayor beneficio de la tromboprofilaxis, tienen un nivel de prescripción más bajo. La edad aparece como un factor determinante en la sub-prescripción, siendo que a menor edad, mayor es el grado de sub-prescripción. Las estrategias para aumentar la prescripción deben estar focalizadas en estos subgrupos de pacientes. Otro factor a destacar es la asociación de sub-prescripción con los niveles de creatinina elevados. Por último, parece relevante el alto grado de sobre-prescripción tanto en pacientes médicos como quirúrgicos.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0167**

Aspergillus en un escenario diferente.

Santiago Rovascio**Martin Bentancort****Marta Gutierrez****Mónica Kierszenbaum**Cátedra de Neumología, Hospital
Maciel. Uruguay.

Introducción

La aspergilosis pulmonar describe varios patrones de enfermedad, sin embargo, la terminología que se ha desarrollado puede ser difícil de aplicar a un espectro de entidades que tienen una considerable superposición y variabilidad. Recientemente se ha reportado la ocurrencia de aspergilosis pulmonar invasiva en la EPOC siendo factores de riesgo para el desarrollo de la misma, EPOC GOLD 3 y 4, el uso de glucocorticoides sistémicos, las alteraciones estructurales pulmonares, el uso frecuente de antibióticos y la desnutrición. Los pacientes suelen presentarse con exacerbación de la enfermedad o neumonía resistente a tratamiento antibiótico. Una elevada mortalidad hacen al diagnóstico temprano crucial para mejorar el pronóstico. El cultivo en combinación con la demostración histopatológica de invasión tisular por hifas proporciona el diagnóstico definitivo de aspergilosis invasiva. Sin embargo, con frecuencia la biopsia no es factible por lo que un primer paso racional implica la evidencia de aspergillus mediante modalidades menos invasivas. Se define aspergilosis pulmonar invasiva probable en pacientes EPOC GOLD C o D, con reciente exacerbación, imágenes sugestivas de aspergillus en los últimos 3 meses y evidencia del mismo (estudio de expectoración directo y cultivo, serología, galactomanano en el lavado bronquioalveolar). El tratamiento con azoles, preferiblemente voriconazol por 6 meses es el recomendado, siendo la recaída documentada frecuentemente.

Caso clínico

65, SM, procedente de medio rural, exposición previa a sustancias inhaladas (pesticidas), ex tabaquista con IPA de 36, EPOC, VEF1 20 %, GOLD D. Exacerbaciones frecuentes en los últimos 3 meses, aumento de tos, expectoración y purulencia del esputo, disnea de esfuerzo habitual 3 mMRC que se hace de reposo, sin fiebre. Recibió múltiples planes antibióticos y pulsos de glucocorticoides orales sin respuesta clínica. Proteína C reactiva 82 mg/L, leucocitos 15900 103 uL, velocidad de eritrosedimentación 77 mm/h. Baciloscopias negativas. Se solicita tomografía computada de tórax: extensas áreas de enfisema centro y panlobulillar, imagen nodular espiculada de lóbulo inferior izquierdo de 15 mm, sospecha de carcinoma. Dada la mala clase funcional se reitera imagen en 2 meses que evidencia una consolidación redondeada que asocia áreas en vidrio delustrado. IgG para aspergillus spp 30 AU/ml (valor normal menor a 10 AU/ml). Cultivo de expectoración para aspergillus negativo. Tratamiento con voriconazol por 6 meses. Mejoría sintomática, mejoría de funcional respiratorio. Sin consolidaciones pulmonares en tomografía de baja dosis a los 3 meses, serología IgG para aspergillus 3 AU/ml a los 6 meses.

Conclusiones

Recientemente se ha reportado la ocurrencia de aspergilosis pulmonar invasiva en la EPOC siendo factores de riesgo para el desarrollo de la misma, EPOC GOLD 3 y 4, el uso de glucocorticoides sistémicos y antibióticos. La forma de presentación suele ser una exacerbación de la enfermedad o neumonía resistente al tratamiento habitual. En pacientes con factores de riesgo y alteraciones radiológicas sugerentes debemos solicitar estudios que determinen la evidencia de aspergillus.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0168**

Primeros 70 pacientes trombolizados con ACV hiperagudo en el Hospital Maciel.

Tammara Mendez Andrade

Josue Vidal

Agustin Luna

Beatriz Arciere

Cristina Perez Lago

Hospital Maciel. Uruguay

Introducción

El ataque cerebrovascular (ACV) constituye un problema de salud muy prevalente en el mundo. En Uruguay es la segunda causa de muerte y genera una morbimortalidad importante con costos elevados para el sistema sanitario. Aproximadamente 80% de los ACV son isquémicos y existen tres tratamientos que disminuyen la morbimortalidad en la fase aguda con nivel de evidencia IA: las unidades de ACV, la trombólisis intravenosa con activador tisular recombinante del plasminógeno (r-TPA), y la trombectomía mecánica con criterios de selección precisos. Entre 10% a 25% de los pacientes con ACV isquémicos son candidatos a fibrinólisis. El beneficio del tratamiento decrece a medida que transcurre el tiempo. En el Hospital Maciel (HM) este procedimiento se realiza en el departamento de Emergencia desde el año 2013 y a partir del año 2014 en el marco de un convenio de regionalización metropolitana entre ASSE y Hospital de Clínicas (zona este Hospital de Clínicas, zona Oeste, HM).

Objetivo

El objetivo del presente trabajo, es describir los resultados obtenidos con los primeros pacientes con ACV hiperagudo trombolizados en el HM desde el año 2013 hasta setiembre de 2018.

Metodología

Se trata de un estudio de cohorte observacional y retrospectivo de los pacientes con ACV hiperagudo trombolizados en el HM. Se obtuvieron los datos a partir de protocolos previamente establecidos. De los mismos recabamos: datos patronímicos, factores de riesgo cardiovascular, NIHSS al ingreso, post infusión y a las 24 horas, así como datos del mecanismo etiopatogénico. Se analizaron los tiempos síntoma-puerta, puerta – aguja y síntoma-aguja, las etiologías factores de riesgos encontrados y variación de la severidad del déficit entre otros datos.

Resultados y discusión

En el periodo 2013 - setiembre 2018 se realizó tratamiento fibrinolítico en un total de 70 pacientes en el HM, de los cuales 57.1% fueron hombres y 42.9% fueron mujeres. El tiempo de demora promedio entre el inicio de los síntomas y la llegada a la emergencia fue de 104 minutos. El tiempo entre la llegada a emergencia y el inicio de tratamiento fue de 67 minutos, de lo que se desprende un tiempo síntoma – aguja 176 minutos. En cuanto a la respuesta al tratamiento, medido por la escala de NIHSS se obtuvo una variación de 5.2 puntos a las 24 horas. Respecto a las complicaciones, 15% presentaron HIC (hemorragia intracraneana), de los cuales 7.2% fueron sintomáticas. La mortalidad fue 14.5% y otras complicaciones relacionadas al tratamiento un 4.3%.

Conclusiones

El tiempo síntoma-puerta es mayor al esperable. El tiempo puerta-aguja promedio fue apenas mayor al recomendado por la AHA (American Heart Association) de 60 minutos, aunque el tiempo desde la presentación de los síntomas hasta la llegada a la emergencia excede lo esperado. Acerca de la respuesta al tratamiento, hubo una buena respuesta, objetivable por un descenso en la escala de NIHSS a las 24 horas. Respecto a las complicaciones en comparación con registros internacionales, si bien el porcentaje de HIC fue similar, el porcentaje de HIC sintomática fue mayor.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0169**

Evaluación de variables asociadas a mortalidad en pacientes con candidemias utilizando el panel de identificación sanguíneo Filmarray® (PCR múltiple anidada).

Marco Antonio Solarte Portilla

Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Rocio del Carmen Ortega**Bertha Ligia Bernal****Jenny Marcela Cerón****Lorena Jaramillo****Margoth Estrada**

Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Luis Zambrano

Clínica Fátima- Pasto. Colombia.

Introducción

La frecuencia de candidemias como causa de sepsis es creciente en el mundo. Los métodos tradicionales para la detección de la fungemia son ineficaces, las pruebas rápidas de detección (PCR MULTIPLE ANIDADA) ofrece la posibilidad de detección de Candida en torrente sanguíneo en una hora.

Objetivo

Evaluar variables clínicas y demográficas y su potencial asociación con mortalidad en pacientes diagnosticados con candidemia utilizando PCR múltiple anidada

Metodología

estudio es descriptivo observacional, de corte transversal, Realizado entre Julio de 2015 y diciembre 2017, Se analizaron 40 muestras de sangre de pacientes hospitalizados en quienes se detectó candidemia, se realizó análisis univariado y multivariado, se ingresaron las variables (nutrición parenteral, uso previo de antibióticos, paciente inmunosuprimido, edad codificada en rangos, uso de sonda vesical, intubación orotraqueal, uso de otros dispositivos, numero de cirugías realizadas)al modelo de regresión logística binomial. Se tomó como variable dependiente la variable vivo /muerto. Se utilizó SPSS, autrizado por el insituto CES.

