

REVISTA URUGUAYA DE

Medicina Interna

Órgano oficial de la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay

suplemento

45^o Congreso Nacional de
Medicina Interna

VI Congreso Nacional de
Enfermedades Infecciosas

Jornadas Rioplatenses
de Medicina Interna

#1

marzo

2022

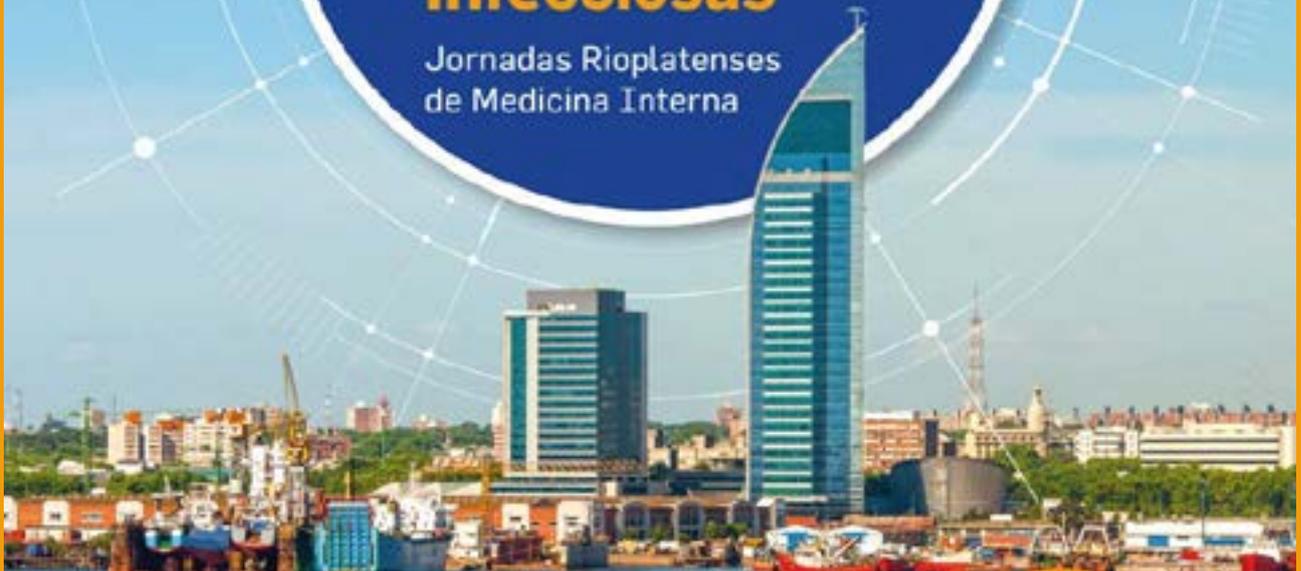




45^o Congreso Nacional de
Medicina Interna

VI Congreso Nacional de
**Enfermedades
Infecciosas**

Jornadas Rioplatenses
de Medicina Interna



**45° CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA INTERNA**

**VI CONGRESO NACIONAL
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

AUTORIDADES

Comité Organizador Medicina Interna

Dra. Cristina Pérez Lago
Presidente

Dr. Fernando Ramos
Vicepresidente

Dra. Paola Spósito
Secretaria

Dr. Martín Rebella
Tesorero

Dr. Gustavo Bruno
Dr. José María Carissi
Dra. Selene Correa
Dr. Marcelo Valverde
Vocales

Comité Organizador Enfermedades Infecciosas

Dr. Gino Limongi
Presidente

Dr. Henry Albornoz
Vicepresidente

Dr. Martín López
Secretario

Dra. Isabel Fernández
Tesorera

Dra. Susana Cabrera
Dr. Pablo Cappuccio
Dra. Graciela Pérez
Vocales

Comité Científico

Dr. Jorge Facal
Presidente

Dra. Zaida Arteta
Dr. José Boggia
Dr. Alvaro Danza
Dr. Anibal Dutra
Dr. Fabio Grill
Dra. Laura Llambí
Dra. Maynés López
Dr. Washington Vignolo
Miembros

TRABAJOS ACEPTADOS

TROMBOPROFILAXIS EN UNA INSTITUCIÓN DEL INTERIOR	8
Autores: Aguiar A, Faria D, Grassi A, Vazquez A	
AMILOIDOSIS MUSCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	10
Autores: Dras. Fagúndez Y, Roldan A, Sarachaga E, Bradvika V.	
EFFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH	12
Autores: Ferrero L, Páez C, Velázquez M	
ASOCIACIÓN ENTRE HIPONATREMIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR EL VIH EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE COLOMBIA	14
Autores: Isaza JR, Figueroa C, Sanabria C, Lobo MJ, Otálvaro AC, Romero LM.	
USO DE EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (EMPUMIC).....	17
Autores: García Z, Cristancho D, Pérez V, Ormaechea G.	
MUCORMICOSIS y COVID- 19. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN.....	19
Autores: Cabeza E, Guirado M, Carbia M, Arteta Z.	
EVALUACIÓN DE RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA CON EL SCORE FIB-4 EN DIABETES MELLITUS DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA	21
Autores: García Z, Olaya Q, Silva M, Ormaechea G, Grupo UMIC.	
STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y BACTERIEMIAS ¿DÓNDE ESTAMOS EN CUANTO A PERFILES DE SUSCEPTIBILIDAD?	23
Autores: Caiata L, Barloco A L, Ballesté R.	
UTILIDAD DEL MoCA (Montreal Cognitive Assessment) COMO TEST DE CRIBADO PARA EL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN POBLACIÓN DE HIPERTENSOS.....	25
Autores: Spósito P, Llorens M	
ASOCIACION ENTRE DIABETES Y DEPRESION EN UNA POBLACION CON DIABETES MELLITUS 1	27
Autores: Di Lorenzi R, Garau M, Aída E, Bruno L, Barreneche L, Ruíz Díaz E, Melone I, Costa M, Fagian N.	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2	29
Autores: Di Lorenzi R, Garau M, Aída E, Bruno L, Barreneche L, Ruíz Díaz E, Melone I, Costa M, Fagian N.	
TUTORÍA ENTRE PARES: UNA NUEVA HERRAMIENTA PEDAGÓGICA	31
Autores: Olival L, Romero S, Llambí L, Deambrosi L, López J, Pan N, Nervi B, Fernández J, Esquiabo A, De León A, Belouta A, Pérez V, Ormaechea G.	
APOPLEJÍA HIPOFISARIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.....	33
Autores: Petrini I, Caraballo R, Pattarino C, Collazo C, Milano E.	
ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE HEPÁTICO (2009-2019).....	37
Autores: Gemelli SH, Prieto JB, Medina JC	
STROKE ISQUÉMICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA.....	38
Autores: Petrini I, Collazo C, Milano E, Caraballo R, Pattarino C.	
SINDROME DE LÖFGREN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.	40
Autores: Petrini I, Collazo C, Caraballo R, Pattarino C, Milano E	
RESISTENCIA PRETRATAMIENTO DEL VIH-1 A LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES EN URUGUAY, 2018-2019.....	44
Autores: Flieller MR, Ruchansky D, Brasesco M, Perez D, Balsamo A, García C, Avila S, Cabrera S, Chiparelli H	
TABACO, MARIHUANA Y CIGARRILLO ELECTRÓNICO: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO POR JÓVENES URUGUAYOS	47
Autores: Castillo H, Castro M E, Rodríguez C, Wild M, Llambí L.	
IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES ASISTIDOS EN LA POLICLÍNICA DE EPOC DEL HOSPITAL PASTEUR EN 2018.....	49
Autores: de Betolaza S, Spiess C, Amaro M, Revello A, Rodríguez P, Sierra G, Tasende A, Verde D, Correa S.	
HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO DEBUT DE LUPUS	51
Autores: Melo RA, Vera RJ, Añazco PB, Mercado PA.	

INFECCION MÚLTIPLE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE.....	52
Autores: Melo RA, Vallejos MS, Llanes GR, Mercado PA, López NA.	
PARESTESIAS EN PACIENTE JOVEN CON ETIOLOGÍA NO PENSADA	53
Autores: Melo RA, Acuña JG, Cano JL, Mercado PA.	
IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	54
Autores: Catalá C, Bruno G, Vaucher A, Moreira E, Thomas E, Garcia S, Valsagiacomo P, Huarte A, Rodriguez G.	
HEMOFILIA ADQUIRIDA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.....	55
Autores: Negrin P, Assereto M, Peixoto A, Mussio D, De León S, Díaz L.	
TRASTORNOS DEL SUEÑO EN URUGUAY. UNA EPIDEMIA SILENCIOSA.....	57
Autores: Orellana C, Leal M, Varela A, Deambrosi L.	
TOLERANCIA, SEGURIDAD Y EFECTOS ADVERSOS DE LA VACUNACIÓN CON rVSV-ZEVOB CONTRA EL VIRUS EBOLA DE EFECTIVOS URUGUAYOS DESPLEGADOS EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO DURANTE EL ÚLTIMO BROTE DE ÉBOLA.....	59
Autores: Álvez M, Correa M, González H, Vidal M.	
UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROYECTO PILOTO ANTEL-MACIEL.....	62
Autores: Sposito P, Taborda A, Simeone A, Silva S, Montesano JP, Sacchi F, Rey R, Rivero M, De Leon L, Adano A, Aguilera R, Arrigoni F, Carbone L, Coria B, González B, Villar A, Angelero S.	
DESCRIPCION DE UNA COHORTE POSTCOVID DEL HOSPITAL PASTEUR.	64
Autores: Leita A, Guicheney D, Martinez J, Baccelli A, Amaral M.	
EXPERIENCIA EN CURSO DE INTRODUCCIÓN A INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN POSTGRADOS DE MEDICINA INTERNA.	65
Autores: Spiess C, Silvera L, Perendones M, Danza A, Goñi M.	
TROMBOANGIITIS OBLITERANTE. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	67
Autores: De Armas L, Santa Cruz A, Diaz Cuña C, Bruno G.	
ARTRITIS REACTIVA.....	69
TIEMPOS ASISTENCIALES Y CARACTERIZACION DE PACIENTES INGRESADOS CON TUBERCULOSIS.	70
Autores: Cardozo E, Torres Esteche V, Casal M.	
PATRONES DE CONSUMO Y REPERCUSIONES RESPIRATORIAS VINCULADAS A CANNABIS Y TABACO	72
Autores: Torres Esteche V, Fernández L, Torres I, Soto JP, Alemán A, García C, Gutiérrez M.	
MANIFESTACIÓN VASCULAR ATÍPICA EN ENFERMEDAD DE BEHCET: ANEURISMA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA.	74
Autores: Rivero MN, De Armas L, Bruno G, Torres V.	
DIAGNÓSTICO DE HISTOPLASMOSIS EN URUGUAY. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS DE LA ÚLTIMA DÉCADA. ...	76
Autores: Cabeza E, Arrillaga A, Dalcín L, Carbia M, Perera P, González M, Acuña A, Ballesté R, Arteta Z.	
EMBARAZO Y COVID-19. FORMA DE PRESENTACIÓN, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES VINCULADAS A INFECCIÓN DE SARCOV-2 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EMBARAZADAS INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE UNA MUTUALISTA EN MONTEVIDEO.....	79
Autores: Tabares F, Bravo N, Rey C.	
MUCORMICOSIS RINOENCEFALICA Y COVID 19. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	82
Autores: castillo R, Dra Benedetto A, Dra Arciere B.	
SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ- VARIANTE DIPLEJIA FACIAL	84
Autores: Ciganda N, Fuentes A, Morena N, Nieto G, Núñez M, Roca F.	
TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.....	85
Autores: Rodríguez-Jiménez JC, Amador-Medina LF, Ojeda-Tovar J.	
IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS.	87
Autores: Fernández-Rey L, Díaz-Cuña C, Rostán S, Consani S.	
USO DE Anti TNF y Anti CD20 DURANTE EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DE CLINICAS (U-ARO).....	89
Autores: Casada V, Diz L, Noboa L, Melo L, Cora M, Sosa L, Zubiaurre V.	

PRUEBAS DE TAMIZAJE DE VIH: COMPARACIÓN ENTRE PERÍODOS PANDÉMICO Y PREPANDÉMICO EN 7 DEPARTAMENTOS DE URUGUAY	92
Autores: Bartaburu Isabel, Brasó Paulina*, Antelo Virginia*, Suárez César*, Echenique Germán*, Piñeyro Nancy*, Hassan Roxana*, Gasperazzo Nancy*, Campo Mariana*, Arteta Zaida†, Cabrera Susana†	
USO DEL NT-PROBNP EN EL CONTROL AMBULATORIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL HOSPITAL DE	94
Autores: Bueno L, García Z, Guamán C, Alvarez P, Florio L, Ormaechea G, Grupo UMIC.	
VASCULITIS LIVEDOIDE POCAS LUCES Y MUCHAS SOMBRAS	96
Autores: Santa Cruz A, Rostán S, Díaz-Cuña C, Fernandez-Rey L, Consani S.	
SÍNTOMAS PERSISTENTES EN INFECCIÓN A SARS-CoV2	98
Autores: Pouso M, Sposito P, De Armas F, Cohn M, Ramón J, Puppo D, Santiago N, Rey C, Avellanal G, Artola F, Iraola V, Cuba X, Berón L, Alliaume G, Díaz M.	
SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV 2 EN UN CENTRO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN URUGUAY.....	102
Autores: Rodríguez MI, Yandian M, Antoria M, Ksiazienicki M, Ortiz P; et al.	
OPINIÓN Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN SEDACIÓN PALIATIVA DE MÉDICOS QUE ASISTEN PACIENTES EN ÁREAS DE EMERGENCIA, CUIDADOS MODERADOS Y CUIDADOS INTENSIVOS DE CAAMEPA IAMPP.....	103
Autores: García C, Blanco V, Fuentes L.	
ARTRITIS A MYCOBACTERIA NO TUBERCULOSA	105
Autores: Sosa D, Urroz C, Calero G, Arbelo V, Danza A.	
SECUNDARISMO ENCEFÁLICO MÚLTIPLE COMO DEBUT DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS. PRESENTACIÓN INFRECUENTE	107
Autores: Torielli G, Estela E, Alliaume G, Cantera C.	
VALORACION RETROSPECTIVA DE MANIFESTACIONES CLINICAS Y PARACLINICAS DE 266 PACIENTES INTERNADOS EN CUIDADOS MODERADOS DE CASMU IAMPP POR SARS-CoV2 DE MARZO A JUNIO DE 2021	110
Autores: Pouso M, Avellanal M, La Camera M, San Martín M, Santa Cruz M, Benedetto A, Perez C, Refreschini D, Fleitas D, Erlich M, De Armas F, Cardozo L, Chavez M, Lopez M, Cohn M, Bravo M, Santiago N, Pannone R, Queirolo A, Castillos R, Griot S, Tabarez F, Ventura V. Sposito P, Martinez MC, Rey C.	
MANIFESTACIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS CoV-2, INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE CASMU IAMPP, EN EL PERÍODO MARZO-JUNIO 2021	114
Autores: La Cámara M, Pérez C, Rey C.	
APROXIMACIÓN AL PUNTO DE CORTE DE DOSIS DE GLUCOCORTICOIDES QUE PREDICE DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO PILOTO.....	116
Autores: Danza A, Soto E, Graña D, Yandián M, Rebella M	
ESTUDIO ANALÍTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACEINTES CON EPOC DEL HOSPITAL PASTEUR: SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD E INGRESO SALARIAL	118
Autores: Spiess C, De Betolaza S, Calero G, Correa, S.	
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 INGRESADOS EN CASA DE GALICIA.	119
Autores: Botta C, Sosa A, Lavega F, López M, Silva N.	
INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE RECIDIVANTE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	122
Autores: Tapia S, Firpo A, Cabeza E, Gadea P, Carbia M, Guirado M.	
TUBERCULOSIS ÓSEA MULTIFOCAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.	124
Autores: Tapia S, Vuan F, Cabeza E, Pazos G, Zubiaurre V, Gadea P, Guirado M.	
INFECCIONES BACTERIANAS NO ESPONTÁNEAS EN PACIENTES CIRRÓTICOS HOSPITALIZADOS	126
Autores: García MN, Elizondo M, Valverde M, Gerona S.	
ENDOCARDITIS INFECCIOSA, DIAGNÓSTICO POR PET	129
Autores: Santa Cruz A, Rostán S, Más V.	

IMPACTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR SARS- CoV 2019.....	131
Autores: Ortiz RA, Meneses JP, Porras JC, Cristancho D, Ormaechea G.	
EFFECTIVIDAD IN VITRO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM SOLO Y EN COMBINACIÓN CON AZTREONAM SOBRE ENTEROBACTERIALES.....	133
Autores: Araújo L, Papa Ezdra R, Caiata L, Ferreira F, Avila P, Seija V, Galiana A, Bado I, Vignoli R	
EVALUACIÓN DE LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN BASE A LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR EN LA INFECCIÓN POR VIH: REPORTE PRELIMINAR.....	135
Autores: Tapia S, Castro JP, Fornelli R, Amengual C, Arteta Z, Cabrera S	
MENINGITIS TUBERCULOSA RESISTENTE A RIFAMPICINA EN PACIENTE VIH + A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	138
Autores: Gonzalez S, Gemelli SH.	
IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS INDICADORES DEL CONTINUO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON VIH EN URUGUAY.....	140
Autores: Gasperazzo N, Antelo V, Campo M, Suárez C, Bartaburu I, Piñeyro N, Brasó P, Echenique G, Arteta Z, Cabrera S, Fiorella C.	
EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN EL HOSPITAL MACIEL.....	142
Autores: Carrere D, Lin L, Santacruz A, Chirico L, Quiroz L, Cuba X, Lopez M, Peverelli F, Bruno G.	
TUBERCULOSIS ESOFÁGICA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL.....	143
Autores: Hernández S, Castro JP, Tapia S, Cosme V, Torales M, Cappuccio P, Fornelli R.	
SINDROME POSCOVID-19: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN 161 PACIENTES.....	145
Autores: Cairoli E, Caraballo R, Collazo C, Pattarino C, Vaz E, Schelotto E, Petrini I, Milano E.	
ORBITOPATIA DE GRAVES CON PRESENTACION CLINICA UNILATERAL.....	147
Autores: Viera E, Reyes N, Ramos F	
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA A STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA EN EL PERÍODO 2018-2019.....	148
Autores: Noboa L, Álvarez T, López M, Zubiaurre V, Sosa L, Medina J	
COVID Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS¿CUÁL ES LA RELACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS?.....	151
Autores: O'Neil M, Spiess C, Cruz M, Turnes B, Martínez J, Gaudio J, Graña D. Danza A	
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUINTO AÑO, URUGUAY 2019.....	153
Autores: De Mattos N, De Oliveira V, Pinaluba F, Rebollo Y, Rodríguez C, Sequeira N, Silvera L, Sosa L.	
NOCARDIOSIS DISEMINADA: ABSCESO CEREBRAL DE ETIOLOGÍA INFRECIENTE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.....	154
Autores: Tilve C, Griot S	
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SEGUNDO AÑO, URUGUAY 2020.....	157
Autores: Ameijenda J, Balsa G, Craigdallie P, Mendes R, Rodriguez M, Santurion S, Silvera L, Coimbra A, Sosa L.	
ANEMIA HEMOLÍTICA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM.....	158
Autores: Del Puerto L, de Betolaza S	
PELIOSIS ESPLÉNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.....	160
Autores: Quiroz L, Bruno G, Fernández Rey L	
INFECCIÓN FÚNGICA DE BRECHA EN HEMATOONCOLOGÍA.....	162
Autores: Saavedra CR, Araujo L, Griot S, Albornoz H	
HIPERTENSIÓN PULMONAR EN URUGUAY: EXPERIENCIA DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.....	163
Autores: González V, Silvera L, Pereira G, Cichero M, Fernández G, Perna A, Gambogi R	

ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO. EXPERIENCIA DE LA PRIMERA POLICLÍNICA PARA SU ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO	166
Autores: Elizondo M, Rey R, Elhordoy M, González C, Ware AL, Valverde M, Cabral P, Tassano M, Gerona S	
EVALUACION CLINICA DEL PANEL DE FILMARRAY EN SANGRE EN UNA COHORTE DE PACIENTES	168
Autores: Viera E, Lopez M, Reyes N, Hitateguy P, Ramos F	
REPERCUSIONES DE LA CUARENTENA POR COVID 19 EN UN GRUPO DE OBESOS DEL PROGRAMA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (POCB).....	171
Autores: Díaz V., Portas P., Smiliansky N., Patrone M., Moreira E., Santa Cruz A., Thomas E., Díaz M., Pietra V., Bancoff S., Sasson N., Da Costa P., Rodriguez G., Vaucher A., Bruno G.	
COHORTE PRELIMINAR DE SEGUIMIENTO DE SÍNDROME POS COVID 19 AGUDO EN HOSPITAL MACIEL Y CENTROS ASISTENCIALES ASOCIADOS A LA CLÍNICA MÉDICA 1.	173
Autores: Piriz V, Ibáñez C, Puppo M, Medina V, Chirico L, Bravo R, Vicentino F, Cocco B, Carrere D, Carlomagno A, Taborda A, Thomas E.	
ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DE EMBARAZADAS CON SARS CoV2 ASISTIDAS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS “DR MANUEL QUINTELA” EN EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2021.	176
Autores: Ledesma L., Marin M., Valle P., Zubiaurre V., Cora M., Sosa L.	
EXPERIENCIA CON EL USO DE UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA-SEVERA A 18 MESES DE SU INCORPORACIÓN AL FONDO NACIONAL DE RECURSOS.....	178
Autores: Rebella M, Solari A, Silveira G, Figueroa N, Pizzarossa C, Carlomagno A, Bercetche G, Yandián M, Danza A.	
ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON TROMBOSIS ASOCIADA AL CÁNCER ASISTIDA EN LA UNIDAD DE HEMOSTASIS Y TROMBOSIS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN EL PERÍODO 2012-2021	180
Autores: Pizzarossa AC, Mérola V, Spangenberg MN, Lorenzo M, Boada M, Guillermo C, Martínez R.	
SIMULADORES Y JUEGOS SERIOS PARA ENSEÑANZA EN MEDICINA. REVISIÓN DE LOS APORTES DEL NÚCLEO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	182
Autores: Ribeiro M.I, Simini F	
ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL MANEJO DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON COVID-19.....	185
Autores: Pizzarossa AC, Spangenberg MN, Munka F, Borges B, Sosa M, Passarella F, Aguirre M, Falero E, Mérola V, Guillermo C, Martínez R.	
RELEVANCIA DEL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN PACEINTES EN VALORACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	187
Autores: Bruno G; Díaz M, Thomas E, Martínez L; Ramírez M, Maucine A, Vaucher A y Trucco E.	
LEISHMANIASIS VISCERAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO EN URUGUAY	189
Autores: Melián T, Romero S, Nuñez V, Xue Q, Garcia Z, Pini L, Fontes G, Ormaechea G	
SEROPREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PERSONAL DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS.....	191
Autores: González A, Buzzi C, Menéndez M, Tafernaberry E, Diaz A, Ballesté R.	
MIOPATÍAS INFLAMATORIAS, REPORTE DE CASOS CLÍNICOS. PAYSANDÚ, URUGUAY.	194
Autores: Romero A, Rodriguez da Silveira F, García Sellanes D, Araujo L, Pacello F.	
¿LOS NUEVOS UMBRALES DIAGNÓSTICOS DE PRESION ARTERIAL EN CONSULTORIO CAMBIAN LAS CATEGORÍAS DE RIESGO DE LA CLASIFICACIÓN CRUZADA?	197
Autores: Castro C, Sottolano B, Boggia J, Sosa L.	
CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES QUE VIVEN CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	200
Autores: González V, Rodríguez M, Mousques N, Dutra A, Gonzalez H, Pereira S	
ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON TROMBOSIS ASOCIADA A COVID 19 ASISTIDA EN LA UNIDAD DE HEMOSTASIS Y TROMBOSIS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS	202
Autores: Pizzarossa AC, Mérola V, Spangenberg MN, Lorenzo M, Boada M, Guillermo C, Martínez R.	

TROMBOPROFILAXIS EN UNA INSTITUCIÓN DEL INTERIOR

Autores: Aguiar A, Faria D, Grassi A, Vazquez A

Institución: Sanatorio Cantegril, Maldonado. Uruguay.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) es una enfermedad sistémica, de etiología multifactorial caracterizada por la obstrucción venosa parcial o total por un trombo, cuya manifestación clínica puede ser la trombosis venosa profunda (TVP) y/o la tromboembolia pulmonar (TEP).

Representa el 10% de los fallecimientos en pacientes hospitalizados, considerándose la primera causa de muerte prevenible a nivel hospitalario.

Objetivos

Sembrar un Comité de Tromboprofilaxis en nuestra institución en vistas a reducir la incidencia de la EDEV.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyeron los pacientes ingresados en la Asistencial Médica de Maldonado, en el período comprendido entre 02/09/2019 y el 06/10/2019. Se solicitó consentimiento a todos los pacientes incluidos. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica.

Se presentan tablas y gráficos de frecuencia para la descripción de las variables, todas ellas de tipo cualitativo. Para el estudio de asociación entre variables se utilizó test. El nivel de significación estadística se fijó en 0,05.

Resultados y discusión

Se incluyeron un total de 312 pacientes. En la tabla 1 se presentan los criterios de indicación de tromboprofilaxis según los scores utilizados y el porcentaje de los pacientes que la recibieron.

Los pacientes con indicación de tromboprofilaxis (193), corresponden al 61.9 % del total de los pacientes participantes del estudio.

Se realizó tromboprofilaxis en 152 pacientes, representando el 48,7 %, del total de participantes.

De los paciente con criterio de realización de tromboprofilaxis, el 75,6% (146) efectivamente la recibió.

No se realizó tromboprofilaxis en 47 pacientes que tenían indicación formal de la misma, (24,4%).

En cuanto a los fármacos utilizados, el 86.8% recibió HBPM (132), seguido por los nuevos anticoagulantes orales (NACO).

Conclusiones

Se realizó correctamente tromboprofilaxis en 75.6% de los pacientes.

El fármaco más utilizado fue HBPM constituyendo el 87,5%.

En los pacientes que se les realizó erróneamente tromboprofilaxis el 83.3% recibió NACO.

La inclusión del Score de Padua y Caprini modificado en la historia clínica electrónica en nuestra institución es un objetivo que nos planteamos a corto plazo.

La siembra de un comité de tromboprofilaxis impulsaría la realización de instancias de revisión de guías, promoción de tromboprofilaxis y concientización de la ETEV, disminuyendo así la morbimortalidad y los costos sanitarios.

	Fca Absoluta	Fca Relativa %
Criterio de indicación		
SI	193	61,9
NO	119	38,1
Tratamiento realizado.		
SI	152	48,7
NO	160	51,3

Tabla 1. Criterios de indicación y tratamientos realizados.

		Tromboprofilaxis		
		SI	NO	Total
Criterio de Indicación	SI	146	47	193
	NO	6	113	119
	Total	152	160	312

Tabla 2. Criterios de indicación y realización de tromboprofilaxis

		Criterio de tromboprofilaxis, % (n)		
		SI	NO	Total
Fármaco	HBPM	132	1	133
	NACO	14	5	19
	Total	146	6	152

Tabla 3. Criterios de indicación de tromboprofilaxis y tipo de fármaco recibido.

AMILOIDOSIS MUSCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Dras. Fagúndez Y, Roldan A, Sarachaga E, Bradvika V.

Institución: Hospital Central Fuerzas Armadas. Uruguay.

Introducción

La amiloidosis engloba enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de amiloide en los distintos tejidos, causando su disfunción progresiva.

La presentación clínica suele ser heterogénea, determinando el diagnóstico tardío. Para alcanzarlo se requiere de biopsia del tejido afectado, demostración del depósito amiloide y la tipificación de la proteína que lo constituye. La detección precoz permite optimizar el tratamiento, condicionando el pronóstico.

La miopatía amiloide asociada a una discrasia de células plasmáticas es una causa infrecuente de hipertrofia muscular.

Caso clínico

Sexo femenino, 68 años. AP: tumor carcinóide de apéndice diagnosticado 1995. Tratamiento quirúrgico.

Historia de 15 años evolución de crecimiento excesivo y progresivo de músculos de cara, cuello, tronco, a predominio de músculos paravertebrales y de los cuatro miembros, de manera bilateral y simétrica, con aspecto físico de “levantador de pesas”. Debilidad y claudicación muscular, rigidez con importante limitación en la movilidad. Dolor generalizado a predominio de articulaciones de manos, sin elementos fluxivos. Disfagia progresiva para sólidos. Disfonía. Edemas de MMII bilaterales y simétricos a predominio perimaleolares.

EF: lúcida. Aspecto atlético. Disminución de la bola de Bichat. Engrosamiento submandibular. Aumento difuso y simétrico de masas musculares de miembros superiores, con franco predominio de cintura escapular (signo de la hombrera) y pélvica y músculos paraespinales. A la palpación masas musculares duras “como madera”. Desarrollo venoso marcado. BF: macroglosia con impronta dentaria. SM: Disminución de fuerzas global, sin alteraciones sensitivas. Resto sin alteraciones.

Se logra con la repetición de la biopsia muscular orientada por la sospecha clínica, obtener material congófilo a nivel de las paredes arteriales y entre fibras musculares estriadas, compatible con el diagnóstico de amiloidosis.

Conclusiones

Se expone el caso de una paciente con miopatía amiloide a cadenas ligeras libres Kappa, afección generalmente subdiagnosticada.

La amiloidosis es una causa rara de hipertrofia muscular, debiendo considerarse en diagnósticos diferenciales de miopatía, y en particular de las formas “hipertróficas”.

La presentación clínica presentó macroglosia, disfagia, signo de la hombrera, engrosamiento submandibular y consistencia muscular “tipo madera” características de la amiloidosis AL. Si bien al ser heterogénea determino el diagnóstico tardío.

Debe primar la sospecha diagnóstica inicial, ya que aproximadamente el 40% de los pacientes con miopatía asociada a amiloidosis AL fueron diagnosticados erróneamente por biopsia como en el caso discutido.

En nuestro país disponemos de la mayoría de los estudios necesarios para el diagnóstico y estratificación pronóstica, así como para la evaluación del compromiso de órgano blanco. Aún

está pendiente lograr la adecuada tipificación del amiloide, etapa crucial en la definición del tratamiento y pronóstico.

El tratamiento es individualizado, determinado por la edad, la disfunción de órganos y las toxicidades de los regímenes, debiéndose guiar por biomarcadores y la respuesta cardíaca.

Bibliografía

- 1- Riva E, Villano F, Díaz L. Amiloidosis primaria. Rev. Opción médica, 2019. opcionmedica.prentesisweb.com/articulos/amiloidosis-primaria
- 2- Chapin J, Kornfeld M, Harris A. Amyloid myopathy: characteristic features of a still underdiagnosed disease. Muscle and Nerve 2005; 31: 266-272.

EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH

Autores: Ferrero L, Páez C, Velázquez M

Institución: Clínica Médica "2", UdelaR. Hospital Pasteur. Uruguay.

Introducción

En Uruguay hay 8115 personas con VIH en tratamiento antirretroviral de gran acción (TARGA). Los efectos adversos son causa frecuente de cambio de TARGA; los inmediatos aparecen en días o semanas del inicio del tratamiento mientras que los tardíos aparecen al cabo de meses o años.

Destacamos, entre ellos, dislipidemias, trastornos neuropsicológicos, descenso del filtrado glomerular, desmineralización ósea, hiperbilirrubinemia, litiasis renal, y ganancia de peso. Es importante conocerlos para realizar un cambio seguro, manteniendo la carga viral suprimida.

El objetivo general de este trabajo es identificar los efectos adversos que motivaron un cambio en la terapia antirretroviral en pacientes con VIH en Montevideo que se asisten en el Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC) de la Administración de Servicios de Salud del Estado, en el periodo de julio a diciembre del 2019. Los objetivos específicos son determinar la carga viral y CD4 de los pacientes al momento del cambio e identificar los fármacos que producen los efectos adversos más frecuentes.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Población: Pacientes con VIH mayores de 18 años que asisten en el SEIC. Los datos se obtuvieron de una planilla confeccionada por el "Comité de cambio de terapia antirretroviral", y de las historias clínicas de los pacientes.

Para analizar las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se calcularon medianas y rangos intercuartílicos (RIQ). Las variables cualitativas se compararon mediante test de Chi cuadrado. Se utilizaron los programas Apache Open Office™ Calc 4.1.7 y EpiInfo™

Resultados y discusión

La población estuvo constituida por 152 pacientes que requirieron cambio de TARGA; en 104 de ellos fue por efectos adversos. Los fármacos más utilizados (Tabla 1) fueron Tenofovir disoproxilfumarato (TDF), Lamivudina (3TC), Lopinavir/ritonavir (LPV/r), Efavirenz (EFV) en diferentes combinaciones, siendo las que más frecuentemente motivaron el cambio: TDF+3TC+EFV (24%) AZT+3TC+EFV (17.31%) AZT+3TC+LPV/r (17,31%).

El efecto adverso más detectado fue dislipemia (37 pacientes) seguido de efectos de la esfera neuropsicológica (28 pacientes), que incluyen angustia, depresión, ideas de muerte, intento de autoeliminación, alucinaciones y alteraciones del sueño (principalmente insomnio, pesadillas y somnolencia excesiva). El tercer efecto más frecuente fueron alteraciones digestivas mantenidas (26 pacientes).

En 70.2% la carga viral (copias/ml) fue indetectable y la mediana de CD4 fue de 441.

Los resultados obtenidos en este estudio son concordantes con respecto a estudios a nivel nacional e internacional, siendo una aproximación importante de la población que recibe TARGA.

Conclusiones

Los efectos adversos más frecuentes que motivan el cambio de TARGA en la población son: alteraciones del metabolismo lipídico vinculado a los inhibidores de la proteasa (IP) sobretodo LPV/r; neuropsicológicas en relación al Efavirenz(EFV) y gastrointestinales (LPV/r). (Tabla 2). Si bien estos efectos adversos son conocidos y están relacionados a los fármacos más utilizados en nuestra población, es importante identificarlos para evitar complicaciones

Plan	FA	FRP
TDF+3TC+DTG	105	69.08
AZT+3TC+DTG	20	13.16
ABC+3TC+DTG	13	8.55
TDF+3TC+EFV	3	1.97
TDF+FTC+DTG	3	1.97
TDF+3TC+NVP	2	1.32
3TC+RTG+ATV+RTV	1	0.66
ABC+TDF+DTG	1	0.66
AZT/3TC+ATV200	1	0.66
AZT/3TC+LPV/RTV	1	0.66
AZT/3TC+TDF+DTG	1	0.66
TDF+3TC+ATV+RTV	1	0.66
Total	152	100.00

FA: frecuencia absoluta. FRP: frecuencia relativa porcentual. TDF: tenofovir disoproxil fumarato. 3TC: didanosina. AZT: zidovudina. ABC: abacavir. EFV: efavirenz. FTC: emtricitabina. NVP: nevirapina.

Tabla 1. Plan previo de tratamiento antirretroviral de la población de estudio.

TAR previa	Dislipemia	Alt dig	Alt neurops	Mareos	Alt dermat	Otros	Total
3TC+EFV+TDF	3	2	14	4	1	1	25
3TC+AZT+EFV	7	0	7	0	2	2	18
3TC+AZT+LPV/r	12	6	0	0	0	0	18
3TC+LPV/r+TDF	4	7	0	0	0	0	11
3TC+ATV/r+TDF	2	3	0	0	0	2	7
3TC+ABC+EFV	3	0	0	1	0	0	4
3TC+AZT+DTG	1	1	1	0	0	1	4
3TC+ABC+LPV/r	2	1	0	0	0	0	3
3TC+ATV+AZT	0	2	0	0	0	0	2
3TC+AZT+NVP	1	1	0	0	0	0	2
3TC+ABC+ATV/r	1	0	0	0	0	0	1
3TC+ABC+r+SQV	0	0	0	0	0	1	1
3TC+DTG+TDF	0	0	0	0	1	0	1
3TC+NVP+TDF	0	0	0	0	0	1	1
DTG+FTC+TDF	0	0	0	0	0	1	1
EFV+LPV/r	1	0	0	0	0	0	1
FTC+LPV/r+TDF	0	1	0	0	0	0	1
FTC+TDF+DRV/r	0	1	0	0	0	0	1
TDF+3TC+EFV	0	0	1	0	0	0	1
TDF+3TC+LPV/r	0	1	0	0	0	0	1
Total	37	26	23	5	4	9	104

Tabla 2. Efectos adversos descritos según plan previo de tratamiento antirretroviral en la población de estudio.