Resultados y discusión

El germen que fue más detectado fue cándida parasilopsis (40%) cándida albicans (32,5%) cándida glabrata.(12,5%). el 65% de los casos los pacientes sobrevivieron. En el 50% recibió Caspofungina, el 30% fluconazol, el 17,5% de los casos recibieron ambos antifungicos,. Se encontró asociación entre la estancia pre diagnóstico de la fungemia y mortalidad, con valores estadísticamente significativos, $p < 0,05$. Se encontró también asociación con la edad con valor de 0,031, estadísticamente significativo con un intervalo de confianza amplio, pero valido para la edad entre 30-45 años, lo que significa que en nuestro estudio, hay asociación estadísticamente significativa entre la edad mencionada y el desenlace mortalidad. Este es un informe preliminar de un estudio activo y en crecimiento en su base de datos.

Conclusiones

La utilización del panel sanguíneo multideccion por PCR podría mejorar los sobrevida de pacientes con candidemia. Se establece asociación estadísticamente significativa entre estancia antes del diagnóstico y mortalidad, así como la asociación con el grupo etáreo de 30 y 45 años. lo que significa que en nuestro estudio, hay asociación estadísticamente significativa entre la edad mencionada y el desenlace mortalidad

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0170**

Nefritis Lúpica: experiencia en una Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

Adriana Carlomagno

Carina Pizzarosa

Gonzalo Silveira

Yandián Martín

Santiago José

Danza Álvaro

Rebella Martín

MUCAM. Uruguay.

Introducción

El compromiso renal se da en aproximadamente el 50% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, constituyendo una de las principales causas de daño orgánico irreversible. Existe evidencia creciente que sugiere que el uso de menores dosis de prednisona mantiene la eficacia y mejora el perfil de seguridad del tratamiento de la nefritis lúpica. No existen aún estudios comparativos entre las diferentes dosis de prednisona utilizadas.

Objetivo

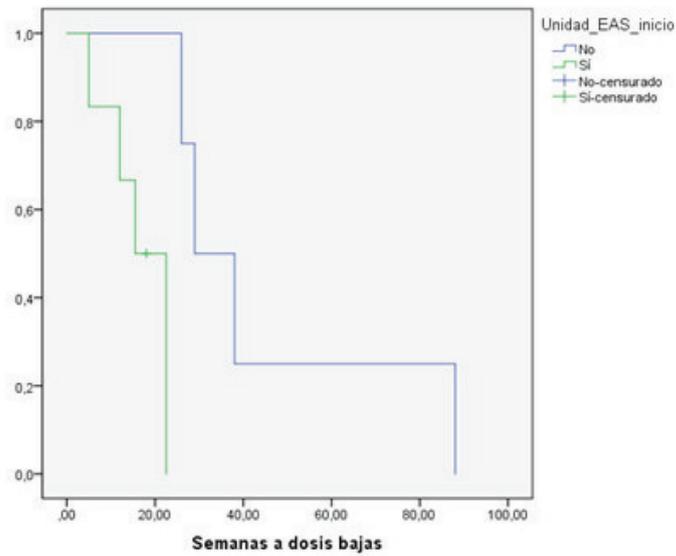
Describir las características clínicas y de respuesta al tratamiento de pacientes con nefritis lúpica asistidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) de la institución Médica Uruguaya – Corporación de Asistencia Médica (MUCAM) en el periodo 2015-2018.

Metodología

Estudio retrospectivo. Población: Paciente con diagnóstico de nefritis lúpica proliferativa confirmado por biopsia entre 2015-2018. Criterios de exclusión: Pacientes que no se asisten en UEAS. Se extrajeron datos de las historias clínicas y de registros de la unidad. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, tratamiento, respuesta al mismo (remisión parcial y/o completa a los 3, 6 y 12 meses), filtrado glomerular (FG), mortalidad, y semanas a dosis bajas de prednisona (≤ 7.5 mg/día). Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS Statistics versión 24.0. Para valorar diferencias entre variables se utilizaron los test Chi cuadrado, test de T o prueba de Mann-Whitney, y curvas de Kaplan Meier.

Resultados y discusión

De 18 pacientes con biopsia renal compatible con nefritis lúpica se excluyeron 2 por no asistir en UEAS, y 2 por encontrarse al momento del estudio en tratamiento de inducción. Once de 14 pacientes fueron de sexo femenino, media de edad poblacional fue 27.9 ± 11.2 años al momento del diagnóstico. Ocho presentaban nefritis clase III y 6 clase IV. Trece de 14 recibieron inducción con ciclofosfamida, 11 recibieron protocolo EUROLUPUS. A los 3 meses, 8 pacientes obtuvieron remisión completa, 3 adicionales a los 6 meses y de los restantes, 1 obtuvo remisión parcial a los 12 meses. Ninguno requirió tratamiento sustitutivo de la función renal. Siete de 14 comenzaron el tratamiento de inducción en UEAS, los otros 7 fueron derivados en la evolución. Los pacientes que iniciaron su tratamiento en UEAS tuvieron la misma tasa de remisión a 3, 6 y 12 meses. Las dosis medias iniciales de prednisona (23.1 ± 12.8 mg/d vs 58.3 ± 16.0 mg/d) prednisona máxima (28.1 ± 7.5 mg/d vs 58.3 ± 16.0 mg/d) y prednisona acumulada a 6 meses (13.1 ± 6.3 mg/d vs 32.8 ± 12.7 mg/d) fueron significativamente menores en los pacientes asistidos de inicio en UEAS ($p < 0.05$). El tiempo a dosis bajas de prednisona fue significativamente menor para el grupo que inició su tratamiento en UEAS (Figura 1). A su vez, 6/7 pacientes que iniciaron su tratamiento en UEAS recibieron dosis inicial de prednisona ≤ 30 mg/día, mientras que en el otro grupo solo 1/7 recibió ≤ 30 mg/día de dosis inicial ($p = 0.013$).



Conclusiones

El inicio del tratamiento en UEAS se asoció a menor dosis media inicial de prednisona, dosis máxima, prednisona acumulada a 6 meses y menor tiempo en llegar a dosis bajas, manteniendo igual tasa de remisión. Existe evidencia creciente que sugiere que menores dosis de corticoides mantienen la eficacia del tratamiento mejorando el perfil de seguridad.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0173**

Impacto de la gastrectomía vertical en pacientes no diabéticos.

Daniella Refreschini

Gustavo Bruno

Andrea Vaucher

Pilar Garino

Cecilia Catalá

Valentina Más

Álvaro Huarte

Gustavo Rodriguez

Maciel.

Introducción

La obesidad es en una epidemia mundial, uno de cada cinco uruguayos es obeso. Asocia múltiples comorbilidades, como la hipertensión arterial (HTA), que es 6 veces más frecuente en obesos. Se relaciona con alteraciones a nivel del metabolismo lipídico, hay un incremento en la concentración de triglicéridos, LDLc y disminución del colesterol HDL. La cirugía bariátrica es actualmente la herramienta terapéutica efectiva para obtener una disminución de peso y reducción de comorbilidades, logrando disminuir hasta un 50% del exceso de peso, y la gastrectomía vertical (GV) es una de las técnicas empleadas.

Objetivo

Evaluar el impacto de la cirugía por gastrectomía vertical en el control de la presión arterial, glicemia y dislipemia en pacientes obesos sin diabetes mellitus(DM) tipo 2.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se evaluaron los pacientes pertenecientes al Programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica de un hospital público de Montevideo, intervenidos quirúrgicamente por GV, durante el período 2015-2018. Se excluyeron los pacientes con DM. Los criterios de inclusión al programa son edad entre 18 y 65 años, índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 o mayor a 35 con comorbilidades asociadas a la obesidad. Se definió hipertenso al que presentaba diagnóstico previo de HTA. Se realizó medición del peso y talla, toma de presión arterial (medida en consultorio con esfigmomanómetro anerode), uso de medicación antihipertensiva y se solicitaron glicemia de ayuno y perfil lipídico. Se analizaron los datos de pacientes con controles a los 6 y 12 meses de post operatorio(PO). Para el análisis estadístico se utilizó SSPS para Windows. El nivel de significación estadística se fijó en 5,0%.

Resultados y discusión

Se obtuvo una cohorte de 90 pacientes, 93,3% mujeres, una media de edad de $40,27 \pm 9,72$ años. El IMC promedio fue de $52,27 \pm 8,89$ kg/m². El 47,8% de los pacientes eran hipertensos en el pre operatorio. El análisis del IMC evidenció un descenso significativo ($p < 0,001$) a los 6 meses de PO (IMC pre operatorio $51,73 \pm 8,52$ y PO de $35,34 \pm 7,63$) y al año (IMC pre operatorio $52,92$ y al año $32,81 \pm 6,67$). Pacientes con mayor IMC inicial presentan mayor IMC final ($p < 0,001$). La presión arterial sistólica (PAS) como la diastólica (PAD) presentaron una reducción significativa a los 6 meses como al año en relación a los valores en el pre operatorio. Estas cifras se alcanzaron con un menor uso de fármacos antihipertensivos en ambos controles ($p < 0,001$). Se observó una reducción significativa de la glicemia de ayuno a los 6 meses como al año del PO. El perfil lipídico evidenció una reducción significativa del nivel de triglicéridos a los 6 y 12 meses PO, así como un aumento ($p < 0,001$) de los valores de HDL. No hubo modificaciones significativas en las cifras de LDL.