ASOCIACIÓN ENTRE HIPONATREMIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR EL VIH EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE COLOMBIA.

Autores: Isaza JR, Figueroa C, Sanabria C, Lobo MJ, Otálvaro AC, Romero LM.

Institución: Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Introducción

La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más común en pacientes vih/sida. Estudios han sugerido desenlaces clínicos asociados, sin embargo, no existen datos sobre este fenómeno en nuestro medio. Se propuso determinar la asociación entre hiponatremia y mortalidad en esta población.

Metodología

Estudio observacional y analítico, realizado en un hospital universitario en Colombia. Se incluyeron pacientes del servicio de Medicina Interna, con diagnóstico reciente o de novo de infección por VIH, hospitalizados por enfermedades definitorias de sida, del 2013 al 2018. Se excluyeron los pacientes con insuficiencia cardíaca, cirrosis, muerte u hospitalización no relacionada al sida. Se definió una muestra de 120 de acuerdo con el estudio de Lijun Xu donde se determinó un Hazard Ratio de 3,5 (IC del 95%: 1,9–6,5 - $p < 0,001$) para hiponatremia y mortalidad en el análisis multivariado. Se definieron como casos los pacientes fallecidos a causa de enfermedad definitoria de sida, y controles aquellos vivos al alta hospitalaria. Se realizó un análisis de correlación entre hiponatremia y mortalidad.

Resultados y discusión

Del total de 118 pacientes el 61% fueron hombres, con una media de edad de 40 años. El promedio de recuento de linfocitos CD4 fue 87,04 células/microlitro para los casos (DE 212,63, IC 95% 4,9 – 178,9) y de 112,11 para los controles (DE 153,8, IC 95% 69,7 – 154,5) ($p 0,56$) (Tabla 1). La mayoría debutó con síndrome constitucional, y el oportunismo más frecuente fue la candidiasis orofaríngea (Tabla 2 y 3). Se encontró una prevalencia de hiponatremia del 76,3% y 30% en casos y controles respectivamente, con un OR de 7,5 (IC 95% (2,8 – 20,5) ($p < 0,05$) (Tabla 4).

Conclusiones

Se encontró una asociación entre mortalidad e hiponatremia en pacientes hospitalizados con enfermedades defintorias de sida.

Variable		Casos n: 38 (%)	Controles n: 80 (%)	P
Sexo	Femenino	14 (36,8)	32 (40)	0,74
	Masculino	24 (63,1)	48 (60)	
Escolaridad	Ninguna	7 (18,42)	12 (15)	0,94
	Primaria incompleta	1 (2,63)	4 (5)	
	Primaria	12 (31,58)	31 (38,75)	
	Bachiller	6 (15,75)	16 (20)	
	Técnico	1 (2,63)	3 (3,75)	
	Universitario	1 (2,63)	1 (1,25)	
	Sin datos	10 (26,32)	13 (16,25)	
Ocupación	Hogar	1 (2,63)	6 (7,5)	0,27
	Empleado	5 (13,16)	16 (20)	
	Independiente	12 (31,58)	32 (40)	
	Desempleado	12 (31,58)	16 (20)	
	Pensionado	1 (2,63)	0	
	Sin datos	7 (18,42)	10 (12,5)	
Lugar de residencia	Rural	2 (5,26)	7 (8,75)	0,48
	Urbano	36 (94,74)	71 (88,75)	
	Sin datos	0	2 (2,5)	
Estado civil	Soltero	15 (39,47)	31 (38,75)	0,27
	Casado	2 (5,26)	10 (12,5)	
	Unión libre	8 (21,05)	17 (21,25)	
	Separado	2 (5,26)	5 (6,25)	
	Viudo	0	5 (6,25)	
	Sin datos	11 (28,95)	12 (15)	

Variable	Participantes	Media	DE	IC 95%	P
Edad	Casos	40,03	11,65	37,44 - 42,63	0,90
	Controles	40,32	12,20	36,30 - 44,32	
Estancia Hospitalaria	Casos	21,15	45,91	6,06 - 36,25	0,75
	Controles	23,41	30,77	16,56 - 30,26	
CD4	Casos	87,04	212,63	4,9 - 178,99	0,56
	Controles	112,11	153,80	69,70 - 154,51	
Leucocitos	Casos	6086,5	4184,53	4711,07 - 7461,92	0,23
	Controles	7159,05	4730,08	6106,42 - 8211,67	

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos
 Fuente: autor

Presentación clínica	Casos n: 38 (%)	Controles n: 80 (%)	P
Síndrome febril	33 (86,84)	65 (81,3)	0,44
Síntomas respiratorio	23 (60,53)	37 (46,3)	0,14
Síntomas neurológico	11 (28,9)	34 (42,5)	0,15
Síndrome constitucional	35 (92,1)	64 (80)	0,09
Síntomas gastrointestinal	23 (60,5)	47 (58,7)	0,85
Síntomas cutáneos	3 (7,89)	4 (5,13)	0,55
Síntomas urinarios	6 (15,8)	9 (11,25)	0,48

Tabla 2. Presentación clínica Fuente: autor

Variable	Categorías	Total		Casos		Controles		P
		FA	%	FA	%	FA	%	
Histoplasmosis	No	105	89,74	32	84,21	73	92,4	0,171
	Si	12	10,26	6	15,79	6	7,59	
Criptococosis Meningea	No	110	93,22	35	92,1	75	93,75	0,740
	Si	8	6,78	3	7,89	5	6,25	
Wasting	No	111	94,07	33	86,84	78	97,50	0,022
	Si	7	5,93	5	13,16	2	2,50	
Neumonía por Pneumocittis carinii	No	101	85,59	31	81,58	70	87,50	0,392
	Si	17	14,41	7	18,43	10	12,50	
Toxoplasmosis cerebral	No	97	82,2	36	94,74	61	76,25	0,014
	Si	21	17,8	2	5,26	19	23,75	
Candidiasis	No	63	55,26	20	54,05	43	55,84	0,857
	Si	51	44,74	17	45,9	34	44,16	
Citomegalovirus	No	101	88,60	31	83,78	70	90,91	0,262
	Si	13	11,40	6	16,22	7	9,09	
Infección bacteriana	No	78	69,64	22	59,46	56	74,67	0,100
	Si	34	30,36	15	40,54	19	25,33	
Tuberculosis Pulmonar	No	79	66,95	22	57,89	57	71,25	0,150
	Si	39	33,05	16	42,11	23	28,75	

Tabla 3. Infecciones oportunistas Fuente: autor

Variable	Categorías	Total		Casos		Controles		P	OR	IC
		FA	%	FA	%	FA	%			
Sodio	135-145	65	55,08	9	23,68	56	70	< 0,05	7.5	95% (2,8 – 20,5)
	<135	53	44,92	29	76,32	24	30			

Tabla 4. Hiponatremia y mortalidad Fuente: autor

USO DE EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (EMPUMIC)

Autores: García Z, Cristancho D, Pérez V, Ormaechea G.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Clínica Médica A. Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC). Montevideo. Uruguay

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) tiene alta prevalencia y morbimortalidad. Entre las estrategias terapéuticas se debe considerar el abordaje de las comorbilidades, entre ellas la diabetes mellitus (DM). La prevalencia de DM2 en IC es del 10 al 47%. Los pacientes con IC que asocian DM2, tienen 75% más riesgo de hospitalización y mortalidad. La FDA desde 2008, ha enfatizado que todo nuevo antidiabético debería tener un efecto neutro o beneficioso a nivel cardiovascular. EMPAREG, CANVAS, DAPA-HF estudios con inhibidores SGLT-2; Empagliflozina, Canagliflozina, Dapagliflozina, respectivamente, demostraron disminución de mortalidad e internaciones por IC en diabéticos. Es de destacar que en estudios con otros hipoglucemiantes no se ha logrado demostrar el descenso de hospitalizaciones por IC. Actualmente no existen estudios en Uruguay sobre el uso de estos fármacos en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (ICFER). El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en "vida real" de la empagliflozina en cuanto a tolerabilidad y efectividad en pacientes DM con ICFER.

Metodología

Estudio prospectivo, longitudinal. Seguimiento de un año en una Unidad Multidisciplinaria de IC.

Inclusión: DM con ICFER, <81 años, hemoglobina glicosilada (HbA1C) $\geq 7\%$, IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$, consentimiento informado.

Exclusión: FG $< 30 \text{ ml/min/m}^2$, arteriopatía severa, infecciones urinarias recurrentes, cetoacidosis o insulinizados.

Control inicial, 15 días con paraclínica e inicio de empagliflozina 10mg día, dosis objetivo 25mg, controles clínicos y paraclínicos seriados (mes, 3m, 6m, 12m).

Resultados

Se incluyeron 25 pacientes, 13 hombres. Edad mediana 61 años (Tabla1). Dosis objetivo de empagliflozina en el 95%. Descenso de peso de 3kg. Disminución de 0,9% HbA1c y 9,5mg/dl de glucemia. Suspensión de furosemida en más del 50%. Dos eventos leves de infección urinaria. Se perdieron 4 pacientes, uno por infección urinaria recurrente, 2 fallecidos, 1 no adherencia al tratamiento. Previo al ingreso 11(44%) requirieron hospitalización por IC. Durante el estudio 3 (12%) fueron internados, solo 1 caso por IC ($p=0,0129$).

Discusión

Este ensayo de "vida real" evidenció adecuada tolerabilidad, con efectos adversos leves, descenso del peso estadísticamente significativo, con reducción de 2-3kg. Reducción de glucemia y HbA1c, con leve descenso 20.3-25mg/dl y 0.6-1.3%, respectivamente, así mismo se observó una reducción significativa por internaciones por IC, como lo observado por evidencia internacional.

Es de destacar que se trata de un primer estudio nacional con iSGLT2 en pacientes diabéticos con ICFER, siendo hoy la primera línea en tratamiento en estos pacientes. La principal debilidad fue el bajo número de pacientes y ausencia de un grupo control. Si bien la pandemia por COVID19 fue una limitación importante, se aseguró un control y acceso a la medicación.

Conclusiones

La empagliflozina presentó buena tolerabilidad, con efectos beneficiosos a nivel cardiovascular, mínimos efectos adversos, se destaca la reducción significativa de las hospitalizaciones por IC. Al igual que evidencia internacional, nuestro estudio en “vida real” mostró el beneficio de estos fármacos, lo que motiva al grupo a continuar su uso.

	Mediana	RÍQ
Edad (años)	61,0	57,0-68,5
TFG (mL/min/1,73m ²)	73,6	61,1 -98,5
FEVI (%)	35,0	25,0-42,0
IMC (kg/m ²)	31,0	28,5-36,5
	F. Absoluta	F. Relativa %
Sexo: Femenino	12	48,0
Masculino	13	52,0
Etiología: Isquémica	14	56,0
No isquémica	11	44,0
HTA	22	88,0
FA	7	28,0

Tabla 1. Características de la población general. RÍQ.: Rango Intercuartílico. F.: Frecuencia. TFG: Tasa de filtrado glomerular, FA: Fibrilación auricular, FEVI: Fracción de eyección ventricular izquierda.

MUCORMICOSIS y COVID- 19. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN.

Autores: Cabeza E, Guirado M, Carbia M, Arteta Z.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Laboratorio de Patología Clínica. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo. Uruguay.

Introducción

Desde la emergencia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19 y a medida que la pandemia causada por este evoluciona, surgen nuevas complicaciones, relacionadas a las condiciones subyacentes de los individuos afectados y a los tratamientos instaurados ^(1,2). Es así el caso de las infecciones fúngicas invasivas (IFI) relacionadas a la COVID-19, se han descrito casos de candidiasis, aspergilosis, criptococosis y recientemente se ha observado un aumento de infecciones por hongos del orden Mucorales (Mucormicosis) ⁽³⁻⁵⁾. Los mucorales son mohos oportunistas con una distribución ubicua en la naturaleza, incluyen los géneros *Rhizopus*, *Apophysomyces*, *Mucor* y *Lichtheimias* ⁽⁶⁾.

Material y métodos

Se presenta un caso clínico de mucormicosis rinosinusal relacionada a la infección por SARS-CoV-2 y se realiza revisión de la literatura.

Resultados

Paciente de sexo femenino, 52 años, con antecedentes de sobrepeso e hipertensión. Cursa neumonitis COVID – 19 que requirió ingreso en cuidados moderados requirió oxigenoterapia con máscara con reservorio y administración de dexametasona fosfato intravenoso durante 10 días. Buena evolución inicial, con mejoría de la insuficiencia respiratoria. Al día 22 del inicio de los síntomas de la COVID-19, comienza con rinorrea serosa, edema de hemicara izquierda y lagrimeo ocular a izquierda, en apirexia. Al día 26 agrega lesión discretamente dolorosa en paladar duro con áreas purulentas y necróticas. Con planteo de sinusitis bacteriana se inicia antibioticoterapia evoluciona con extensión lesional y fístula bucosinusal. Tomografía de cráneo y senos faciales que evidencia ocupación de la totalidad de los senos faciales y múltiples focos de necrosis del macizo facial. Colección a nivel intra-orbitario extraconal a izquierda, con discontinuidad ósea. De la paraclínica se destaca linfocitos de 1260/mm³, neutrófilos de 1960/mm³, VES 103 mm/h, Proteína C reactiva de 15mg/L. Mediante endoscopia nasal se realiza biopsia de las mucosas, en el micológico directo del material resecaado se observan filamentos compatibles con mucorales. Inicia anfotericina B desoxicolato a 1mg/kg/día intravenosa. Se realiza extensa resección de tejidos necróticos, paladar, la totalidad de los senos faciales, huesos propios de la nariz, mucosa esfenoidal y lámina papirácea.

En la evolución se realiza resección del marco óseo de órbita izquierda, órbita sin compromiso macroscópico.

Completa 5 semanas de anfotericina B desoxicolato con buena evolución clínica, endoscopías semanales sin evidencia de progresión lesional, sin nuevas áreas de necrosis, se rota tratamiento a isavuconazol vía oral completando 12 semanas de tratamiento antifúngico.

Conclusiones

La COVID -19, particularmente cuando existe requerimiento de oxigenoterapia y terapia con glucocorticoides, se describen como factores de riesgo para mucormicosis. La progresión de esta micosis es extremadamente rápida, por lo cual es fundamental una elevada sospecha clínica. Ligeros retrasos en el abordaje del paciente con mucormicosis, mayormente vinculados al tratamiento quirúrgico pueden tener consecuencias devastadoras para la supervivencia del paciente. El abordaje precoz, agresivo y multidisciplinario es fundamental.

Bibliografía

- 1- Alekseyev K, Didenko L, Chaudhry B. Rhinocerebral Mucormycosis and COVID-19 Pneumonia. *J Med Cases*. 2021;12(3):85–9. doi: 10.14740/jmc3637.
- 2- Rajendra A, Muddana K, Bakki S. Fungal Infections of Oral Cavity: Diagnosis, Management, and Association with COVID-19. *SN Compr Clin Med*. 2021;3(6):1373–84. doi: 10.1007/s42399-021-00873-9.
- 3- Jeong W, Keighley C, Wolfe R et al. The epidemiology and clinical manifestations of mucormycosis: a systematic review and meta-analysis of case reports. *Clin Microbiol Infect*. 2019 Jan;25(1):26-34. doi: 10.1016/j.cmi.2018.07.011.
- 4- Werthman A. Mucormycosis with orbital compartment syndrome in a patient with COVID-19. *Am J Emerg Med* 2021;42: 264-68. doi: 10.1016/j.ajem.2020.09.032.
- 5- Hirabayashi K, Idowu O, Kalin-Hajdu E et al. Invasive fungal sinusitis: risk factors for visual acuity outcomes and mortality. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019;35:535–42. doi: 10.1097/IOP.0000000000001357.
- 6- Mucormycosis. En: J. Chander. *Textbook of Medical Mycology*. 4ta. Ed. New Delhi. Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd; 2018. quierda.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA CON EL SCORE FIB-4 EN DIABETES MELLITUS DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Autores: García Z, Olaya Q, Silva M, Ormaechea G, Grupo UMIC.

Institución: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC). Montevideo. Uruguay.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un factor de riesgo importante para la enfermedad del hígado graso asociada a disfunción metabólica (MALFD), aumentando la morbimortalidad, el riesgo cardiovascular y la progresión de la enfermedad hepática a sus etapas más avanzadas (cirrosis hepática). La prevalencia de la MALFD en pacientes con DM2 es más del doble que en la población general, siendo entre 55,5 a 70% etapas iniciales de MALFD, 37,3% esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y 17% fibrosis hepática. A pesar de la alta prevalencia y las complicaciones graves de esta asociación, usualmente no se tiene presente en la práctica clínica. Se dispone de métodos de screening; no invasivos, económicos y prácticos como el score FIB-4, que para su cálculo requiere variables como; edad, transaminasas y plaquetas. El objetivo de este trabajo es evaluar el riesgo de presentar fibrosis hepática mediante el score FIB-4 en pacientes con DM2 en seguimiento ambulatorio en la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico. Se extraen los datos de la historia clínica de UMIC, entre enero del 2018 y junio de 2021. Todos los pacientes al ingresar a UMIC firman un consentimiento para uso de datos. Se calculó el score FIB-4, dividiendo en 3 grupos: <1.45: bajo riesgo, >1.45-<3.25 riesgo medio y alto riesgo >3.25.

Criterios de inclusión: >18 años, pertenecer a la cohorte de UMIC(FEVI<40%), tener DM2, no enfermedad hepática previa. Criterios de exclusión: no contar con datos para el cálculo de score FIB-4(hepatograma, hemograma), antecedente de consumo de alcohol mayor a 20g al día.

Resultados

Se incluyeron 59 pacientes (figura 1), 38 (64%) hombres, edad media 63,5+/-10,8. IMC con media de 34+/-22 (tabla1). Observándose que el 68% de los pacientes presentan riesgo de fibrosis hepática (figura 2).

Discusión

En nuestro trabajo se observó relación entre fibrosis hepática con obesidad, al igual que estudios internacionales. Se evidencio un alto “riesgo de” presentar fibrosis hepática en la población estudiada, con un porcentaje más alto de la evidencia internacional. Este trabajo jerarquiza la pesquisa de riesgo de fibrosis, en un población particular como es los diabético con IC, siendo que esta condición puede empeorar el pronóstico de estos pacientes. Este trabajo genera algunas hipótesis; ¿La mayor prevalencia encontrada se podrá vincular con una enfermedad inflamatoria, como es la IC?. Como debilidad del estudio, el bajo número de paciente, falta de grupo control, fue la ausencia de datos en el registro clínico.

Conclusiones

Este estudio da a conocer que hay un alta prevalencia de riesgo de presentar fibrosis hepática en pacientes diabéticos con IC, con la utilización de herramientas de screening, como el score FIB-4. Por lo que se debería realizar una mayor pesquisa de esta comorbilidad en pacientes con DM.

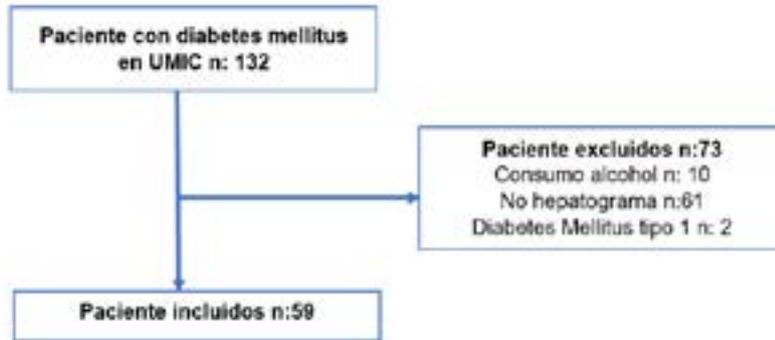


Figura 1. Flujograma selección de pacientes

Edad	Media 63,5+/-10,8
Sexo	
Femenino	21 (36%)
Masculino	38 (64%)
Etiología	
Isquémica	39 (66%)
No isquémica	20 (34%)
IMC	Media 34+/-22
FEVI %	Media 32,7 +/-9,89
Dislipemia	30 (51%)
HTA	36 (61%)
ERC	15 (25%)
FA	15 (25%)
HbA1c	7+/-1
Glicemia	214+/-85,3

Tabla 1. Características de la población.



Figura 2. Resultados Score FIB-4

STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y BACTERIEMIAS ¿DÓNDE ESTAMOS EN CUANTO A PERFILES DE SUSCEPTIBILIDAD?

Autores: Caiata L, Barloco A L, Ballesté R.

Institución: Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Montevideo. Uruguay

Introducción

Las infecciones invasivas por *Staphylococcus aureus* tienen elevado riesgo de complicaciones y mortalidad. Los β lactámicos son el tratamiento de elección en aislamientos meticilino-sensibles (SAMS), aunque en algunas situaciones (biofilms, inóculos elevados) pueden no resultar la mejor opción, al menos en monoterapia ⁽¹⁾. El tratamiento de aislamientos meticilino-resistentes (SAMR) puede ser aún más complejo, resultando fundamental la información aportada por el laboratorio para optimizar la antibioticoterapia ⁽¹⁾.

Objetivo

Describir el perfil de susceptibilidad de aislamientos de *S. aureus*, recuperados de bacteriemias, en una institución de salud privada de Montevideo-Uruguay.

Metodología

Estudio observacional. Población: pacientes ≥ 18 años, con hemocultivo positivo a *S. aureus* durante período 15/6/20-16/6/2021 en Asociación Española. Solo incluido primer hemocultivo positivo por paciente. Hemocultivos: botellas BACTEC Plus Aerobic/F, BD, equipo automatizado de monitorización continua BD BACTEC TM. Identificación: MALDITOF-MS[®], Bruker. Sensibilidad: Phoenix[®] (Becton Dickinson Diagnostics, Sparks, MD, EE.UU). Interpretación: normas CLSI 2021 (salvo tigeciclina: EUCAST 2021). Aislamientos definidos como multidrogo resistentes (MDR) cuando mostraron resistencia a ≥ 1 agente en ≥ 3 categorías antibióticas ⁽²⁾

Resultados y discusión

Población: 58 pacientes incluidos, media de edad 64,78 \pm 16,8 años, 34 (58,6%) hombres. Procedencia: 33/58 (56,9%) internados, 23 (39,7%) emergencia, 1 (1,7%) centro de diálisis, 1 (1,7%) domicilio.

Perfiles de susceptibilidad: Datos globales se resumen en gráfico 1.

- CIM a vancomicina = 1 ug/ml en 50 aislamientos y $\leq 0,5$ ug/ml 8 aislamientos.
- 21 aislamientos resistentes a eritromicina y 19 a clindamicina, con fenotipo MLSBi (macrólidos-lincosaminas-streptogramina b inducible): 14 aislamientos, fenotipo MLSBc (constitutivo); 5, fenotipo M de expulsión de macrólidos: 2.
- Aislamientos SAMR (N=10): 6 en pacientes internados y 4 ambulatorios (p=1). Un aislamiento con disociación oxacilina-cefoxitin (sensible oxacilina ≤ 2 ug/ml y resistente cefoxitin CIM >4 ug/ml). Todos CIM vancomicina = 1 ug/ml. Resistencias asociadas: ciprofloxacina 6 aislamientos, eritromicina 8, clindamicina 7 (5 MLSBc y 2 MLSBi), gentamicina 1, cloranfenicol 1. 7 aislamientos perfil MDR, con resistencia simultánea a:
 - ciprofloxacina/eritro-clinda/cloranfenicol: 1 aislamiento.
 - gentamicina/eritromicina: 1 aislamiento.
 - ciprofloxacina/eritromicina: 2 aislamientos.
 - ciprofloxacina/eritro-clindamicina: 3 aislamientos.

Prevalencia de meticilino-resistencia encontrada (17,2%), fue menor a la registrada en la institución en los meses pre pandemia COVID 19 (SAMR=36,8% período diciembre 2019 – marzo 2020), y también a la reportada por países vecinos: 40,9% SAMR en bacteriemias Argentina año 2019 ⁽³⁾.

Detección de un aislamiento con disociación oxacilina-cefoxitin, que podría explicarse como OS-MRSA (oxacilina-sensible meticilino resistente) o como portador de mecC ⁽⁴⁾.

CIM vancomicina =1 en todos los SAMR, aunque determinada por Phoenix[®], que suele obtener CIM superiores en una dilución respecto al método de referencia (microdilución) ⁽⁵⁾. Ningún aislamiento presentó CIM ≥ 2 ug/ml, asociada con riesgo de fracaso clínico y mortalidad bajo tratamiento con vancomicina ⁽¹⁾, ⁽⁶⁾.

Conclusiones

- >80% de sensibilidad a meticilina en *S. aureus* recuperados de bacteriemias.
- Vancomicina se mantiene como una opción aceptable en SAMR, todos los aislamientos CIM < 2 ug/ml, incluso utilizando metodología que tiende a sobre estimar la CIM.

Bibliografía

- 1- Mensa J. Guía de tratamiento antimicrobiano de la infección por *Staphylococcus aureus*. Rev Esp Quimioter. 2013;26(Supl.1):1-84.
- 2- Magiorakos A-P, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clin Microbiol Infect. marzo de 2012;18(3):268-81.
- 3- MAPAS-DE-RESISTENCIA-ANTIMICROBIANA-ARGENTINA-2019-RED-WHONET. Argentina: SERVICIO ANTIMICROBIANOS, Dpto. Bacteriología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) - ANLIS "DR. CARLOS G. MALBRAN"; 2019.
- 4- Barbagelata MGG, Casaretto LP, Ciganda MIM, Correa CG, Rusiñol GA, Pensado GV. *Staphylococcus aureus* portador del gen mecA sensible a oxacilina (OS-MRSA): otro desafío para los laboratorios de microbiología. :4.
- 5- Swenson JM, Anderson KF, Lonsway DR, Thompson A, McAllister SK, Limbago BM, et al. Accuracy of Commercial and Reference Susceptibility Testing Methods for Detecting Vancomycin-Intermediate *Staphylococcus aureus*. J CLIN MICROBIOL. 2009;47:5.
- 6- Chen S-Y, Liao C-H, Wang J-L, Chiang W-C, Lai M-S, Chie W-C, et al. Method-specific performance of vancomycin MIC susceptibility tests in predicting mortality of patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia. :8.

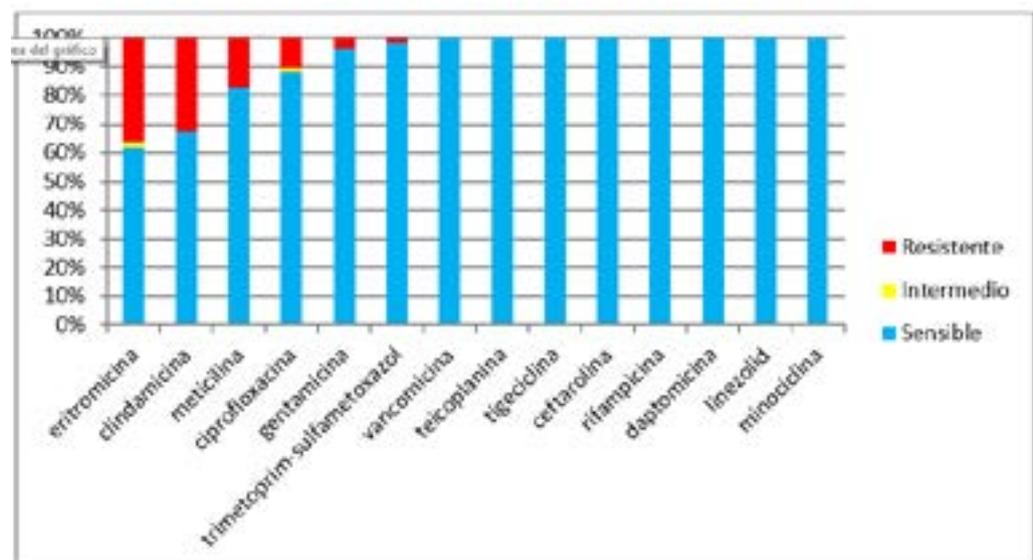


Gráfico 1. Distribución (en %) de los aislamientos de *S. aureus* recuperados de bacteriemias según susceptibilidad antibiótica (n=58).

UTILIDAD DEL MoCA (Montreal Cognitive Assessment) COMO TEST DE CRIBADO PARA EL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN POBLACIÓN DE HIPERTENSOS.

Autores: Spósito P, Llorens M

Institución: Clínica Médica 3. Hospital Maciel. UdelaR. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La demencia es una enfermedad prioritaria en los sistemas de salud de países en vías de desarrollo. Cada vez más se toma conciencia de la importancia del diagnóstico precoz. El 30% de los pacientes hipertensos sin compromiso de otros órganos presentan daño vascular encefálico y deterioro de las funciones cognitivas. De manera que, el status cognitivo podría ser considerado como un “subrogado” o potencial biomarcador del daño vascular del cerebro mediado por la hipertensión arterial. Es importante por tanto contar con tests de tamizaje adecuado. El MoCA es uno de los instrumentos de cribado del deterioro cognitivo leve (DCL) con buenos resultados mostrando una alta consistencia interna y validez predictiva.

Objetivos

-Evaluar el status cognitivo en pacientes hipertensos utilizando en forma sistemática el test de MoCA.

-Evaluar la sensibilidad y especificidad del mismo y determinar el punto de corte óptimo para detectar DCL

Metodología

Estudio analítico observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes asistidos en policlínica de hipertensión arterial (HTA) período 2017 a 2021. Se valoraron las funciones cognitivas mediante la realización del test de MoCA (versión castellana), y se cotejó con una batería de estudios neurocognitivos como patrón oro (BNC).

Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años, asistidos en la policlínica de HTA del Hospital Maciel.

Criterios de Exclusión: dificultades motoras, sensoriales, enfermedad psiquiátrica severa, analfabetismo.

Análisis estadístico: Para las variables cuantitativas se contrastó la normalidad mediante test de Kolomogrov Smirnov, variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado.

Resultados y discusión

Se incluyeron 137 pacientes con evaluación cognitiva. La edad media 60,4 +/- 12,5 91(66,4%) de sexo femenino. 103 (77,4%) HTA grado 3. Se detectaron 19 pacientes con DCL (13,9%) y 1 con demencia (0,7%). La mediana de puntuación del MOCA en el grupo sin DCL fue de 26 y de 21,5 en el grupo con DCL ($p=0.0001$). Con un punto de corte de 26 el test de MOCA resultó alterado en 63 pacientes (49,5%).) con una sensibilidad de 100% y especificidad de 58,7%. El valor predictivo positivo (VPP) fue de 28,6% y el valor predictivo negativo (VPN) de 100%. Con el descenso del punto de corte a 24 se logro el mejor balance entre sensibilidad y especificidad. Con un punto de corte de 24 la sensibilidad es de 88,9% y la especificidad de 78,9%; con un VPP de 41,0% y VPN de 97,7%. Tabla 1.

La exactitud diagnóstica del MoCA para detectar DCL está representada en la curva Receiver Operating Characteristic (ROC) área bajo la curva de 0.892 con un valor de $p=0,0001$. Gráfico 1. En todos los pacientes el DCL fue de tipo multidominio. Se encontraron diferencias significativas en todos los dominios cognitivos, especialmente la función ejecutiva.

Conclusión

En nuestra población de pacientes hipertensos el test de MoCA se muestra como un instrumento de gran utilidad para detectar DCL.

Punto de corte	sensibilidad	especificidad	VPP	VPN
26	100%	58.7%	28.6%	100%
25	88.9%	67.9%	31.4%	97.4%
24	88.9%	78.9%	41%	97.7%
23	72.2%	89%	52%	95.1%

Tabla 1. Sensibilidad y especificidad del MoCA para detectar DCL. MoCA: Montreal Cognitive Assessment; DCL: deterioro cognitivo leve; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo

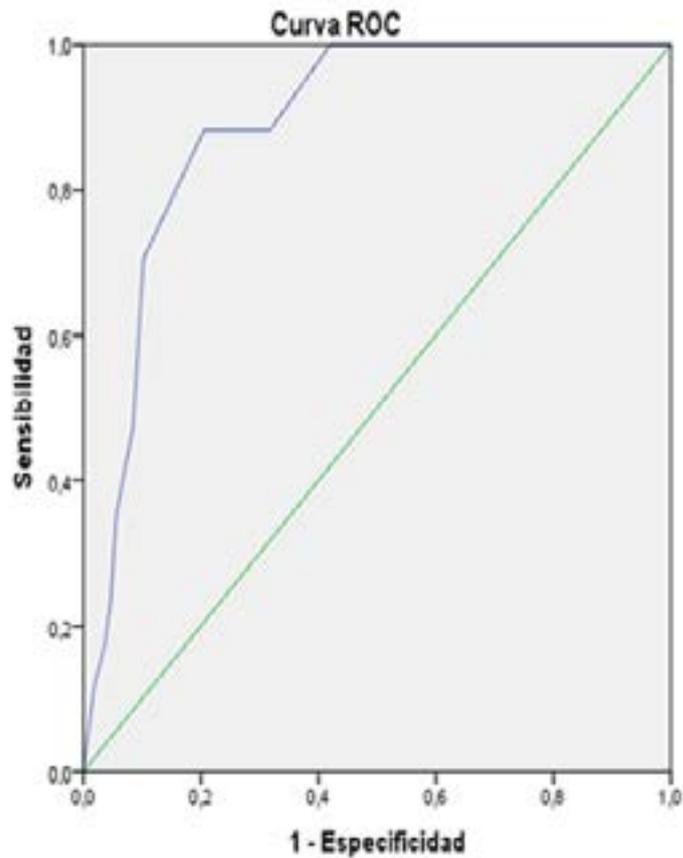


Gráfico 1. Curva ROC del MoCA para detectar DCL. DCL: deterioro cognitivo leve; MoCA: Montreal cognitive assesment test

ASOCIACION ENTRE DIABETES Y DEPRESION EN UNA POBLACION CON DIABETES MELLITUS 1

Autores: Di Lorenzi R, Garau M, Aída E, Bruno L, Barreneche L, Ruíz Díaz E, Melone I, Costa M, Fagian N.

Institución: Unidad Docente Asistencial de Diabetes. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay. Departamento de Métodos Cuantitativos Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los pacientes diabéticos asocian con frecuencia síntomas depresivos de diversa entidad, tanto por el periodo de duelo que acompaña el diagnóstico de la enfermedad, como en etapas sucesivas vinculado a cambios de estilo de vida, tratamiento farmacológico, aparición de complicaciones. La población con diabetes mellitus 1 (DM1) se encuentra menos estudiada, particularmente en los países en desarrollo, donde vive casi el 80% de la población diabética.

Los objetivos de este estudio son conocer la frecuencia de síntomas depresivos y su relación con factores socioculturales, control metabólico, y complicaciones crónicas.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal y observacional en el periodo mayo-setiembre de 2020 (período de pandemia por COVID 19). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DM1 mayores de 15 años que se asisten en una unidad de diabetes. Los criterios de inclusión fueron: población diabética mayor de 15 años, con más de un año de diagnóstico y con al menos una consulta en el último año. Se estableció como criterios de exclusión la imposibilidad de responder el formulario. Para evaluar depresión se aplicó el inventario de depresión de Beck II (BDI II) que consta de 21 preguntas, cuya puntuación va de 0 a 63, considerándose depresión puntajes iguales o mayores a 14 puntos. Se dividió en síntomas leves 14-19, síntomas moderados 20-28 y severos 29-63⁽¹⁾. Se evaluó adherencia al tratamiento utilizando el test de Morisky Green⁽²⁾.

Para comparar grupos se utilizó el test de Mann Whitney y el test de chi cuadrado. Se consideraron significativos valores p menores a 0.05.

Resultados y discusión

Se analizó una población de 50 pacientes, 23 fueron mujeres (46%). La edad media de la población fue de 28 años (desvío estándar de 13), siendo un 70% menores de 30 años. En cuanto al control metabólico la hemoglobina glicosilada (HbA1c) tuvo una mediana 9.2 % (min=6, máx.=15)

Se encontraron síntomas de depresión en 16 pacientes (32%). Siete (14%) presentaron síntomas leves y 9 (18%) presentaron síntomas moderados o severos.

Al analizar la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y depresión, se encontró asociación significativa entre el incumplimiento del tratamiento y la presencia de depresión ($p=0.036$) (figura 1).

No se encontró asociación entre depresión y grupo etario, ni con complicaciones crónicas (si bien fue más frecuente la presencia de complicaciones crónicas en aquellos con depresión). La HbA1c no mostró diferencias significativas entre quienes tenían depresión y quienes no.

Conclusiones

Se analizó una población con DM1 mayoritariamente juvenil.

La tercera parte de la población presentó síntomas de depresión y el 18 % síntomas moderados a severos, se halló asociación entre la presencia de depresión y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Aparece como necesaria la utilización de un método de screening

para evaluar depresión y derivar estos pacientes a equipos de salud mental para aliviar el doble impacto de diabetes y depresión.