Conclusiones

La gastrectomía vertical es una técnica eficaz para la reducción de peso, el control de la presión arterial y disminución de la glicemia en pacientes no diabéticos. Mejora el perfil lipídico disminuyendo los triglicéridos y aumentando la HDL sin demostrar un beneficio sobre el LDL.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0175**

Estudio de trombofilia en el Hospital Universitario.

Valentina Mérola**Carina Pizzarossa****Lorena Nicassio****Matías Lista****Rosario Martínez**

Clínica Médica C, Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas.

Mariana Lorenzo**Victoria Matosas****Pía Oldán****Matilde Boada****Sofía Grille****Lilián Díaz****Cecilia Guillermo**

Cátedra de Hematología, Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

La trombofilia hereditaria o adquirida puede aumentar el riesgo de trombosis venosa pero constituye solo uno de los tantos factores de riesgo en una entidad claramente multifactorial. Por otra parte la utilidad de testear trombofilia para la toma de decisiones tanto en prevención como tratamiento de la trombosis venosa es controversial. El estudio indiscriminado de la trombofilia no solamente carece de impacto sino que determina gastos innecesarios en salud y muchas veces puede generar daño. Por lo que resulta imprescindible intentar optimizar la solicitud de estos test.

Objetivo

Analizar la justificación de la solicitud de estudios de trombofilia en los pacientes con tromboembolismo venoso (TEV) asistidos en la Unidad de Hemostasis y Trombosis del Hospital de Clínicas de Montevideo en el período 2012 -2018.

Metodología

Se seleccionaron de forma retrospectiva todos los pacientes con tromboembolismo venoso asistidos en la Unidad de Hemostasis y Trombosis del Hospital de Clínicas de Montevideo en el período 2012 -2018. Se analizaron los test de trombofilia solicitados en función de la edad (punto de corte 50 años) y de la categorización del evento según recomendaciones ISTH de 2016. Se establecieron 2 grupos: estudio justificado y no justificado. Se asumió como estudio justificado cuando se solicitaron test en: eventos no provocados y eventos provocados por un factor de riesgo transitorio débil en pacientes menores de 50 años y/o con antecedentes familiares de TEV. Y no justificado cuando se trató de eventos provocados por factores de riesgo mayores o persistentes o en mayores de 50 años. Dentro de la trombofilia hereditaria se evaluó la solicitud de las mutaciones del factor V Leiden y gen de la protrombina 20210 A/G, proteínas C , S y AT, homocisteinemia o polimorfismos de MTHFR y anticuerpos antifosfolípidos como trombofilia adquirida. Se destaca que muchos pacientes fueron estudiados previo al ingreso en la unidad. Se expresaron las variables discretas en porcentaje.

Resultados y discusión

Se incluyeron 228 pacientes. De estos, 55 pacientes tenían justificado su estudio y en 52 casos (94,5%) estaban estudiados. De los 173 que no tenían justificado el estudio se destaca que 56 (32,4 %) fueron estudiados. Dentro de estos, 29 (51,8%) correspondieron a eventos no provocados en mayores de 50 años, 10 (17,9 %) a eventos asociados a un factor transitorio débil en mayores de 50 años, 13 (23,2%) asociados a factor fuerte transitorio y 4 (7,1%) a factor persistente. En el grupo justificado 12 (21,8%) tuvo algún test positivo y en el grupo no justificado fueron 13 (7,5%). En este último grupo los hallazgos no determinaron cambios en la conducta terapéutica.

Conclusiones

Si bien la mayor parte de los test se hicieron en el grupo de los justificados, en más de un tercio de la población se solicitaron estudios en eventos claramente provocados o en mayores de 50 años, por lo cual se impone la necesidad de continuar avanzando en la educación sobre el rol de la trombofilia en la TEV.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0176**

Infecciones urinarias nosocomiales en un hospital general. Resultados preliminares.

Julio Spiess**Isabel Fernández****Gabriela Ormaechea**

Clínica Médica A.

Pilar Gadea**Verónica Seija**Departamento de Laboratorio Clínico.
Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

Las infecciones nosocomiales son un problema de salud a nivel mundial. Se asocian a una gran morbilidad, aumento de resistencia antimicrobiana y costos en salud. Las infecciones urinarias (ITU) son unas de las más frecuentes, la mayoría asociadas a catéter urinario. En nuestro país no hay datos sobre la prevalencia y características de las ITU en áreas de cuidados moderados.

Objetivo

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de las ITU nosocomiales (ITU-N), factores de riesgo asociados a las mismas, y el perfil microbiológico en pacientes internados en salas de cuidados moderados de un Hospital Universitario de Montevideo, Uruguay.

Metodología

Se encuentra en curso un estudio de corte transversal, observacional. Previo consentimiento informado, se incluyen los pacientes con urocultivos con desarrollo de uropatógenos que llegan al Departamento de Laboratorio Clínico y que cumplen con la definición de ITU-N, mayores de 18 años, ingresados en salas de cuidados moderados. Se consideran variables demográficas, variables relacionadas a factores predisponentes, microorganismos y perfil de resistencia antimicrobiana. Los datos son recolectados por el autor en planilla previamente diseñada.

Resultados y discusión

Se presentan resultados preliminares de un período de recolección de 6 meses. Se analizaron 24 pacientes que cumplieron con criterios para ITU-N. La prevalencia de ITU-N fue de 0,92%. De estos, 67% correspondían a ITU-N asociada a catéter. 50% eran hombres y 79% eran mayores de 50 años. El 91% presentó al menos 1 factor de riesgo para ITU-N, y más del 50% tenía 3 o más. Al 77% se le colocó catéter urinario. De la microbiología, el 100% correspondió a etiología bacteriana, con predominio de bacilos gram negativos (75%), principalmente *K. pneumoniae* y *E. coli*. En cuanto a la resistencia antibiótica, destaca el asilamiento de cepas de *K. pneumoniae* y *E. coli* productoras de betalactamasa de espectro extendido (BLEE, 60% y 33% respectivamente), en su mayoría relacionadas con mayor duración de internación, uso de catéter urinario y antibioticoterapia previa. Discusión La prevalencia de ITU-N obtenida se encuentra por debajo de la reportada en la literatura internacional. Finalizado el estudio se analizarán los posibles factores que contribuyan a esta discordancia. En cuanto al resto de las variables analizadas, se evidencia un alto porcentaje de ITU-N asociadas a catéter urinario y con múltiples factores predisponentes. En relación a la microbiología esta es similar a estudios internacionales, sin embargo se destaca el alto porcentaje de microorganismos BLEE. Estos resultados pueden evidenciar un uso inapropiado de antimicrobianos en el centro, y una sobreutilización de catéteres urinarios. Este estudio puede ayudar a reevaluar el uso de catéteres urinarios y antimicrobianos en los pacientes de este centro, contribuyendo a disminuir la incidencia de estas infecciones así como el desarrollo de resistencia antimicrobiana.

Conclusiones

Se obtuvo una prevalencia del 0.92% de ITU-N en salas de cuidados moderados, mayoritariamente asociadas a catéter urinario, y con elevado desarrollo de microorganismos productores de BLEE.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0177**

Síndrome Esclerodermiforme inducido por Taxanos.

Andrea Sánchez**Andrea Queirolo****Natalia Camejo****Ricardo Robaina****Analia Cánepa****Darwin Cordovilla**

Introducción

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune sistémica heterogénea, que admite varios diagnósticos diferenciales denominados síndromes esclerodermiformes (SEF). Dentro de estos encontramos los inducidos por drogas y particularmente los inducidos por agentes quimioterápicos. Si bien existe evidencia a favor de la mayor prevalencia de neoplasias malignas en pacientes con ES es infrecuente el desarrollo de un SEF a punto de partida del tratamiento con agentes como los taxanos.

Hospital de Clínicas. Uruguay.

Caso clínico

CASO 1. Mujer 58 años, con diagnóstico de cáncer de mama, T1 N2c MO E IIIA, tratada con mastectomía radical y quimioterapia con adriamicina y ciclofosfamida, trastuzumab y paclitaxel. Al cabo de 3 meses de iniciado el tratamiento instaló fiebre, disnea, astenia y adinamia intensas. Al examen físico presentaba “dedos puffy”, tensión cutánea a predominio distal en los 4 miembros y estertores crepitantes en mitad inferior de ambos campos pulmonares. La tomografía de tórax mostró infiltrado de tipo intersticial, comenzando tratamiento con antibióticos y corticoides intravenosos con mejoría clínica. Con el planteo de SEF se solicitó ANA que fueron positivos y capilaroscopia que fue patológica. La presencia de Raynaud, esclerosis cutánea distal, dedos puffy, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), capilaroscopia alterada y ANA positivos condujo al planteo de SEF vista la relación causal con la quimioterapia instituida. Dada la importante repercusión respiratoria residual (funcional respiratorio: patrón restrictivo y una CVF disminuida) se comenzó tratamiento inmunosupresor con micofenolato de mofetilo y posterior re-inicio de tratamiento antineoplásico, con mejoría en lo respiratorio y buena tolerancia del tratamiento antineoplásico. CASO 2. Mujer 41 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de mama, T1, N2 ganglio axilar, M0, en el 2009, tratada con mastectomía radical, quimioterapia con adriamicina, ciclofosfamida, trastuzumab y docetaxel. Libre de enfermedad oncológica, dos años después comenzó con síndrome de Raynaud, poliartralgias con poliartritis (manos, puños, codos), debilidad muscular (con estudio electrofisiológico que la documentaba), reflujo gastroesofágico (RGE), síndrome seco intenso, astenia y adinamia. La capilaroscopia fue patológica y los ANA fueron positivos 1/160. El cuadro clínico de Raynaud, artritis, miositis, RGE, alteraciones capilares y ANA positivos se interpretó como SEF vista la relación causal con la quimioterapia instituida.

Conclusiones

El paclitaxel y docetaxel son agentes citostáticos con actividad antimicrotúbulo de la familia de los taxanos, utilizados en el tratamiento del carcinoma de mama. Presentan múltiples efectos adversos, siendo los más frecuentes la mielosupresión y neurotoxicidad y a nivel cutáneos el desarrollo de alopecia, reacciones ungueales y las reacciones cutáneas. En el caso 1 la fibrosis afectó dedos y pulmones a forma de EPID, la que requirió tratamiento inmunodepresor. En el caso 2, la intensidad de los síntomas fue menor, de mejor control con el tratamiento sintomático y con la particularidad de tornarse los ANA persistentemente negativos en la evolución. La patogenia de este efecto secundario de los taxanos es desconocida, planteándose como hipótesis la inducción de la expresión del gen TNFalfa quien estimularía la proliferación de fibroblastos. En general, la retirada del fármaco conlleva la estabilización o la mejoría de las lesiones.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0179**

Infección por VIH que debutó con enfermedad de Castleman multicéntrica asociado a linfocitosis hematofagocítica.

**Maria Cynthia Fuentes
Lacouture**

Carmen Cecilia Gomez

**Andrés Armando Borda
Molina**

Iván Noreña Cala

**Julián Alberto Naranjo
Millán**

Fundación Cardioinfantil.

**Martha Liliana Romero
Prieto**

Fundación Santa Fe de Bogotá.
Colombia.

Introducción

La infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede asociarse en algunos casos con la enfermedad de Castleman, especialmente multicéntrica (MCD). Suelen manifestarse con citopenias y síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso, adenopatías generalizadas y edemas o ascitis. No obstante, la asociación de estas dos entidades con la linfocitosis es infrecuente, con muy pocos casos reportados en la literatura mundial. Presentamos en este manuscrito un caso de un paciente adulto joven que involucra estas tres entidades

Caso clínico

Paciente masculino de 28 años consulta al servicio médico por astenia y adinamia de 1 mes de evolución. En paraclínicos se encuentra anemia normocítica severa. En estudios de extensión se solicitó carga viral para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual fue positiva con 1127195 copias / ml, por lo cual se realizó diagnóstico de infección por VIH. El recuento de CD4 por citometría de flujo reveló linfocitos totales 2085 células (CD3 +: 1949 células, CD4 +: 144 células, CD8 +: 1777 células). A los 15 días de diagnóstico, previo al inicio del tratamiento antiretroviral, el paciente cursó con adenopatías generalizadas y fiebre, asociadas a hepato-esplenomegalia severa. Se solicitaron estudios de infección para histoplasma y Cryptococcus, antígenos de hepatitis, IgM para virus de Epstein Barr y citomegalovirus, los cuales fueron todos negativos. En ese momento se inició tratamiento antiretroviral con Tenofovir / Emtricitabine (300 + 200 mg) cada 24 horas y Raltegravir 400 mg cada 12 horas. Se realizó biopsia de ganglio linfático, reportando infiltrado linfoide atípico, hiperplasia de patrón folicular con marcada plasmocitosis interfolicular. Se realizó un diagnóstico definitivo de enfermedad de Castleman multicéntrica positiva al HHV-8 de la variante de células plasmáticas, para lo cual se inició tratamiento con Rituximab 375 mg/m² semanalmente durante 4 semanas. Después de la primera dosis, el paciente persistía con anemia normocítica severa, con necesidad de soporte transfusional, pero sin adecuada elevación en niveles de hemoglobina posterior a transfusiones. Se solicitó nivel de ferritina con resultado de 11.355 ng/ml. En ese momento el paciente presentaba adicionalmente anasarca, hepato-esplenomegalia, citopenias y fiebre persistente, por que se sospechó síndrome hemofagocítico, se solicitó nivel de triglicéridos, los cuales fueron elevados. Se consideró que paciente cursaba con criterios para el diagnóstico de hemofagocitosis linfocítica, y se decidió continuar tratamiento con Rituximab y soporte transfusional. Ante adecuada evolución el paciente fue dado de alta para continuar manejo en servicio ambulatorio.

Conclusiones

Presentamos el caso de un paciente adulto joven, con cuadro de anemia persistente, a quien se le realizó diagnóstico de infección por VIH, y con posterior aparición de adenopatías, encontrando enfermedad de Castleman multicéntrica asociada a HHV-8 +, y quien adicionalmente cumple con criterios para linfocitosis hemofagocítica. Consideramos este un caso interesante y de mucho contenido académico para instruir a las generaciones médicas de manifestaciones atípicas de pacientes con debut de VIH, y una infrecuente asociación del MCD con síndrome hemofagocítico.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0180**

Fenotipificación de pacientes EPOC asistidos en la policlínica de neumología del Hospital de Clínicas durante el 2018.

Manuel Baz**Martin Rebella****Roberto Banega****Florencia Juarez****Valeria Medina****Cristina Morelli****Victoria Teibo**

Hospital de Clínicas. Uruguay

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), limitación persistente y progresiva al flujo aéreo. Es una enfermedad prevenible ubicada entre las primeras causas de morbilidad a nivel mundial (1), siendo importante planificar tratamientos que mejoren la supervivencia y la calidad de vida.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es caracterizar fenotípicamente a los pacientes con EPOC atendidos en la policlínica de Neumología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el período comprendido entre junio y setiembre del año 2018.

Metodología

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC), espirometría, Índice BODE, Índice de Comorbilidad de Charlson, cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF y debilidad muscular esquelética locomotora. Asimismo, se clasificó a los pacientes según las guías GOLD y GesEPOC. Se estudió también la asociación entre las variables función respiratoria y muscular, desempeño locomotor y calidad de vida. Es un estudio de investigación clínica de tipo descriptivo, transversal y observacional.

Resultados y discusión

Estudiamos 19 pacientes. Edad (años) 62.9 ± 7.02 , IMC 29.8 ± 6.80 , VEF1 (%) 56.5 (49.0-78.0), DR6min (m) 258.4 ± 151.5 , mMRC 2 (1-3). Presentaron un BODE 3.286 ± 2.40 , GOLD B 13 (68%), GESEPOC no agudizador 8 (42%), HGS (Kg) 29.6 ± 9.51 , QMVC (lbs) 17.0 ± 5.18 , área del vasto interno (cm²) 8.08 ± 4.27 , área del supinador largo 2.65 (1.69 - 5.69). Se encontró asociación entre la HGS y el Índice CAT $r=0.55$ ($p=0.03$) y entre la HGS y Índice Charlson $r=0.62$ ($p=0.02$).

Conclusiones

La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio pertenecían al tipo GOLD B y al fenotipo no agudizador de GesEPOC. A su vez, la mayor parte presentaba un grado moderado de la enfermedad (GOLD 2). Las comorbilidades más frecuentes fueron las cardiovasculares y su número se asoció con la función muscular esquelética. Se demostró asociación entre la HGS y los síntomas de la enfermedad evaluada mediante el cuestionario CAT y entre la HGS y el número de comorbilidades evaluadas mediante el Índice Charlson.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0181**

Neuritis óptica bilateral tóxica-nutricional: casos clínicos.

Esthefani Ávila

Ricardo Robaina

Sebastián Irureta

Mariana Ercoli

Stefani Meirelles

Ernesto Cairoli

Hospital de Clínicas, Clínica Médica
C. Uruguay

Introducción

La neuritis óptica es una enfermedad inflamatoria que afecta al nervio óptico. Tiene una incidencia 1-5 casos por 100000 persona/año. La neuropatía tóxica-nutricional (NOTN) es una entidad secundaria a exposición a tóxicos (alcohol, tabaco y fármacos) y/o deficiencias nutricionales. Es infrecuente, cuya incidencia está en descenso. Ambos sexos y razas se afectan por igual y todos los grupos etarios son susceptibles (1).