Bibliografía

- 1- Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *An Psicol.* enero de 2013;29(1):66-75.
- 2- Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet.* 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.

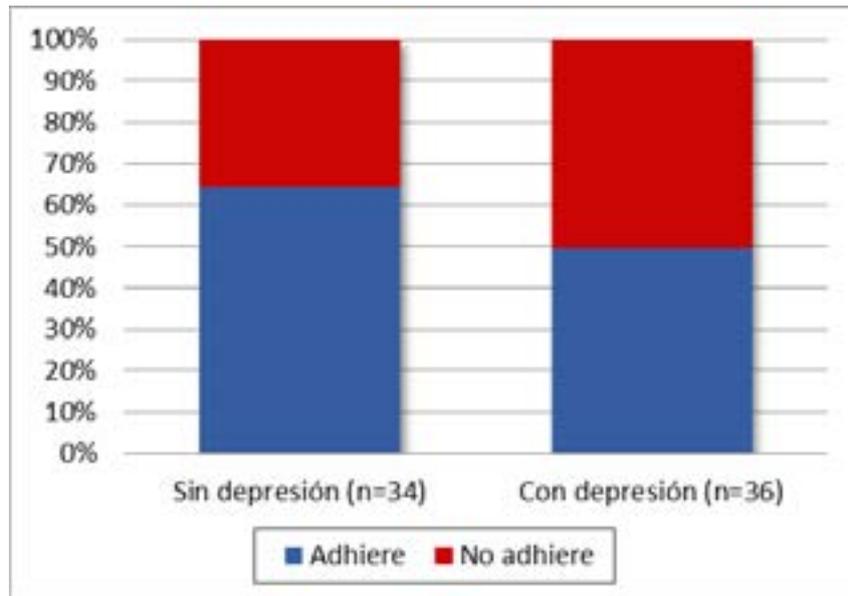


Figura 1. Adherencia al tratamiento farmacológico según depresión en pacientes con diabetes mellitus 1.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Autores: Di Lorenzi R, Garau M, Aída E, Bruno L, Barreneche L, Ruíz Díaz E, Melone I, Costa M, Fagian N.

Institución: Unidad Docente Asistencial de diabetes. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay. Departamento de métodos cuantitativos Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos un tema prioritario de salud pública. La adherencia al tratamiento es muy importante al evaluar la seguridad y efectividad de los tratamientos farmacológicos instituidos, particularmente en los pacientes con diabetes.

Los objetivos del trabajo son conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y las causas por las cuales no se cumple, en relación con factores demográficos, control metabólico y depresión, en una población con diabetes tipo 2.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Se trata de una muestra de pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a control entre mayo y octubre de 2020. En periodo de pandemia por Covid-19.

Los criterios de inclusión fueron: población diabética mayor de 15 años, con más de un año de diagnóstico y con al menos una consulta en el último año. Se establecieron como criterios de exclusión, pacientes que dependían de terceros para realizar el tratamiento farmacológico.

Se utilizó el test de Morisky Green, uno de los cuestionarios más utilizados en la práctica clínica. Consiste en realizar 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no⁽¹⁾.

Se utilizó el test de chi cuadrado para buscar asociación entre variables y test de Mann Whitney para comparar el valor de las variables continuas entre grupos. Se consideraron significativos valores p menores a 0.05.

Resultados y discusión

La población del estudio fue de 92 pacientes, 47 de los cuales eran hombres (51%); la edad media de la población fue 57 años (desvío estándar 11.7). En cuanto al control metabólico la hemoglobina glicosilada (HbA1c) media fue 8.3% (DE 2.3, mín. 5.0, Máx. 14.0). Sesenta y siete pacientes cumplían el tratamiento farmacológico y 25(27%) eran no cumplidores. De los incumplidores 7 olvidaban tomar la medicación, 7 no cumplían horarios, 7 dejaban de tomar la medicación cuando se encontraban bien y 11 dejaban de tomar la medicación si se sentían mal.

Quienes adherían al tratamiento tuvieron mejor control metabólico, con HbA1c mediana de 7,40 vs 8,70 en los que no adherían (test de Mann Whitney, valor $p=0.021$). (Figura 1) No hubo diferencias significativas en la edad de quienes adherían al tratamiento y quienes no (Mann Whitney, valor $p=0.484$). Si bien el 80% de los hombres mostraron adherencia al tratamiento versus 64% de las mujeres, no se encontró asociación significativa entre el sexo y el cumplimiento del tratamiento farmacológico (test de chi cuadrado, valor $p=0.076$)

El no cumplimiento del tratamiento farmacológico fue más frecuente entre quienes presentaban depresión (60%) que entre quienes no la presentaban (31.3%) siendo esta asociación significativa (chi cuadrado, valor $p=0.012$) (Figura 2).

Conclusiones

La no adherencia al tratamiento se asoció con peor control metabólico y mayor frecuencia de depresión. Más de la cuarta parte de la población no cumple el tratamiento farmacológico, por

cambios en la situación de bienestar o por olvidos. El tratamiento farmacológico es un pilar terapéutico, y es prioritario trabajar sobre la adherencia al tratamiento, analizando las causas del incumplimiento.

Bibliografía

- 1- Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet*. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.

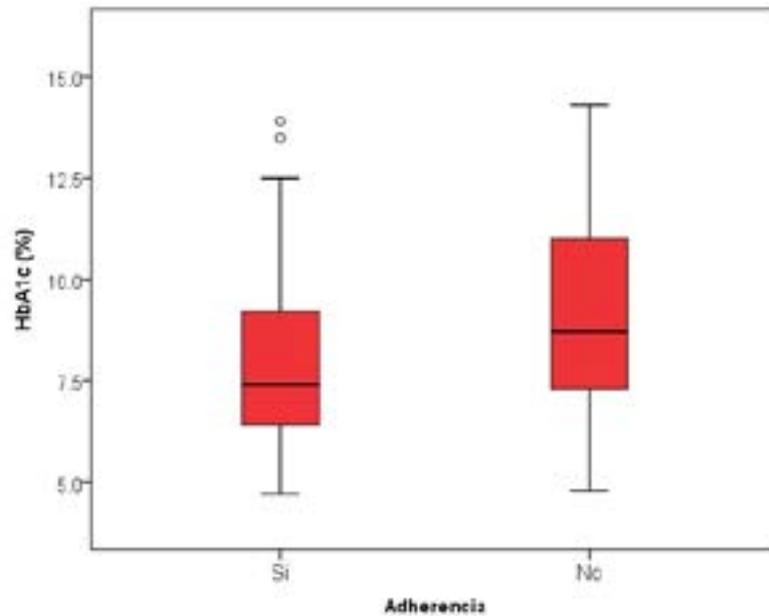


Figura 1. Distribución de la HbA1c según adherencia al tratamiento.

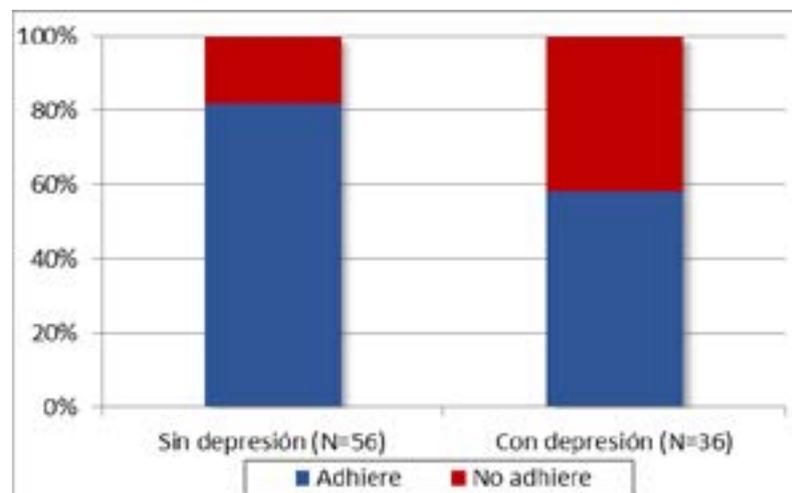


Figura 2. Adherencia al tratamiento según depresión en pacientes con DM 2

TUTORÍA ENTRE PARES: UNA NUEVA HERRAMIENTA PEDAGÓGICA

Autores: Olival L, Romero S, Llambí L, Deambrosi L, López J, Pan N, Nervi B, Fernández J, Esquiabo A, De León A, Belouta A, Pérez V, Ormaechea G.

Institución: Clínica Médica "A" . Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

Introducción

La tutoría entre pares (TEP) es una táctica de enseñanza cuyo origen pedagógico radica en el trabajo colaborativo entre estudiantes. Los tutores, estudiantes que ya cursaron el año en cuestión, acompañan de manera socio-afectiva y personal a los tutorados, estudiantes que cursan actualmente la clínica. Esto refuerza el rol proactivo del estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, adaptándose así a las exigencias académicas. A su vez, las TEP son para muchos de los tutores la primera experiencia agradable con la enseñanza, despertando de esta manera el interés de los éstos frente a la carrera docente.

Objetivos

Evaluar la implementación de la TEP.

Valorar la opinión de la TEP en los estudiantes del curso Ciclo Clínico General Integral (CCGI).

Metodología

En el año 2020, en el servicio de Clínica Médica "A" del Hospital de Clínicas se implementó la TEP para todos los estudiantes. Cada grupo estuvo a cargo de su docente grado 2 y dos tutores pares que complementaban su actuación. La participación como tutor de la TEP fue voluntaria, siendo beneficiados con créditos acumulables necesarios para el egreso universitario y la obtención del título de Doctor en Medicina. Los tutores coordinaban sus intervenciones con los Profesores Agregado y Adjunto de la Clínica, acordando inicialmente el desarrollo de las TEP entre marzo y noviembre con una carga horaria de 63 hs. Al finalizar la tutoría se realizó una encuesta anónima a los estudiantes que evaluaba globalmente de la experiencia en las TEP.

Resultados

De un total de 111 estudiantes que cursaron se recibieron 74 encuestas. Se evaluaron las tutorías como "buena" y "muy buena" en el 29,7% y 58,1% respectivamente sumando un total entre ambas categorías conjuntas del 87,8% de los encuestados. Las actividades realizadas mejor evaluadas correspondieron a la "orientación sobre búsquedas bibliográficas o materiales de estudio" y las "actividades de simulación" (role-playing) en un 83,8% y 74,3% respectivamente. Casi la mitad de los estudiantes (43,2%) consideró que podrían postularse como tutores en el futuro con un 40,5% que lo tiene como posibilidad.

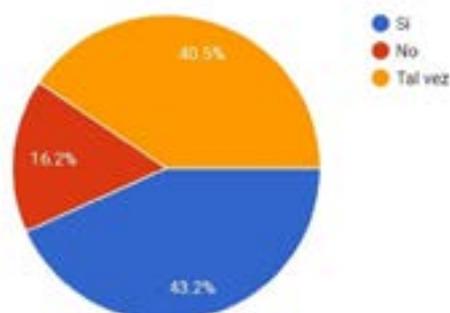
Conclusión

Las TEP son una herramienta pedagógica útil y aún sin explorar. Las mismas fueron valoradas en forma positivas y consideradas favorables para el binomio tutor-tutorado potenciando la solidaridad y la empatía, afianzando conceptos de forma bidireccional.

Experiencia

La experiencia te hace considerar la posibilidad de postularte a ser Tutor-par en el futuro? (La respuesta NO implica un compromiso o inscripción futura)

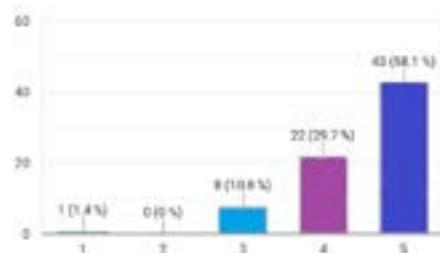
74 respuestas



Evaluación global de la experiencia

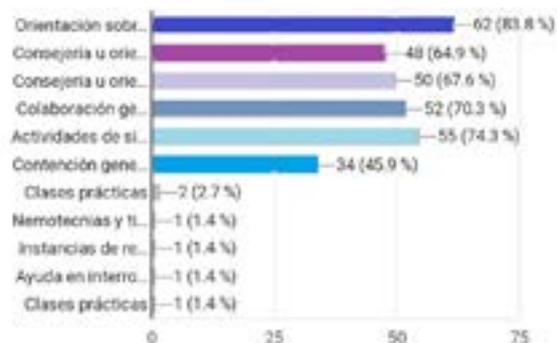
Cómo evalúas globalmente la experiencia de haber contado con un/a tutor/a par?

74 respuestas



Qué actividades realizadas con apoyo de tu tutor/a par consideras útiles o muy útiles?

74 respuestas



APOPLEJÍA HIPOFISARIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Autores: Petrini I, Caraballo R, Pattarino C, Collazo C, Milano E.

Institución: CRAMI IAMPP. Las Piedras. Uruguay.

Introducción

La apoplejía hipofisaria (AH) es un síndrome clínico caracterizado por cefalea brusca, vómitos, alteración visual y depresión de conciencia causado por hemorragia y/o infarto de la hipófisis.

Es un evento poco frecuente, potencialmente fatal, cuya presentación simula diferentes urgencias neurológicas y puede constituir una emergencia endocrinológica. Se debe estudiar mediante técnicas de neuroimagen, valoración endocrinológica e iniciar tratamiento sustitutivo empíricamente cuando así lo amerite.

Caso clínico 1

Hombre de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) tipo 2.

Consultó por cefalea intensa de una semana de evolución, retroorbitaria y frontal bilateral, de inicio brusco y vómitos persistentes. Al ingreso estaba lúcido, apirético, normotenso, destacándose hiponatremia severa. La tomografía computada (TAC) de cráneo no evidenció elementos patológicos.

A las 48 horas instala parálisis completa del III par craneal bilateral. Figura 1.

La resonancia nuclear magnética (RNM) evidenció un proceso expansivo hipofisario con sangrado subagudo. Figura 2. Se inició tratamiento corticoideo empíricamente. La dosificación hormonal evidenció hipotiroidismo secundario, hipocortisolismo e hipoprolactinemia.

Se realizó tratamiento sustitutivo con levotiroxina y se mantuvo administración oral de hidrocortisona. A los 15 días se realizó resección del tumor hipofisario por vía transesfenoidal. Buena evolución con mejoría de la oculoparesia, normalizando natremia y dosificación de hormonas tiroideas. Figura 3.

Caso clínico 2

Mujer de 77 años. HTA y DM tipo 2 con retinopatía proliferativa fotocoagulada. Amaurosis derecha. Dos meses antes del ingreso, episodio de tromboembolismo pulmonar, por lo que estaba anticoagulada con warfarina, con INR en rango terapéutico.

Consultó por cefalea retroorbitaria intensa de 24 horas de evolución, de inicio brusco, vómitos y ptosis palpebral izquierda.

Ingresó lúcida, hemodinámicamente estable, con parálisis completa del III par a izquierda. Figura 4.

La TAC de cráneo evidenció un proceso expansivo selar-supraselar de 12 x 33 mm.

Con planteo de AH se realizó valoración endocrinológica: TSH, T3 y T4, cortisol basal, ACTH y prolactinemia en rango normal. La RNM confirmó el proceso expansivo hipofisario, ocupando silla, con extensión al seno cavernoso izquierdo e imagen sugestiva de sangrado hipofisario subagudo. Figura 5. Por el riesgo quirúrgico por sus comorbilidades, se desestimó cirugía, indicándose radiocirugía.

Discusión

La AH tiene una baja incidencia. Generalmente se produce en macroadenomas no funcionantes no conocidos previamente. Figura 6 y 7.

Entre los principales factores precipitantes se encuentran la cirugía cardíaca, estudios funcionales dinámicos de hipófisis y anticoagulación. La TAC es indispensable para descartar otras urgencias, con baja sensibilidad para evidenciar hemorragia, siendo la RNM el estudio más importante.

Es necesario monitorear el estado hemodinámico y la natremia, ya que en caso de inestabilidad, se debe administrar hidrocortisona en forma urgente por ser la deficiencia corticotrópica su causa más frecuente.

No hay suficiente evidencia para recomendar tratamiento conservador o quirúrgico. Hay consenso en optar por cirugía en caso de disminución severa de la agudeza visual o depresión de conciencia. El manejo de cada caso debe ser individualizado, y decidido por un equipo multidisciplinario.

Conclusiones

A pesar de su baja incidencia, hay que considerar la AH ante un paciente con cefalea intensa de inicio brusco, vómitos y ocluparesia, especialmente tras cirugía cardíaca o test de estimulación hipofisaria.



Figura 1. Caso clínico 1. III par completo bilateral instalado a las 48 hs del ingreso.

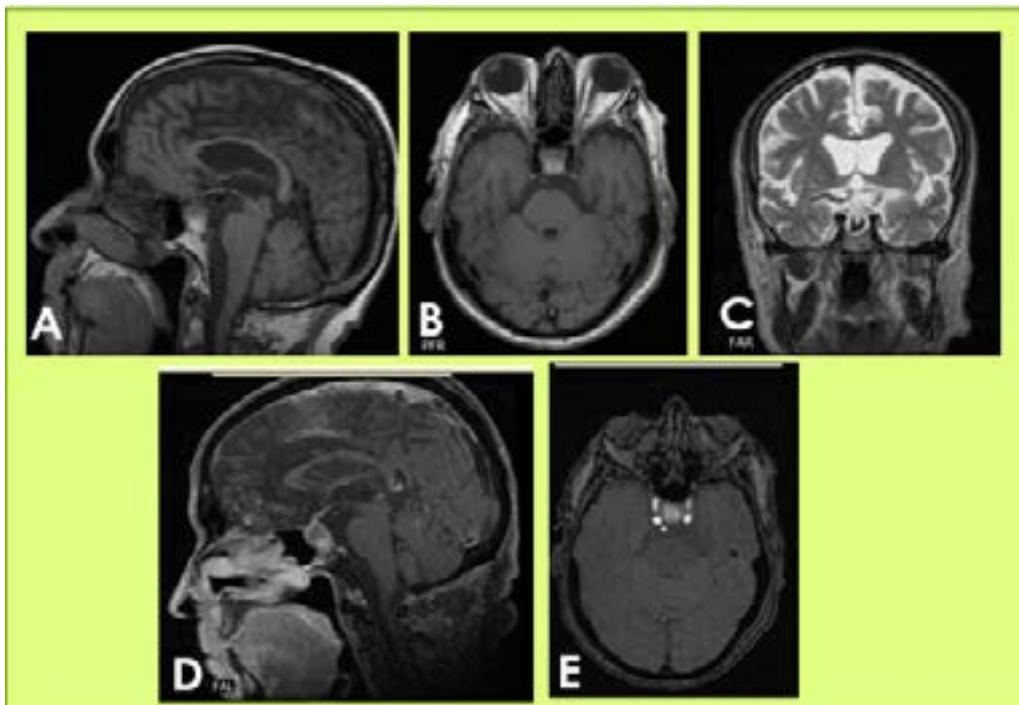


Figura 2. Caso clínico 1. A) Corte sagital secuencia T1. Aumento de tamaño hipofisario con área hiperintensa. B) Corte axial T1 C) corte coronal T2 D) corte sagital T1 con Gadolinio, realce periférico E) Axial T1 protocolo angiorresonancia.



Figura 3. Caso clínico 1. Fotografía a las 24 hs del postoperatorio.



Figura 4. Caso clínico 2. A) Ptosis completa de párpado izquierdo. B) Limitación en aducción ocular izquierda, con imposibilidad de sobrepasar la línea media



Figura 5. Caso clínico 2. A) Corte axial de TAC sin medio de contraste que evidencia proceso expansivo selar con expansión a seno cavernoso izquierdo. B) Corte coronal de RNM en secuencia T2 que evidencia el proceso hipofisario con elevación del quiasma óptico.

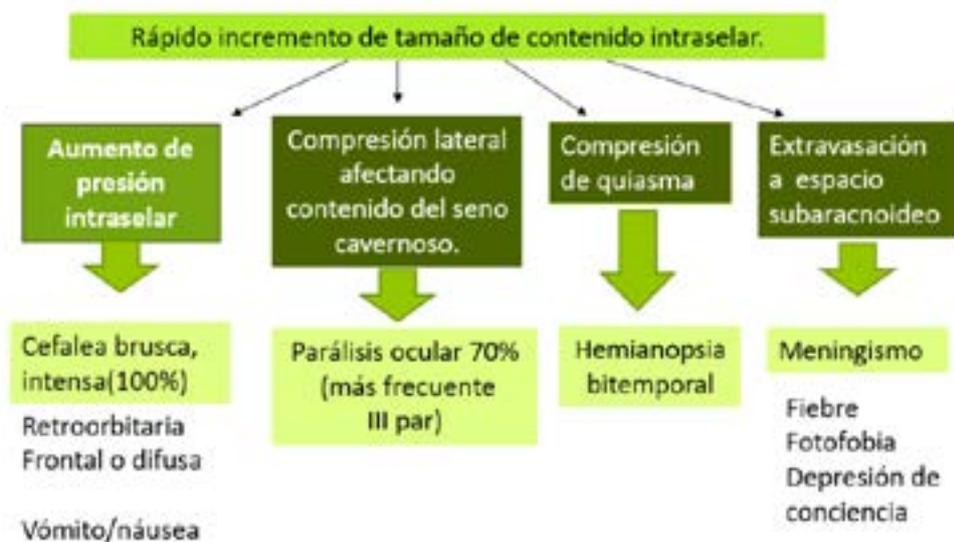


Figura 6. Mecanismos patogénicos de las manifestaciones neurológicas de la AH.



Figura 7. Mecanismos de hiponatremia en la AH.

AGUDA	DEOXIHEMOGLOBINA	T1 <u>isointenso</u> T2 <u>hipointenso</u>
SUBAGUDA	METAHEMOGLOBINA	T1 <u>hiperintenso</u> T2 <u>áreas hipointensas irregulares / hiperintenso</u>
CRONICA	HEMOSIDERINA	T1 <u>hipointenso</u> T2 <u>hipointenso</u>

Figura 8. Intensidades evidenciadas en las secuencias T1 y T2 de RNM según etapa evolutiva de la AH.

ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE HEPÁTICO (2009-2019).

Autores: Gemelli SH, Prieto JB, Medina JC

Institución: Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas Complejas (Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Hospital de Clínicas) Trasplante Hepático. Uruguay.

Introducción

La patología infecciosa es la principal causa de morbimortalidad en los pacientes trasplantados de órgano sólido (TOS). Las infecciones intraabdominales (IIA) en pacientes receptores de TH se presenta con mayor frecuencia que en otros TOS. En el caso del trasplante hepático (TH) el 32% de la mortalidad en el primer año post trasplante está asociada a complicaciones infecciosas.

El objetivo del trabajo fue describir y caracterizar las infecciones intraabdominales documentadas durante el reinicio de los 10 primeros años del Programa Nacional de Trasplante Hepático URUGUAY (2009-2019), así como evaluar la respuesta clínica y paraclínica del swich al tratamiento antimicrobiano vía oral como estrategia en la consolidación del mismo.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo serie de casos sobre las IIA de todos los receptores de TH incluidos en el Programa Nacional, documentadas durante el reinicio del programa y comprendidas el periodo julio del 2009 a marzo de 2019 en la Unidad Bi Institucional de Enfermedades Hepáticas Complejas (Hospital Militar, Hospital de Clínicas) Trasplante Hepático. URUGUAY. No se revelaron las identidades de los pacientes.

Resultados y discusión

El número de pacientes receptores de trasplante hepático hasta el periodo de estudio fue 184. El número total de ingresos hospitalarios registrados por IIA durante el trabajo fue de 38, presentándose en un total de 27 pacientes con 47 diagnósticos nosológicos totales. La incidencia acumulada total fue de 20,65%. Los diagnósticos incluyeron: Colangitis (aguda simple o frustra, posterior a instrumentación de vía biliar y asociada a abscesos hepáticos), Colecciones intraabdominales (IA), Infección de sitio quirúrgico órgano-espacio (ISQ), isquemia hepática sobreinfectada y peritonitis. La bacteriemia concomitante se presentó en 4 casos, siendo en 2 oportunidades posterior a maniobras de instrumentación de la vía biliar y en los otros 2 debido a una colangitis asociada a absceso hepático y a una ISQ con colección intraabdominal. El número total de fallecidos por IIA dentro del tiempo de análisis fue de 6, destacándose que 5 de ellos fueron durante el post trasplante inmediato. El swich al tratamiento vía oral como consolidación se logró en 25 oportunidades. De esos en 20 casos se logró tanto buena una respuesta clínica como paraclínica, traduciendo que en 8 de cada 10 pacientes que se roto a un plan antimicrobiano (ATM) v/o los mismos tuvieron elementos de curación del cuadro infeccioso a partir de parámetros clínicos y paraclínicos.

Conclusiones

3 de cada 20 pacientes receptores de TH del Programa Nacional presentaron al menos un episodio de IIA durante el periodo de estudio. Las tasas de letalidad y mortalidad fueron de 22,2% y 3,2% respectivamente. Los principales diagnósticos incluyeron colangitis, colecciones IA e ISQ O/E. Mas de la mitad de los Enterococcus y las enterobacterias fueron resistente a ampicilina y presentaron BLEE como mecanismo de resistencia respectivamente. 8 de cada 10 pacientes (80%) a los que se les pudo rotar el tratamiento antimicrobiano a vía oral presentaron curación de su cuadro infeccioso, traduciendo en este caso la buena experiencia terapéutica al aplicar dicha estrategia en la consolidación de estas infecciones.

STROKE ISQUÉMICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA

Autores: Petrini I, Collazo C, Milano E, Caraballo R, Pattarino C.

Institución: CRAMI IAMPP, Las Piedras. Uruguay.

Introducción

La leucemia promielocítica aguda (LPA) representa un subtipo de leucemia mieloide aguda, con características clínicas, citomorfológicas e inmunofenotípicas peculiares. Presenta una alteración genética específica, la t(15;17), con su correspondiente contrapartida molecular, el reordenamiento PML/RARA, que confiere una particular sensibilidad al ácido holo-transretinoico (ATRA) y al tiróxido de arsénico (ATO).

La coagulopatía asociada a la LPA usualmente se presenta como diátesis hemorrágica, que puede ser potencialmente fatal, y empeora al iniciar el tratamiento de inducción. Sin embargo, en pocos casos se presenta con trombosis.

Caso clínico

Mujer de 63 años. Obesa, hipertensa. Histerectomía con anexectomía bilateral por carcinoma endometroide bien diferenciado cinco años antes del ingreso. Dos años más tarde, adenocarcinoma de sigmoides con secundarismo hepático, con resección de rectosigmoides y de nódulo hepático. Recibe quimioterapia en base a capecitabine/oxilipiatino y bevacizumab por 18 meses, suspendiéndose por respuesta completa.

Ingresar por hemiparesia derecha proporcionada, con afasia de expresión de instalación brusca. La tomografía de cráneo evidenció un área de isquemia de aspecto reciente a nivel paraventricular izquierdo comprometiendo el núcleo caudado. Figura 1. A las 48 hs empeora el déficit neurológico, con aumento del tamaño de la isquemia. Figura 2. La paciente no presentaba historia de sangrados evidentes, elementos de síndrome funcional anémico ni de actividad infecciosa. El electrocardiograma basal era normal, así como el ecocardiograma transtorácico. El doppler de vasos de cuello no evidenció lesiones en carótidas ni arterias vertebrales.

Del hemograma del ingreso se destacaba anemia normocítica normocrómica Hb 10,1 g/dl, leucopenia moderada 1190/mm³ con neutropenia severa 360/mm³, y plaquetopenia de 82000/mm³. La función renal era normal, así como la dosificación de ácido fólico y vitamina B12. Las serologías para HIV, virus de hepatitis B y C fueron negativas.

Para el estudio de las citopenias se realizó mielograma, realizando estudio citogenético e inmunofenotipo (IF) de médula ósea, confirmándose el diagnóstico de LPA. Se realizó tratamiento de inducción con daunorrubicina y ATRA, con estudio IF, citogenético y molecular de control que evidenció respuesta y remisión a nivel medular. La pancitopenia mejoró en forma progresiva, normalizando el hemograma. Posteriormente se realiza la primera consolidación con ATRA y daunorrubicina, una segunda consolidación con ATRA y mitoxantrona y una tercera con ATRA y daunorrubicina.

Discusión

La coagulopatía es una complicación frecuente de la LPA, manifestándose principalmente como hemorragia. Menos común es la presentación como trombosis, que puede afectar a casi cualquier órgano, representando la trombosis venosa, los eventos isquémicos miocárdicos y el stroke el 75 % de los casos. Resulta de la interrelación de varios factores, siendo el principal la liberación de sustancias procoagulantes por los blastos promielocíticos, que lleva a coagulación intravascular diseminada.

Conclusiones

A pesar de la baja incidencia, hay que considerar a las hemopatías malignas en la etiología del stroke en paciente sin factores de riesgo cardiovascular.



Figura 1. Tomografía axial computarizado cráneo del ingreso

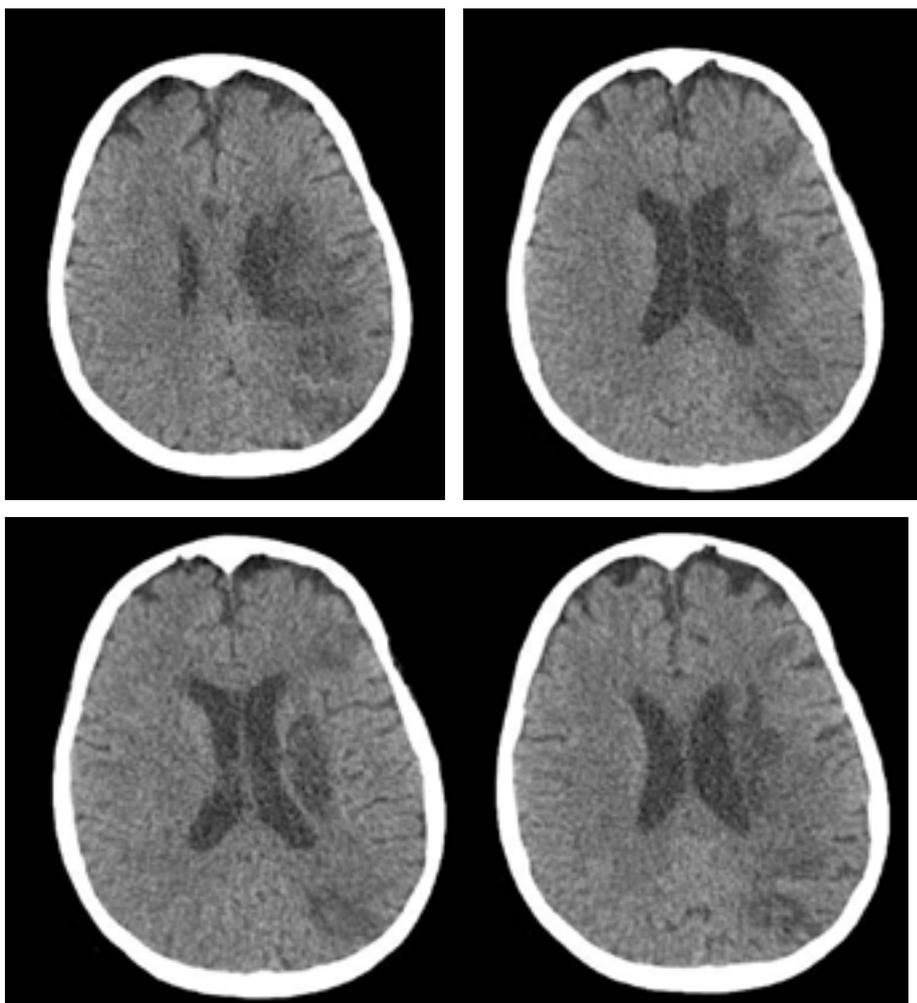


Figura 2. Tomografía axial computarizado cráneo de la evolución.

SINDROME DE LÖFGREN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Autores: Petrini I, Collazo C, Caraballo R, Pattarino C, Milano E

Institución: CRAMI IAMPP. Las Piedras. Uruguay

Introducción

El síndrome de Löfgren (SL) es una de las formas de presentación de la sarcoidosis aguda y comprende la tríada de adenopatías hiliares bilaterales, fiebre y eritema nodoso (EN) de instalación aguda.

Caso clínico 1

Hombre de 44 años, que consulta por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por febrícula, eritema y dolor intenso en cicatriz de osteosíntesis de radio y cúbito (realizada 4 años atrás), EN en superficie pretibial, muslos y antebrazos, pápulas eritematosas en dorso, cuello y miembros superiores y poliartritis a predominio de tobillos. Agrega hiperemia conjuntival bilateral y tos irritativa, con aumento del tamaño de los hilios bilateramente en la radiografía de torax, por lo que se realiza una tomografía (TAC) de torax que evidencia adenopatías hiliares bilaterales y múltiples nódulos parenquimatosos bilaterales. Con diagnóstico de sarcoidosis aguda a forma de Síndrome de Löfgren, se trata con prednisona con excelente evolución clínica y tomográfica.

Caso clínico 2

Mujer de 51 años, hipertensa. Cursó COVID19 sin síntomas respiratorios tres semanas antes del inicio de los síntomas. Consulta por cuadro de EN en región pretibial, pápulas confluentes en rodilla derecha de una semana de evolución. Agrega fiebre, astenia, dolor, edema y eritema en tobillos bilateral. La TAC de tórax evidencia adenomegalias hiliares bilaterales. Se diagnostica síndrome de Löfgren, y se realiza tratamiento con prednisona con descenso progresivo de la dosis, logrando remisión completa. Se suspende tratamiento a los 6 meses, instalando poliartralgias que remiten al reinstalar el tratamiento.

Discusión

El diagnóstico de SL es clínico-radiológico, no requiriendo confirmación anatomopatológica. El compromiso pulmonar suele manifestarse como tos o disnea. Los hallazgos tomográficos pulmonares más frecuentes son los nodulillos de distribución linfangítica, siendo los nódulos grandes y masas hallazgos atípicos por la confluencia de granulomas.

Las lesiones cutáneas de la sarcoidosis se clasifican en específicas y no específicas. Las primeras presentan histológicamente granulomas sacoideos: maculopápulas, placas, lupus pernio, sarcoidosis de las cicatrices y sarcoidosis cutánea. Una variante de lesión maculopapulosa es la sarcoidosis papulosa de rodillas, y se observa formando parte del SL. La lesión no específica más frecuente es el EN. Se han reportado casos de EN en pacientes cursando COVID19, uno de ellos asociado a sarcoidosis cutánea confirmado histológicamente.

Un 20-50% presenta compromiso ocular, pudiendo afectar desde la conjuntiva hasta el nervio óptico. En cuanto al compromiso musculoesquelético, los tobillos son los más afectados, seguidos por las rodillas, puños y codos. El edema generalmente es periarticular.

El pronóstico favorable del SL prácticamente elimina la necesidad de tratamiento, pero puede considerarse los corticoides orales cuando los síntomas causados por el EN y artritis son incapacitantes.

Conclusiones

Es importante reconocer las manifestaciones clínicas y el buen pronóstico del SL, para poder evitar estudios y tratamientos innecesarios.



Figura 1. Caso 1. Maculopápulas en región cervical (A) y en dorso (B y C).



Figura 2. Caso 1. Cicatriz de osteosíntesis eritematosa.



Figura 3. Caso 1. Nódulos eritematosos en pierna y muslo bilateral.



Figura 4. Caso 1. Hiperemia conjuntival



Figura 5. Caso 1. RxTx evidenciando aumento del tamaño de los hilos pulmonares.



Figura 6. Caso 1. Tomografía (TAC) de tórax que evidencia adenopatías hiliares y nódulos pulmonares.

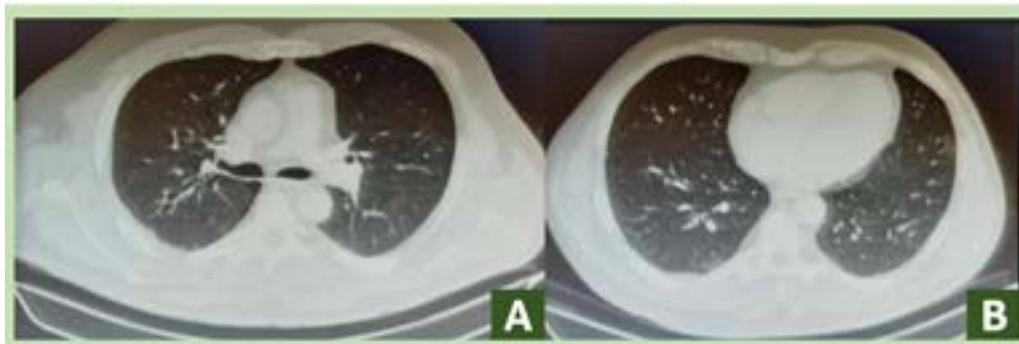


Figura 7. Caso 1. TAC de tórax de control a los 6 meses del diagnóstico, con resolución de los nódulos y adenomegalias



Figura 8. Caso 2. Eritema nodoso pretibial.