Caso clínico

Caso clínico 1: Hombre, 37 años, retardo mental, consumo de alcohol y cocaína. Se presenta con intoxicación alcohólica, confuso, requiriendo ventilación invasiva, gasometría con acidosis metabólica severa con anión GAP aumentado. Dosificación de etanol (alcoholemia): 10 mg/dl. Metabolitos de cocaína en orina: 1380 ng/ml. Se trata con SB 1 M con leve corrección de acidosis. Dada la persistencia de acidosis severa, se plantea intoxicación aguda grave por metanol, requiriendo hemodiálisis. En la evolución se constata amaurosis bilateral, con pupilas de 4 mm, simétricas, areactivas. Fondo de ojo: OI s/p, OD cicatriz pigmentaria. No presentó alteraciones en la tomografía de cráneo ni en la RNM. Permaneciendo con visión cuenta dedos. Planteo al alta: neuritis óptica tóxica bilateral. Caso clínico 2: Hombre, 47 años, hipotiroideo, alcoholista de ¾ litros de whisky día, fumador intenso, consulta por disminución de la agudeza visual de 2 meses de evolución, sin dolor. Exploración general normal. Examen oftalmológico al ingreso presenta disminución de la AV de 0,1 a 1 metro. RNM de cráneo fue normal, en la paraclínica presentaba anemia leve, macrocítica, y vitamina B12 en el límite inferior de la normalidad. Se ingresa al paciente con sospecha de neuritis óptica tóxica por alcohol. Discusión: La neuritis óptica es de diagnóstico clínico, dentro de las etiologías se encuentra la toxico nutricional, una entidad infrecuente. La afectación visual es debida al daño del nervio óptico (6). Se presenta clínicamente con pérdida de agudeza visual bilateral y simétrica, de progresión lenta en la mayoría de los casos e indolora, que afecta la visión central (escotoma central y discromatopsia). La papila puede ser normal, atrófica o edematosa como en el caso de exposición a metanol (2). Se trata de un diagnóstico de exclusión. Su fisiopatología es aún poco conocida, los factores tóxicos y nutricionales juegan un papel sinérgico, en donde se observa como denominador común, el deterioro de la fosforilación mitocondrial oxidativa. La NOTN son neuropatías mitocondriales adquiridas con comportamiento clínico y fisiopatológico similar entre sí (3-4). No se dispone de tratamiento específico, la suspensión inmediata de la noxa y terapia nutricional intensiva puede revertir, en algunos casos, el proceso (4-5). La intoxicación por metanol causa discapacidad y muerte, especialmente en intoxicaciones masivas por la adulteración de alcoholes. Es una sustancia cuyo efecto tóxico causa ceguera y encefalopatía (7).

Conclusiones

Actualmente se considera a las NOTN neuropatías mitocondriales adquiridas. Es infradiagnosticada o identificada en etapas avanzadas, con poca posibilidad de reversibilidad. Su pronóstico es variable y depende de la naturaleza y el tiempo de exposición al tóxico. Es fundamental identificar signos clínicos y sistémicos tempranos para instaurar un tratamiento precoz.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0182**

Experiencia de la unidad de hemostasis y trombosis del Hospital de Clínicas.

Valentina Mérola**Carina Pizzarossa****Lorena Nicassio****Matías Lista****Rosario Martínez**

Clinica Médica C, Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas.

Mariana Lorenzo**Victoria Matosas****Matilde Boada****Sofía Grille****Lilián Díaz****Cecilia Guillermo**

Cátedra de Hematología, Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas.

Natacha Caraballo**Mariela Olivieri**

Departamento de Enfermería, Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas.

Juan Zunino

Clinica Médica A, Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas. Uruguay.

Introducción

En el Hospital de Clínicas desde el año 2012 funciona un Centro de referencia en Hemostasis y Trombosis (UHT), interdisciplinario con participación de las Cátedras de Medicina Interna (Clínica Médica C), Hematología, Medicina Transfusional, Laboratorio y el Departamento de Enfermería. Surge esta necesidad frente al creciente número de pacientes que reciben tratamiento antitrombótico de manera profiláctica o terapéutica por períodos limitados o indefinida, requiriendo un estrecho monitoreo clínico y paraclínico así como toma de decisiones en cuanto a duración de los tratamientos.

Objetivo

Describir la población asistida de la UHT luego de 6 años de funcionamiento.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se incluyó la totalidad de la población asistida en la UHT desde su inicio. Se analizaron los resultados mediante distribución de frecuencias y medidas descriptivas de tendencia central y dispersión.

Resultados y discusión

Total de pacientes: 567, 324 (62,5%) de sexo femenino. Edad (mediana, rango intercuartílico): 61 (45-72) años. Motivo de ingreso a UHT: ETV (enfermedad tromboembólica venosa) 228 pacientes (TVP-trombosis venosa profunda- 144, TVP/TEP-tromboembolismo pulmonar- 84), trombosis venosa superficial (TVS) 45, Trombosis venosa cerebral (TVC) 15, trombosis en otros territorios 26, causa cardiológica 168, otras causas 85 (en este grupo se encuentran pacientes bajo anticoagulación por otras causas y bajo tromboprolifaxis o bajo antiagregación). ETV: 66,7% de sexo femenino y con mediana de edad de 60 (40-73) años. De las 228 ETV, 88 fueron clasificadas como no provocadas (38,6%). De las 140 restantes clasificadas como provocadas, 43 (30,7%) se asociaron a un factor de riesgo transitorio menor, 46 (32,9%) asociadas a un factor transitorio mayor y 51 (36,4%) asociadas a un factor de riesgo persistente (en todos los casos asociadas a cáncer). Las TVP/TEP vinculadas a neoplasias activas fueron tratadas en su mayoría (62,7%) con HBPM (heparina de bajo peso molecular). La recurrencia de TVP/TEP ocurrió en un total de 51 pacientes, siendo la mayoría mujeres (62,7%), y con eventos no provocados ($p < 0.0001$, OR 3.69). 50 pacientes reciben actualmente anticoagulantes orales directos. 35 fueron anticoagulados por ETV (22 por TVP), 11 por fibrilación auricular. En 19 de los pacientes se utilizó rivaroxabán, en 18 dabigatrán y en 16 apixabán. Se realizó estudio genético de resistencia a warfarina en 5 pacientes, con un resultado positivo. En 2 casos se colocó filtro cava.

Conclusiones

La UHT ha generado un grupo estable de especialistas logrando una subespecialización en esta área, priorizando la evaluación interdisciplinaria que permite enriquecer la formación académica, creando instancias educativas hacia el paciente, reforzando la adherencia a través de la consulta de enfermería y el seguimiento telefónico. La generación de conocimiento especialmente en la ETV, ha permitido homogeneizar su clasificación y por consecuencia, su estudio y tratamiento. Se ha desarrollado así una mejor asistencia, docencia, un ámbito de investigación y extensión con amplias expectativas de crecimiento.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0183**

Presentaciones poco frecuentes de enfermedad neumocócica invasiva en adultos inmunocompetentes en el Hospital Maciel: reporte de tres casos.

Fabio Grill

Marcela Zurmendi

Bernardo Paulo

Hospital Maciel. Uruguay.

Introducción

El *Streptococcus pneumoniae* es la causa principal de Neumonía y Meningitis Bacteriana en mayores de 65 años. El espectro de infecciones neumocócicas abarca desde la colonización asintomática hasta infecciones invasivas en localizaciones previamente estériles. La bacteriemia es una de las manifestaciones más comunes de Enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y la mayoría de sus complicaciones están relacionadas con esta diseminación hematogénea. Los factores de riesgo para desarrollar ENI son: edad mayor a 65 años, asplenia funcional o quirúrgica, enfermedad cardiovascular o pulmonar crónica, insuficiencia hepática o renal e inmunodepresión. Se presentan tres casos clínicos de ENI poco frecuente: Síndrome de Austrian, Artritis séptica y Sepsis biliar.

Caso clínico

Caso 1: 68 años, sexo masculino, Hipertensión arterial, alcoholista. Ingresa por Neumonía Aguda Comunitaria extensa de Lóbulo Inferior Derecho. Paraclínica: Antígeno urinario Neumocócico positivo, Hemocultivos: *Streptococcus pneumoniae*. Examen físico: Desorientado, febril, polipnéico, insuficiencia respiratoria. Crepitantes en tercio inferior de hemitórax derecho. Soplo sistólico en mesocardio. Ecocardiograma transtorácico: Masa pediculada en válvula mitral y pequeña masa en válvula aórtica. Evolución: depresión de conciencia, rigidez de nuca. Con diagnóstico de neumonía y endocarditis neumocócica se realiza punción lumbar. Líquido Céfaloraquídeo: Limpido, Glucosa 0.30g/L, Proteínas 0.91g/L, 100 Leucocitos/mL 90% Polimorfonucleares. Biología molecular (FilmArray): Positivo para *Streptococcus pneumoniae*. Con planteo diagnóstico de Síndrome de Austrian, recibe tratamiento con Ampicilina/Sulbactam y Ceftriaxona. Evolución favorable. Caso 2: 81 años, sexo masculino, Hipertensión arterial. Caída de su altura, traumatismo de rodilla 10 días antes del ingreso. Valorado por traumatólogo: alta con antiinflamatorios. Reingresa por depresión de conciencia y dolor intenso en rodilla. Examen físico: depresión de conciencia, apirético, sin rigidez de nuca, polipnéico, taquicardia, artritis de rodilla. Paraclínica: Leucocitos 15,000 células/mL 86% Polimorfonucleares. Proteína C Reactiva 371mg/L. Glucemia 2.4g/L. Fibrinógeno 1259mg/dL. Tomografía de cráneo normal. Punción articular y Hemocultivos, ambos desarrollan *Streptococcus pneumoniae*. Con planteo de Artritis séptica, se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ciprofloxacino y Trimetoprim/Sulfametoxazol. A las 72h fiebre 39°, se realiza punción lumbar: Líquido Céfaloraquídeo turbio, Glucosa 0.19g/L, Proteínas 7.4g/L, 480 Leucocitos/mL 90% Polimorfonucleares. Cultivo estéril. Ecocardiograma transtorácico: sin vegetaciones. Recibió tratamiento con Ceftriaxona. Evolución favorable. Caso 3: 65 años, sexo femenino, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus II, litiasis vesicular. Ingresa por declinación funcional de 5 días, fiebre 39°C. Vómitos y dolor abdominal las últimas 24h. Examen físico: mal estado general, tendencia al sueño, presión arterial 90/50mmHg, taquicardia de 135cpm, ictericia de piel y mucosas, subcrepitantes bibasales. Abdomen: dolor y defensa a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho. Paraclínica: Leucocitos 38,500 células/mL 93% Polimorfonucleares. Proteína C Reactiva 490mg/L. Fibrinógeno 1259mg/dL. Bilirrubina total: 2.93mg/dL a predominio directa. Fosfatasa alcalina 238U/L. GGT 325U/L. Tomografía de tórax y abdomen: consolidaciones con broncograma aéreo en Lóbulo Superior Derecho y ambos Lóbulos inferiores. Litiasis vesiculares múltiples. Absceso vesicular en segmento V hepático. Líquido perivesicular. Se plantea sepsis de origen biliar y se realiza colecistostomía de urgencia y antimicrobianos empíricos. Ingresa Unidad de Cuidados Intensivos, fallece a las 48h. Posteriormente Hemocultivos y Bilicultivos desarrollan *Streptococcus pneumoniae*.

Conclusiones

Estas presentaciones clínicas de ENI son realmente poco frecuentes, sin embargo son generalmente graves, de rápida progresión y asocian una elevada mortalidad. Nuestro estudio

prescindió de datos de los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* involucrados en estos casos ya que no fueron identificados. Sería interesante a futuro la realización estudios que procuren establecer un vínculo entre el tipo de presentación atípica, su gravedad y eventual pronóstico con el serotipo involucrado.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0184**

Tratamiento de angiodisplasias con octreótide: revisión de 4 casos clínicos.

Sebastián Quinteros**Lucía Noboa****Marie Anne Morin****Ximena Añon****Carolina De los santos****Boris Betancour**

Hospital de Clínicas.Uruguay.

Introducción

Las angiodisplasias gastrointestinales suponen el 30-40 % de los sangrados digestivos, sobretodo en mayores de 60 años. La mayoría presentan sangrados recurrentes que implican alta morbimortalidad, requerimiento transfusional y hospitalización. El tratamiento de primera línea es el endoscópico. En pacientes de difícil manejo se ha propuesto el octeotride, entre otros, como alternativa terapéutica. El objetivo de esta revisión es describir nuestra experiencia con el uso de octeotride en el sangrado por angiodisplasias de difícil manejo.

Caso clínico

Se revisaron las historias clínicas de 4 pacientes con sangrado digestivo por angiodisplasias que fueron tratados con octeotride en el Hospital Universitario entre 2016 -2018. Todos los pacientes eran mayores de 65 años. Un paciente presentaba angiodisplasias hereditarias vinculadas a Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria y el resto angiodisplasias adquiridas. De estos, 2 se asociaron a enfermedad renal crónica estadio IV, un caso a enfermedad renal crónica estadio V y cirrosis, y el restante presentó angiodisplasias de etiología no clara. Tres de los 4 casos tenían factores perpetuadores del sangrado. Dos presentaban plaquetopenia (uno vinculada a síndrome mielodisplásico y otro a hepatitis C), y el tercero recibía aspirina. Todos los pacientes presentaban alto requerimiento transfusional con promedio de 31 transfusiones anuales. Dos de 4 pacientes presentaron aloinmunización que dificultó las mismas. Todos recibieron tratamiento endoscópico en más de una oportunidad (promedio 3), con realización de argón plasma, inyectoterapia y/o hemoclips. Tres de los 4 pacientes recibieron además otros fármacos: talidomida (3 pacientes) y etamsilato (un paciente). Los mismos se suspendieron debido a efectos adversos (diarrea y neuropatía periférica respectivamente) y hubo un caso de abandono. Todos recibieron Octeotride a dosis de 100 microgramos subcutáneo cada 12 horas, existiendo diferencias en la duración del mismo (30 días – 15 meses). Todos mostraron una reducción significativa en la necesidad transfusional, con cifras entre 30 – 40 % menos de transfusiones posterior al inicio del mismo. Previo al inicio de octeotride las cifras de hemoglobina promediaban los 6 gr/dl, y posteriormente ningún paciente presentó un aumento mayor a 1 gr/dl. Excepto uno, el resto de los pacientes requirieron de nuevo tratamiento endoscópico

Conclusiones

Las angiodisplasias digestivas frecuentemente presentan sangrados recurrentes con alta morbimortalidad. El Octeotride se plantea como una alternativa terapéutica en pacientes de difícil manejo. En nuestra serie de casos se observó, un menor requerimiento transfusional en todos los pacientes, a pesar de lo cual la mayoría requirieron nuevas sesiones de tratamiento endoscópico y no mostraron una mejoría significativa en las cifras de hemoglobina. Este último aspecto no coincide con lo descrito en otras series de casos. No contamos con datos acerca de disminución en días de hospitalización, así como tampoco de mejoría en calidad de vida. Creemos que su uso debe ser individualizado debiendo ser considerado en los pacientes con dificultad transfusional ya que es en ese aspecto donde se observó mayor beneficio.

Congreso: **Medicina Interna**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0185**

Rol del tabaquismo en Enfermedad pulmonar intersticial asociado a Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: en imagen y en respuesta terapéutica.

Fernanda Alonso
Asociación Española.

Verónica Torres
Carolina Díaz

Sandra Consani

Hospital Maciel CM3. Uruguay

Introducción

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es frecuente en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Se han identificado diferentes factores de riesgo independientes para el desarrollo de EPI asociada a EAS, así como diversos factores pronósticos; siendo el antecedente de tabaquismo uno de los más importantes. No hay evidencia del rol del tabaquismo en cuanto a patrón imagenológico, severidad del mismo, ni compromiso funcional de la EPI.

Objetivo

Describir el patrón imagenológico, compromiso funcional, y respuesta terapéutica a los tratamientos inmunosupresores, de pacientes con EPI asociada a EAS según el estatus de fumador.

Metodología

Estudio de cohorte histórica, de pacientes con EPI asociada a EAS asistidos en 3 centros de referencias de Enfermedades autoinmunes en Montevideo. Variables: Edad, sexo, tipo de EAS, fumador activo, ex fumador, no fumador, CVF, DLCO, patrón imagenológico de EPI, DLCO post-tratamiento, imagen post-tratamiento.

Resultados y discusión

n = 79, mujeres 70 (89%), edad media 68 ± 13 años. EAS: Artritis Reumatoidea (AR) 25 (32%), Esclerosis sistémica (ES) 21 (27%), Otras EAS 33 (42%). No fumadores: 56 (75%), fumadores 13 (17%), ex fumadores 6 (8%). Función pulmonar: Previo al tratamiento CVF media 76%, DLCO media 56%. CVF pre tratamiento en AR: fumador: 0.74, ex fumador: 0.77, no fumador: 0.78. CVF pre tratamiento en ES: no fumador: 0.75, ex fumador: 0.94,. DLCO pretratamiento en AR: fumador: 0.69, ex fumador: 0.62, no fumador: 0.76. DLCO pretratamiento en ES: no fumador: 0.58, ex.fumador: 0.48. No se encontraron pacientes fumadores con ES. Patrón de TCAR: NIU 19(27%) NINE 45 (65%). AR/NIU: fumador activo 42%, no fumador 31%. AR/NINE: fumador activo 42%, no fumador 64%. ES/NIU: 28% ES/NINE: 67%; todos no fumadores. Mejoría DLCO: No fumadores: tuvieron respuesta significativa 28,6%, estables 52%, fracaso 19%. Fumadores: sin dato. Mejoría en imagen: No fumadores: tuvieron respuesta significativa 36%, estables 51%, fracaso 12%. Fumador activo: respuesta significativa 11%, estables 55%, fracaso 33%. Ex fumadores: respuesta significativa 31,9%, estables 40%, fracaso 20%.

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de fumadores en EPI/EAS, por lo cual debe insistirse en la cesación tabáquica. En cuanto a CVF no se encontró diferencias con respecto al tabaquismo. En AR el grupo no fumador presentó mayoritariamente patrón NINE, a diferencia de lo habitualmente descrito para esta enfermedad, en la cual el patrón NIU es el más frecuente. El estatus de fumador se asoció a menor éxito terapéutico en cuanto a mejoría tomográfica.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Tema Libre 0191**

Factores asociados a mortalidad en pacientes con bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* multiresistentes identificados con film Array @ en hospital de tercer nivel año.

Marco Antonio Solarte

Rocio Ortega

Lorena Jaramilo

Ligia Bernal

Luis Zambrano

Jenny Marcela Cerón

Margoth Estrada

Hospital Universitario Departamental de Nariño, Colombia.

Introducción

La sepsis constituye una importante causa de morbimortalidad en el mundo, las bacteriemias en general constituyen un problema de salud pública, dentro de las bacterias causantes y especialmente en el ámbito hospitalario la *Pseudomonas aeruginosa*, bacilo no fermentador Gram negativo, caracterizado por adquisición de variados mecanismos de resistencia, en el cual recientemente se ha descrito la incorporación de serincarbapenemasas tipo KPC en su genoma, que incrementan la mortalidad y disminuyen las opciones terapéuticas, el equipo FILM ARRAY, ofrece la posibilidad de detección de manera simultánea de esta bacteria y del gen KPC, en un lapso de una hora a partir de hemocultivos positivos

Objetivo

Evaluar los factores asociados a mortalidad, en pacientes hospitalizados, en pacientes a quienes se ha detectado *Pseudomonas KP* mediante esta técnica.