Figura 9. Caso 2. Sarcoidosis papulosa de rodillas.

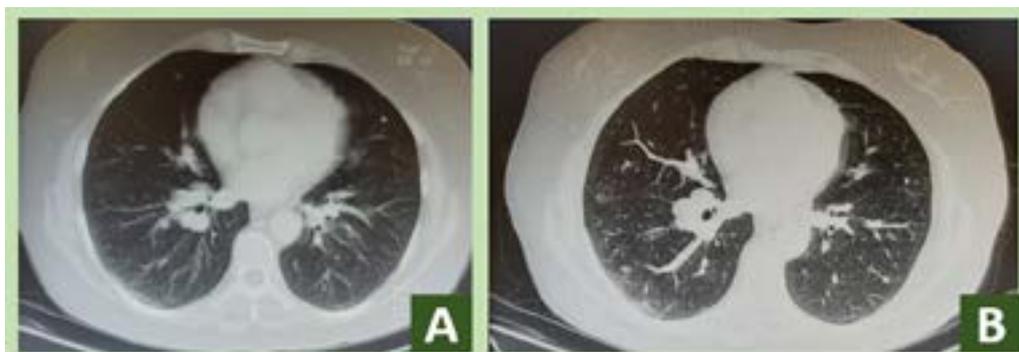


Figura 10. Caso 2. TAC de tórax de la paciente del caso 2, que evidencia adenomegalias hiliares bilaterales.

RESISTENCIA PRETRATAMIENTO DEL VIH-1 A LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES EN URUGUAY, 2018-2019

Autores: Flieller MR, Ruchansky D, Brasesco M, Perez D, Balsamo A, García C, Avila S, Cabrera S, Chiparelli H

Institución: Laboratorio de VIH/Sida-Unidad de Virología. Depto. de Laboratorios de Salud Pública. Programa Nacional de ITS/Sida. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Vigilancia en Salud-División Epidemiología. Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. Laboratorio de Referencia de VIH para OPS/OMS. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México. D.F.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vigilancia de la resistencia del VIH a los ARVs.(1) En Uruguay se realizó la primera encuesta nacional para estimar la prevalencia de resistencia del VIH-1 a los ARVs en personas que iniciarían tratamiento antirretroviral (TARV), hayan estado o no expuestos a ARVs, durante el período octubre 2018 a octubre 2019.

Metodología

Encuesta transversal, nacionalmente representativa siguiendo la metodología recomendada por la OMS.(2) Se incluyeron 206 adultos con VIH-1 con carga viral >1000 copias/mL.

El Departamento de Laboratorios de Salud Pública recibió muestras de sangre con EDTA almacenando el plasma de los pacientes hasta su envío al Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México, (Laboratorio de Referencia Regional de OMS para vigilancia de la resistencia del VIH a los ARVs), para la detección de mutaciones asociadas a resistencia mediante la secuenciación parcial del gen pol.(3,4) Para el análisis estadístico se realizó acorde con la guía de OMS para el análisis de encuestas de resistencia de VIH a los ARVs.(2)

Resultado y discusión

La distribución por sexo y edad de las 206 personas enroladas se presentan en la tabla 1. El recuento de linfocitos TCD4+ previo al inicio de TARV, fue <200 células/ μ L en 28.9% (IC95% 24-34.2%), 200-500 células/ μ L en 39.2% (IC95% 34.2-44.4%) y >500 células/ μ L en 32.0% (IC95% 27.-37.1%). La distribución del conteo de linfocitos TCD4+ fue similar por género y exposición previa a ARVs

La exposición previa a ARVs reportada fue 35.6% (IC95% 34.2-37.0%).De éstos, 79.8% (IC 95%: 69.8-87.0%) habían recibido y abandonado TARV previamente, 1.3% (IC 95%: 0.2-10.7%) habían utilizado profilaxis post-exposición, 1.3% (IC 95%: 0.2-10.6%) había recibido prevención de transmisión materna infantil y en 17.6% (IC 95%: 11.3-26.4%) se desconocía el tipo de exposición previa.

Los subtipos de VIH-1 observados fueron B (56.3%, IC 95%: 54.7-57.9%), recombinantes BF (17.4%, IC 95%: 16.3-18.5%), CRF12_BF (14.4%, IC 95%:13.2-15.6%) y C (7.7%, IC 95%:7.1-8.2%).

La prevalencia de resistencia del VIH a Inhibidores No Nucleosídicos de la Transcriptasa inversa (INNTI) fue 15.2% (IC95%:14.1-16.3%); 10.3% (IC95%:9.4-11.2%) a inhibidores nucleosídicos/nucleotídicos de la transcriptasa inversa (IN(t)TI); 12.7% (IC 95%: 11.7-13.8%) a Inhibidores de Integrasa (INSTI) y 1.5% (IC 95%: 1.1-2.1%) a Inhibidores de proteasa (IP). (Tabla 2).

Los casos de resistencia pretratamiento a INSTI correspondían a subtipo F o CRF_BF y en todos los casos se observó la mutación G163RK, descrita como polimorfismo asociado a subtipos F y que por sí sola no tendría impacto en la respuesta terapéutica.

Conclusiones

La prevalencia elevada de resistencia pretratamiento a los INNTI, mayor al 10%, en personas con y sin exposición previa a ARVs sustenta la necesidad de agilizar la transición a regímenes en base a INSTI para el inicio. Medir la prevalencia de resistencia pretratamiento periódicamente es imprescindible para apoyar las decisiones de salud pública en la incorporación de ARVs y protocolizar su uso.

Bibliografía

- 1- HIV drug resistance surveillance guidance: 2015 update. 2015, World Health Organization: Geneva. p. 20.
- 2- Surveillance of HIV drug resistance in populations initiating antiretroviral therapy (pre-treatment HIV drug resistance). 2014, World Health Organization: Geneva. p. 36.
- 3- Garcia-Morales, C., et al., HIV pretreatment drug resistance trends in three geographic areas of Mexico. J Antimicrob Chemother, 2017. 72(11): p. 3149-3158.
- 4- WHO/HIVRESNET HIV drug resistance laboratory operational framework. 2017, World Health Organization: Geneva. p. 73

	Personas con VIH que iniciarían tratamiento antiretroviral								
	Todos (N=206)			Con exposición previa a ARVs (N=73)			Sin exposición previa a ARVs (N=133)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Género									
Femenino	71	34.3	33.2–35.4	37	50.2	47.7–52.7	34	25.5	24.3–26.8
Masculino	130	63.2	62.1–64.3	35	48.3	45.8–50.8	95	71.5	70.2–72.7
Transgénero	4	2.0	1.6–2.5	1	1.5	0.8–2.7	3	2.3	1.8–2.9
Edad									
≤25 años	30	14.3	13.8–14.8	7	9.4	8.6–10.1	23	17.0	16.2–17.8
>25 años	176	85.7	85.2–86.2	66	90.6	89.9–91.4	110	83.0	82.2–83.8

Tabla 1. Características clínicas de personas con VIH que iniciarían tratamiento antiretroviral en Uruguay, 2018-2019. Proporciones e IC 95% ajustados con pesos acorde al diseño de la encuesta.

*Se desconoce el género de una persona con VIH que iniciaría tratamiento antiretroviral (sin exposición previa a ARVs).

	Todos		Femenino		Masculino	
	n/N	%, IC 95%	n/N	%, IC 95%	n/N	%, IC 95%
Todos						
IN(t)TI	21/204	10.3, 9.4–11.2	8/70	11.5, 10.1–13.2	12/129	9.3, 8.4–10.2
INNTI	31/204	15.2, 14.1–16.3	11/70	15.8, 14.1–17.7	18/129	13.9, 12.6–15.3
IP	3/204	1.5, 1.1–2.1	1/70	1.7, 0.7–3.9	2/129	1.5, 1.5–1.5
INSTI	26/205	12.7, 11.7–13.8	7/71	9.8, 8.8–10.9	19/129	14.8, 13.3–16.4
INNTI o IN(t)TI o IP	45/204	22.0, 20.7–23.3	16/70	22.9, 21.0–24.8	26/129	20.1, 18.6–21.7

Sin exposición previa a ARVs						
IN(t)TI	11/131	8.5, 7.4–9.8	3/33	9.5, 6.9–12.9	7/94	7.5, 6.5–8.6
INNTI	16/131	12.3, 11.0–13.8	5/33	15.5, 12.8–18.6	10/94	10.7, 9.2–12.4
IP	3/131	2.4, 1.7–3.2	1/33	3.5, 1.5–8.1	2/94	2.1, 2.0–2.1
INSTI	20/132	14.9, 14.1–15.6	5/34	14.4, 13.4–15.3	15/94	15.7, 14.7–16.6
INNTI o IN(t)TI o IP	24/131	18.4, 16.8–20.2	6/33	18.5, 15.8–21.6	16/94	17.2, 15.4–19.1
Con exposición previa a ARVs						
IN(t)TI	10/73	13.4, 12.5–14.4	5/37	13.3, 12.0–14.7	5/35	13.9, 12.4–15.5
INNTI	15/73	20.3, 18.7–22.0	6/37	16.1, 14.2–18.2	8/35	22.3, 19.9–25.0
IP	0/73	0.0, 0.0–5.0	0/37	0.0, 0.0–9.4	0/35	0.0, 0.0–9.9
INSTI	6/73	8.8, 6.6–11.5	2/37	5.6, 4.0–7.8	4/35	12.4, 8.5–17.6
INNTI o IN(t)TI o IP	21/73	28.3, 26.6–30.2	10/37	26.7, 24.5–29.0	10/35	27.9, 25.2–30.7

Tabla 2. Prevalencia de resistencia del VIH a los antirretrovirales en personas previo a que iniciaran tratamiento antirretroviral en Uruguay, 2018–2019.

Prevalencias e IC95% ajustados con pesos acorde al diseño de la encuesta. Resistencia a IN(t)TI: resistencia a cualquier ARV de la familia de IN(t)TI. Resistencia a INNTI: resistencia a nevirapina o efavirenz. Resistencia a INSTI: resistencia a cualquier ARV de la familia de INSTI. Resistencia a IP: resistencia a darunavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir o atazanavir/ritonavir.

ARV: medicamento antirretroviral; IN(t)TI: inhibidores nucleosídicos e inhibidores nucleotídicos de la Transcriptasa Inversa; INNTI: inhibidores no nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa; INSTI: inhibidores de Integrasa; IP: inhibidores de la Proteasa.

TABACO, MARIHUANA Y CIGARRILLO ELECTRÓNICO: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO POR JÓVENES URUGUAYOS

Autores: Castillo H, Castro M E, Rodríguez C, Wild M, Llambí L.

Institución: Unidad de Tabaquismo, Clínica Médica “A”. Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial; actualmente es considerado la principal causa de muerte evitable en el mundo. El uso simultáneo de tabaco y marihuana se asocia con un mayor riesgo de persistencia y recaída de ambos consumos. En los últimos años ha aumentado el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina en jóvenes a nivel mundial, debido a lo novedoso de su uso, la gran cantidad de sabores y la noción de que son menos nocivos. El objetivo es conocer la prevalencia del consumo de tabaco, marihuana y cigarrillo electrónico en la población uruguaya de entre 15 y 21 años, la asociación del consumo entre los mismos y la percepción del riesgo de su uso.

Metodología

Se realizó un estudio analítico transversal en el período febrero-abril de 2021. Se difundió una encuesta anónima, voluntaria y autoadministrada a través de redes sociales y centros educativos públicos y privados de todo el país, dirigida al público objetivo.

Resultados y Discusión

Se procesaron 1517 respuestas. Se encontró que 54% fumó cigarrillo alguna vez, 25% es tabaquista y 19,7% lo usó de forma habitual en el último mes. 48% consumió marihuana alguna vez y 19,4% lo hizo en el último mes. Las prevalencias encontradas para tabaco y marihuana son más elevadas que las reportadas en la literatura nacional. Con respecto al cigarrillo electrónico no hay datos disponibles en nuestro medio para este rango etario, reportándose en el presente estudio que un 32% lo usó alguna vez (Figura 1). De los que fuman cigarrillo, 84% y 58% consumieron marihuana y cigarrillo electrónico alguna vez, respectivamente. De los que usaron cigarrillo electrónico alguna vez, 50% nunca fumó o solo probó cigarrillo tradicional; este hecho podría corresponderse con el cigarrillo electrónico actuando como puerta de entrada al tabaquismo en jóvenes. Se encontró asociación significativa entre consumir una de las tres sustancias y tener un padre, madre o tutor que la consume o consumiera, datos concordantes con los antecedentes en nuestro medio. En relación a la percepción del riesgo, 98% estuvo de acuerdo con que el tabaco es perjudicial para la salud, 66% lo estuvo con la marihuana (Figura 2) y 81% con el cigarrillo electrónico. Al analizar las patologías específicas, se observan marcadas diferencias según la sustancia considerada. 73% cree que usar cigarrillo electrónico es menos nocivo que fumar cigarrillos comunes, dato alarmante si se considera que se ha comprobado que el riesgo de que éstos jóvenes comiencen a fumar cigarrillos tradicionales es casi cuatro veces mayor.

Conclusiones

Se objetivó una elevada prevalencia de consumo de estas sustancias en jóvenes y una apreciable asociación entre ellas. Llamativamente, se constató una prevalencia similar de consumo de cigarrillo y marihuana en el último mes. Esto cobra especial relevancia dado que se observó una importante diferencia entre la percepción del riesgo de consumo de dichas sustancias, siendo la de marihuana considerablemente menor. Por lo antedicho, sería de jerarquía la elaboración de políticas públicas dirigidas específicamente a esta problemática.

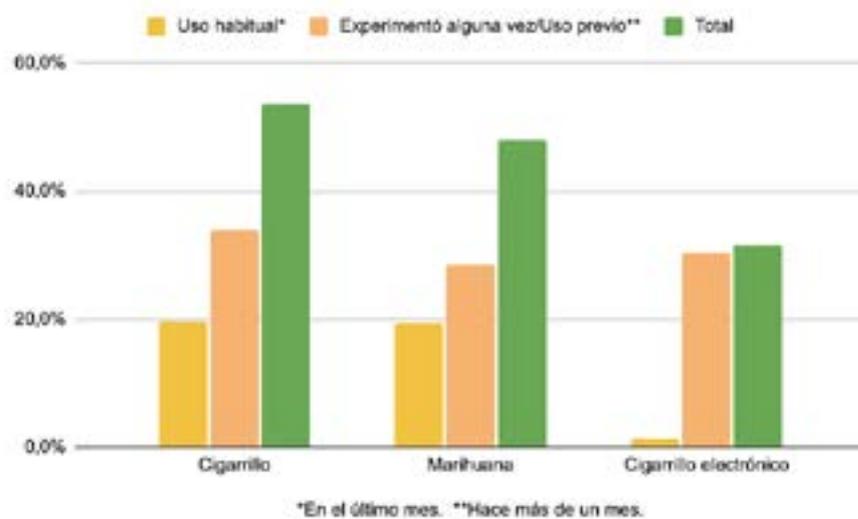


Figura 1. Consumo de cigarrillo, marihuana y cigarrillo electrónico

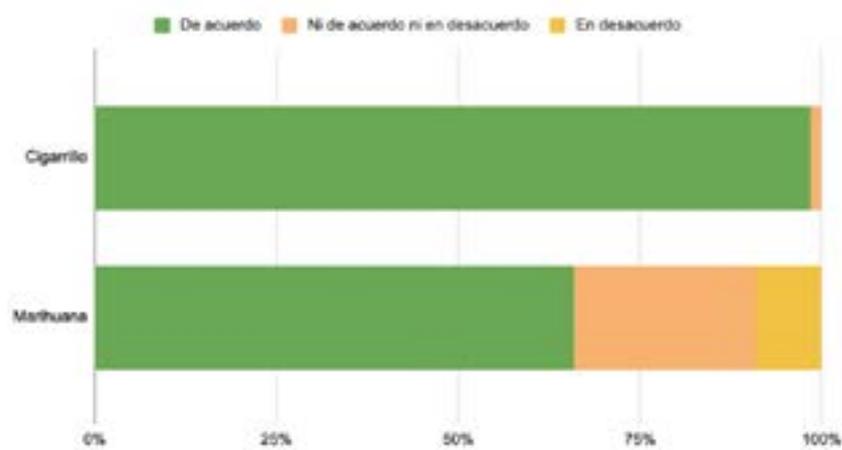


Figura 2. "Las siguientes sustancias son perjudiciales para la salud"

IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES ASISTIDOS EN LA POLICLÍNICA DE EPOC DEL HOSPITAL PASTEUR EN 2018.

Autores: de Betolaza S, Spiess C, Amaro M, Revello A, Rodríguez P, Sierra G, Tasende A, Verde D, Correa S.

Institución: Clínica Médica "2". Facultad de Medicina. Udelar. Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene una alta prevalencia, con un importante impacto socioeconómico a nivel mundial. La repercusión socioeconómica de los pacientes EPOC ha sido motivo de numerosos estudios en países europeos y asiáticos, existiendo escasa bibliografía que abarque dichos aspectos en países latinoamericanos.

Objetivos

Estimar el impacto socioeconómico de pacientes con EPOC asistidos en la Policlínica especializada del Hospital Pasteur entre el 1° de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018, determinando los costos directos de su atención. Describir las principales características sociodemográficas de dichos pacientes, comorbilidades, factores de riesgo y severidad de su EPOC.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal. De los 84 pacientes que concurrieron a la policlínica de EPOC en 2018, se incluyeron aquellos con EPOC confirmada mediante espirometría (relación VEF1/CVF menor a 0.70).

Se realizó una descripción demográfica, tomando en cuenta las variables: sexo, edad, ocupación y nivel de instrucción. Se analizaron los factores de riesgo: tabaquismo, Índice Paquete Año, exposición a biomasa y polvos inorgánicos, así como las comorbilidades principales: hipertensión arterial y patología cardiovascular, otras enfermedades respiratorias, alcoholismo. Se analizó la severidad aplicando las clasificaciones de la guía GOLD 2019.

Para la estimación del impacto socioeconómico se calcularon los costos directos que se generan por la atención médica. Las variables consideradas fueron: Costo del tratamiento: broncodilatadores, oxigenoterapia domiciliaria, antibióticos y corticoides orales; costo de las exacerbaciones: consulta a Unidad de Emergencia Móvil, en emergencia del hospital o internación en sala de Medicina o CTI; costo de los estudios paraclínicos: tomografía computada de tórax, ecocardiograma transtorácico, gasometría arterial y funcional respiratorio; recursos humanos: salario de los médicos.

Se obtuvieron datos mediante la revisión de historias clínicas, previo consentimiento informado. Se solicitó información a Dirección del Hospital Pasteur para la cuantificación de costos.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Pasteur.

Resultados

De los 84 pacientes vistos en 2018, 57 tuvieron confirmación espirométrica de EPOC. Predominó el sexo masculino (64.9%). La edad promedio fue 67.3 años. 78.8% tenía primaria completa como nivel educativo más avanzado. El tabaquismo estuvo presente en 98.2%. Las comorbilidades más prevalentes fueron alcoholismo (36.8%) e hipertensión arterial (35.1%). 45.6% se encontraba en la categoría GOLD B de severidad, seguida por GOLD D (43.8%)

Se analizaron costos directos en 49 pacientes. El total fue USD 190.552,46, correspondiendo 15% a medicamentos (del cual 55% correspondió a oxigenoterapia domiciliaria), 76% atención de exacerbaciones (del cual 98% correspondió a internaciones), 2% estudios paraclínicos y 7% salario médico (Gráfico 1). Se observó un incremento de costos a medida que aumentaba la categoría de severidad GOLD (Gráfico 2) no estadísticamente significativo, probablemente debido al n pequeño.

Conclusiones

La EPOC tiene una importante repercusión socioeconómica, principalmente determinada por los costos de las exacerbaciones. Los esfuerzos destinados a disminuirlas podrían resultar en un sustancial beneficio económico para el Hospital, si bien para confirmar esta afirmación serían necesarios otros tipos de estudios. Una importante debilidad del presente estudio es que no se tuvieron en cuenta los costos indirectos.

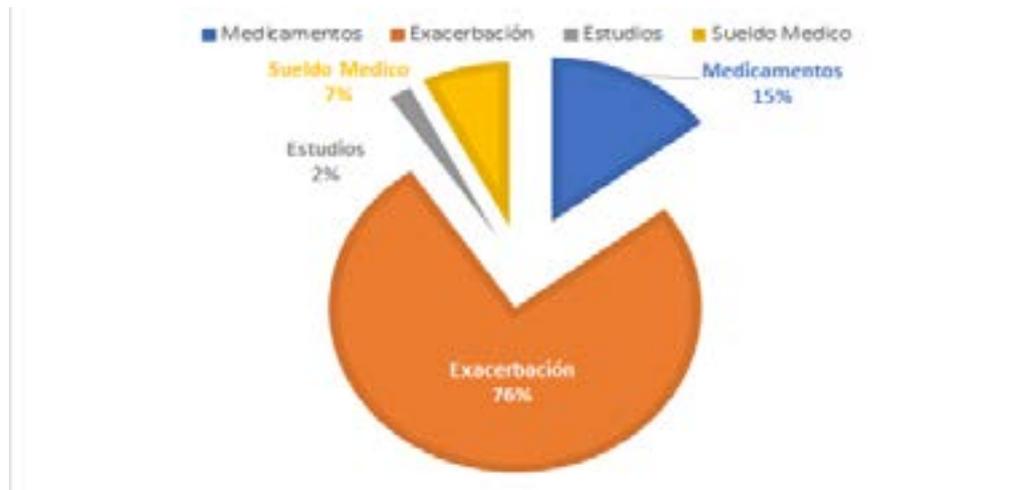


Gráfico 1. Distribución de los costos directos según destino de los recursos expresados en porcentajes.



Gráfico 2. Costos directos totales según categoría GOLD. n= 49

HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO DEBUT DE LUPUS

Autores: Melo RA, Vera RJ, Añazco PB, Mercado PA.

Institución: Hospital de Clínicas, San Lorenzo. Paraguay.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática autoinmune caracterizada por la producción de autoanticuerpos y complejos inmunes, y es responsable de una morbilidad y mortalidad significativas. La afectación pulmonar es prevalente y se observa en el 50 a 70% de los pacientes con LES y puede ser la forma de presentación en el 4 a 5% de los pacientes.

La Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) es una complicación rara y frecuentemente letal en el lupus eritematoso sistémico. Compromete entre el 2 al 5% de los pacientes con LES. Aunque se desconoce la patogenia de esta afección, la principal característica es la alta actividad de la enfermedad.

Caso clínico

Paciente femenino de 34 años sin patología de base conocida acude con cuadro de 3 meses de evolución de dolores articulares en rodillas y cadera, que progresan hasta impotencia funcional. 2 semanas antes del ingreso refiere úlceras bucales en gran cantidad. 1 día antes del ingreso despierta en horas de la madrugada con disnea importante seguida de expectoración hemática en gran cantidad por lo que acude a nuestro servicio. Al ingreso se constatan signos de shock hipovolémico por lo que se procede a la intubación orotraqueal y pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos donde en radiografía de tórax de ingreso se observan infiltrados con patrón alveolar y distribución en alas de mariposa, retorna ANA positivo, AntiDNA 1:80, C3 y C4 consumidos por lo que se realizan Bolos de Metilprednisolona 500 mg/día por 5 días en contexto de HAD en LES con buena respuesta por lo que es extubada al tercer día y trasladada a sala común, se realiza Ciclofosfamida 1200 mg unidosis con mantenimiento posterior con prednisona 1 mg/kg con buena respuesta, es dada de alta con 10 días de estancia hospitalaria

Discusión

La HAD se observa en alrededor del 2% de pacientes con LES, es la colagenopatía más relacionada. No obstante, raramente se presenta como forma de inicio del LES. La fiebre y la disnea están presentes en la mayoría de los pacientes, la hemoptisis solo se observa en 30% de los pacientes, esta presentación clínica puede ser confundida inicialmente con un proceso infeccioso. Los hallazgos de los estudios de imagen son infiltrados alveolares bilaterales difusos no específicos, pueden presentarse infiltrados lobares unilaterales. El tratamiento consiste en pulsos de metilprednisolona, asociada a ciclofosfamida y Plasmaféresis en los casos muy graves. La muerte puede ocurrir en horas o días y, por lo tanto, el tratamiento debe iniciarse con urgencia. Las tasas de supervivencia de diferentes series de casos han sido contradictorias y variadas de 8 a 100%. Zamora et al reportaron una tasa de mortalidad del 50%.

Conclusiones

La hemorragia alveolar difusa es una complicación infrecuente pero letal del LES. Es importante el reconocimiento temprano de esta entidad debido a la alta mortalidad que presenta una vez instaurada y aún más con la necesidad de una terapéutica agresiva para controlarla.

INFECCION MÚLTIPLE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Autores: Melo RA, Vallejos MS, Llanes GR, Mercado PA, López NA.

Institución: Hospital de Clínicas, San Lorenzo. Paraguay.

Introducción

El Streptococcus (S.) agalactiae es un germen conocido común colonizador del tracto gastrointestinal y urinario en el 30% de los humanos sanos adultos, aunque puede causar infecciones severas en neonatos e inmunocomprometidos.

Caso clínico

Paciente proveniente de zona urbana de 50 años de edad, actor, conocido DM2 en tratamiento con insulina glargina 30 UI predesayuno. Acude por cuadro de 1 mes de tumoración en región hemitorácica izquierda con dolor e impotencia funcional progresiva del hombro ipsilateral, acude a facultativos quienes lo tratan con analgesia. 3 semanas antes del ingreso se agrega eritema progresivo tratado con compresas frías. 5 días antes del ingreso refiere sensación febril por lo que acude a nuestro servicio de urgencias donde se constata hipotrofia generalizada y leucitosis por laboratorio. En la internación se realiza barrido tomográfico contrastado y resonancia magnética cervical donde se observa colección cervicotorácica con compromiso de articulaciones esternoclaviculares, piomiositis del pectoral mayor izquierdo, colección en región sacrococcígea y espondilodiscitis C6-C7. Se realiza Ecocardiograma trasesofágico sin vegetaciones apreciables. Se inicia tratamiento empírico con Piperacilina-tazobactam y Vancomicina por 5 días luego de lo cual se decide desescalar ante retorno de hemocultivos con S. agalactiae sensible a Ampicilina y Bencilpenicilina. Completa 6 semanas de ampicilina parenteral y Ceftriaxona luego de lo cual presenta mejoría clínica e imagenológica y es dado de alta.

Discusión

Se presenta un paciente de 50 años diabético conocido con tratamiento adecuado que acude con historia inespecífica de tumoración en zona torácica sin otras focalizaciones, se inicia tratamiento empírico ante colección de piel y partes blandas. Al constatarse infección ósea múltiple con retorno de cultivos positivos a S. agalactiae se desescala espectro y se prolonga el tratamiento antibiótico dirigido. Se realizó así mismo una Ecocardiografía ante la sospecha de una probable endocarditis con cultivos positivos a un germen típico y una infección múltiple de probable diseminación hematógena, llama la atención la ausencia del mismo.

Conclusiones

En la literatura refiere relativa alta tasa de infección por S. agalactiae en pacientes neonatos e inmunocomprometidos. Este caso resalta no sólo la importancia de un germen colonizador en la práctica clínica, sino también nos lleva a dar importancia a la búsqueda de focos no habituales en pacientes seleccionados.

PARESTESIAS EN PACIENTE JOVEN CON ETIOLOGÍA NO PENSADA

Autores: Melo RA, Acuña JG, Cano JL, Mercado PA.

Institución: Hospital de Clínicas, San Lorenzo. Paraguay.

Introducción

Los trastornos de la sensibilidad son un motivo de consulta frecuente en atención primaria. En ocasiones, es difícil hacer una aproximación diagnóstica debido a la inespecificidad de los síntomas y a la variedad de etiologías.

Caso clínico

Paciente de 28 años de edad, estudiante, conocida hemitiroidectomizada 3 meses antes del ingreso por nódulo tiroideo con hipoparatiroidismo secundario e hipocalcemia en tratamiento posterior en seguimiento con endocrinología. Acude por cuadro de 3 meses de evolución de disminución de la fuerza muscular de inicio a moderados esfuerzos, que inicia en el sector distal del miembro inferior derecho que posteriormente se extiende a tercio distal de ambos muslos y al hombro derecho. 14 días antes del ingreso se extiende hasta muñeca izquierda, siete días previo al ingreso la paciente refiere lumbalgia de aparición súbita, de intensidad 8/10, de carácter compresivo. Ante persistencia del cuadro es referida a nuestro servicio. Al ingreso se constata hiperreflexia y debilidad muscular asimétrica en los 4 miembros, que asciende hasta glúteos en miembros inferiores; debilidad hasta articulación del hombro del lado derecho y hasta articulación de la muñeca en el izquierdo. Presenta déficit completo de la motilidad del dedo índice del lado derecho. En sospecha de debilidad asociada a hipocalcemia se solicita química con retorno en rango fisiológico. Se realiza resonancia magnética con contraste de encéfalo y columna: signos de proceso de desmielinización multifocal, encéfalo – medular, con lesiones crónicas y activas compatibles con esclerosis múltiple. Paciente en seguimiento por el servicio de neurología se realiza bolos de metilprednisolona 1 g/día durante cinco días con mejoría parcial de los síntomas, se solicitan test de bandas oligoclonales en LCR el cual no se realiza por falta de medios en nuestro servicio.

Discusión

La Esclerosis Múltiple (EM) es la enfermedad neurológica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y Norteamérica, constituyendo una de las principales causas de invalidez. La enfermedad es rara antes de los 10 y después de los 60 años. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres en una proporción aproximada de 2:1. La hipótesis patogénica más aceptada es que la EM es fruto de la conjunción de una determinada predisposición genética y un factor ambiental, que originaría una alteración en la respuesta de tipo autoinmune, que a su vez sería la causante de la inflamación y desmielinización propias de la enfermedad. Las formas de presentación más frecuentes son la neuritis óptica, mielitis y síndromes de tronco cerebral.

Conclusiones

El diagnóstico de la Esclerosis múltiple puede resultar relativamente sencillo si se tiene la sospecha ante el cuadro clínico, se realiza una RMN cerebral y se valoran los criterios de McDonald en el paciente; sin embargo, en casos como este puede resultar complejo al haber aparecer antecedentes sugerentes de otra etiología y dada la variabilidad de presentación en los síntomas. Esta enfermedad se caracteriza por su presentación clínica heterogénea, por lo que muchos pacientes son diagnosticados inicialmente de manera equivocada y, en consecuencia, son tratados de forma errónea.

IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autores: Catalá C, Bruno G, Vaucher A, Moreira E, Thomas E, Garcia S, Valsagiacomo P, Huarte A, Rodriguez G.

Institución: Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial y su prevalencia en diabéticos asciende al 80-90%. La cirugía bariátrica (CB) ha logrado beneficios en el control de esta enfermedad y sus comorbilidades. Los objetivos son evaluar el impacto de la CB en pacientes obesos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el control de glicemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), presión arterial (PA), dislipemia e índice de masa corporal (IMC).

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se evaluaron pacientes con DM2 pertenecientes al Programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica y metabólica (POCBM) del Hospital Maciel (HM), intervenidos con CB con control post operatorio entre los 3 a 6 y 12 meses. Durante el período 2015-2019.

Se estudió el impacto en la glicemia en ayuno, HbA1c, IMC, PA, perfil lipídico, en los controles mencionados. Se analizó el porcentaje de remisión de la DM2.

Resultados

De los 103 pacientes estudiados el promedio de edad fue 46,8 años y el 79,6 % fueron mujeres. Se demostró una reducción estadísticamente significativa del IMC, glicemia, HbA1c, PA y triglicéridos (TGL) entre el pre operatorio y los controles a los 3-6 y 12 meses de operados. Se observó una remisión total (RT) de la DM2 de 58% de los pacientes y remisión parcial (RP) de 19%. El colesterol total (col-Total) y col-LDL no demostraron cambios significativos en estos controles. Con respecto a las técnicas utilizadas (gastrectomía vertical y bypass gástrico) no se encontraron diferencias significativas en el IMC, glicemia y HbA1c entre estas.

Conclusiones

La CB es efectiva en el control de la DM2 y sus comorbilidades. Debiendo considerarse una opción terapéutica para determinados pacientes.

HEMOFILIA ADQUIRIDA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.

Autores: Negrin P, Assereto M, Peixoto A, Mussio D, De León S, Díaz L.

Institución: Médica Uruguaya – IAMPP. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La hemofilia A adquirida (HA) es un trastorno hemorrágico infrecuente, causado por autoanticuerpos neutralizantes contra el factor VIII de la coagulación (FVIII). Los pacientes se presentan con un tiempo de tromboplastina parcial activado (aPTT) prolongado debido a la deficiencia de FVIII.

Se observan dos picos en la incidencia de HA, uno a edades tempranas asociado al embarazo y otro en mayores de 60 años.

El fenotipo hemorrágico de la HA es variable, presentándose pacientes asintomáticos hasta hemorragias potencialmente mortales. Por otra parte un porcentaje de pacientes con HA fallecen a causa de un diagnóstico tardío y el retraso en el inicio del tratamiento oportuno, en ello radica la importancia de la sospecha clínica y diagnóstico precoz.

Caso clínico

75 años, hombre. Cuadro de dos meses de evolución dado por equimosis y hematomas en miembros superiores, inferiores y tronco, extensos y espontáneos.

Frente a este trastorno de la hemostasia, se solicita hemograma y crisis destacándose como única alteración un aPTT prolongado de 133 s.

Se realiza prueba de mezcla con plasma normal, no corrigiendo el aPTT. Se dosifica el FVIII encontrándose disminuido en cantidad y se detecta la presencia de un inhibidor del mismo por test de bethesda. Con estos hallazgos se diagnostica HA.

Como etiología se descartan patologías inmunomediadas y se realiza screening no invasivo en búsqueda de neoplasia oculta que hasta la fecha no evidencia patología oncológica.

Se realizó tratamiento con Prednisona + Ciclofosfamida con mejoría clínica, normalización de la concentración de FVIII y ausencia de inhibidor.

Discusión

La hemofilia adquirida es un trastorno de la coagulación infrecuente, con una incidencia de aproximadamente 1.5 casos por millón de personas/año.

Está vinculada a diferentes condiciones; enfermedades autoinmunes, patología neoplásica y embarazo, siendo en la mayoría de los casos idiopática.

El diagnóstico es de sospecha clínica y se confirma con las siguientes pruebas de laboratorio: aPTT prolongado que no corrige con mezcla de plasma normal, disminución de la concentración del FVIII y presencia de su inhibidor

Las opciones terapéuticas están dirigidas a controlar el sangrado agudo o grave, mediante los agentes que actúan como Bypass del inhibidor, erradicar el inhibidor mediante inmunosupresores siendo de primera línea la Prednisona asociada a Ciclofosfamida y realizar el tratamiento de la enfermedad de base.

Conclusiones

Estamos ante un paciente que presenta un aPTT prolongado asociado a sangrados, lo que lleva al planteo de HA. Otro escenario posible es la presencia de un aPTT prolongado asociado a fenómenos tromboticos, cuya causa más probable es el síndrome anticuerpos antifosfolipidicos. Por tanto el manejo clínico y la correcta secuencia de estudios a solicitar, así como una adecuada comunicación entre el internista y el laboratorio clínico es imprescindible para el diagnóstico a tiempo de esta patología potencialmente fatal, como el caso del paciente reportado.

La HA es una patología con elevada morbimortalidad, por sí misma y por su tratamiento, ya que un pico de incidencia se da en pacientes añosos con comorbilidades, con el consecuente riesgo que conlleva el uso de terapias inmunosupresoras agresivas en los mismos.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN URUGUAY. UNA EPIDEMIA SILENCIOSA.

Autores: Orellana C, Leal M, Varela A, Deambrosi L.

Institución: Servicio de Neurología - Hospital Maciel. Montevideo. Depto de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina – UDELAR. Montevideo, Uruguay. Facultad de Medicina – UDELAR – Montevideo. Uruguay.