Metodología

Estudio de corte transversal, seleccionando todos los pacientes (n=15) con aislamientos en sangre de *Pseudomonas aeruginosa* multiresistentes diagnosticados por filmarray@ hasta el 2018, se consideró como variable dependiente (desenlace mayor) la mortalidad y se relacionó con 7 variables independiente, buscando asociación mediante análisis de regresión logística binaria con SPSS (autorizado CES)

Resultados y discusión

Se encontró: 53% femeninos, 33% con sepsis en tejidos blandos, 33% sepsis abdominal, 13,3% sepsis pulmonar, 13,3% sepsis urinaria y bacteriemia por CVC 6,6%. El 40% tenía hospitalización mayor a 15 días hasta el diagnóstico. El 100% fueron multiresistentes, 20% no se recuperaron por pruebas convencionales detectándose otro tipo de gérmenes, uno de ellos en la prueba de control se identificó el gen de resistencia KPCen *Pseudomonas aeruginosa*. La sobrevivencia fue del 40% todos ellos recibieron tratamiento triconjugado incluido polimixina; de los fallecidos (60%) el 55% recibió tratamiento biconjugado

Conclusiones

La emergencia de cepas de *Pseudomonas aeruginosa* multiresistentes, con lleva a mortalidad más elevada. Los diagnósticos rápidos del germen y gen de resistencia ayudan al clínico en la toma de decisiones y pueden impactar en la mortalidad. La multidección es una particularidad del equipo, constituyendo un factor positivo pero a la vez confusor en el momento de tomar decisiones clínicas. EL uso previo de antibióticos tiene una asociación estadísticamente significativa, con el desenlace mortalidad, con un intervalo de confianza del 95%.

Congreso: **Infectología**Modalidad E-POSTER: **Caso Clínico 0192**

Enfermedad de Whipple con compromiso cardiovascular. A propósito de un caso.

Karen Sulay Rodríguez DíazHospital Universitario Los
Comuneros.**Jairo Enrique López Aldana****Daniel Hernando Flórez
Valencia**Hospital Universitario de Santander.
Colombia

Introducción

La enfermedad de Whipple es causada por el *Tropheryma whipplei* una actinobacteria Gram positiva, que puede ser encontrada en aguas residuales y ambientes no higiénicos favoreciendo la transmisión fecal-oral y oral-oral. La enfermedad, se presenta con una variedad de manifestaciones clínicas de afectación multisistémica. Clásicamente la sintomatología se presnetea a nivel Articular (80%); en tracto gastrointestinal (80%) y en sistema nervioso central (SNC) (30%). La endocarditis por *Tropheryma whipplei* es poco común con sólo 101 casos reportados en la literatura y es de difícil diagnóstico por que puede presentarse sin compromiso gastrointestinal. El gold standard en el diagnóstico es la biopsia duodenal seguida de una tinción con ácido peryódico de Schiff (PAS).

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino, 68 años, procedente de Piedecuesta/Santander (Colombia) con antecedente de tabaquismo y artrosis. Inicialmente deposiciones diarréicas de un año de evolución, con pérdida de peso de 11kg y dolor abdominal, causa de múltiples consultas médicas con estudios en materia fecal sin recuperación microbiológica, colonoscopia normal y endoscopia de vías digestivas altas con bulboduodenopatía inespecífica. Al mismo tiempo, con dolor torácico y Electrocardiograma (ECG) con patrón ventricular de Wolf parkinson White pero ecocardiograma normal. El paciente sin mejoría de la sintomatología, fue hospitalizado, se dio manejo médico, resultando, en mejoría clínica, se dio egreso. Dos días después, con persistencia de la sintomatología digestiva, reigresó, se revisó la presentación inusual del caso y el deterioro de la función cardíaca por lo que se realizó la de tinción de PAS, con la observación de la bacteria, se confirmó la enfermedad de Whipple. El paciente con persistencia de dolor torácico, ecocardiograma de control con insuficiencia de válvula aórtica y mitral asociado con enfermedad de Whipple. Se dejó manejo con Doxiclina en casa y a la fecha continua evolucionando a la mejoría.

Conclusiones

En la enfermedad de Whipple los síntomas son habitualmentes gastrointestinales, sin embargo, puede afectar cualquier otro sistema con afectación digestiva o sin ella. Teniendo en cuenta que en el país las principales causas de enfermedad diarréica crónica estan asociadas a síndromes de mal absorción, colon irritable, infecciones por enterobacterias y parásitos sobretudo en pacientes VIH-SIDA, usualmente esta presentación es circunscrita al sistema digestivo, por lo que sospechar enfermedad de Whipple representa un reto diagnóstico para el clínico, implica un subdiagnóstico de la enfermedad además de un mayor riesgo de secuelas para el paciente como este caso con compromiso de función valvular y función cardíaca.

Revista Uruguaya de Medicina Interna

Normas actualizadas para el envío y aceptación de trabajos

Abril 2016

Revista Uruguaya de Medicina Interna es el órgano oficial de la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay, se trata de una publicación científica independiente, creada con el propósito de difundir la producción científica y conocimiento de calidad.

Las presentes normas están de acuerdo con los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. Actualizado en abril 2010. Pautas de publicación: patrocinio, autoría y responsabilidad. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Versión original disponible en www.ICMJE.org. Normas de publicación de Vancouver disponible en <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>.

Secciones. En Revista Uruguaya de Medicina Interna se realizan las siguientes publicaciones

- a) Revisiones: se trata de revisiones sistemáticas y actualizadas sobre aspectos clínicos, diagnósticos o terapéuticos. Se valora la experiencia de los autores en el tema revisado. Presentarán una introducción que contenga el objetivo y la metodología usada para realizar la revisión, posteriormente el cuerpo de la misma, finalizando con la bibliografía utilizada.
- b) Casos clínicos: se trata de reportes sobre casos clínicos ya sea de enfermedades excepcionales o comunes que por algún hecho no habitual sea digna de compartir. Presentarán una introducción, el objetivo de la presentación de los casos clínicos, el reporte de los mismos, la discusión y comentarios que surgen de éstos, finalizando con la bibliografía utilizada.
- c) Trabajos originales: se trata de informes sobre investigaciones clínicas o básicas originales. Presentarán la introducción, el objetivo del trabajo, la metodología utilizada con datos sobre descripción del diseño, población y criterios de selección de ésta, intervención realizada, análisis estadístico efectuado. Los resultados se presentarán en forma clara, como texto, gráficos y/o tablas, seguido del capítulo de comentarios y conclusiones, finalizando con la bibliografía consultada. Los ensayos clínicos deben estar registrados previamente, debiéndose entregar el número de identificación de éstos.
- d) Cartas al editor: se trata de breves comunicaciones sobre notas clínicas, comunicaciones preliminares, comunicaciones en relación a trabajos ya publicados.
- e) Editorial: se trata de un documento escrito por el Comité Editorial o un invitado con información sobre el dominio temático de la revista.

Recepción de manuscritos. Los trabajos se reciben exclusivamente por correo electrónico a:

revistauruguayamedicinainterna@gmail.com. Ésta será la vía de comunicación entre el Consejo Editorial y los autores de los manuscritos presentados. El autor de contacto recibirá un correo confirmando su recepción. Se considerará como fecha de recibido cuando se cuente con toda la documentación necesaria para el análisis del manuscrito enviado.

Proceso de un manuscrito. Los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial. Si los mismos cumplen con los requisitos de publicación y se consideran de interés para el público objetivo de la revista, se enviarán para ser arbitrados por profesionales idóneos designados por los antedichos. El arbitraje del trabajo será con la metodología de "doble ciego" y podrá ser valorado por uno o más pares, dependiendo de la complejidad y temática del mismo. Los trabajos aprobados por los árbitros serán revisados para la corrección de estilo y bibliográfica. De esta triple evaluación surgirá: I) la no aceptación II) la aceptación del artículo sin modificaciones III) la necesidad de realizar modificaciones por parte de los autores teniendo en cuenta las sugerencias realizadas. A los autores le será devuelto el manuscrito con el informe final y en caso de la situación III contarán con un plazo de hasta 30 días calendario para su devolución con las correcciones planteadas o en su defecto una nota justificando la no realización de éstas. Una vez devuelto se verificará que se hayan realizado las correcciones indicadas por los pares evaluadores, el estilo y/o las referencias bibliográficas con el fin de iniciar el proceso de diagramación y diseño. Este es el momento de la fecha de aceptación del trabajo.

Manuscrito. Se consideran partes integrantes de un manuscrito los siguientes ítems:

- a) Carta de presentación. La misma debe contener título del trabajo, ubicación sugerida dentro de las secciones que comprende la revista, declaración de que todos los autores conocen, participan y están de acuerdo con el contenido del manuscrito, declaración que el artículo no está presentado simultáneamente en otros medios ni ha sido publicado previamente, declaración que aceptan las normas de publicación de la Revista Uruguaya de Medicina Interna, declaración de que el trabajo ha sido elaborado respetando las responsabilidades éticas (ver abajo). Esta carta de presentación debe contar con la firma de todos los autores.