Introducción

Aproximadamente un tercio de la vida del ser humano transcurre durmiendo. El sueño adecuado promueve la homeostasis del sistema nervioso central y contribuye a la función óptima de los sistemas cardiovascular, endócrino, digestivo e inmune. Existe mayor riesgo de sufrir obesidad, diabetes, hipertensión y depresión en aquellas personas con sueño insuficiente. (1, 2)

El Objetivo Principal del estudio fue conocer las características del sueño en una muestra poblacional uruguaya. Los Objetivos Específicos incluyeron: 1) determinar los ritmos habituales de sueño 2) contabilizar la realización de siestas 2) estimar la prevalencia de las patologías de sueño 3) evaluar la calidad subjetiva del dormir.

Metodología

Se utilizó un diseño observacional, descriptivo, transversal, de cohorte única, con inclusión de personas mayores de 6 años.

La información se recolectó mediante cuestionario de 21 preguntas distribuido a través de plataformas sociales. Se obtuvieron datos demográficos (sexo, edad y ocupación); hábitos y ritmos de sueño (horarios y latencias para dormir, frecuencia y duración de siestas); presencia de patologías de sueño (insomnio, parasomnias, ronquidos y movimientos de extremidades inferiores); ingesta de psicofármacos e hipnóticos y valoración subjetiva de la calidad del sueño. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p \leq 0.05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Maciel.

Resultados

Participaron 1009 personas, 75% mujeres y 25 % hombres . La edad promedio fue 41 años (6 - 83 años). La población se compone de trabajadores de la Salud (24%), otros profesionales (27%), actividades varias (24 %), estudiantes (14 %) y personas inactivas o jubiladas (11%).

La hora promedio de inicio del sueño fueron las 23 hrs y 50 min y la hora de levantarse fueron las 7 hrs 34 min, con tiempo en cama promedio de 7hrs y 46 min. 32 % de hombres y 28 % de mujeres declaran dormir siestas al menos 2 veces por semana.

33 % de la población sufre algún trastorno de sueño- Figura 1. El más frecuente fue el Insomnio (16%) seguido de Ronquidos (8%), Enfermedad de Willis –Ekbom (7%) y Parasomnias (2%) sobre todo Pesadillas. La calidad de sueño declarada fue insatisfactoria en 27 % de personas.

Discusión

Nuestro trabajo alerta sobre la alta prevalencia de trastornos del sueño en la población encuestada, y destaca que un cuarto de personas sufre un sueño insatisfactorio o poco reparador, pese a que el tiempo en cama es normal. Algunas limitaciones incluyen que se analizó una población no aleatorizada con sobrerepresentación de personal de la salud, y con cuestionario breve que evita profundización de los trastornos.

Bibliografía

- 1- WHO World Wide Project on Sleep and Health <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64100>.
- 2- Xi B , He D, Zhang M-Short sleep duration predicts risk of metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis - Sleep Medicine Reviews 18 (2014) 293-297



Figura 1. Prevalencia del trastorno del sueño

TOLERANCIA, SEGURIDAD Y EFECTOS ADVERSOS DE LA VACUNACIÓN CON rVSV-ZEVOB CONTRA EL VIRUS EBOLA DE EFECTIVOS URUGUAYOS DESPLEGADOS EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO DURANTE EL ÚLTIMO BROTE DE ÉBOLA.

Autores: Álvez M, Correa M, González H, Vidal M.

Institución: Servicio de Infectología. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El virus Ébola es causa de brotes de fiebre hemorrágica en el norte de la República Democrática del Congo (RDC) desde hace más de 40 años con una mortalidad entre 65% y 85%.

Desde el 2001, Uruguay ha desplegado anualmente más de 700 efectivos en la RDC.

Luego de la pandemia de Enfermedad por Virus Ebola (EVE) en el oeste africano entre 2014 y 2016 con más de 11000 muertos se sucedieron dos brotes consecutivos; uno entre agosto de 2018 a junio de 2020 en las provincias de Norht Kivu e Ituri y otro entre julio de 2020 y mayo de 2021 en la provincia de Equateur.

En este contexto y en el marco de las Misiones Operativas de Paz de la ONU desplegadas por Uruguay en la RDC y contando con efectivos que brindan seguridad perimetral a los centros de atención de pacientes con EVE, se decidió adherirse a las recomendaciones del Grupo Asesor Estratégico de Expertos (SAGE) sobre inmunización de la OMS y vacunar a los efectivos desplegados en las zonas de alto riesgo.

Por esto el Servicio de Infectología del HCFFAA decidió estudiar la tolerancia, seguridad y efectos adversos en los efectivos vacunados.

Objetivos

Conocer la seguridad, tolerancia y efectos adversos más frecuente en efectivos uruguayos vacunados con vacuna contra el EBOLA (rVsV-ZEBOV).

Material y métodos

Se realizó análisis retrospectivo mediante encuesta prediseñada a los efectivos desplegados en las zonas de riesgo. Se analizaron los datos mediante planillas electrónicas.

Resultados

Se encuestaron un total de 118 efectivos desplegados entre 13/03/2019 y 25/05/2019 de los cuales 116(98.3%) fueron vacunados con rVsV-ZEBOV. Los vacunados presentaron un rango etario de 21 a 49 años con una media de 32 años (moda 26 años). 114(98.3%) correspondieron a hombres y 2(1.7%) a mujeres.

101(87.1%) presento algún efecto adverso relacionado con la vacunación.

Permanecieron un promedio de 59 días en la zona de riesgo.

A pesar de la prohibición 2 efectivos (1.6%) tuvieron contacto con nativos y personal de salud de centros de tratamiento de EVE.

En los efectos adversos predomino la cefalea (53 casos - 45,7%) seguido de fiebre, artralgias, mialgias (44 casos – 37,9%), fiebre (41 casos – 35,3%), astenia (40 casos – 34,5%) y artralgias (38 casos – 32,8%). El dolor local se observó en 32 casos (27.6%). (Grafico I).

En casi el 90% de los casos la sintomatología desapareció a las 48hs de vacunado y el total de los casos estaban asintomáticos a las 72 horas. (Grafico II)

El 89.7% manifestó una buena tolerancia de la vacunación (Grafico III)

Discusión

En esta población predominaron hombres jóvenes

Los síntomas más frecuentes fueron síndrome de impregnación viral y dolor en la zona de administración y la mayoría remitió rápidamente.

Esta vacuna se consideró bien tolerada por la población estudiada.

Conclusiones

La vacuna rVsV-ZEBOV se mostró bien tolerada y segura en esta población. Los efectos adversos más comunes correspondieron a los encontrados en las vacunas virales. Estos efectos se superan en un corto plazo.

Los datos hallados coinciden con los reportados en otras publicaciones.

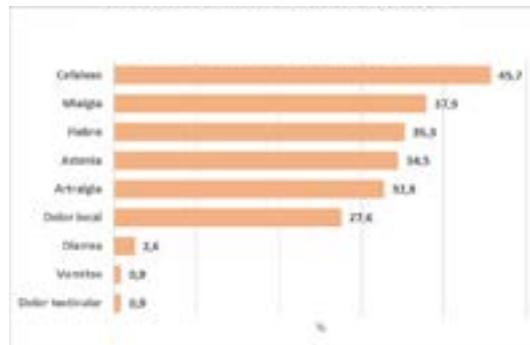


Gráfico I. Frecuencia de efectos adversos de la vacunación con rVsV-ZEBOV. N= 116

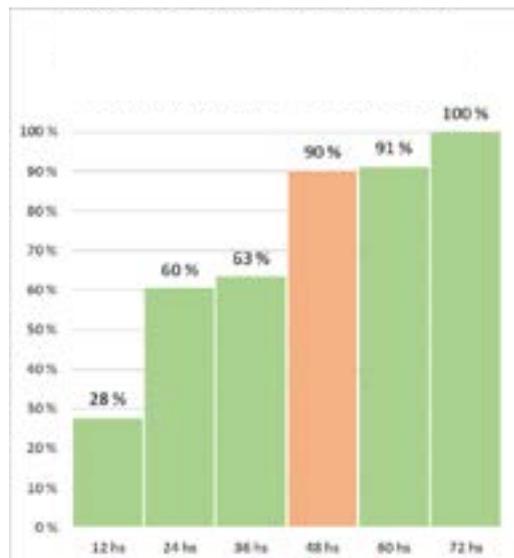


Gráfico II. Frecuencia acumulada de la duración de los efectos adversos tras la vacunación con rVsV-ZEBOV. N=101

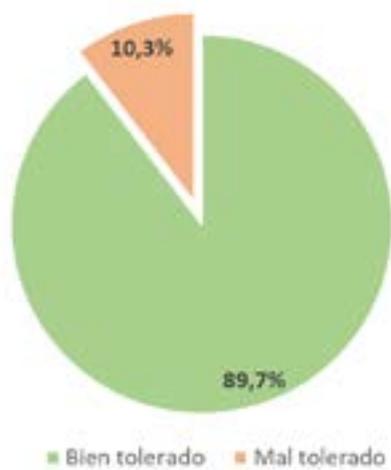


Gráfico III. Tolerancia subjetiva de la vacunación con rVsV-ZEBOV. N=116

UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROYECTO PILOTO ANTEL-MACIEL.

Autores: Sposito P, Taborda A, Simeone A, Silva S, Montesano JP, Sacchi F, Rey R, Rivero M, De Leon L, Adano A, Aguilera R, Arrigoni F, Carbone L, Coria B, González B, Villar A, Angelero S.

Institución: Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial es el gran desafío de las políticas de salud en el mundo. Su elevada prevalencia, la falta de control (vinculada a mala adherencia a los tratamientos antihipertensivos) y su elevada "carga" (como enfermedad no-transmisible) son responsables del incremento en la morbilidad cardiovascular. El objetivo de esta investigación fue valorar cómo prueba piloto, el beneficio del telemonitoreo en tiempo real, aplicado al control de la presión arterial.

Material y métodos

Criterios de inclusión: Hipertensos diagnosticados, en tratamiento farmacológico, mayores de 18 años, asistidos en policlínica del Hospital Maciel en período junio-octubre 2019.

Criterios de exclusión: embarazo y perímetro braquial menor a 22 cm o mayor a 42 cm.

Se implementó el monitoreo domiciliario de la presión arterial. Se brindó un tensiómetro electrónico validado y un celular inteligente que transfiere valores de presión arterial a una plataforma web privada en tiempo real. Estudio analítico, experimental, prospectivo.

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desvío estándar. Se verificó la normalidad de la distribución mediante test de Kolmogorov Smirnov.

Resultados y discusión

De un total de 57 pacientes, la edad media fue de 59 +/- 12,8 años, sexo femenino 64,9%. Un 22,8% presentan mal conocimiento de la enfermedad. Si bien no son poblaciones comparables en cuanto al número, estudios como RENATA-2 mostraron que el 38,8% de los hipertensos desconocían su enfermedad. En cuanto al control de las cifras de PA, el 31,6% refirió no controlar habitualmente. La adherencia al tratamiento farmacológico pre monitoreo fue alta en un 33,3% (Tabla 1). Cifras inferiores a las descritas por RENATA-2, donde la mitad de los hipertensos tratados cumplían con el tratamiento. Se analizó la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) pre y post estudio (Tabla 2) (Figuras 1 y 2). Las mediciones pre monitoreo fueron PAS media: 138,6 +/- 17,8 mmHg y PAD media: 85,4 +/- 14,8 mmHg. Los registros post monitoreo fueron de 131,5 +/- 19,9 mmHg y 81,5 +/- 14,2 mmHg para PAS y PAD respectivamente. Encontrando diferencia significativa entre las medias de la PAS (p 0,019), no así entre las medias de la PAD (p 0,06). No existe grupo control, no obstante el porcentaje de pacientes en que se lograron buenos controles de PA fue significativo, lo que demuestra la utilidad de la aplicación. La satisfacción del usuario con el método empleado fue 96,4%, y el 100% lo consideró de fácil o muy fácil uso. El 87,5% lo utilizaría por períodos de tiempo prolongado, inclusive los adultos mayores.

Conclusiones

El método estudiado se muestra de utilidad para el control de las cifras de PA, con una amplia aceptación por los usuarios, facilitando la equidad en el acceso al sistema de salud, y una atención médica de calidad.

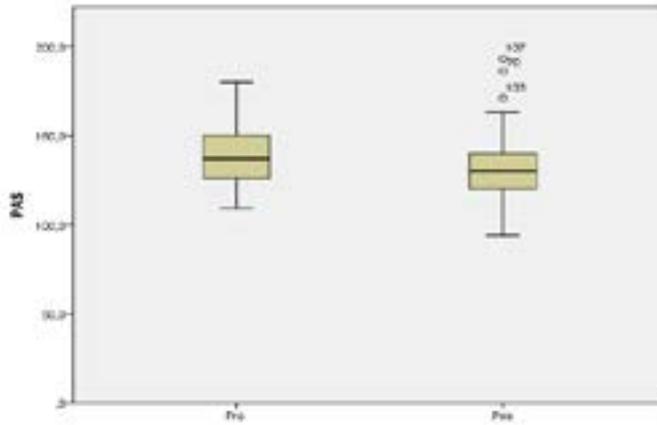


Figura 1. Presión arterial sistólica pre y post monitoreo.

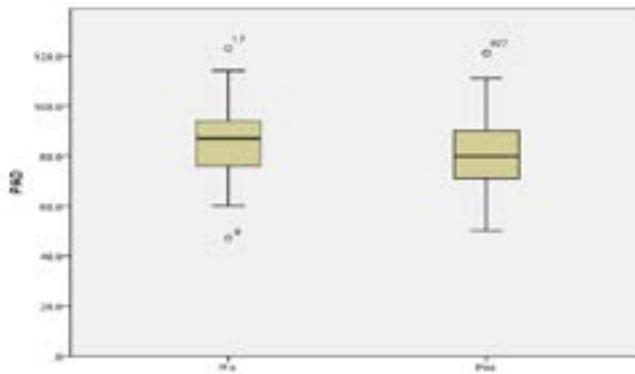


Figura 2. Presión arterial diastólica pre y post monitoreo.

	Pre estudio	Post estudio	Valor p
Mala adherencia	19 (33,3%)	13 (22,%)	0,07
Regular adherencia	19 (33,3%)	12 (21,1%)	0,143
Buena adherencia	19 (33,3%)	32 (56,1%)	0,004
Presión arterial sistólica (mmHg)	138,6 +/- 17,8	131,5 +/- 19,9	0,019
Presión arterial diastólica (mmHg)	85,4 +/- 14,8	81,5 +/- 14,2	0,06

Tabla 1. Resultados pre y post estudio

DESCRIPCION DE UNA COHORTE POSTCOVID DEL HOSPITAL PASTEUR.

Autores: Leita A, Guicheney D, Martinez J, Baccelli A, Amaral M.

Institución: Clínica Médica 2, Facultad de Medicina – UdelaR. Hospital Pasteur – Montevideo, Uruguay.

Introducción

El síndrome COVID19 Post-agudo (PACS) se define como la persistencia de síntomas y signos respiratorios o extrarrespiratorios, anomalías radiológicas y/o alteraciones funcionales respiratorias en individuos recuperados de la infección por COVID19 aguda, que no pueden ser explicados por otra causa.

Material y Métodos

Realizamos un estudio analítico observacional de tipo transversal desde abril hasta agosto del 2021, con una cohorte de 17 pacientes que cursaron hospitalización por COVID19 y que fueron derivados a la policlínica PACS. Para la recolección de datos se confeccionó un formulario que fue aplicado mediante entrevista en la primera consulta y a los 3 meses, así como realización de examen físico y Sit-To-Stand test.

Se consideraron las variables: edad, sexo, comorbilidades, días de internación en UCI, apoyo ventilatorio, complicaciones, tratamiento, oxigenoterapia al alta, síntomas de PACS, calidad de vida, reintegro a la vida habitual, saturometría y resultado de sit-to-Stand test. Se procesaron los resultados mediante el software SPSS versión 27.0.

Resultados y Discusión

Presentamos 17 pacientes (8) hombres y (9) mujeres con una edad media de 53 años, con alta prevalencia de comorbilidades: el 29,4% tuvieron al menos una comorbilidad y el 23,5% al menos 3 comorbilidades. El COVID19 fue de severidad grave en 58,8% y moderada en 41,2%. La media de internación en UCI fue 7,65 días. El 58,8% requirieron apoyo ventilatorio con OAF, VNI o IOT. La neumonitis extensa fue el principal diagnóstico que motivó la internación e implementación de la oxigenoterapia. Presentaron complicaciones respiratorias el 17,6%. Recibieron tratamiento con corticoides el 94,1% y HBPM el 94,1%. Los pacientes con necesidad de O₂ al alta fueron 64,7%.

A las 12 semanas la mayoría de los pacientes se presentaron plurisintomáticos, con una media de cantidad de síntomas de PACS de 7.18, destacando la disnea presente en 70,5% y la fatiga en 64,7%. El 82,4% de los pacientes manifestaron al menos un síntoma psiconeurológico, siendo particularmente frecuentes los trastornos de la memoria, la ansiedad y la depresión. La incapacidad para el reintegro a la vida habitual y laboral coincidió con el hallazgo de un bajo rendimiento global en el Sit-To-Stand test. Sin embargo, sólo un 29,4% de los pacientes presentó desaturación significativa en éste test, lo que hace plantear un predominio de la afectación muscular sobre la respiratoria.

Conclusiones

Coincidiendo con estudios internacionales a mayor escala, nuestra cohorte está compuesta por pacientes plurisintomáticos, con marcada repercusión en la calidad de vida y que presentaron una importante limitación para retomar sus actividades habituales luego del COVID19. Constatamos que el PACS produce un fuerte impacto a nivel de la salud física individual, predominantemente a nivel respiratorio y muscular, pero también pudimos evidenciar una significativa afectación de la esfera psiconeurológica, que dificultó el reintegro laboral y social de los pacientes

EXPERIENCIA EN CURSO DE INTRODUCCIÓN A INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN POSTGRADOS DE MEDICINA INTERNA.

Autores: Spiess C, Silvera L, Perendones M, Danza A, Goñi M.

Institución: Clínica Médica 2, Facultad de Medicina, UdelaR – Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El objetivo de la residencia es ampliar el desarrollo profesional, adquirir habilidades y competencias mediante el aprendizaje significativo. La investigación clínica es clave para alcanzarlo, siendo una de las exigencias del Programa de Formación de Especialistas de Medicina Interna en Uruguay. Desde la declaración de la Emergencia Sanitaria por la pandemia por COVID 19, la educación en postgrados sufrió un revés importante en su metodología, obligando a los servicios docentes a adquirir la virtualidad como medio fundamental de aprendizaje. En este sentido, se elaboró un curso virtual de introducción a la investigación clínica. Expondremos a continuación nuestra experiencia.

Metodología

Se diseñó un curso virtual, teórico - práctico de 18 semanas de duración dividido en módulos de dos semanas de duración (tabla 1). La primera versión se dictó en el 2020, donde fueron identificadas las debilidades metodológicas mediante observación directa, entrevista a los participantes e índices referidos a la asistencia y cumplimiento de criterios de aprobación. Se diseñó una segunda versión para el 2021 a partir de los resultados obtenidos. Se aplicó una encuesta de opinión a todos los participantes con el objetivo de valorar los contenidos teóricos (adecuación, comprensión, accesibilidad a la bibliografía), la importancia de la formación en investigación durante el postgrado, la interacción entre docente y estudiante y el uso de medios virtuales de aprendizaje.

Resultados y Discusión

En el 2020, iniciaron el curso 25 estudiantes. Hubo una asistencia de 100% a las clases virtuales en las primeras semanas, con descenso posterior (grafico 1). El 35% cumplió con los criterios de aprobación (asistencia y trabajo final). Los problemas detectados en 2020 fueron: las clases dictadas fueron en horario no reservado para la actividad y la desmotivación generada por no asistir a clase. Se rediseñó el curso para el año 2021, apuntando a optimizar el tiempo de los estudiantes, con una estrategia de enseñanza principalmente asincrónica a través de la plataforma EVA, con autoadministración del tiempo. En cuanto a la encuesta de opinión, realizada en el 2021, el 100% manifestó que los contenidos del curso fueron comprensibles y claros; el 94% opinó que el aprendizaje en investigación clínica es indispensable o necesario para la formación de postgrado (grafico 2); el 92,3% se mostró de acuerdo que la virtualidad les permitió organizar mejor su cronograma de trabajo y un 100% se mostró de acuerdo que la virtualidad y la modalidad asincrónica les permitió tomar clases que, de otra forma, se hubieran perdido. La mayoría de los encuestados expresaron que la interacción entre estudiantes y el aprendizaje entre pares fue más difícil en la virtualidad.

Conclusiones

El curso de investigación clínica es necesario y útil en sí mismo. La metodología implementada tuvo fortalezas: mayor accesibilidad y mejor administración del tiempo; y debilidades: descenso en la asistencia y dificultad en el cumplimiento de los criterios de aprobación. Se concluye que las fortalezas superan las debilidades y su implementación deberá continuar en los años sucesivos ya que la investigación clínica cobra relevancia en el aprendizaje de los postgrados.



Gráfico 1. Tendencia en asistencia a las clases sincrónicas virtuales durante el 2020

Característica	año 2020	año 2021
Cantidad de módulos	9	9
Duración de los módulos	2 semanas	2 semanas
Soporte virtual	Programa Zoom Email	Plataforma EVA Programa Zoom
Contenidos teóricos	Clase sincrónica virtual con docente de 1 - 1.5 horas de duración para todos los módulos	Videos grabados con contenidos teóricos para visualizar de forma asincrónica En algunos módulos: clase sincrónica virtual con docente de 1 a 1.5 hs de duración
Taller práctico	Clase sincrónica virtual con docente, en donde se exponía un caso práctico a responder durante el transcurso de la clase	Propuesta práctica, puesta a disposición en la plataforma virtual EVA, desde el inicio del módulo, para entregar al final del mismo.
Control de asistencia	Mediante lista en cada clase	Sin control de asistencia, teniendo actividades virtuales obligatorias a cumplir.
Criterios de aprobación	Asistencia a un 85% de las clases dictadas Entrega final de protocolo de investigación	Entrega de todas las tareas prácticas Entrega final de protocolo de investigación

Tabla 1. Comparación entre las características de las distintas versiones del curso de investigación clínica



Gráfico 2. Opinión de los encuestados sobre la importancia de aprender investigación clínica durante su formación de postgrado

TROMBOANGEITIS OBLITERANTE. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: De Armas L, Santa Cruz A, Diaz Cuña C, Bruno G.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La tromboangeítis obliterante (TAO) es una enfermedad inflamatoria segmentaria no aterosclerótica que afecta arterias, venas y nervios de pequeño y mediano calibre de las extremidades. Es definida como una vasculitis de mediano-pequeño vaso. El humo de tabaco es el factor patogénico fundamental para el inicio y progresión de la enfermedad.

Caso Clínico

Sexo masculino, 40 años, mecánico. Tabaquista intenso.

Consulta por dolor de reposo y necrosis del primer y tercer dedo de mano izquierda de 1 mes de evolución, asocia fenómeno de Raynaud de 2 años de evolución. Al examen necrosis seca de falange distal de 1er y 3er dedo de mano izquierda y necrosis a nivel de 4to dedo (Figura 1). Pulso radial izquierdo ausente. Test de Allen positivo.



Figura 1

Con planteo de oclusión arterial subaguda, se solicita: ecografía doppler arterial: arteria radial y cubital izquierda ocluidas, trombos en su luz, paredes engrosadas, sin alteraciones en otros miembros. Holter: sin arritmias. Ecocardiograma transtorácico y esofágico con burbujas sin trombos ni comunicaciones. Angio-tomografía de grandes vasos sin elementos orientadores de vasculitis. Analítica sanguínea sin alteraciones. VES: 25 PCR: 11. ANA, anti-ENA, C3 C4 normal, anticuerpos antifosfolípidicos y serologías negativas.

Se realiza amputación de 1ra y 3era falange, estudio anatomopatológico informa hallazgos acorde con vasculitis obliterante.

Discusión

Presentamos un hombre, tabaquista intenso con una oclusión arterial subaguda evolucionada, asocia un doppler orientador a vasculitis, confirmando el planteo de TAO tras el estudio anatomopatológico y descartadas otras etiologías.

La TAO se manifiesta por isquemia de pequeños vasos distales, presentando un 76% de los pacientes úlceras isquémicas al momento del diagnóstico, como el caso presentado.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en los criterios de Shionoya y Olin, que incluyen la clínica, edad, tabaquismo y la exclusión de otras patologías. No habiendo pruebas de laboratorio específicas de la enfermedad.

Dado la gravedad del compromiso vascular, se inició tratamiento médico contemplándolos posibles diagnósticos con bolos de Metilprednisolona 750 mg iv/día por 3 días, posteriormente

prednisona 30 mg vodia, AAS, amlodipina y cilostazol y conexión con equipo de cese de tabaco. Suspendiendo corticoides luego de confirmado el diagnóstico.

Las estrategias terapéuticas para la TAO son controversiales y aún quedan muchas dudas por dilucidar. Existe una fuerte correlación entre el tabaco y la actividad de la enfermedad, la única intervención terapéutica con implicancias pronósticas que impacta en la progresión de la enfermedad y evita la amputación, es el cese del tabaquismo. Estudios muestran que el 94% de los pacientes que abandonaron el tabaquismo evitaron la amputación, mientras que el 43% de los que continuaron fumando requirieron una o más amputaciones.

No hay evidencia que demuestre eficacia con el tratamiento con inhibidores de la función plaquetaria y/o anticoagulantes. Los vasodilatadores como antagonistas del calcio o análogos de las prostaglandina pueden mejorar la sintomatología.

Conclusiones

La TAO es una vasculitis de mediano y pequeño vaso poco frecuente, se debe sospechar en hombres jóvenes, tabaquistas, que presenten claudicación intermitente dolorosa, úlceras, o gangrena. El pilar más importante del tratamiento es el cese del tabaquismo.

ARTRITIS REACTIVA

Autores: Gómez AB, Reyes N

Institución: Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La artritis reactiva (ARs) es una artritis inflamatoria que se manifiesta días o semanas luego de haber cursado una infección habitualmente genitourinaria o gastrointestinal, aunque en el contexto epidemiológico actual ha habido reportes de casos de ARs por SARS-CoV-2.

Es una entidad infrecuente que se manifiesta como una oligoartritis asimétrica de grandes articulaciones predominantemente de miembros inferiores. Puede cursar con manifestaciones extraarticulares aunque la mayoría de los pacientes no presentan la tríada clásica de artritis, uretritis y conjuntivitis.

Más del 50% de los casos son autolimitados y se resolverán de forma espontánea en un período de 3 a 5 meses, el 30% tendrá recurrencias y un 15 a 20% se cronificarán y requerirán algún tipo de terapia inmunomoduladora.

Hasta 80% de los pacientes asocian antígeno HLA-B27, un 40% puede presentar síntomas axiales y solo un 25% presentará cambios radiológicos. El riesgo de desarrollo de sacroileítis o espondilitis está relacionado a la cronicidad y a la presencia de HLA.

Caso clínico

Sexo masculino, 51 años. Antecedentes personales de foliculitis recidivante de cuero cabelludo con tratamiento periódico con doxiciclina mensual, enolista. Previo al ingreso presentó episodio de diarrea acuosa, fiebre hasta 38 °C y epigastralgia. Misma sintomatología en integrantes de su núcleo familiar. Se planteó gastroenterocolitis de probable etiología viral y se descartó infección por SARS-CoV-2. A los 7 días del inicio de los síntomas, ya con resolución casi completa de sintomatología gastrointestinal, presenta tumefacción y dolor en tobillo izquierdo e IFP de 4to dedo de mano izquierda. Agrega gonalgia bilateral con tumefacción supra rotuliana derecha y leve calor local, sin rubefacción. De la paraclínica al inicio se destaca PCR 198, VES 95, serologías HIV, VHB y VHC, procalcitonina 0.04, factor reumatoideo, anti-CCP y ANA negativos. Ácido úrico normal. Se inició tratamiento con AINEs. Artrocentesis de rodilla derecha sin desarrollo bacteriano, no se identificaron cristales en líquido sinovial, estudio citoquímico compatible con proceso inflamatorio. Progresiva mejoría sintomática y paraclínica, a los 15 días franca mejoría articular con descenso de VES a 43 y normalización de PCR. A los 8 meses no presenta elementos clínicos o paraclínicos inflamatorios.

Discusión

Al momento del ingreso hospitalario ya no presentaba clínica gastrointestinal por lo que no se realizaron estudios para identificar gérmenes gastrointestinales patógenos y, habiendo descartado otras etiologías, se presume este evento fue el gatillante inicial. Se debe considerar que en aproximadamente un 40% de los casos no se podrá identificar el agente causal. Tuvo un curso autolimitado que remitió por completo en un período de 8 meses.

Conclusiones

Se debe sospechar ARs en pacientes que se presentan con oligoartritis asimétrica luego de haber cursado una infección genitourinaria o digestiva, aunque se debe tener en cuenta otros agentes menos frecuentes, incluido VIH y SARS-CoV-2.

Según la presentación clínica es importante el diagnóstico diferencial con otras entidades como artritis séptica, artritis gonocócica, artritis reumatoidea, espondiloartropatías y artritis microcristalinas.

Las ARs tienden en su mayoría a la resolución espontánea. Se debe realizar tratamiento del episodio inflamatorio agudo así como del agente desencadenante de así requerirse.

Se debe hacer seguimiento clínico hasta la resolución, considerando que un porcentaje cronificará o se definirá a otra entidad.

TIEMPOS ASISTENCIALES Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS CON TUBERCULOSIS.

Autores: Cardozo E, Torres Esteche V, Casal M.

Institución: Departamento de Medicina del Centro Asistencial Médica Uruguaya (MUCAM), Montevideo. Uruguay.

Introducción

El espectro de entidades clínicas nosológicas de la tuberculosis (TB) es amplio y al día de hoy continúa representado un desafío para el equipo de salud. Nuestro país registra un aumento de la prevalencia de TB sostenido desde el año 2006 que al año 2019 nos sitúa dentro del grupo de países con mediana prevalencia de TB. El 35% de los pacientes enfermos de TB reciben asistencia en centros de salud privados en la capital nacional.

Objetivos

Caracterizar una población de pacientes que cursan una internación hospitalaria por TB y realizar la medición de los tiempos asistenciales.

Metodología

Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo en base a revisión de historias clínicas. Se estudió la población mayor de 17 años que cursó internación en una institución médica privada, con diagnóstico de enfermedad tuberculosa, en el período de tiempo comprendido 2016 a 2019. Las variables estudiadas comprenden, edad al diagnóstico, sexo, serología para el virus de inmunodeficiencia humana, forma clínica de presentación, hallazgos radiológicos y tomográficos, estudios microbiológicos, días de internación, intervalos entre ingreso sanatorial al diagnóstico y al tratamiento y días de internación. El análisis estadístico se realizó mediante el software Epi info™ 7.

Resultados

Se estudiaron 68 sujetos que cumplían con los criterios establecidos. Edad media 35 años. Sexo masculino 54%. Coinfección VIH/TB: 4/58, 10 sin dato, porcentaje menor al reportado a nivel nacional. Las formas de presentación pulmonares fueron las predominantes al igual que otras series, 78% (53/68), pleural 16%, otras 6%. Los hallazgos imagenológicos más frecuentes fueron: en la radiografía de tórax (RxTx) cavidades en 50% (31/62) opacidades en vértices pulmonares 20%, en la tomografía de tórax (TC) cavidades 67% (43/64) y árbol en brote 61%

Se procesaron 48 muestras (70%) de expectoración mediante baciloscopía por tinción de Ziehl-Neelsen de las cuales fueron positivas 37 (77%) cultivando *Mycobacterium tuberculosis* en 36. Se efectuaron 14 fibrobronoscopías con lavados broncoalveolares, a 13 de esas muestras se les practicaron baciloscopías siendo positivas 10 y negativas con cultivo positivo 1. Se efectuaron 7 test de GenXpert de los cuales fueron positivos 3. Las muestras no siempre se procesan en la institución. Los diagnósticos de las formas pleurales fueron realizados mediante dosificación de ADA en líquido pleural, en todos los casos se superó el umbral diagnóstico de 60 UI/L.

Se obtuvo una media de 10 días de internación, en un centro con 6 días promedio de internación para pacientes con patologías médicas. Sin embargo en otros estudios la media de internación fue mayor. Tiempo desde el ingreso al diagnóstico 5 días, tiempo desde diagnóstico al inicio de tratamiento 1 día, tiempo desde el inicio del tratamiento al egreso 4,2 días.

Conclusiones

Los hallazgos sugieren que la TC tiene poco rendimiento frente a una RxTx con alteraciones patológicas orientadoras de TB. Mejorar el acceso al procesamiento de muestras biológicas para el diagnóstico así como contar con disponibilidad inmediata en todos los centros asistenciales

de medicación antituberculosa, podrían determinar una reducción en la estadía hospitalaria y superior calidad asistencial.

PATRONES DE CONSUMO Y REPERCUSIONES RESPIRATORIAS VINCULADAS A CANNABIS Y TABACO

Autores: Torres Esteche V, Fernández L, Torres I, Soto JP, Alemán A, García C, Gutiérrez M.

Institución: Facultad de Medicina y de Química UDELAR, Montevideo, Uruguay

Introducción

El consumo de cannabis ha aumentado en los últimos años y parece existir una menor percepción de riesgo vinculado a su consumo. El compromiso respiratorio dual cannabis y tabaco es frecuente y el consumo asociado puede limitar la interpretación de los estudios en cuanto a la responsabilidad de cada consumo en determinar daño en la salud respiratoria.

Objetivos

Caracterizar una población fumadora de cannabis y estudiar la repercusiones respiratorias en fumadores de cannabis inhalado y consumo dual con cigarrillos de nicotina.

Metodología

Estudio prospectivo, analítico, descriptivo, realizado en el período 2018-2020, financiado por ANII. Se confeccionó el cuestionario para realizar entrevistas presenciales en los clubes de cannabis, las cuales fueron realizadas desde 2018 hasta marzo 2020, cuando inicia la pandemia covid-19, debiendo elaborarse entonces cuestionario online via google drive para poder continuar con la recolección de datos. Se estudiaron síntomas respiratorios agudos y crónicos y patrón de consumo, en participantes fumadores de cannabis y tabaco. Se conformaron 4 grupos: cannabis exclusivo, tabaco exclusivo, consumo dual y grupo control no fumador.

Resultados

Se analizaron 414 participantes, con una media de edad de 38 años, 212 hombres. Los fumadores de los grupos cannabis y consumo dual fueron en su mayoría hombres y más jóvenes ($p < 0,01$). Se observó asociación entre síntomas respiratorios crónicos y grupo de consumo: tabaco exclusivo 44,4%, consumo dual 31,3%, cannabis exclusivo 20% ($p < 0,01$), pero no hubo asociación con respecto a cuadros respiratorios agudos. Hubo asociación entre Intensidad de consumo de tabaco medida por índice paquetes año (IPA) y síntomas crónicos. Sin embargo, en participantes con consumo dual la intensidad de consumo de tabaco fue menor (IPA 10,8) frente a fumadores de tabaco exclusivo (IPA 16,7) ($p < 0,01$). El grupo cannabis consumía preferentemente vía fumada (98%), variedad sativa 56% e híbrida 22%. La forma de consumo preferente fue grupal, con frecuencia al menos semanal (110/124) y sin deseo de cese (27/29) a diferencia de los fumadores de tabaco quienes presentaban intención de cese 53% (31/68). La edad de inicio del consumo de tabaco fue menor de 16 años en 53/147 fumadores con dato y la edad media de inicio de cannabis fue 19 años.

Conclusiones

La mayor prevalencia de síntomas respiratorios en los fumadores de cannabis exclusivo en relación a los controles sugiere que el cannabis fumado podría ocasionar síntomas respiratorios crónicos. El consumo dual es frecuente y se asoció a enfermedad respiratoria pero en menor proporción que los fumadores de tabaco exclusivo, esto podría explicarse por la edad y una menor intensidad de consumo de tabaco en el grupo dual con respecto al grupo tabaco exclusivo. La escasa motivación de cese en los consumidores de cannabis podría deberse a una baja percepción de riesgo de los efectos del cannabis en la salud. La edad de inicio del consumo de tabaco es menor a la de cannabis, y esto podría sugerir que el consumo de tabaco predispone al consumo de marihuana.

Síntomas	Cannabis (N 60)	Tabaco (N126)	Cannabis-Tabaco (N 64)	Control (N 164)	Valor p
Crónicos:	20%	44%	31%	8%	<0.01
Tos	13%	27%	22%	5%	<0.01
Expectoración	12%	19%	19%	2%	<0.01
Disnea	10%	24%	10%	4%	<0.01
Broncoespasmo	23%	25%	22%	10%	<0.01
Agudos:	22%	26%	14%	20%	0.25
Traqueobronquitis	22%	26%	14%	13%	0.02
Neumonía	2%	6%	2%	7%	0.18

Tabla 1. Prevalencia de síntomas respiratorios en los grupos analizados

MANIFESTACIÓN VASCULAR ATÍPICA EN ENFERMEDAD DE BEHCET: ANEURISMA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA.

Autores: Rivero MN, De Armas L, Bruno G, Torres V.

Institución: Hospital Maciel, Clínica Médica 3. Montevideo- Uruguay.

Introducción

La enfermedad de Behcet (EB) es una enfermedad inflamatoria, multisistémica y crónica. El compromiso vascular representa la principal causa de morbimortalidad en estos pacientes.) Puede afectar vasos de cualquier calibre, arteriales y venosos.

Reportamos un caso clínico de dolor torácico secundario a una aneurisma de la arteria subclavia como presentación excepcional de EB.

Caso clínico

SM, 36 años. Antecedentes de úlcera ileocecal. Artralgias y úlceras orales recidivantes de 2 meses de evolución. Consulta por dolor torácico en hemitórax derecho asociando disfonía y fiebre La radiografía de tórax visualiza ensanchamiento mediastinal. Angio TC de tórax evidencia aneurisma de la arteria subclavia (Figura 1). En cuanto a la etiología del aneurisma, dado del cuadro clínico y antecedentes se plantea vasculitis de vaso variable: enfermedad de Behcet. Test de patergia negativo. HLA-B51 negativo. Se realiza tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida y endovascular del aneurisma (stent en tronco braquiocéfálico). Se mantiene con glucocorticoides vía oral, azatioprina, ácido acetil salicílico y clopidogrel.

Abandona tratamiento, presentando como complicación un ataque cerebrovascular isquémico secundario a un trombo móvil intra stent, con hemiplejía izquierda secuelar. Se indica aziatropina, glucocorticoides y anticoagulación. Eco doppler a los 30 días: resolución de trombo intra stent.

Discusión

Las aneurismas de la arteria subclavia son excepcionales con una incidencia entre 0.01 y 3.5%. Las principales etiologías son: degeneración aterosclerótica, síndrome de salida de tórax y causas traumáticas. La EB integra un excepcional grupo de entidades, que se manifiestan con aneurismas en sectores periféricos como viscerales. Las manifestaciones vasculares predominan en hombres, siendo una de las principales causas de mortalidad y se presentan en el 40% de los pacientes, siendo 5% arteriales.

La EB es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología desconocida que se presenta con úlceras orales y genitales recidivantes, compromiso articular y uveítis, asociando manifestaciones cutáneas, neurológicas, gastrointestinales y vasculares. En este caso la presencia de aftas orales recurrentes, y el antecedente de úlcera ileocecal, fueron elementos orientadores del diagnóstico.

La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico, no existiendo signos ni estudios patognomónicos. Existen criterios clasificatorios, revisados en el año 2006. El HLA y el test de patergia resultaron negativos en este caso, como suele verse en el 50% de los pacientes.

Zhou et al, demostraron que el desarrollo de lesiones aneurismática suele ocurrir en las primeras fases de la EB. El test de patergia positivo, y otras lesiones arteriales (trombosis u oclusión) son factores pronóstico para su desarrollo.

El tratamiento de las aneurismas es médico y quirúrgico/endovascular.

El tratamiento médico es primordial. Se basa en glucocorticoides y ciclofosfamida (EULAR 2018), reservando los anti TNF alfa para casos severos y/o refractarios.

El caso analizado recibió tratamiento endovascular e inmunosupresor, destacando como complicación la trombosis del stent al suspender la inmunosupresión y antiagregación.

Conclusiones

Las manifestaciones vasculares en la enfermedad de Behcet son responsables de un aumento significativo en la morbimortalidad. Las aneurismas si bien son manifestaciones infrecuentes, se encuentran sub-diagnosticadas. La sospecha clínica y el tratamiento inmunosupresor son esenciales en el pronóstico.



Figura 1. AngioTC – aneurisma de la arteria subclavia

DIAGNÓSTICO DE HISTOPLASMOSIS EN URUGUAY. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS DE LA ÚLTIMA DÉCADA.

Autores: Cabeza E, Arrillaga A, Dalcín L, Carbia M, Perera P, González M, Acuña A, Ballesté R, Arteta Z.

Institución: Departamento de Parasitología y Micología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay. Departamento de Laboratorio de Clínico, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Laboratorio de Parasitología y Micología, Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Introducción

La histoplasmosis es una micosis sistémica que afecta a humanos, su agente *Histoplasma capsulatum*, hongo dimorfo, es ubicuo en la naturaleza (1). La primoinfección ocurre con la inhalación de las microconidias suspendidas en el aire (1,2). Frecuentemente sucede como reactivación en personas con infección por VIH/SIDA, con manifestaciones polimórficas y diseminadas (3,5). Las lesiones mucocutáneas son características y una importante llave diagnóstica (4,5).

El objetivo del presente trabajo es contribuir al conocimiento de la histoplasmosis en Uruguay a través del reporte de una serie de casos diagnosticados en la última década.

Metodología

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre los diagnósticos de histoplasmosis de los últimos 10 años (01/01/2011 al 31/12/2020) realizados por los laboratorios de Micología, del Departamento de Parasitología y Micología; del Departamento de Laboratorio Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de la República y del Hospital Pasteur de Montevideo. Se realizó una revisión a partir de los registros de los laboratorios, enrolándose los casos en una base de datos SPSS 22. Los registros clínicos y analíticos están asociados a la colección de láminas y cultivos con un número autogenerated.

Aspectos éticos. Este reporte de casos, incluida la recopilación y evaluación de la información médica protegida del paciente, se realizó de conformidad con las disposiciones de la Ley de Protección de datos personales N 18331 del Uruguay de 2008 y se adhirió a los principios éticos de la Asociación Médica Mundial para investigación médica que involucre seres humanos descrita en la Declaración de Helsinki enmendada en 2013.

Resultados y Discusión

Fueron 69 los diagnósticos de Histoplasmosis realizado en el período analizado. El 66,6% correspondió a pacientes de sexo masculino y más del 80% correspondió a personas con infección por VIH/SIDA. En los pacientes con VIH la media de linfocitos T CD4/mm³ fue de 64,6 +/- 69,1/mm³. De los 7 casos correspondientes a pacientes inmunocompetentes, se destaca en lo epidemiológico que 2 de ellos eran trabajadores de avícolas, 3 trabajadores rurales y en 2 casos no se obtuvo el dato (Tabla 1). Del total de los pacientes, 29 (42%) de ellos se estudiaron de forma ambulatoria y se realizó la toma de muestra en la policlínica del Departamento de Parasitología y micología y los 40 pacientes restantes se encontraban ingresados en algún centro hospitalario.

El 64,6% presentó lesiones de piel y/o mucosas. En el 58% el diagnóstico se realizó mediante el estudio de las mismas (Tabla 2).

El 62,3% de los diagnósticos se realizaron mediante la visualización de las levaduras compatibles al microscopio óptico utilizando la coloración de Giemsa.

Conclusiones

La mayoría de las histoplasmosis se vinculan a la infección por VIH/SIDA. La exposición a una elevada carga fúngica es una constante en individuos inmunocompetentes. El estudio micológico de las lesiones de piel y/o de mucosas, es accesible, mínimamente invasivo, rápido y presenta una excelente performance diagnóstica cuando es realizado por personal médico entrenado.

Bibliografía

- 1- Rippon J. Micología Médica. Histoplasmosis. (3er Ed) Editorial Interamericana: Mc Graw-Hill; 1990. 411-56.
- 2- Akram S, Koirala J. Histoplasmosis. StatPearls Publishing. 2021; PMID: 28846361.
- 3- Cano J, Olmedo A, Esquivel J, Camiro A, Pérez A, Madrigal C, Flores R, Ramírez L, Belaunzaran P. Progressive disseminated histoplasmosis in Latin America and the Caribbean in people receiving highly active antiretroviral therapy for HIV infection: A systematic review. Medical mycology. 2019; 57: 791-99. Doi: 10.1093/mmy/myy143
- 4- Mittal J, Ponce M, Gendlina I, Nosanchuk J. Histoplasma Capsulatum: Mechanisms for Pathogenesis. Curr Top Microbiol Immunol. 2019; 422:157-191. Doi: 10.1007/82_2018_114
- 5- Directrices para el diagnóstico y el manejo de la histoplasmosis diseminada en las personas con infección por el VIH. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2020. Disponibles en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52419>

Sexo, n (%)	Masculino 46 (66,7 %) Femenino 23 (33,3%)
Edad (μ +/- DE)	42,0 +/- 12,7
Residencia, n (%)	Interior: 26 (37,7%) Montevideo: 20 (29,0 %) Sin dato 23 (33,3%)
Estatus inmunológico, n (%)	VIH positivo 57 (82,6 %): Linfocitos T CD4 (μ +/- DE) 64,6+/- 69,1 cel/mm ³ . Inmunodeprimidos no VIH: EAI* 2 (3,0%) TOS** 1 (1,5%), HO 1 (1,5 %). Inmunocompetentes 7 (10,1%) Sin dato 1 (1,5%)
Nivel de atención, n (%)	Ambulatorio 29 (42,0 %) Hospitalizado 40 (58,0 %)

Tabla 1. Características generales de la población con diagnóstico de histoplasmosis en 2 laboratorios de referencia y 1 laboratorio clínico de Montevideo, Uruguay para el período 01/01/2011 al 31/12/ 2020.

* EAI: Enfermedad autoinmune , ** TOS: trasplante de órgano sólido

Superficial	Muestra	Inmunodeprimidos (VIH y no VIH)	Inmunocompetentes	Sin dato	Total
	Piel	30	2	1	33
Mucosas	7			7	
	37	2	1	40	

Profundas	Biopsia	Muestra	Inmunodeprimido	Inmunocompetente	Total
		Ganglio	3	1	4
		Médula ósea	2		2
		Pulmón	1		1
		Intestino	1		1
		HC	1		1
	LBA	18*	2	20	
	Total	26	3	29	

Tabla 2. Lugar anatómico de aislamiento de *Histoplasma capsulatum* en inmunodeprimidos e inmunocompetentes en población en 2 laboratorios de referencia y 1 laboratorio clínico de Montevideo, Uruguay para el período 01/01/2011 al 31/12/ 2020.

(*) 1 caso correspondió a cepillado traqueal

HC: Hemocultivos

LBA: Lavado bronquioloalveolar

EMBARAZO Y COVID-19. FORMA DE PRESENTACIÓN, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES VINCULADAS A INFECCIÓN DE SARCOV-2 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EMBARAZADAS INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE UNA MUTUALISTA EN MONTEVIDEO.

Autores: Tabares F, Bravo N, Rey C.

Institución: Casmu-IAMPP. Montevideo, Uruguay

Introducción

La infección por Coronavirus representa en el último año una de las mayores emergencias sanitarias a nivel mundial.

El embarazo con los cambios fisiológicos constituye una situación especial para estas infecciones. Es una población susceptible, en su mayoría no inmunizadas, vinculado a la indicación más tardía por parte del Ministerio de salud pública.

En Uruguay el número de infectadas ha venido en aumento, habiéndose reportado el fallecimiento de 8 gestantes desde el inicio de la pandemia a julio 2021.

Objetivo

Conocer la forma de presentación, evolución, y complicaciones de pacientes embarazadas que requirieron ingreso sanatorial durante el transcurso de una infección por COVID-19. Valorar estado de inmunización al ingreso y actual.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes embarazadas que al momento de ser internadas estaban cursando una infección por COVID-19, en el periodo de marzo 2020 y Julio 2021.

Se realiza consentimiento informado telefónico, el proyecto se presento y acepto por el comité de ética.

Resultados y discusión

Se estudio un total de 21 gestantes cursando una infección por COVID-19 durante la internación. La edad promedio fue de $29,3 \pm 6$ años.

El 61,9% (13), presento factores de riesgo para COVID grave, siendo la obesidad el FR más frecuente 23,8% (5). (Gráfico 1)

El resto de los factores de riesgo se vieron en un 38,1% de las gestantes. (Gráfico 2)

La máxima incidencia se vio en los meses de abril-mayo del 2021 con el 61,9% (13) de los casos.

De las patologías vinculadas al embarazo (12 pacientes), la diabetes gestacional fue la más frecuente 83,3%.

El 57,2% (12), se presentaron asintomáticas al momento del diagnóstico. (Gráfico 3)

El 90,5% (19) ingresaron por causa obstetrica, 2 pacientes requirieron ingreso a cuidados moderados, y ningún ingreso a cuidados intensivos.

Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, anosmia y disgeusia. (Gráfico 4).

El 76,2% (16) de las gestantes no presento síntomas pos-covid.

El 84,2 % dio a luz a su hijo en dicha internación, cursando la infección.

Las complicaciones obstétricas se presentaron en un 19,0%, se registro 1 amenaza de parto prematuro.

Se practico aspirado de secreciones nasales a los recién nacidos, diagnosticándose COVID-19 en 1 caso.

En el puerperio se indico tromboprofilaxis al 63% (12) de las puérperas, no registrándose casos de trombosis en ninguna de las pacientes.

El 90,5% no estaba vacunada al cursar la infección, al momento del estudio el 71,4 % tenían 2 dosis y el 9,5% tenían 1 dosis, no registrándose ingresos sanatoriales a partir de mayo del 2021.

Conclusiones

Este grupo de pacientes presento buena evolución, registrándose solo 2 casos con ingreso medico. Los motivos de ingreso sanatorial fueron obstétricos principalmente. A pesar de que un porcentaje de las pacientes no recibió tromboprofilaxis en el puerperio, no se registraron eventos tromboticos. La indicación de vacunación se acompaño con una disminución de los casos.



Gráfico 1.

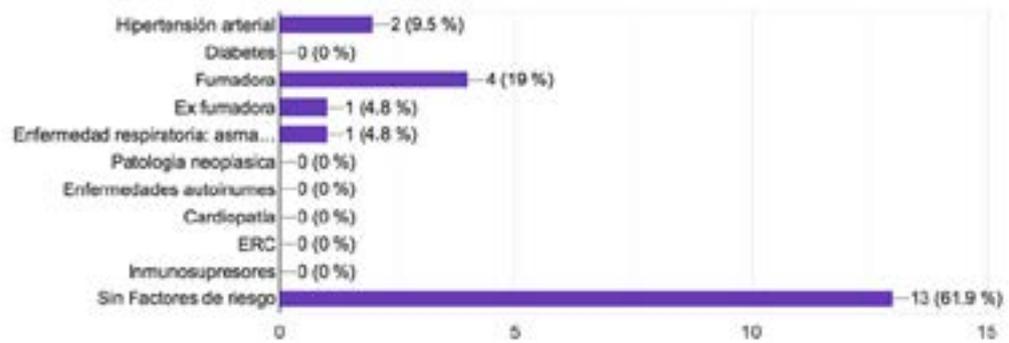


Gráfico 2. FR adicionales



Gráfico 3. Motivo de indicación de hisopado

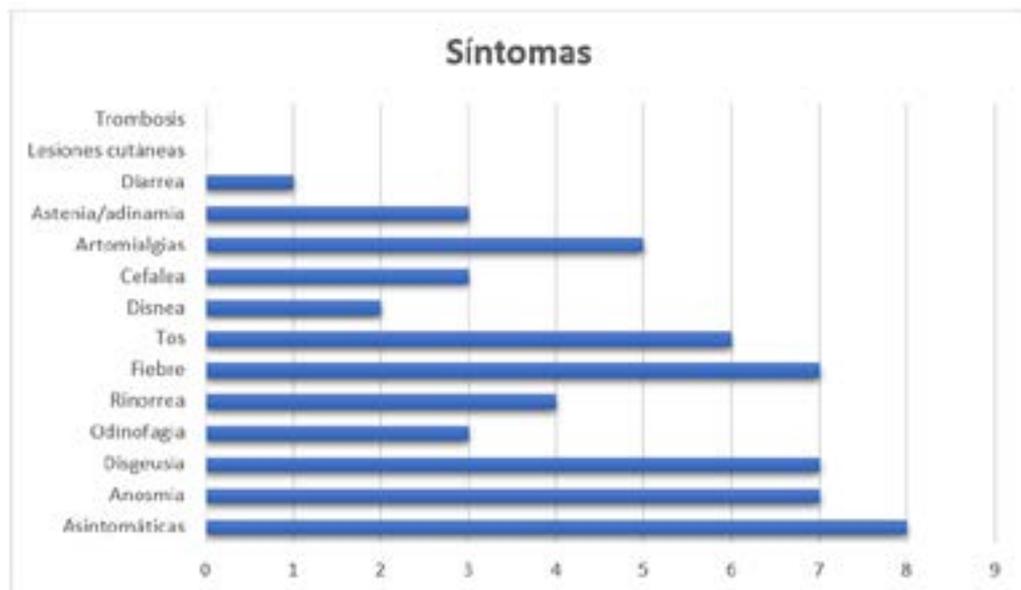


Gráfico 4. síntomas más frecuentes

MUCORMICOSIS RINOENCEFALICA Y COVID 19. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: castillo R, Dra Benedetto A, Dra Arciere B.

Institución: CASMU- IAMPP. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La mucormicosis rinoencefálica es una infección oportunista causada por hongos mucorales *Rhizopus* que se encuentran en el medio ambiente e ingresan al organismo por vía inhalatoria. Afecta fundamentalmente a inmunocomprometidos y su incidencia aumentó vinculado a la pandemia por SARS-COV-2.

Se reporta un caso de mucormicosis rinocerebral con rápida extensión a la cavidad craneana en un paciente diabético con mal control metabólico y diagnóstico de infección por COVID 19.

Caso clínico

Paciente 68 años, sexo masculino, diabetes insulino dependiente con mal control metabólico que ingresa por cetoacidosis diabética y celulitis de cara luego de extracción dentaria. Agrega en sanatorio síndrome regional de pares craneanos homolateral: II y III par completo, IV, V y VII. Posteriormente hemiplejía izquierda.

Del examen físico se destaca una lesión ulcerada necrótica en paladar de 3 cm.

Paraclínica: GB 39000 con neutrofilia, VES 116, PCR 58, Hemoglobina glicosilada 8.8%. PCR para SARS-COV 2 negativo al ingreso, muestra tomada por hisopado nasofaríngeo 23 de abril.

TC senos paranasales: engrosamiento mucoso con ocupación total del seno maxilar derecho. RMN: colección supurada en espacio masticador derecho con realce. Además se realizó RNM de cráneo que destaca isquemia de la ACM derecha, alteraciones otorrinolaringológicas compatibles con mucormicosis.

PCR para SARS-COV2 positivo pre-cirugía, muestra tomada por hisopado nasofaríngeo 30 de abril.

Ferritina 1461, LDH 222. Radiografía de tórax sin alteraciones.

Se decide realizar biopsia quirúrgica de lesión palatina y exploración endoscópica del seno maxilar, se toman muestras para cultivo, micológico y anatomía patológica.

Biopsia: directo destaca: filamentos gruesos, tabicados y pigmentados, cultivo *Rhizopus arrhizus*.

Se realiza tratamiento con Anfotericina B.

Discusión y conclusiones

La mucormicosis especialmente rinocerebral ha aumentado con la COVID 19 produciendo incremento de la morbimortalidad; la fisiopatología no es clara.

El diagnóstico de COVID19 en general es previo pero se ha visto en simultáneo o posterior a la infección micótica como en este caso. La inmunosupresión es un factor de riesgo primario para la infección fúngica invasiva. El tratamiento con esteroides mitiga la acción de la insulina provocando hiperglicemias que en un diabético puede desencadenar una cetoacidosis diabética creando un ambiente favorable para el crecimiento micótico. Los síntomas más frecuentes son afectación rinosinusal (sinusitis, lesiones ulceradas), oftalmológico (proptosis, oftalmoplejía) y neurológicos (invasión vascular).

A pesar del tratamiento temprano con antifúngicos y debridación quirúrgica el pronóstico es malo. La mortalidad global es de 40%, dependiendo de la presentación clínica, la enfermedad de base y extensión de la micosis.

En este caso la diabetes con mal control metabólico y la infección por COVID favorecieron el cuadro.

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ- VARIANTE DIPLEJIA FACIAL

Autores: Ciganda N, Fuentes A, Morena N, Nieto G, Núñez M, Roca F.

Institución: Clínica Médica 2. UdelaR. Hospital Pasteur – Montevideo, Uruguay

Introducción

La diplejía facial corresponde a una manifestación infrecuente del Síndrome de Guillain Barré (SGB). Se exponen dos casos clínicos con la peculiaridad de presentarse en un período de tiempo tan corto como 2 meses de diferencia y encontrarse al virus Sars Cov2 en relación al evento inmunológico desencadenante.

Caso clínico

Se trata de un paciente sexo masculino de 64 años, ex enlista, en tratamiento por patología psiquiátrica. Inmunizado con dos dosis de vacuna Sinovac dos meses previos a la consulta. Motiva la consulta un cuadro de una semana de evolución dado por fiebre y síndrome urinario bajo. Se comienza tratamiento antibiótico con planteo de pielonefritis aguda. Durante la internación presenta episodio autolimitado de parestesias en hemicara derecha. 48 horas posteriores instala paresia de músculos faciales del sector superior e inferior con reflejos supraciliares y nasopalpebral abolidos constituyendo una parálisis facial periférica bilateral.

El siguiente caso tan sólo dos meses más tarde, una paciente de sexo femenino de 71 años, autoválida con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Inmunizada con primera dosis de vacuna AstraZeneca. Cursó Covid-19 leve con alta epidemiológica 9 días previos a la consulta. Concorre al servicio de emergencia por alteración en el habla al despertar sin otro elemento de focalidad neurológica, al examen físico se constata parálisis facial periférica bilateral sin otras alteraciones del examen neurológico. En ambos casos se realiza punción lumbar destacándose una disociación albúmino citológica. Se indica fisioterapia de rehabilitación, oclusión palpebral nocturna, lágrimas artificiales.

Ambos reciben inmunoglobulinas a dosis 0,4mg/Kg/día por 5 días con discreta mejoría clínica en el primer caso y sin respuesta en el segundo caso.

Discusión

El SGB es una forma de parálisis arrefléxica de etiología autoinmune, la cual es precedida por un estímulo inmunitario responsable de inducir una respuesta inmune aberrante contra las raíces y nervios por mimetismo molecular entre antígenos microbianos y nerviosos. En los casos expuestos se atribuye el antecedente de la vacuna Sinovac en el primer caso y la infección por Sars Cov 2 en el segundo caso como los respectivos eventos inmunológicos desencadenantes del SGB. Habitualmente comienza en miembros inferiores, presentándose en hasta un 10% en miembros superiores o músculos faciales. En cuanto a datos nacionales, un estudio de cohortes prospectivo de Incidencia de SGB en Uruguay con un total 51 pacientes mostraba una incidencia anual de 1,7:100.000. En cuanto a las presentaciones: 42 (82%) se presentaron como un SGB típico, 5 (10%) como variante Miller Fisher (SMF), 3 (6%) Diplejía facial y 1 SGB-SMF superpuesto. En ambos casos expuestos se presenta únicamente como la variante diplejía facial.

Conclusiones

La diplejía facial es una presentación poco frecuente del SGB y en cuanto al vínculo del virus Sars Cov2 con esta patología existen muy pocos datos sobre esta complicación de la enfermedad, sin embargo se comienza a nombrar cada vez más como otra de las numerosas complicaciones post COVID19

TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.

Autores: Rodríguez-Jiménez JC, Amador-Medina LF, Ojeda-Tovar J.

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

Introducción

El trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) consiste en la administración de células madre hematopoyéticas sanas en pacientes con alteraciones funcionales o estructurales de la médula ósea.¹ Es la terapia de elección para el tratamiento de neoplasias hematológicas refractarias al tratamiento.^{1,2} Además, puede ser usado en enfermedades no malignas como anemia aplásica, síndrome mielodisplásico y hemoglobinuria paroxística nocturna.^{1,2}

En 2014 se realizaron más de 40 000 TCMH en Europa, 58% fueron autólogos y la principal indicación fue mieloma múltiple.³ Mientras que en Estados Unidos en 2015 se realizaron más de 21 000 TCMH, 64% fueron autólogos y su principal indicación fue mieloma múltiple.⁴

En pacientes con neoplasias el principal factor pronóstico es el estadio de la enfermedad, mientras que en pacientes con enfermedades no malignas los factores pronósticos son el tipo de donante, el estado inmune del paciente y la presencia de comorbilidades.⁵

En EU, la mortalidad a 100 días del TCMH autólogo fue de 2.1% y del alogénico de 10.6%; las principales causas de muerte fueron recaída de la enfermedad, infección y falla orgánica.⁴

Objetivo

Describir la experiencia del programa de Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas a lo largo de 7 años en un Hospital de tercer nivel de México.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, utilizando información del expediente clínico electrónico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) y bases de datos del servicio de Hematología respecto al TCMH. Se analizaron las siguientes variables: edad, género, diagnóstico, tipo de trasplante, complicaciones infecciosas, mortalidad al día 30 y sobrevivida al último seguimiento (25 de septiembre 2021).

Resultados

Desde octubre del 2014 a agosto 2021 se llevaron a cabo 46 TCMH en un total de 44 pacientes; 26 (56.5%) fueron hombres y 20 (43.5%) mujeres, la edad promedio fue de 39 años. 33 (71.7%) de los trasplantes fueron autólogos y 13 (28.3%) alogénicos. El diagnóstico más común fue mieloma múltiple (13 pacientes, 28.2%), seguido de LNH (9 pacientes, 19.5%) y de LH (9 pacientes, 19.5%). 10 pacientes (21.7%) no tuvieron complicaciones infecciosas dentro de los primeros 30 días posteriores al trasplante, sin embargo 32 (69.5%) desarrollaron fiebre y neutropenia, 12 (26%) infección por CMV asintomática, 10 (21.7%) bacteremia principalmente por BGN, 5 (10.8%) neumonía de las cuales 2 fueron fúngicas y 5 (10.8%) colitis neutropénica. La mortalidad al día 30 fue de 4.3%. Al último seguimiento realizado el día 25 de septiembre de 2021, 30 (68%) de los 44 pacientes seguían vivos.

Conclusiones

El TCMH representa una opción de tratamiento curativo para pacientes con enfermedades neoplásicas y no neoplásicas. La creación y análisis de registros respecto al TCMH permiten implementar mejoras en los protocolos para realizar procedimientos cada vez más seguros. En el

HRAEB la epidemiología respecto al diagnóstico de base y al tipo de trasplante más prevalente concuerda con la literatura mundial, así como la tasa de mortalidad a corto plazo. Existen áreas de oportunidad como la búsqueda de mejorar las intervenciones que intentan disminuir la alta incidencia de complicaciones infecciosas agudas posterior al trasplante.

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS.

Autores: Fernández-Rey L, Díaz-Cuña C, Rostán S, Consani S.

Institución: Policlínica de Colagenopatías. Hospital Maciel. Universidad de la República (UdelaR). Montevideo. Uruguay.

Introducción

Las infecciones son una importante causa de morbi-mortalidad en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Se observa un riesgo mayor a dos veces que la población general, secundario al estado de inmunodepresión por la propia EAS y los tratamientos recibidos, sin embargo, no hay datos específicos que sugieran que esto predispone a los pacientes a enfermedad por SarsCov2.

El objetivo del trabajo es estudiar el impacto de la pandemia COVID-19 en una cohorte de pacientes con EAS, tipo de EAS, comorbilidades, tratamientos, frecuencia de infección y asociación de los mismos con la infección por SarsCov2, e impacto emocional.

Metodología

Estudio multicéntrico, descriptivo, analítico, observacional, de cohorte histórica, de una población de pacientes pre inmunizados COVID-19, de policlínica de EAS en tres centros de salud privado y público.

Resultados y discusión

Se incluyeron 280 pacientes. Edad media de 49,6+/-12,5 años, siendo 253 (90,4%) del sexo femenino.

Las EAS fueron: AR 72(25,7%), LES 54(19,3%), Síndrome de Sjogren 34(12,1%), Esclerosis sistémica 21(7,5%), Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo 14(5%), vasculitis 12(4,2%), Síndrome antifosfolípido 7(2,5%), artritis psoriásica, espondiloartropatía y miopatía inflamatoria 4(1,4%) en cada caso, sarcoidosis y Enfermedad Mixta del tejido conectivo 3(1,1%) en cada caso, enfermedad de Still 2(0,7%), otras EAS de diagnóstico variado en 30(10,7%). Solapamientos 14(5%).

Las comorbilidades fueron: 50(17,9%) hipertensión, 25(8,9%) obesidad, 21(7,5%) asma, 12(4,3%) enfermedades cardíacas, 9(3,2%) diabetes, 6(2,1%) enfermedad renal, 5(1,8%) cáncer, 4(1,5%) enfermedades crónicas respiratorias, 148(52,9%) no presentaron comorbilidades.

Tratamientos recibidos: 131(46,8%) Hidroxicloroquina; 20(7,1%) Azatioprina, 11(3,9%) Leflunomida, 63(22,4%) Metotrexate y 15(5,3%) Micofenolato. 52(18,5%) casos terapias biológicas; 9 inhibidores de la JAK. Recibieron glucocorticoides 70(25,0%) casos.

De los 132 casos hisopados para SarsCov2, 32 fueron positivos, tasa de positividad de 24,2%, siendo más elevada que la observada en otras series. La mayoría de los casos positivos (90%) presentaron un curso leve de la enfermedad.

Considerando el riesgo de tener infección COVID-19, no se encontró asociación significativa con ninguna de las comorbilidades, así como tampoco con los tratamientos recibidos, a excepción del uso de metotrexate que se mostró como factor de riesgo ($p=0,042$, OR 2,2).

En cuanto al impacto emocional de la pandemia, se observó: angustia en 70 (24,9%) de los casos, ansiedad 106 (37,7%), inseguridad con el tratamiento 18 (6,4%), inseguridad por no realizar el tratamiento 8 (2,8%). El resto de los pacientes no se ha sentido identificado con estas emociones.

Conclusiones

Los pacientes con EAS no tienen mayor riesgo de infección por SarsCov2 ni de presentar enfermedad más grave. La prevalencia de COVID-19 sintomático en pacientes con EAS es baja.

Probablemente los factores de riesgo para COVID-19 grave son los mismos que los descritos en la población general, tomando relevancia en estos pacientes las comorbilidades y el uso y dosis de glucocorticoides, pero pese a esto, no se pudo registrar dicha asociación en nuestra serie.

Se registró un importante impacto emocional en estos pacientes, guiados por sentimientos de angustia y ansiedad tanto frente a la enfermedad como al tratamiento de sus EAS, aunque en su mayoría adaptado a la nueva realidad y a la telemedicina.

USO DE Anti TNF y Anti CD20 DURANTE EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DE CLINICAS (U-ARO)

Autores: Casada V, Diz L, Noboa L, Melo L, Cora M, Sosa L, Zubiaurre V.

Institución: Unidad de Alto Riesgo Obstétrico Hospital de Clínicas, Clínica Médica B- Clínica Ginecológica B. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". UdelaR. Uruguay.

Introducción

Mantener en remisión enfermedades autoinmunes requiere en oportunidades iniciar o mantener fármacos biológicos durante el embarazo. Lograr remisión preconcepcional o durante el embarazo se asocia a mejores resultados maternos-perinatales. Adalimumab y Rituximab son anticuerpos monoclonales (AMC) que atraviesan la placenta concentrándose en el plasma fetal. Dependiendo del fármaco y momento del embarazo que se suspende, pueden producir alteraciones del desarrollo, sistema inmune y/o malformaciones. La U-ARO realiza seguimiento multidisciplinario de embarazadas con patología médica, con controles clínicos-analíticos estructurados. No existe en Uruguay experiencia documentada sobre resultados materno-fetales de pacientes embarazadas tratadas con AMC.

Objetivo

Describir características clínicas-analíticas, evolutivas, y resultados materno-fetales de pacientes que recibieron AMC durante el embarazo.

Metodología

Estudio prospectivo, descriptivo. Se incluyeron embarazadas, derivadas a U-ARO, durante 2012-2020, tratadas con AMC (anti-TNF/anti-CD20), previo o inicio. Datos clínicos-evolutivos se recolectaron prospectivamente en registro informático de U-ARO. Al final del seguimiento se completó evaluación de complicaciones con cuestionario telefónico estructurado (figura1). Las pacientes consentieron su incorporación al estudio.

Resultados

Se incluyeron 8 gestaciones (7 pacientes): 5/7 presentaban enfermedad inflamatoria intestinal, 1/7 lupus eritematoso y 1/7artritis idiopática juvenil. Seis tratadas con Adalimumab, 2 con Rituximab. Las características se muestran en Tabla-1. En todos los casos se planificó la suspensión de los AMC. Las complicaciones maternas estuvieron relacionadas a enfermedad activa y sus consecuencias (tabla-2). Una paciente tuvo tromboembolismo pulmonar (pre-administración de AMC). Hubo una muerte materna en puerperio por sepsis entérica (EC severa con actividad persistente). La edad gestacional media al final del embarazo fue 37 semanas, y el peso neonatal 2702,25gr. Las complicaciones perinatales (tabla-2) potencialmente vinculadas a AMC fueron linfopenia severa (CASO-1) y lesión cutánea glútea. Al final del seguimiento ningún neonato presentó infecciones graves, malformaciones ni retardo en el desarrollo. En todos los RN se difirió administración de vacunas a microorganismos vivos hasta tener valores normales de linfocitos o hasta el año de vida.

Discusión

Presentamos la experiencia en el seguimiento de embarazadas tratadas con AMC. Su uso fue seguro, sin complicaciones maternas directas, sin embargo la situación de inmunocompromiso por enfermedad activa y tratamiento con anti-TNF pudo haber influido en la muerte por sepsis entérica (CASO-6). No hubo complicaciones fetales graves. En un caso (CASO-1) hubo linfopenia

leve y en otro (CASO-2) una lesión cutánea glútea que se resolvió a los 10 días. En el seguimiento no hubo infecciones graves, malformaciones ni alteraciones del desarrollo cognitivo o motor. En todos los casos la suspensión del AMC se concretó cuando el equipo clínico entendió que el balance entre actividad de enfermedad y riesgo de complicaciones fetales se encontraba en el mejor equilibrio.

Conclusiones

El uso de AMC fue seguro en nuestra experiencia. El seguimiento en un programa estructurado y multidisciplinario como U-ARO permite planificar el mejor momento de la suspensión de AMC, y el inicio de tratamientos adicionales para lograr control de la enfermedad en curso, todos aspectos vinculados a mejores resultados maternos y fetales.

Caso	EB	Edad (años) inicio EB	Complicación EB previa a G	Historia obstétrica previa	Edad (años) inicio G	Fármaco	Inicio de FMC	Suspensión FMC EG (semanas)
1	LES + SAF	24	-	5 G: 2 AE, 2 IVE, 1 PV	24	Rituximab	30(sEG)	32
2	CUC	19	Colectomía sub-total	0 G	25	Adalimumab	Pre-G	35
3	EC + PS	29	CR. Fallo IFX.	0 G	33	Adalimumab	Pre-G	23
4	EC	19	Resección ileocecal	0 G	26	Adalimumab	Pre-G	35
5	EC + EA	19	Fallo IFX.	2 G: 1 AE, 1 CST	28	Adalimumab	Pre-G	35
6	EC	18	Fallo IFX.	1 G: 1 AE	25	Adalimumab	Pre-G	28
7	EC	23	-	1 G: 1 PV	28	Adalimumab	Pre-G	34
8	AIJ	20	Fallo a etanercept	0 G	22	Rituximab	Pre-G	4 preG

Tabla 1. Características clínicas maternas. EB: enfermedad de base. G: gestación. preG: pre-gestacional. LES: lupus eritematoso sistémico. SAF: síndrome antifosfolípido. CUC: colitis ulcerosa crónica. EC: enfermedad de Crohn. PS: psoriasis. EA: espondiloartropatía. AIJ: artritis idiopática juvenil. CR: corticoreistencia. IFX: infliximab. AE: aborto espontáneo. IVE: interrupción voluntaria del embarazo. PV: parto vaginal. CST: operación cesárea. FMC: fármaco monoclonal. EG: edad gestacional. TEP: tromboembolia pulmonar. Perf-Int: perforación intestinal. RCIU: retraso del crecimiento intrauterino.

Caso	Actividad de la EB	Otros IS en G	Complicación materna	Complicaciones fetales	Desarrollo del RN	Seguimiento (meses)
1	Actividad LES severa	IG + AZA + MP + HCQ	TEP. Neutropenia severa	Inf. funicular. Linfopenia	Normal	33
2	-	AZA + MEZ + PRD	-	Lesión cutánea glútea	Normal	24
3	Actividad EC severa	AZA + MEZ + PRD		-	Normal	2
4	Actividad EC leve	AZA + PRD		RCIU	Normal	96
5	Actividad EC severa	AZA + PRD		RCIU	Normal	72
6	Actividad EC severa	PRD	Perf-Int. Sepsis. Muerte	Pretérmino moderado	Normal	6
7	Actividad EC leve	AZA	-	-	Normal	5
8	-	-	-	-	-	1

Tabla 2. Complicaciones materno-fetales, y evolución. G: gestación. EB: enfermedad de base. IS: inmunosupresores. IG: inmunoglobulina intravenosa. AZA: azatioprina. MP: metilprednisolona. HCQ: hidrocicloroquina. MEZ: mesalazina. PRD: prednisona. TEP: tromboembolia pulmonar. Perf-Int: perforación intestinal. RCIU: retraso del crecimiento intrauterino.