- b) Autores. En hoja aparte e indicando el título del trabajo debe enviarse el nombre completo de los autores en el orden en que aparecerá en la publicación, título de especialización y/o cargo académico de cada uno de ellos. Institución donde se realizó el trabajo. Si el trabajo ha sido financiado debe referirse el origen de la misma. Nombre – teléfono – correo electrónico del autor de contacto. Esta información debe estar en letra VERDANA 12, formato A4.
- c) Texto. Debe comenzar con el título del artículo, subtítulo cuando así corresponda, resumen y palabras claves (use de preferencia los términos mencionados en el Medical Subject Headings, del Index Medicus y no más de 5). Todos los datos antes indicados deben estar en idioma español e inglés. Posteriormente estará el cuerpo del artículo SIN DATOS que permitan identificar a los autores o centro donde se realizó el trabajo. Abreviaturas: Sólo se permitirán abreviaturas normalizadas. Se evitarán abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá entre paréntesis precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común. Conflicto de interés: En todos los casos deberá realizarse la declaración de conflicto de interés. Reproducción de imágenes: En caso de tablas, gráficas o imágenes ya publicadas se deberá contar con autorización expresa del autor para su reproducción. En caso de estar publicadas previamente en fuentes que adopten la licencia Creative Commons cc-by-nc alcanza con detallar específicamente su autor y sitio de publicación. Agradecimientos: Cuando considere oportuno incluya en agradecimientos a aquellas personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo, pero que no cumplan los criterios de autoría. También se incluirá en los agradecimientos el apoyo financiero y los medios materiales recibidos. Bibliografía: La publicación de bibliografía deben seguir las normas de Vancouver (ver ejemplos más adelante). Esta información debe estar en letra VERDANA 12, formato A4, espacio simple.
- d) Gráficos, imágenes y tablas. Deben venir separados del texto, cada uno por separado. Las imágenes deben estar en formato JPG o GIF. De preferencia de hasta 580 píxeles (pxl.) de ancho, máximo permitido 850 píxeles (pxl.) de ancho.

Responsabilidades éticas. Los trabajos que se envían para su evaluación deben haberse elaborado respetando las recomendaciones internacionales sobre investigación clínica (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [www.wma.net/e/policy]) y con animales de laboratorio. Consentimiento informado: si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto. En todos los casos, los autores deben haber obtenido el consentimiento informado escrito del paciente que autorice su publicación, reproducción y divulgación. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas o figuras) publicados previamente. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material

Bibliografía. Requisitos de uniformidad. Estilo Vancouver

Numerar consecutivamente las citas de acuerdo al orden en que se menciona por primera vez en el texto. No más de 40 citas bibliográficas. Las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Si son discontinuas separarlas con comas: (2,8,11,19) y las continuas con un guión (5-7) Esta numeración será la que constará siempre en el artículo, vaya o no acompañada del nombre de los autores.

Será un elemento de evaluación las referencias a Bibliografía Nacional.

Se recomienda no citar “abstracts” “resúmenes”, observaciones no publicadas y “comunicaciones personales”. El autor debe verificar las referencias con las publicaciones originales.

Las citas deben ser en el idioma original de la referencia, para idiomas de origen no latino citar en inglés utilizando corchetes, seguido de la abreviatura de la lengua original.

Ejemplo: Chinese Society of Nuclear Medicine. [Current situation survey of national nuclear medicine of China in 2010]. Chin. J. Nucl. Med. Mol. Imaging 2010, 30, 428–429. (In Chinese).

- a) Artículo de revista:

Autor/es*. Título del artículo. Abreviatura** internacional de la revista. año; volumen (número***): página inicial-final del artículo.

*Si los autores fueran más de seis, se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al.

**Las abreviaturas internacionales de acuerdo al Index Medicus, pueden consultarse en Journals Database de PubMed. Revistas en español en BIREME Revistas Científicas en Salud.

***El número y el mes es optativo si la revista dispone de una paginación continua a lo largo del volumen. Incorporación opcional de número de identificación único de bases de datos en la referencia: La mayoría de bases de datos o documentos electrónicos incorpora un número de identificación unívoco en cada referencia (PubMed: PMID; Cochrane Library:CD;DOI), que pueden incorporarse a la referencia bibliográfica para su perfecta identificación.

Ejemplos:

Autor individual:

Ruggiero C, Cherubini A, Ble A, Bos AJ, Maggio M, Dixit VD, et al. Uric acid and inflammatory markers. Eur Heart J. 2006; 27: 1174–1181.

Organización o equipo como autor:

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Comentarios a la guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol; 2015.68(12): 1061-67.

Autoría individual y corporativa:

Bidondo MP, Groisman B, Gili JA, Liascovich R, Barbero P, Pingray V. Grupo de Trabajo RENAC. Estudio de prevalencia y letalidad neonatal en pacientes con anomalías congénitas seleccionadas con datos del Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. Arch Argent Pediatr; 2015 113(4): 295-302.

Artículos sin autor:

State of aggregation. Nat Neurosci. 2011;14:399.

Artículo de revista en Internet:

Autor/es del artículo. Título del artículo. Nombre de la revista [en línea]* año

[consultado: dd/mm/aaaa]**; volumen (número): [Extensión/páginas]. Disponible en: dirección electrónica.

Ejemplo:

Pippo A, Legnani M, Mérola V, Higgin JR, Silvariño R. Empiema epidural espinal: clínica, diagnóstico y tratamiento a propósito de tres casos. Rev. Méd. Urug. [en línea]. 2015 [consultado: 16/04/2016] ; 31: 289-292. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000400009&lng=es.

b) Libros:

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2ª ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3.

Ejemplos:

Autor individual:

Valiño J. Nefrología : una mirada desde la medicina interna. Montevideo: Cuadrado; 2012.

Autor corporativo:

Se consignan en forma desarrollada.

Organización Mundial de la Salud. Asbesto crisotilo. Ginebra: OMS; 2015.

Director(es), compilador(es) como autor:

Nigro S, Amorín D. compiladores. Conductas y trastornos alimentarios. Montevideo : Universidad de la República. Comisión Sectorial de Educación Permanente; 2013. 271 p.

Parte o capítulo de un libro:

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Amorín, D. Aspectos preliminares para el abordaje psicológico de los trastornos de los comportamientos alimentarios. En: Nigro S, Amorín D. compiladores. Conductas y trastornos alimentarios. Montevideo : Universidad de la República. Comisión Sectorial de Educación Permanente; 2013. p. 13-63.

c) Congresos, conferencias y reuniones:

Autor/es de la Comunicación/Ponencia. Título de la Comunicación/Ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Ejemplo:

Misa Jalda R. Pancreatitis aguda: Relato oficial. Congreso Uruguayo de Cirugía, 61. Montevideo; 2010

d) Recursos electrónicos:

CD-ROM

Autor/es. Título [CD-ROM]. Edición. Lugar: Editorial; año.

Ejemplo:

Crestanello C ánepa F, Perrier J, editores. El diagnóstico contemporáneo en cirugía general : principios y práctica [CD-ROM]. Montevideo : Arena, 2005.

e) Monografía:

Autor/es o Director/Coordinador/Editor. Título [en línea]. Edición. Lugar de publicación: Editor; año [consultado: dd/mm/aaaa]. Disponible en: dirección electrónica.

Ejemplo:

Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations [online]. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. [16/04/2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201/>

f) Sitio web:

Autor/es. Título [sede Web]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Dirección electrónica.

Ejemplo:

Uruguay. Dirección Nacional de Salud. Ministerio de salud Pública [sede Web]. Montevideo: MSP; 2016 [actualizada el 18 de marzo de 2016; consultado 12/04/2016]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/minisite/direcci%C3%B3n-general-de-salud>

Parte de una página de un sitio o sede Web:

Título de la página [sede Web]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [fecha de actualización/revisión; fecha de acceso]. Título de la sección [número de páginas o pantallas]. Disponible en: dirección electrónica.

Ejemplo:

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay. Montevideo: SMIU; 2013 [actualizada el 18/03/2016; consultado 12/04/2016]. Historia. Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.uy/institucional/historia/>

g) Base de datos en Internet:

Institución/Autor. Título [base de datos en Internet]*. Lugar de publicación: Editor; Fecha de creación, [fecha de actualización; fecha de consulta]. Disponible en: dirección electrónica.

Ejemplo:

PubMed [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966- [fecha de acceso 14/04/2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

Publicación. Todos los artículos aceptados para su publicación pasan a ser propiedad de la Revista Uruguaya de Medicina Interna, quién adoptará la licencia atribución no comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org>) también conocida por cc-by-nc. Esta licencia permite al usuario acceder, distribuir y crear obras derivadas, siempre que de el crédito al autor. El autor no recibirá regalías ni ninguna otra compensación en efectivo por esta cesión de derechos. La Revista Uruguaya de Medicina Interna subirá al portal SciELO el artículo ya pronto, siguiendo las normativas del mismo. El Comité Editorial se reserva el derecho de decidir la fecha de publicación.

Difusión y divulgación. La Sociedad de Medicina Interna del Uruguay y la Revista Uruguaya de Medicina Interna pueden divulgar los artículos en forma parcial o total por cualquier medio impreso o electrónico, incluido internet.

Responsabilidad del contenido. El contenido de todos los artículos, opiniones o declaraciones expresadas en la Revista, reflejan los puntos de vista de los autores, son de responsabilidad exclusiva de los mismos y no representan la opinión oficial del Comité Editorial ni de la Directiva de la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay, a menos que se lo señale expresamente.