- Edad del niño
- Fecha de vacunación de vacuna BCG: < 1 año /1año/1.5 años/1.5 años
- ¿Presentó infecciones en el primer año de vida que hayan requerido internación?: SI/NO
 - ¿Cuáles?: Respiratorias, piel, urinarias, otras
 - ¿Cuántas?: 1/ 2/3/>3
- ¿Presentó malformaciones congénitas?: SI/NO
- ¿Tiene un desarrollo normal según su pediatra tratante?: SI/NO
- ¿Requirió valoración por neuropediatra?: SI/NO
- ¿Requirió apoyo de otro profesional? Foniatra, maestra de apoyo y/o psicomotricista: SI/NO
- En lo motor, ¿logró sentarse y caminar en la edad esperada?: SI/NO
- ¿Presentó retardo en la adquisición del lenguaje?: SI/NO
- ¿Presenta o presentó trastornos del aprendizaje?: SI/NO

Figura 1. Preguntas incluidas en el cuestionario estructurado aplicado al final del seguimiento.

PRUEBAS DE TAMIZAJE DE VIH: COMPARACIÓN ENTRE PERÍODOS PANDÉMICO Y PREPANDÉMICO EN 7 DEPARTAMENTOS DE URUGUAY.

Autores: Bartaburu Isabel, Brasó Paulina*, Antelo Virginia*, Suárez César*, Echenique Germán*, Piñeyro Nancy*, Hassan Roxana*, Gasperazzo Nancy*, Campo Mariana*, Arteta Zaida†, Cabrera Susana†

Instituciones: *Médicos referentes en atención de VIH en Artigas (Bella Unión), Maldonado, Paysandú, Salto, San José, Soriano y Rocha. †Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Universidad de la República

Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 irrumpió en el 2020 exigiendo a los servicios de salud una readecuación de su gestión para dar respuesta a esta nueva demanda de atención. Es posible que esto determine, tal como ha sido alertado por organismos internacionales, impactos tanto en diagnóstico como en el pronóstico de pacientes con enfermedades crónicas.(1) En el caso de las personas con VIH, se describe falta de acceso a programas de prevención, entre ellos pruebas de tamizaje.(2) En nuestro país se reportó un descenso en el número de personas con diagnóstico de VIH en el 2020, pero no se ha informado acerca del número de pruebas realizadas, el cual venía en crecimiento sostenido en años previos.(3)

Objetivos

El objetivo del estudio es describir el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en el acceso al diagnóstico de VIH en Uruguay, comparando un período prepandémico con un período pandémico.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo y transversal. A partir de registros de laboratorios, se obtuvo el número de personas que accedieron a una prueba de tamizaje de VIH en el período comprendido entre 1 de abril y 30 de septiembre de los años 2019 y 2020, discriminado por sexo al nacer, edad, subsector de atención y resultado.

Resultados. Discusión

Se realizaron prueba de VIH 44.165 personas, 28.825 (65.3%) mujeres y 15.340 (34.7%) varones, 20.631 del subsector público y 23.747 del privado. La media de edad fue de 37.016.1 años, siendo significativamente menor en mujeres (35.114.8) respecto a varones (40.517.7). No hubo diferencias significativas en la edad por año en el total, ni en la comparación dentro del mismo sexo por año, ni por subsector de atención.

Comparando 2019 y 2020, hubo una reducción del 29% en el número total de pruebas (25.883 Vs. 18.282), 24% (16.381 Vs 12.444) entre mujeres y 39% (9.502 Vs 5.838) entre varones. La reducción fue mayor en varones en el subsector privado. Tabla 1.

La reducción en el número de personas que se realizaron una prueba de VIH durante un período de pandemia, alerta sobre la posibilidad de subdiagnóstico y un aumento en diagnósticos tardíos durante la post pandemia, con un impacto desfavorable en el pronóstico de las personas con VIH. El mayor número de pruebas entre mujeres es concordante con reportes de años previos. La menor reducción de pruebas entre mujeres puede responder a la realización del tamizaje de VIH sistemático durante la gestación, lo cual no fue relevado.

El número total de pruebas reactivas para VIH fue de 202, manteniéndose estable la proporción de diagnósticos, con una edad media de 36.0213.59 años, sin diferencias significativas por año ni sexo. Tabla 2.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 impactó negativamente sobre el número de test de VIH realizados, manteniéndose la proporción de positividad, lo que nos orienta fuertemente a plantear un sub-diagnóstico vinculado a la menor realización de test. Los resultados de este estudio pueden contribuir a acelerar la implementación de estrategias innovadoras para mejorar el acceso al diagnóstico de VIH, como el tamizaje realizado en entornos no sanitarios y el autotest de VIH.

	Subsector	2019	2020	Reducción (%)
Mujeres	Publico	7711	5931	23
	Privado	8670	6513	25
Varones	Publico	4153	2956	29
	Privado	5349	3215	40

Tabla 1. Cantidad de personas con prueba de VIH por sexo, subsector y año

	2019	2020	Total
Mujeres	0.34% (56/16.381)	0.30% (37/12.444)	0.32% (93/28.825)
Varones	0.64% (61/9.502)	0.82% (48/5.838)	0.71% (109/15.340)
Total	0.45% (117/25.883)	0.46% (85/18.282)	0.46% (202/44.165)

Tabla 2. Proporción de pruebas reactivas según sexo y año.

Bibliografía

- 1- WHO. Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19. https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/presentation-disruption-in-services-international-aids-conference-2020.pdf?sfvrsn=d4bf1f87_7.
- 2- Preventing HIV infections at the time of a new pandemic. A synthesis report on programme disruptions and adaptations during the COVID-19 pandemic in 2020. Global HIV Prevention Coalition. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19_web.pdf
- 3- Boletín Epidemiológico de VIH/sida. MSP. Julio, 2021 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-situacion-epidemiologica-del-vihsida-uruguay-2021>

USO DEL NT-PROBNP EN EL CONTROL AMBULATORIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL HOSPITAL DE

Autores: Bueno L, García Z, Guamán C, Alvarez P, Florio L, Ormaechea G, Grupo UMIC.

Institución: Hospital de clínicas "Dr. Manuel Quintela". Clínica médica A. Unidad multidisciplinaria de insuficiencia cardíaca (UMIC). Montevideo, Uruguay.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de congestión e hipoperfusión sistémica pudiendo ser ocasionado por un daño estructural y/o funcional del músculo cardíaco. Para su diagnóstico es importante la valoración clínica y el uso de los péptidos natriuréticos (PN), el electrocardiograma y el ecocardiograma. Los PN tienen utilidad diagnóstica y pronóstica, pero su uso en el seguimiento de los pacientes aún no está claramente definido. El objetivo de este estudio es determinar si la variación en los valores de PN (NT-proBNP) se asocian a un cambio en el tratamiento de los pacientes con IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (ICFEr) en seguimiento de una unidad multidisciplinaria de insuficiencia cardíaca (UMIC).

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico, de seguimiento de cohorte de pacientes de UMIC durante el periodo del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017. Los criterios de inclusión fueron: >18 años con IC FEVI <40% al ingreso, mínimo de 2 cuantificaciones de PN en 1 año y haber sido asistidos durante un mínimo de 2 años. El criterio de exclusión fue: nefropatía crónica por todas las causas y/o creatinina $\geq 2,5$ mg/dl o un filtrado glomerular (FG) <30ml/min/1.73m² en la primera consulta. Se definió variación de PN al aumento 30% respecto a control previo. Se realizó recolección de datos en planilla diseñada en excel, exportada a STATA16 para análisis estadístico. Todos los pacientes incluidos presentaron aceptación por consentimiento informado respectivamente.

Resultados

107 pacientes, hombres (58%), edad media 63 años, las principales comorbilidades: hipertensión arterial (71%), fibrilación auricular (34%). El 56% cardiopatía no isquémica, el 50% clase funcional (CF) I de New York Heart Association (NYHA). Promedio de NT-proBNP basal de 698mg/dl y promedio FEVI basal del 30%. La mayoría en biterapia, 93%, betabloqueantes (BB) y 77%, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). En el 50% de los pacientes hubo variación en el valor del NT-proBNP que se asoció a un cambio en el tratamiento farmacológico por parte de los médicos tratantes.

Discusión

Se observó en más de la mitad de la población una asociación de cambios terapéuticos con variaciones del NT-proBNP durante el seguimiento en la UMIC. Este resultado es similar al estudio internacional GUIDE-IT. Es posible que el no uso por parte de los médicos de las variaciones de

PN para guiar terapéutica sea por tratarse de pacientes ambulatorios, la mayoría estables, sin grandes variaciones de NT-proBNP y por otro lado el seguimiento es realizado en una unidad especializada en dicha patología. Al igual que la evidencia nacional e internacional se observó una tendencia a un valor más elevado de NT-proBNP en los pacientes con peor CF de NYHA, sin encontrar grandes variaciones cuantificables clínicas y paraclínicas (PN). Son limitaciones el tratarse de un estudio retrospectivo, generador de hipótesis, sin determinar causalidad.

Conclusiones

En la mitad de la población de nuestra cohorte se evidenció que los valores de NT-proBNP se asociaron a cambios en el tratamiento farmacológico, independientemente de la situación clínica.

VASCULITIS LIVEDOIDE POCAS LUCES Y MUCHAS SOMBRAS

Autores: Santa Cruz A, Rostán S, Díaz-Cuña C, Fernandez-Rey L, Consani S.

Institución: Servicio de Medicina Interna. Clínica Médica 3. Hospital Maciel. Universidad de la República (UdelaR). Montevideo. Uruguay.

Introducción

La vasculitis livedoide (VL) es una enfermedad crónica, recurrente, caracterizada por trombosis y ulceración de los miembros inferiores. Puede ser idiopática o estar asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), causas protrombóticas (adquiridas o genéticas), infecciones o neoplasias. En su etiopatogenia, la hipercoagulabilidad juega un rol primordial, teniendo la inflamación un papel secundario.

Presenta una tríada clásica: livedo reticularis, úlceras dolorosas de inicio agudo, y atrofia blanca en miembros inferiores. Puede ocurrir afectación del sistema nervioso periférico debido a compromiso de la vasa nervorum. La biopsia es el patrón oro para el diagnóstico.

Casos clínicos

Caso clínico 1: Mujer, 20 años. Consulta por úlcera de 3 cm a nivel de miembro inferior derecho en cara lateral, de 15 días de evolución, dolorosa. Sin compromiso extra-cutáneo.

Caso clínico 2: Mujer, 45 años. Consulta por lesiones ulceradas a nivel de ambos miembros inferiores, necróticas. Sin compromiso extra-cutáneo.

Caso Clínico 3: Mujer, 23 años. Lesiones ulceradas en miembros inferiores, dolorosas múltiples y necróticas. Artralgias de características inflamatorias, sin artritis. Dolor neuropático de miembros inferiores.

Análisis de los 3 casos clínicos: Bioquímica básica normal. Reactantes de fase aguda normales. Orina: normal. ANA y ANCA negativos. Sin hipocomplementemia. Anticuerpos antifosfolípidos: Negativos. Factores protrombóticos genéticos: Negativos. Crioglobulinas: normales. Biopsia de piel: confirma VL.

En caso clínico 1 y 2 se realizó tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS), con excelente respuesta y remisión sostenida luego de 3 meses de tratamiento. En el caso clínico 3, dada severidad de lesiones y el compromiso extra-cutáneo, se plantea VL asociada a poliarteritis nodosa. Se inicia tratamiento con glucocorticoides, azatioprina y AAS, seguido de micofenolato sin respuesta en 6 meses. Se rota a apixaban, con buena respuesta, sin brotes luego de 1 año de tratamiento.

Discusión

Se presentaron tres pacientes con lesiones ulceradas en miembros inferiores, con distinta gravedad, donde se confirmó el diagnóstico de VL.

La VL es poco frecuente, predomina en mujeres, entre los 15-50 años. El diagnóstico es clínico histopatológico. No existe una estrategia terapéutica estandarizada debido a la ausencia de ensayos clínicos controlados. Los objetivos terapéuticos son control del dolor, curación de la úlcera y evitar recurrencias. Los tratamientos disponibles son la antiagregación, anticoagulación, tratamiento glucocorticoideo e inmunoglobulinas.

En el caso clínico 1 y 2 se optó por un tratamiento con AAS, teniendo en ambos casos una excelente respuesta. Una revisión sistemática basada en serie de casos que incluyó 339 pacientes evidenció que los fármacos más utilizados en monoterapia fueron los anticoagulantes de acción directa como en el tercer caso clínico. Los antiagregantes son empleados con gran frecuencia, solos o en combinación. El danazol con su acción dual (antiinflamatoria y antitrombótica) se utiliza en monoterapia como segunda línea. Los glucocorticoides también fueron utilizados con un éxito limitado, excepto en casos asociados a EAS.

Conclusiones

La evidencia en el manejo de la VL es escasa, siendo los antiagregantes y/o anticoagulantes la base del tratamiento, no obstante, son necesarios ensayos clínicos con seguimiento a largo plazo.

SÍNTOMAS PERSISTENTES EN INFECCIÓN A SARS-CoV2

Autores: Pouso M, Sposito P, De Armas F, Cohn M, Ramón J, Puppo D, Santiago N, Rey C, Avellanal G, Artola F, Iraola V, Cuba X, Berón L, Allaupe G, Díaz M.

Institución: Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.

Introducción

Nos encontramos en un escenario clínico hasta ahora poco explorado en la literatura científica, como es la persistencia en el tiempo de manifestaciones clínicas, alteraciones funcionales y/o biológicas, después de la resolución de la infección vírica. Los síntomas persistentes son cada vez más reconocidos en este grupo de pacientes. El paso previo a la gestión del Long COVID se debe realizar complementariamente al manejo de las comorbilidades preexistentes o causadas por la propia infección antes de ser derivado a otro especialista. Creemos de suma importancia explorar estos síntomas con el fin de realizar las intervenciones adecuadas cuando dichos pacientes egresan al primer nivel de atención.

Objetivos

Conocer la prevalencia de síntomas post COVID-19 agudo y su persistencia desde el inicio de los síntomas. Determinar si estos síntomas o su persistencia se asocia con la internación en cuidados moderados o unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo multicéntrico con elementos analíticos. Muestra aleatoria: 208 de 453 pacientes que cursaron COVID-19 hospitalizados en CASMU y 192 de 384 que cursaron ambulatorio en Blue Cross. Encuesta telefónica posterior al alta epidemiológica, previo consentimiento informado. Registro en formulario anonimizado. Pruebas de asociación: variables discretas: Exacto de Fisher; continuas ANOVA o test de t para distribuciones normales y U de Mann-Whitney para no normales. Nivel de significación: $p < 0,05$. Curvas de Kaplan Meier para persistencia de síntomas y test de Log-Rank para comparación entre grupos.

Resultados y discusión

N 244 (196 CASMU, 48 Blue Cross). Seguimiento: media $15,1 \pm 5,38$ semanas, mediana 15. Edad: media $58,1 \pm 18,09$ años, mediana 57. Sexo femenino: 94(38,5%) IC95% 32,57-44,75%. Requirieron internación 191/196 (97,45%), enfermedad nosocomial leve: 5/196 (2,55%). UCI: 26/191 (13,61%) IC95% 9,28-19,04%. Enfermedad tromboembólica venosa: 6/244 (2,46% IC95% 1,0-5,04%). Retorno a vida normal: 173/244 (70,9%) IC95% 64,97-76,34%. Al menos un síntoma persistente: 160/244 (65,57% IC95% 59,44-71,34%). Son predominantes: fatiga 97/244(39,75%), disnea 55/244(22,54%), Brain Fog 54/244(22,82%), trastornos del sueño y artromialgias: ambos 52/244(21,31%). Se asociaron con internación: Brain Fog ($p=0,0000$), Trastornos del sueño ($p=0,0043$) y Disnea ($p=0,009$)(Tabla I). 95/244 (38,93%) presentaron brain fog, fatiga o trastornos del sueño. Síntoma más limitante: disnea (28/244 11,47%). Retorno a vida normal y anosmia se asociaron con ambulatorios ($p=0,0003$ y $0,0019$ respectivamente). Asociados a estadía en UCI: alopecia ($p=0,00071$) y cefalea ($p=0,0063$) El tiempo de retorno a vida normal no difirió entre moderados y terapia intensiva ($p=0,091$) (Tabla II) El tiempo de persistencia de los síntomas fue mayor en los egresados de UCI ($p=0,018$) este grupo de pacientes tuvieron un seguimiento mayor lo que pudo determinar un sesgo.

Conclusiones

7 de cada 10 pacientes presentaron al menos un síntoma post COVID-19 agudo, 1 de cada 3 pacientes no pudieron retornar a su vida normal. La tercera parte de los pacientes presentaron síntomas de la esfera neuropsiquiátrica, asociado con la internación. La estadía en UCI se asoció con persistencia más prolongada de síntomas

	Requirió internación		p	Total 244
	SI (191)	NO (53)		
Semanas seguimiento	Media 15,44 +/- 5,19 Mediana 16	13,87 +/- 5,93 12	0,092 U de Mann Whitney 0,388 Prueba de la mediana para muestras independientes	
Edad	Media 62,30 +/- 16,21 Mediana 63	42,96 +/- 16,45 39	0,000 de Mann Whitney 0,000 Prueba de la mediana para muestras independientes	
Sexo femenino	68(35,6%)	26(49,1%)	0,08129	
Retorno a vida normal	125(65,45%)	47(90,57%)	0,00026 (OR 0,19 IC95% 0,07-0,52)	173 (70,9%)
Síntomas persistentes				
Tos	30(15,71%)	4(7,55%)	0,18	34(13,93%)
Hiposmia/Anosmia	7(3,66%)	9(16,98%)	0,0019(OR 0,19 IC95% 0,07-0,53)	16 (6,56%)
Ageusia/Disgeusia	9(4,5%)	5(9,43%)	0,18	14(5,53%)
Diarrea persistente	2 (1,05%)	1(1,89%)	0,52	3(1,23%)
Fatiga	80(41,88%)	17/52(32,08%)	0,21	97(39,75%)
Alopecia	37(19,37%)	4(7,55%)	0,059	41(16,8%)
Cefalea	19(9,95)	4(7,55%)	0,79	23(9,43%)
Brain Fog	53(27,75%)	2(3,77%)	0,00007(OR 9,79 IC95% 2,30-41,66)	55/244(22,54%)
Trastornos del sueño	48(25,13%)	4(7,55%)	0,0043(OR 4,11 IC95% 1,40-11,99)	52(21,3%)
Trastornos sensitivos	14(87,5%)	2(3,77%)	0,53	16 (6,56%)
Artromialgias	46(24,08%)	6(11,32%)	0,0569	52(21,31%)
ETEV	6(3,14%)	0(0%)	0,34	6(2,46%)

Tabla 1. Datos epidemiológicos y sintomatología.

UCI	Media ^a				Mediana			
	Estimación	Error estándar	Intervalo de confianza de 95 %		Estimación	Error estándar	Intervalo de confianza de 95 %	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
No	16,539	,407	15,742	17,336	19,000	,937	17,163	20,837
Si	18,950	1,015	16,959	20,940	20,000	,604	18,817	21,183
Global	16,825	,382	16,076	17,573	19,000	,536	17,950	20,050

Tabla 2. Medias y medianas para el tiempo de retorno a la vida normal. a-la estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

DIABETES MELLITUS E INFECCION A SARS-CoV2 EN UNA COHORTE DE UN PRESTADOR PRIVADO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Autores: Pouso M, Sposito P, Queirolo A, Ehrlich M, Benedetto A, Rey C, Avellanal G.

Institución: CASMU – IAMPP. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La DM es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por múltiples alteraciones metabólicas y vasculares que pueden afectar la respuesta a diversos microorganismos. La infección por SARS-CoV-2 desencadena condiciones de mayor estrés en pacientes sin y con diagnóstico de DM, determinando un incremento en la liberación de hormonas hiperglucémicas, glucocorticoides y catecolaminas; favoreciendo el aumento de la variabilidad y la concentración de la glucosa sanguínea. Se ha reportado que la concentración de glucosa en plasma y/o la presencia de diabetes predicen de manera independiente una mayor morbimortalidad de este grupo de pacientes.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de DM, características clínicas y demográficas de la cohorte.
- Determinar la relación entre el control metabólico y muerte
- Determinar si la DM es predictor independiente de muerte.

Metodología

Estudio de cohorte, retrospectivo, pacientes mayores de 18 años con neumonitis moderada y/o crítica por COVID19 asistidos en sala de cuidados moderados entre abril y junio 2021 en un prestador privado de SNIS. Variables: DM, Índice de Masa Corporal (IMC), Hipertensión arterial (HTA), cardiopatía, enfermedades respiratorias, tabaquismo, tratamiento corticoideo, monitoreo glucémico, insulinización, escala móvil, basal- bolo, muerte intrahospitalaria. Contraste de variables discretas: Test exacto de Fisher. IC95% mediante Fisher. Regresión logística binaria para identificar predictores independientes, dentro de los asociados en el análisis univariado. Contraste de variables continuas: U de Mann Whitney para distribuciones no normales, ANOVA o test de t para normales. Contraste de varianzas: estadístico de Levene. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados y discusión

N= 113 pacientes, edad media: $65,7 \pm 15$ años (desvío estándar), mediana 70, 29-92 años. Estadía hospitalaria: media $15,8 \pm 7,7$ días, mediana 15, 3-60 días. Sexo femenino (46)40,7%, HTA: (71)62,8% (IC95% 31,5-50,4), Obesidad (55)48,7% (IC95% 39,2-58,3), Cardiopatía (42)37,1%, DM (39)34,5%, Tabaquismo (29) 25,7% y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (18)15,9% (Tabla 1). Sólo la HTA fue más prevalente en diabéticos 30/39 (76,9%) vs 40/74(54,1%) $p=0,02$. Recibieron dexametasona (111)98,2% IC95% 93,8-99,8. Los valores de monitoreo glucémico fueron menores a 170 mg /dl promedio en (19)48,7% IC95% 32,4-65,2. Ningún factor se asoció con la muerte dentro del grupo de diabéticos a diferencia de otros trabajos publicados (reporte CDC Chino). La terapia con insulina (32)82% IC95% 66,5-92,5 presentó una tendencia a ser protectora: muerte en 16/32 (50%) tratados con insulina vs 6/7 (85,7%) sin insulina, OR 0,16 (0,018-1,546) $p= 0,11$. Predictores independientes de mortalidad: HTA ($p=0,006$) y edad mayor a 50 ($p=0,006$) (Tabla 2). En cuanto al monitoreo glucémico mostro una tendencia a mayor variabilidad en el grupo de los muertos (varianza 9399,6 vs 6787,34), Levene 2,423, $p=0,121$. Las distribuciones de glucemias en ambos grupos, no difieren significativamente, $p=0,255$. Posiblemente relacionado con el número de pacientes incluidos y pocos controles glucémicos. Grafico 1.

Conclusiones

Si bien la DM no se asoció con mayor mortalidad, se mostró cierta asociación con la muerte a mayor variabilidad glucémica. La edad mayor de 50 años y la HTA fueron predictores independientes de mortalidad en la cohorte en estudio.

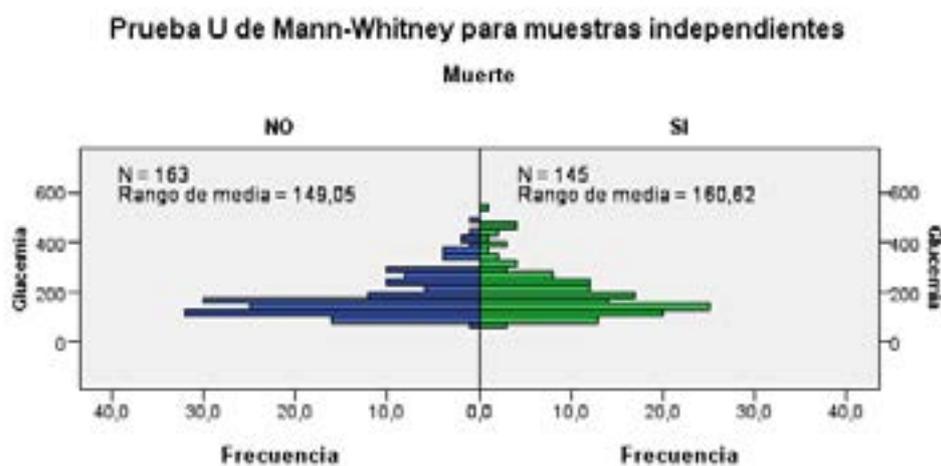
Variable	Variable presente y % muerte			
	SI n (%)	NO n (%)	OR (IC 95%)	p (Exacto de Fisher)
Edad ≥ 50 años	48 (52,8)	4 (18,2)	5,02(1,58-16,01)	0,004**
Sexo Femenino	20 (43,5)	32 (45,1)	0,84(0,39-1,80)	0,7034
Cardiopatía	20 (50)	32 (45,1)	1,11 (0,52-2,38)	0,8464
Diabetes	22 (56,4)	30 (40,5)	1,89 (0,87-4,16)	0,1173
HTA	40 (56,3)	12 (28,6)	3,22 (1,42-7,30)	0,0060**
Tabaco	11 (37,9)	41 (48,8)	0,64 (0,27-1,52)	0,3889
Enfermedad pulmonar crónica	7 (38,9)	45 (47,4)	0,71(0,25-1,98)	0,6097
IMC > 30	23 (41,8)	28 (50)	0,71(0,34-1,52)	0,4480
CTI	36 (61,0)	16 (29,6)	3,72(1,69-8,14)	0,0012

Tabla 1. Variables epidemiológicas ** asociado con muerte en forma significativa

Variables en la ecuación		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B) Inferior	95% C.I. para EXP(B)	
								Superior	
Paso 1 ^a	Edad >50	1,276	,618	4,260	1	,039	3,581	1,066	12,023
	HTA	,876	,441	3,949	1	,047	2,402	1,012	5,702
	Constante	-1,792	,586	9,366	1	,002	,167		

a. Variables especificadas en el paso 1: mas50, hta#.

Tabla 2. Regresión logística binaria para asociación de Edad >50 e HTA con muerte.



N total	308
U de Mann-Whitney	12.705,500
W de Wilcoxon	23.290,500
Estadístico de contraste	12.705,500
Error estándar	780,099
Estadístico de contraste estandarizado	1,138
Significación asintótica (prueba bilateral)	,255

Grafico 1

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV 2 EN UN CENTRO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN URUGUAY.

Autores: Rodríguez MI, Yandian M, Antoria M, Ksiazienicki M, Ortiz P; et al.

Institución: Equipo de seguimiento COVID-19 – Médica Uruguaya, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Desde el inicio de la pandemia hasta el mes de agosto del año 2021, se han reportado 384.934 casos de COVID-19 en Uruguay, representando un desafío para los prestadores de salud.

La creación de un plan de contingencia COVID-19, equipos específicos y el desarrollo de la telemedicina, permitieron optimizar el seguimiento ambulatorio y los recursos en salud durante la pandemia por COVID-19.

Objetivos

Nuestro objetivo principal es caracterizar los pacientes adultos con diagnóstico de infección por el SARS-CoV2 asistido durante abril 2020 - agosto 2021 en una institución que cuenta con aproximadamente un 10% de los usuarios del sistema de salud del país.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, en el que se incluyeron los usuarios activos de la mutualista Médica Uruguaya de Uruguay; mayores a 15 años; con diagnóstico de COVID-19 confirmado con test de PCR y/o antigénico para SARS-CoV2 durante el periodo de estudio. Los casos fueron captados por el equipo médico vía telemedicina y registrados en una historia clínica electrónica (HCE) diseñada específicamente para el seguimiento ambulatorio de pacientes con COVID-19, de la cual se extrajeron los datos. Otras fuentes de datos fueron los registros médicos de pacientes hospitalizados y fallecidos durante el periodo de estudio. En todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Resultados y discusión

Se incluyeron 31.032 pacientes, con una media de edad de 39±15 años; 55% mujeres. Del total, 1675 fueron trabajadores de salud (5%). Se registraron 548 casos positivos en mujeres embarazadas, sin fallecimiento materno por esta causa. Dentro de las comorbilidades relevadas, predominaron la hipertensión arterial (11%), enfermedades respiratorias (7%) y diabetes mellitus (4%). En cuanto a la presentación clínica, 45% de los casos (n=13.955) cursaron la infección por SARS-CoV 2 de forma asintomática. Los síntomas reportados más frecuentes fueron artromialgias (55%), tos (41%), cefalea (40%), síntomas rinosinusales (38%), fiebre ≥ 38 (22%) y odinofagia (20%).

Del total de casos positivos, 1855 pacientes (6%) requirieron desde el seguimiento telefónico una valoración en domicilio por médico de emergencia móvil. Un 3,6% requirió hospitalización en sala de cuidados moderados (n=1116). El 1% (n=315) requirió ingreso a cuidados intensivos, de los cuales falleció el 54% (n=170). El total de fallecidos fue de 260 (0,8%).

Conclusiones

Predominó una población joven, en su mayoría sin comorbilidades. La telemedicina resultó una herramienta fundamental en el seguimiento ambulatorio, en una situación de creciente demanda asistencial durante la pandemia por COVID-19.

OPINIÓN Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN SEDACIÓN PALIATIVA DE MÉDICOS QUE ASISTEN PACIENTES EN ÁREAS DE EMERGENCIA, CUIDADOS MODERADOS Y CUIDADOS INTENSIVOS DE CAAMEPA IAMPP.

Autores: García C, Blanco V, Fuentes L.

Institución: CAAMEPA- IAMPP, Pando. Uruguay.

Introducción

La sedación paliativa, para aliviar síntomas refractarios, en enfermedades irreversibles en su etapa final es un concepto nuevo.

La misma es una herramienta útil, no solo para paliativistas sino para médicos de otras disciplinas que se enfrentan a patologías avanzadas, con síntomas refractarios y muerte inminente.

La formación de los médicos en Uruguay es aún exigua respecto a los cuidados al final de la vida, este trabajo intenta aportar evidencia en este sentido.

Objetivo

Conocer la opinión, competencias y experiencia clínica de los médicos que se desempeñan en el área de internación de una institución de asistencia médica colectiva, respecto a los cuidados al final de la vida.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante una encuesta auto administrada, diseñada ad hoc, enviada vía correo electrónico o mensajería instantánea.

Resultados y discusión

La encuesta se envió a 85 médicos, respondieron 56 (65%) 32 eran mujeres (57%) y 24 hombres (43%). La media de edad fue 41.4 años

La distribución por especialidad fue: 32,1 % médicos de emergencia, 32,1% intensivistas, 12,5% internistas, 8,9% cardiólogos, 7,1% cirujanos, 3,6% paliativistas, 3,6% oncólogos.

En cuanto a los años de ejercicio de la especialidad la distribución fue similar, dividiéndose en cuartos, menos de 5 años, entre 5 y 10, entre 10 y 15 y más de 15 años respectivamente. Respecto a la formación sobre los cuidados al final de la vida 91% refirió haberla recibido, pero 82% la consideró insuficiente.

De los encuestados 91.1% indicó alguna vez sedación paliativa. Consultados sobre los fármacos más utilizados, 82 % optó por midazolam 75% por morfina, 19% levomepromazina, 7% fentanilo, 2% diazepam y nadie fenobarbital. Esto evidencia la práctica extendida de incluir opioides para sedación paliativa. El 57% acordaba con solicitar consentimiento informado para el inicio de la sedación y 39% no lo requería o le era indiferente. No hubo diferencias significativas cuando se analizó este dato según especialidad o tiempo de ejercicio de la misma (p: 0.11 y 0.18 respectivamente). Esto pensamos es consecuencia de la formación insuficiente respecto a aspectos terapéuticos, éticos y medico legales del fin de vida.

Por otra parte la mayoría de los encuestados señaló la presencia de síntomas refractarios como indicación de sedación paliativa, así como que no acorta la sobrevida y no constituye una forma de eutanasia encubierta. El adecuado manejo de estos conceptos, pese a la escasa formación, podría explicarse por la reciente discusión pública de temas relacionados al fin de vida (ley cuidados paliativos, legalización de la eutanasia) en nuestro país.

Conclusiones

Este trabajo muestra que para muchos clínicos la cercanía a situaciones de fin de vida y el déficit en la formación profesional al respecto, son frecuentes e independientes de la especialidad y el tiempo de práctica de la misma. Existen innumerables áreas de mejora en el abordaje del final de la vida en el sistema de salud. La formación de recursos humanos es una de las más importantes y de indudable impacto en la calidad de la asistencia a los usuarios.

Bibliografía

Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*. 1994;10(2):31-8.

Cherny, N. Palliative sedation. En: UpToDate, Smith,T.(Ed)(accedido en setiembre de 2021) <https://www.uptodate.com/contents/palliative-sedation>

Gomez Sancho, M. Ojeda,M. (2014). Sedación Paliativa. En:Cuidados paliativos. Control de síntomas.Editado por Piriz Alvarez, G. .(149-153). Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Montevideo Uruguay.

Santos D, Della Valle A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 30 de junio de 2009 [citado 25 de septiembre de 2021];25(2):78-3. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/464>

Abarshi E, Rietjens J, Robijn L, et al International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2017;7:223–229.

Beller, E., van Driel, M, McGregor, L., Truong, S., Mitchell, G. (2015). Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, 1-42.

Cherny, N. (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology*, 25(3), p iii143– iii152

Maltoni M, Scarpi M, Amadori D, Nanni O. Palliative Sedation in end - of- life care and survival: a systematic review.*Journal of clinical oncology* 2012: 30(12) :7-1.

ARTRITIS A MYCOBACTERIA NO TUBERCULOSA

Autores: Sosa D, Urroz C, Calero G, Arbelo V, Danza A.

Institución: Clínica Médica 2. UdelaR. Hospital Pasteur. Montevideo - Uruguay

Introducción

El complejo *Mycobacterium avium* complex (MAC) es un grupo de Mycobacterias no tuberculosas que representan el 95% de las infecciones por micobacterias no tuberculosas en pacientes con VIH. ⁽¹⁾ Se presentan principalmente en pacientes con menos de 50 CD4 ^(2,3). La patogenia se inicia al tomar contacto el bacilo en la superficie mucosa del tracto digestivo o respiratorio, desarrollando bacteriemia con afectación diferentes órganos y tejidos como huesos, hígado y el sistema nervioso central. ^(4,5) Se describe la historia de un paciente portador de VIH con monoartritis de codo.

Caso clínico

Hombre de 51 años con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Ingresa por cuadro de monoartritis subaguda en articulación de codo, acompañado de síndrome toxibacilar.

Al examen físico se destaca febril, adelgazado, síndrome poliadenomegálico y artritis de codo con rigidez e impotencia funcional.

La presencia de monoartritis subaguda, en paciente inmunodeprimido, acompañado de poliadenomegalias, orienta a infección por germen específico micobacterias o micótica.

La imagenología articular destaca extensa lesión lítica en epífisis distal del húmero, compromiso articular, derrame y engrosamiento de la sinovial.

Se complementa con tomografía de abdomen evidenciando esplenomegalia, adenomegalias mesentéricas e intraabdominales.

En cuanto a búsqueda etiológica, se realizó artrocentesis y biopsia de tejido óseo, con baciloscopia positiva y GenExpert negativo.

Cultivo positivo para *Mycobacterium Intracellulare*

Se inicia tratamiento en base a Etambutol, Rifampicina y Claritromicina, la articulación permanece en posición viciosa, rígida con limitación funcional, en relación con la extensa destrucción articular.

Discusión

Se expone la historia de un paciente portador de VIH con inmunocompromiso severo, con una cifra de CD4 de 34/ml.

El cuadro clínico del paciente se centraba en una monoartritis febril subaguda, asociando síndrome constitucional y poliadenomegálico, en un paciente con inmunocompromiso severo, orientaba a etiología infecciosa específica.

De la imagenología la radiografía de la articulación, evidenció disminución de la interlínea articular, y luego la tomografía ósea visualizó el gran compromiso óseo y articular.

Se realizaron hemocultivos para microorganismos específicos y para micobacterias ⁽⁶⁾

Se solicitó cultivo, GeneXpert, baciloscopia del líquido articular y de biopsia de tejido articular.

Resultaron bacilos ácido-alcohol resistentes en la baciloscopia del líquido y del tejido de biopsia, con GeneXpert negativo lo cual orienta a MAC.

El cultivo del líquido articular y del tejido de biopsia fue positivo para *Mycobacterium intracellulare*.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad diseminada, debe incluir un macrólido y etambutol.

En pacientes con enfermedad grave se recomienda la adición de un aminoglucósido parenteral. En casos de afectación ósea se recomiendan 12 meses de tratamiento y en el paciente portador de VIH debe mantenerse por seis meses a partir de la reconstitución inmunitaria⁽⁹⁾

Conclusiones

En pacientes con infección por VIH con inmunodepresión severa como este caso, el riesgo de infección por MAC está aumentado, y es central el diagnóstico temprano para dirigir el estudio y el tratamiento oportuno.

La profilaxis primaria, la instauración de la TARV son las medidas más eficaces para prevenirla.

Bibliografía

- 1- Fred M. Gordin, C. Robert Horsburgh, Jr. Volume 2. Chap 252. Complejo *Mycobacterium avium*. En: Mandell, Douglas and Bennett's, Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica. 7a ed. Barcelona: Elsevier. 2012: 3174– 85
- 2- Griffith, D. C. & Agw, A. L. Human immunodeficiency virus infection. 5-Minute Pediatr. Consult. 8th Ed. 454–455 (2018).
- 3- Ticona-Huaroto, C., Astocondor-Salazar, L., Montenegro-Idrogo, J., Valencia-Mesias, G. & Soria, J. Infection by the mycobacterium avium-intracellulare complex in patients with HIV/AIDS in a Peruvian hospital: A series of cases. Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica 34, 323–327 (2017).
- 4- Chin, D. P. et al. *Mycobacterium avium* complex in the respiratory or gastrointestinal tract and the risk of m. avium complex bacteremia in patients with human immunodeficiency virus infection. J. Infect. Dis. 169, 289–295 (1994)
- 5- Cordero, F. M., Miranda, J. G., Mercado, J. H., Leiva, P. L. & Ramos, C. S. Compromiso intestinal por *Mycobacterium avium* en un paciente con VIH/ SIDA. Soc. Gastroenterol. del Perú 34, 3 (2014).
- 6- Mathews CJ, Coakley G., Septic arthritis: current diagnostic and therapeutic algorithm.
- 7- Quesada AE, Tholpady A, Wanger A, Nguyen AN, Chen L. Utility of bone marrow examination for workup of fever of unknown origin in patients with HIV/AIDS. J Clin Pathol 2015; 68:241–5.
- 8- Sun Q, Wang S, Dong W, Jiang G, Huo F, Ma Y, Huang H, Wang G. Diagnostic value of Xpert MTB/RIF Ultra for osteoarticular tuberculosis.
- 9- Arteta Z; Mencia X; Micobacterias no tuberculosas. En: Pautas para el diagnostico y tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH, 1 edición, Montevideo, Uruguay, 2016. 60-65 p

SECUNDARISMO ENCEFÁLICO MÚLTIPLE COMO DEBUT DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS. PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Autores: Tornielli G, Estela E, Alliaume G, Cantera C.

Institución: Facultad de Medicina, UCLAEH, Punta del Este. Uruguay. Sanatorio Cantegril, La Asistencial Médica, Punta del Este. Uruguay.

Introducción

El cáncer de páncreas en Uruguay es el octavo cáncer en incidencia en hombres y mujeres (10.05 y 7.3/100.000 respectivamente), predominando en la sexta década. El 85% son adenocarcinomas de las células ductales. El 85% de los casos se presenta de forma diseminada más allá del páncreas al momento del diagnóstico. Dicha diseminación se produce por vía hematológica, linfoganglionar, perineural, peritoneal o invadiendo órganos y estructuras vasculares vecinas. La principal forma de presentación es con síndrome biliobstructivo, y por lo tanto, infrecuente la manifestación con metástasis cerebrales como se presentará en el siguiente caso clínico.¹⁻⁵

Caso clínico

Paciente femenina de 54 años. Antecedentes personales: tabaquismo con un índice paquete año 60. Aspergilosis pulmonar, cumplió tratamiento con excelente respuesta clínica e imagenológica. Examen de Papanicolau y mamografía sin alteraciones.

Consultó en emergencia por cefalea holocraneana, opresiva, intermitente, sin componente nocturno, que cede parcialmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), de semanas de evolución. Agregó inestabilidad en la marcha con lateropulsiones, parestesias en labio superior e inferior a derecha y en mano derecha. Cambios conductuales de dos meses de evolución y bradipsiquia.

Al examen físico: lúcida, buen estado general, eupneica, apirética. Bien perfundida e hidratada. Normocoloreada. Piel sin lesiones. Cardiopulmonar y abdomen normal.

Neurológico: SCG 15, bradipsiquia, dificultad al ejecutar órdenes sencillas. Praxias y gnosias conservadas. Pares craneanos y sector meníngeo sin particularidades. Miembros: tono y fuerzas conservadas. Hiperreflexia en miembros inferiores. Dismetría mínima en miembro superior derecho y en maniobra talón rodilla homolateral. Romberg negativo. Discreto aumento del área de sustentación.

Se realizó una RNM de cráneo (figuras 1 y 2) compatible con secundarismo encefálico múltiple. En búsqueda de un tumor primario clínicamente no evidente, se realizaron fibrogastroscopía, fibrocolonoscopia y mamografía que fueron normales. Marcadores tumorales: Ca 19.9 elevado. TC de tórax, abdomen y pelvis (figura 3) con páncreas aumentado de tamaño. RNM abdomen con lesión en cabeza de páncreas y adenopatías abdominales y retroperitoneales (figura 4).

Se realizó una biopsia laparoscópica con estudio extemporáneo de tumoración peripancreática, siendo compatible con adenocarcinoma.

Con diagnóstico confirmado de secundarismo encefálico múltiple por adenocarcinoma de páncreas, se inició radioterapia holocraneana con mejoría de la sintomatología neurológica.

El informe definitivo de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma que puede corresponder a páncreas o vía biliar. Se inició tratamiento sistémico oncoespecífico con gemcitabine, en monodroga. La paciente continúa con buena evolución y con buena tolerancia a la quimioterapia a 3 meses de iniciado el tratamiento.

Discusión

Los pacientes con adenocarcinoma pancreático rara vez debutan con metástasis al sistema nervioso central, sin embargo, según bibliografía, se documentaron 54 casos desde 1939 a 2011.⁶ En Uruguay aún no se han reportado casos de adenocarcinoma de páncreas que hayan debutado con metástasis a nivel del sistema nervioso central.

Conclusiones

Reportamos un caso clínico, el primero en Uruguay según la bibliografía, de secundarismo encefálico múltiple como debut de adenocarcinoma de páncreas.

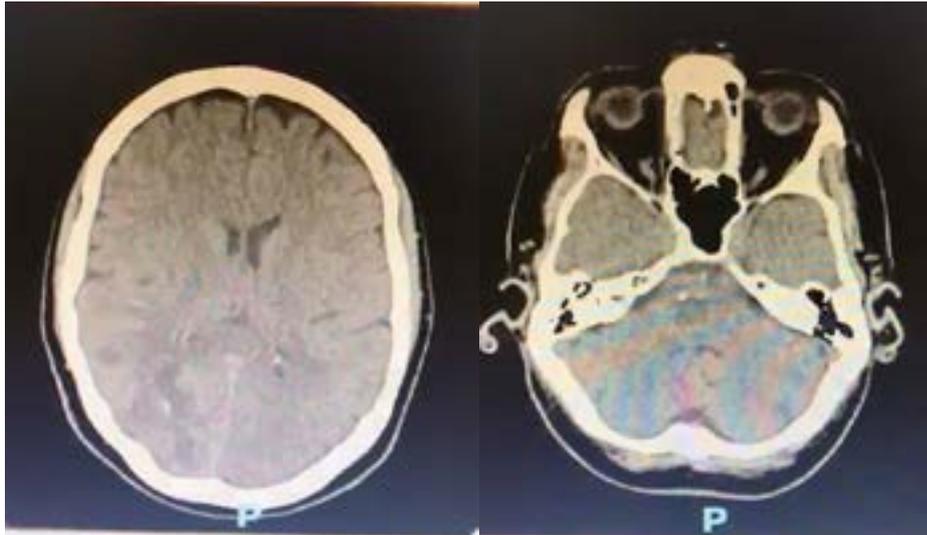


Figura 1 y 2. RNM cráneo

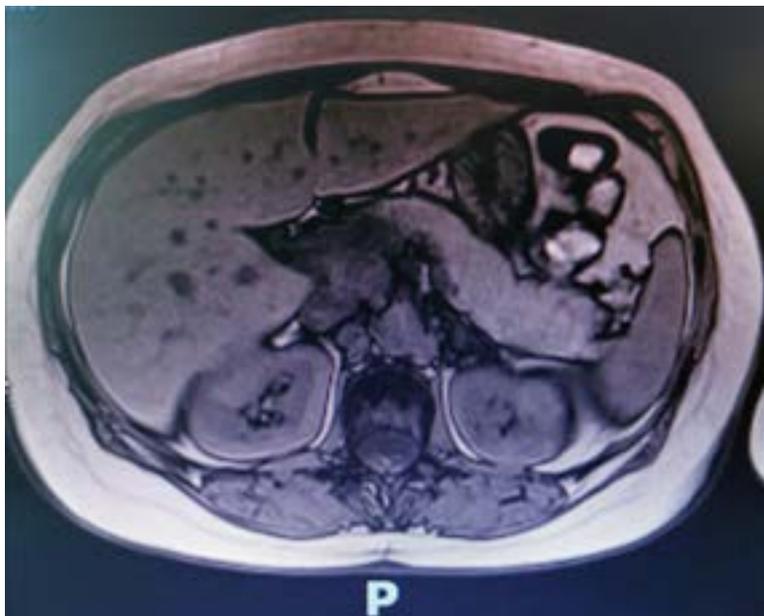


Figura 3. Tomografía de abdomen y pelvis en la que se observa páncreas aumentado de tamaño, múltiples adenomegalias abdominales a nivel del hilio hepático, retro-duodeno-pancreáticas, y pericavaoárnicas que se extienden desde el sector supra-hiliar renal hasta la bifurcación aórtica.

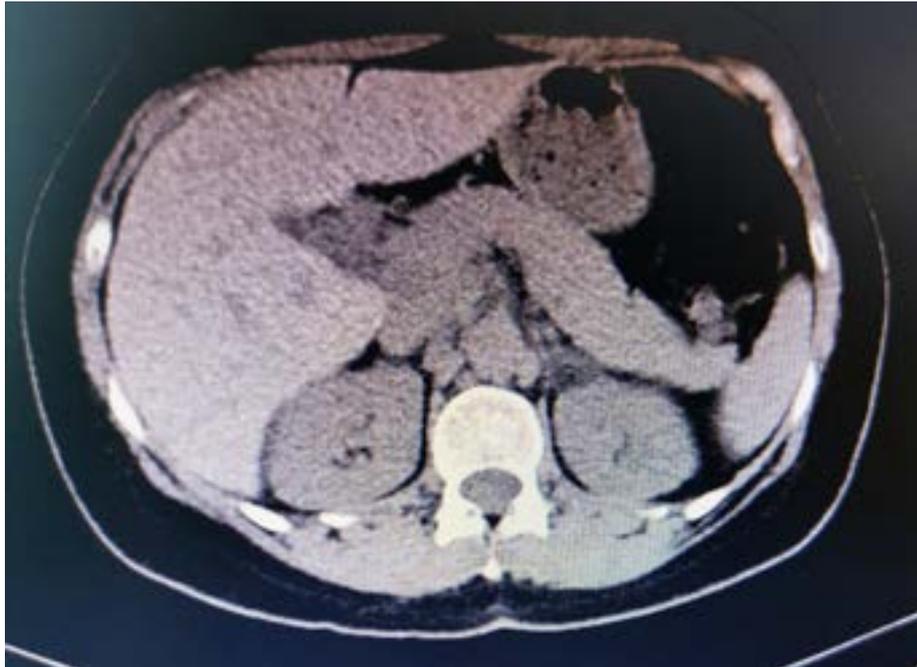


Figura 4. RNM de abdomen en la que se observa lesión en territorio celiaco de aprox 5,6cm en su eje mayor, que parece originarse en la cabeza de páncreas, de contornos irregulares y bien delimitada, sin elementos de infiltración a estructuras vasculares, con características de malignidad, también se visualizan múltiples adenomegalias.

Bibliografía

- 1- Delgado J M, Madrid F. Ictericia fría, obstrucción biliar maligna. Clin Quir Fac Med UdelaR. 2018.
- 2- Estrella Díez E, Álvarez Higuera F. J, Carballo Álvarez F. Cáncer de vía biliar y del páncreas. Medicine 12ª serie. Abril 2016.
- 3- Fernandez-del Castillo C. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of exocrine pancreatic cancer. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 26 de septiembre de 2021).
- 4- Hainsworth J. D, Greco F. A. Adenocarcinoma of unknown primary site. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 26 de septiembre de 2021).
- 5- Farreras, Rozman. Medicina interna. Edición XVIII.
- 6- Parra V, Agudelo A, Calderón M. Adenocarcinoma ductal de páncreas con metástasis cerebral. Acta Neurol Colomb. 2 de abril 2013, (118-123).

VALORACION RETROSPECTIVA DE MANIFESTACIONES CLINICAS Y PARACLINICAS DE 266 PACIENTES INTERNADOS EN CUIDADOS MODERADOS DE CASMU IAMPP POR SARS-CoV2 DE MARZO A JUNIO DE 2021

Autores: Pouso M, Avellanal M, La Camera M, San Martin M, Santa Cruz M, Benedetto A, Perez C, Refreschini D, Fleitas D, Erlich M, De Armas F, Cardozo L, Chavez M, Lopez M, Cohn M, Bravo M, Santiago N, Pannone R, Queirolo A, Castillos R, Griot S, Tabarez F, Ventura V. Sposito P, Martinez MC, Rey C.

Institución: CASMU- IAMPP. Uruguay.

Introducción

Nuestro interes fundamental es conocer datos sobre el comportamiento de esta enfermedad en el Uruguay, su evolucion y características de la poblacion afectada

Objetivos

Conocer las características de la población, presentación y evolución de la enfermedad y hallar predictores de mal pronóstico de la misma.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, con elementos analíticos. Muestra aleatoria: 292 de 521 pacientes mayores de 14 años, hospitalizados entre el 1/3/2021 y el 30/6/2021. Incidencia de eventos esperada de 50%, error: 5%, nivel de confianza 99%. Contraste univariado: exacto de Fisher. Identificación de predictores independientes de muerte mediante regresión logística binaria para factores con $p < 0,05$. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados y discusión

N=266 pacientes (nivel de confianza > 97,5%), edad media: $65,7 \pm 16,86$ años, mediana 68. Mínimo 22, máximo 95. Sexo masculino: 153(57,5% IC95% 51,5-63,4%). Adquisición nosocomial: 6,3%. Procedían de la urgencia: 184 (69%). Internación promedio: $11,76 \pm 11,12$ días, mediana 9. CPomorbidades más frecuentes: HTA 155 (58,27%), Diabetes 72 (27,07%), Cardiopatía 61 (22,93%) (tabla 1). Motivo de ingreso principal: insuficiencia respiratoria 151 (56,77%) IC95% 50,76-62,63%, saturación promedio al ingreso: $90,7 \pm 5,5\%$. Oxigenoterapia más frecuente: máscara de flujo libre con reservorio: 100 (37,59% IC95% 31,75-43,72) tabla 2). Muerte: 68 (25,5%, IC95% 20,43-31,25%).

Complicaciones más frecuentes: fallo renal agudo o crónico-agudizado: 84(31,58%) (tabla 7), presunta sobreinfección bacteriana: 80 (30,08%) (requirieron antibioticoterapia luego del 5° día de ingreso), CTI: 68 (25,56%), delirio 64 (24,06%).

Variables paraclínicas descritas en tabla 3, destacamos el aumento de TGO, TGP, LDH y ferritina. Análisis univariado de predictores en tabla 4. Predictores independientes de muerte: $p < 0,01$: patrón radiológico severo al ingreso (compromiso de 3/3 de los campos pulmonares), insuficiencia renal aguda o crónica-agudizada, delirio, discrasis (KPTT o INR elevados), ingreso a CTI luego de 3 días de ingreso sanatorial, encefalopatía. Con $p < 0,05$: TGO/TGP >2 al ingreso, TGO > 92 U/L (> 2,5 veces de máximo valor normal) al ingreso. (OR y p en Tabla 5)

Conclusiones

Predomina levemente el sexo masculino, con mediana de 68 años, donde las comorbilidades frecuentes fueron HTA, diabetes y cardiopatías. El síntoma predominante al ingreso fue la insuficiencia respiratoria severa. La mortalidad global fue de 25% (acorde a lo observado en otras series). Encontramos como predictores nuevos de mal pronóstico el índice de Ritis, cuando TGO/TGP > 2, así como TGO > 92 U/L al ingreso. La insuficiencia renal aguda o agudizada sobre crónica es de por sí un predictor de mal pronóstico, siendo peor para KDIGO II Y III, sin diferencias entre II y III. Tabla N. 7. El factor con asociación más fuerte es el patrón radiológico. Registramos peor evolución cuando el tiempo desde el ingreso nosocomial al ingreso a CTI se dilata por múltiples razones, tabla 6. La edad mayor a 45 años no resultó predictor independiente de muerte, aunque edades mayores quizá si lo sean. La inmunosupresión no se presentó como comorbilidad de mal pronóstico.

Variables discretas	N (%)	IC 95% límite inferior-límite superior (Fisher)	
Sexo			
Femenino	113 (42,48)	36,63-48,49	
Masculino	153 (57,52)	51,51-63,36	
Procedencia			
Urgencia	184 (69,17)	63,42-74,50	
Domicilio	82 (30,83)	25,50-36,57	
Enfermedad nosocomial	17 (6,39)	3,89-9,84	
Alcoholismo	10 (3,76)	1,82-6,80	
Cardiopatía	61 (22,93)	18,02-28,46	
Encefalopatía crónica	40 (15,04)	10,97-19,91	
Diabetes	72 (27,07)	21,82-32,83	
Enfermedad respiratoria crónica	35 (13,18)	9,34-17,82	
HTA	155 (58,27%)	52,08-64,27	
EPOC	12 (4,51)	2,35-7,75	
ERC	37 (13,91)	9,99-18,66	
Hemodiálisis crónica	3 (1,13)	0,23-3,26	
Hepatopatía crónica	3 (1,13)	0,23-3,26	
Inmunodepresión	19 (7,14)	4,35-10,93	
Motivo de ingreso principal			
Insuficiencia respiratoria	151 (56,77)	50,58-62,80	
Disnea	65 (24,44)	19,39-30,06	
Fiebre persistente	15 (5,64)	3,19-9,13	
Otro	35 (13,16)	9,34-17,82	
Clase Funcional OMS de la disnea al ingreso			
I	37 (13,91)	9,99-18,66	
II	37 (13,91)	9,99-18,66	
III	83 (31,20)	25,68-38,15	
IV	66 (24,81)	19,74-30,45	
No	43 (16,17)	11,95- 21,15	
Tos al ingreso	185 (69,66)	63,36-35,02	
Variables continuas	Media \pm 1 desvío estándar	Mediana	Mínimo-Máximo
Edad	65,7 \pm 16,86	68	22-95 años
Sat O2 al ingreso	90,74 \pm 5,5 %	91	62-100%

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la población

Soporte	N	%	IC95% inferior	IC95% superior
Ninguno	19	7,14	4,35	10,93
CN	25	9,40	6,17	13,56
MFL	52	19,55	14,96	24,83
MFL CR	100	37,59	31,75	43,72
OAF	19	7,14	4,35	10,93
VNI	20	7,52	4,65	11,37
ARM	31	11,65	8,06	16,13

Tabla 2. Grado máximo de soporte respiratorio

Variable	Media \pm 1 DS	Mediana	Min	Max
Billirrubinemia total al ingreso	0,63 \pm 0,58 mg/dl	0,52	0,13	5,67
TGO ingreso	58,12 \pm 42,34 U/L	48	13	284
TGP ingreso	54,48 \pm 53,45 U/L	37	5	524
TGO/TGP ingreso	1,30 \pm 0,66	1,19	0,32	6,14
LDH ingreso	401 \pm 216,54 U/L	339	112	2561
PCR al ingreso	117,99 \pm 77,48 mg/l	112	1,1	422,90
Ferritina al ingreso	1283,96 \pm 1169,11 ug/L	1024	21	7278
Recuento linfocitario	1088 \pm 931,9 /mm ³	900	200	10400
Fibrinógeno	610,28 \pm 178,15 mg/dl	595	104	1040
Dímeros D	3,37 \pm 7,18	1,04	0,17	50
Creatininemia	1,22 \pm 1,04 mg/dl	0,90	0,40	9,2

Tabla 3. Variables paraclínicas

Factor propio	Factor SI y muerte	Factor NO y muerte	OR(IC95%)	p(Exacto de Fisher)
Edad > 45	64(28,07%)	4(10,53%)	3,31(1,13-9,72)	0,02580**
Obesidad	16(21,33%)	50(26,88%)	0,74(0,39-1,40)	0,43177
HTA	48(30,97%)	20(18,02%)	2,04(1,13-3,69)	0,02220**
Cardiopatía	28(45,90%)	40(19,51%)	3,50(1,90-6,45)	0,00008**
Alcoholismo	4(40%)	64(25%)	2,00(0,55-7,31)	0,28339
ERC	13(35,14%)	55(24,02%)	1,71(0,82-3,59)	0,15874
Diabetes	20(27,78%)	48(24,74%)	1,17(0,64-2,15)	0,63679
EPOC	4(33,33%)	64(25,2%)	1,48(0,43-5,09)	0,50967
Enfermedad respiratoria crónica	11(31,43%)	57(24,68%)	1,40(0,65-3,03)	0,40878
Encefalopatía	20(50%)	48(21,24%)	3,71(1,85-7,45)	0,00030**
HD crónica	2 (66,67%)	64(25,10%)	5,97(0,53-66,93)	0,16175
Hepatopatía crónica	1(33,33%)	67(25,48%)	1,46(0,13-16,39)	1,00000
Inmunodepresión	5(26,32%)	63(25,51%)	1,04(0,36-3,01)	1,00000
Enfermedad nosocomial	5(31,25%)	63(25,20%)	1,35(0,45-4,03)	0,56404
Tos	45(24,32%)	23(28,40%)	0,81(0,45-1,46)	0,54170
ATB luego día 5	30(37,50%)	37(20,00%)	2,4(1,35-4,28)	0,00345
Discrasias	18(40%)	38(20,54%)	2,58(1,14-5,81)	0,03341
Fallo renal (KDIGO I a III)	45(53,57%)	23(12,64%)	7,98(4,32-14,71)	0,00000**
FA elevada	16(34,04%)	35(24,14%)	1,62(0,79-3,31)	0,19
BT elevada ing	5(38,46%)	31(25,62%)	1,81(0,55-5,96)	0,33
TGO elevada ingreso > 2,5 veces	13 (54,17%)	48(22,54%)	OR 4,06 (1,71-9,65)	0,0021**
TGP elevada ingreso > 2 veces	9(24,32%)	51(25,63%)	0,93(0,41-2,11)	1,0

TGO/TGP >2 (ingreso)	13(56,52%)	46(21,90%)	4,63 (1,90-11,24)	0,000726**
Hipoalbuminemia al ingreso	5(38,46%)	24(24,24%)	1,95(0,58-6,54)	0,3158
Delirio	35(54,69%)	32(12,64%)	6,22(3,34-11,58)	0,00000**
CTI	37(54,41%)	31(15,66%)	6,43(3,49-11,86)	0,00000**
Patrón radiológico severo al ingreso	27(56,25%)	40(18,43%)	5,69(2,92-11,07)	0,00000**
Dímeros D al ingreso > 1,2	34(32,38%)	25(19,69%)	1,95(1,07-3,56)	0,03384**
Linfopenia (< 1000 al ingreso)	47(30,52%)	19(18,45%)	1,94(1,06-3,55)	0,04087**
LDH >412	29(34,12%)	32(20,92%)	1,96(1,08-3,55)	0,03032**
SAT O2 VEA <90	32(34,78%)	29(21,80%)	1,91(1,06-3,47)	0,03396**
Días desde inicio de síntomas al ingreso < 12	60(28,07%)	4(10,53%)	3,33(1,13-9,80)	0,02506**
Días desde ingreso sanatorial, a ingreso a CTI >3*	20(83,33%)	17(42,50%)	6,76(1,95-23,45)	0,00167**

Tabla 4. Análisis univariado de factores asociados con la muerte. Nivel de significación $p < 0,05$. *Cuanto más días pasaron desde el ingreso a CTI, mayor la mortalidad, de todos modos el punto de corte se encuentra aquí.

Variable	OR (IC95%)	P
Encefalopatía	4,41(1,47-13,22)	0,008
Discrasia (trastorno de la crisis)	8,01(1,97-32,53)	0,004
Delirio	4,24(1,57-11,45)	0,004
Fallo renal (IRA o IRA sobre ERC)	4,37(1,63-11,65)	0,003
TGO/TGP > 2	4,87(1,21-19,67)	0,026
TGO ingreso > 92	4,82(1,04-22,32)	0,045
Ingreso a CTI luego de 3 días del ingreso sanatorial	8,61(1,87-39,66)	0,006
Patrón Rx severo ingreso	5,78(1,97-32,53)	0,001

Tabla 5. Predictores independientes de mortalidad

Variable	Muerte SI (media +/- 1 ds)	Muerte NO (media +/- 1 ds)	Mediana Muerte SI	Mediana Muerte NO	método	p
Días inicio de síntomas-ingreso sanatorial	6,63+/- 5,10	8,59+/-4,98	6	8	U de Mann-Whitney	0,000
2,19+/-2,11	4	2	11	9	U de Mann-Whitney	0,349
Días desde ingreso sanatorial a ingreso a CTI	4,38+/-2,91				U de Mann-Whitney	0,000

Tabla 6. Comparación de distribuciones de lapsos temporales entre vivos y muertos. Distribuciones no normales.

	SI	NO	OR	p
KDIGO I vs no falla renal	17(38,64%)	23(12,64%)	4,35(2,06-9,19)	0,00023***
KDIGO I vs KDIGO II y III	17(38,64%)	28(70%)	0,27(0,11-0,67)	0,00481***
KDIGO II vs KDIGO III	11(73,33%)	17(68%)	1,29(0,31-5,35)	1
KDIGO vs no falla	45(53,57)	23(12,64%)	7,98(4,32-14,71)	0,00000***

Tabla 7. Escala KDIGO y muerte

MANIFESTACIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS CoV-2, INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE CASMU IAMPP, EN EL PERÍODO MARZO-JUNIO 2021

Autores: La Cámara M, Pérez C, Rey C.

Institución: CASMU- IAMPP, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Diversos estudios muestran que durante el desarrollo de COVID-19, en pacientes hospitalizados, existe alteración del hepatograma: lesión hepatocelular, que se manifiesta como elevación de transaminasa glutámico oxalacética (TGO), transaminasa glutámico pirúvica (TGP) hasta cinco veces su del límite superior normal en pacientes graves; y alteración de la función hepática: aumento de bilirrubina total (BT), descenso de albúmina. Estas modificaciones se observan en pacientes con enfermedad crónica hepática (hepatopatía tóxico-metabólica, infecciosa, entre otras) así como pacientes sin enfermedad hepática previa. En la bibliografía revisada, aún no se ha podido demostrar la lesión hepática como factor predictivo independiente de muerte por COVID- 19, en relación con los niveles de TGO.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar la afectación hepática en pacientes que cursaron infección por SARS COV-2, a través de la evolución de los valores del Hepatograma y asimismo encontrar predictores de mal pronóstico analizando valores de TGO, TGP e índice de Ritis (TGO/TGP) , BT, albúmina, FA

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, con elementos analíticos sobre muestra aleatoria: 266 de 521 en pacientes, mayores de 14 años, para una incidencia de eventos desconocida (frecuencia esperada de 50%), margen de error de 5% e intervalo de confianza de 99%. Contraste univariados: exacto de Fisher. Se identificarán factores independientes de muerte mediante regresión logística binaria para factores con $p > 0,05$. Los pacientes fueron ingresados en el Servicio de Medicina Interna de CASMU IAMPP entre el 1/3 y el 30/6/2021.

Resultados y Discusión

Dado el objetivo planteado se analizaron las variables bioquímicas al ingreso y valores máximos en evolución durante la internación de TGO, TGP BT y FA. En relación a la albúmina se observó valor al ingreso y descenso en la evolución (Tabla 1).

Se tomaron valores de referencia normal para adultos de TGO entre 5- 37 U/l, TGO 7-40 U/l, BT son de 0.3 a 1,2 mg/dl, el rango para albúmina 3.4 y 5.4 g/dl (pueden variar de acuerdo con el laboratorio). Para índice de Ritis valor de referencia de 0.7 a 0.88.

En el análisis de estos parámetros se consideró elevados cuando fueron más de dos veces por encima del límite inferior a la normalidad para TGO y TGP, con ascenso de bilirrubinemia total, e índice de Ritis mayor de 2 (tabla2)

Se evaluó el antecedente de hepatopatía previa (tóxica metabólica infecciosa), en la muestra solo 3 presentaron antecedentes no cirróticas.

Conclusiones

De los resultados se destaca en referencia al análisis de predictores de mal pronóstico en la muestra analizada se halló como predictor el índice de Ritis mayor de 2 así como TGO mayor de 2,5 veces el valor normal al ingreso. Los valores elevados de bilirrubinemia y FA no se correlacionaron con mal pronóstico al igual que valores descendidos de albúmina. Comparado con estudios internacionales consultados se observa resultados similares en relación a albúmina, BT y FA no así en valores de TGO ya que en éstos se demostró valores hasta cinco veces su límite superior normal y no se realizaron análisis en relación al índice de Ritis

Hepatopatía previa: 3/267 (3,75%) IC95% (0,23-3,25). Las 3 no cirróticas.
TGO al ingreso: media 57,97 ± 42,31. Min 13, Max 284. Mediana 48.
TGO máxima: media 77,26 ± 130,60. Min 13, Max 1814. Mediana 56,5.
TGP al ingreso: media 54,31 ± 53,39. Min 5. Max 524. Mediana 37.
TGP máxima: media: 80,5. Min 5, Max 857. Mediana 58,5.
FA alcalina máxima: media 111,09 ± 96,08. Min 29. Max 924. Mediana 90.
Índice tgo/tgp ingreso: media 1,29 ± 0,66. Min 0,32, Max 6,14. Mediana 1,19.
Índice TGO/TGP al ingreso mayor a 2: 23 (8,6%) IC 95% 5,67-12,45
TGO ingreso > 2 veces: 48 (17,98%) IC95% (13,56-23,12). Sin dato 30 (11,24%)
TGO max > 2 veces: 69 (25,84%) IC95% (20,70-31,53)
TGP ingreso > 2 veces: 37 (13,86%) IC95% (9,95-18,59)
TGP max > 2 veces: 70 (26,22%) IC95% (21,04-31,93)
BT al ingreso: media 0,63 ± 0,58. Min 0,13. Max 5,67. Mediana 0,52.
BT máxima: media 1,00 ± 3,06. Min 0,13. Max 31. Mediana 0,54.
Hiperbilirrubinemia: 15 (5,62%) IC95% 3,24-9,27

Tabla 1. Compromiso hepático. N 266

Variable y muerte	SI	NO	OR (ic95%)	p(EXACTO DE FISHER)
Hepatopatía crónica	1(33,33%)	67(25,38%)	1,47(0,13-16,47)	1
FA elevada	16(34,04%)	35(24,14%)	1,62(0,79-3,31)	0,19
BT elevada ing	5(38,46%)	31(25,62%)	1,81(0,55-5,96)	0,33
BT elevada algún momento	8(53,33%)	19(20,65%)	4,39(1,41-13,63)	0,02**
TGO elevada ingreso > 2,5 veces	13 (54,17%)	48(22,54%)	OR 4,06 (1,71-9,65)	0,0021**
TGO elevada algún momento	24(34,78%)	44(22,22%)	1,87(1,03-3,39)	0,053
TGP elevada ingreso	9(24,32%)	51(25,63%)	0,93(0,41-2,11)	1,0
TGP elevada algún momento	16(22,86%)	34(23,29%)	0,98(0,50-1,92)	1
TGO/TGP >2 (ingreso)	13(56,52%)	46(21,80%)	4,66 (1,92-11,32)	0,000726**
Hipoalbuminemia al ingreso	5(38,46%)	24(24,24%)	1,95(0,58-6,54)	0,3158
Hipoalbuminemia en cualquier momento	13(39,39%)	19(21,59%)	2,36(0,99-5,59)	0,0640

Tabla 2. Variables paraclínicas

**Se asociaron significativamente con la muerte: TGO al ingreso elevada más de 2,5 veces Índice TGO/TGP mayor a 2 al ingreso, hiperbilirrubinemia en algún momento de la evolución al igual que hipoalbuminemia

APROXIMACIÓN AL PUNTO DE CORTE DE DOSIS DE GLUCOCORTICOIDES QUE PREDICE DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO PILOTO.

Autores: Danza A, Soto E, Graña D, Yandián M, Rebella M

Institución: Médica Uruguaya – MUCAM, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Introducción

El objetivo del tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es alcanzar la remisión de la enfermedad o en su defecto baja actividad y prevenir la aparición de brotes. Para alcanzar dichos objetivos se utilizan glucocorticoides (GC), hidroxicloroquina e inmunosupresores.

Los GC logran inducir y mantener la remisión, pero a largo plazo contribuyen a provocar daño orgánico permanente. Por ello deben utilizarse a las dosis más bajas posibles disminuyendo así la aparición de daño orgánico relacionado a GC.

Objetivos

Estimar la dosis de prednisona que durante el primer año de tratamiento de la enfermedad se relaciona con daño permanente a 5 años.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico, en base a la cohorte de pacientes con LES diagnosticados y tratados en 2 unidades de enfermedades autoinmunes sistémicas (UEAS). Para ser incluidos en el estudio debían cumplir los criterios clasificatorios de EULAR/ACR 2019 y haber sido asistidos en las UEAS durante los 5 años iniciales del diagnóstico.

Se analizaron variables demográficas, niveles de actividad medido por score SLEDAI-2K, definido en diversos momentos: T0 (al inicio de la enfermedad), T1 (al mes), T2 (a los 6 meses), T3 (a los 12 meses) y T4 (a los 5 años). Se elaboró una variable consistente en la dosis de prednisona acumulada en T3/365 días (mg/día durante el primer año) y el daño en T4, estimado según SLICC Damage Index (SDI).

Mediante análisis de curvas ROC, se estimó la dosis de prednisona diaria del primer año de tratamiento que se asocia con daño a 5 años. Para estimar la relación entre actividad, dosis de prednisona y daño orgánico se realizó un análisis de regresión logística. Se calculó el Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza 95% para el desarrollo de daño a 5 años.

Resultados y Discusión

Se incluyeron 48 pacientes cuya media de edad fue 42.4 ± 12.6 años, 46 de sexo femenino. La mediana de evolución de la enfermedad fue de 120 (RIC: 108.8) meses.

La curva ROC mostró un AUC de 0,695 (IC95: 0,524 – 0,866) con punto de corte de 7,38 mg/d durante el primer año para predecir daño en T4. Para estimar un OR de daño global a 5 años para aquellos pacientes que mantenían una dosis diaria durante el primer año ≥ 7.38 mg/d se ajustó un modelo de regresión logística controlando por SLEDAI-2K, principal variable de confusión, obteniendo un valor de OR de 1,4 (IC95% 1,1 -1,8).

Conclusiones

Los GC se utilizan ampliamente en el tratamiento del LES, pero su uso se asocia a la aparición de daño orgánico en estos pacientes.

Por ello es importante la identificación de una dosis utilizada en el primer año de tratamiento por encima de la cual existe una mayor chance de aparición de daño.

En este trabajo piloto encontramos que dosis promedio de PDN en el primer año de tratamiento a partir de 7,38 mg/d predicen daño orgánico a 5 años.

ESTUDIO ANALÍTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACEINTES CON EPOC DEL HOSPITAL PASTEUR: SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD E INGRESO SALARIAL

Autores: Spiess C, De Betolaza S, Calero G, Correa, S.

Institución: Clínica Médica 2- UdelaR. Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un síndrome caracterizado por síntomas respiratorios crónicos, anomalías estructurales pulmonares y alteraciones en la funcionalidad respiratoria. Los pacientes con EPOC presentan un amplio número de comorbilidades, entre las cuales encontramos a la depresión y la ansiedad. La depresión y la ansiedad empeoran el pronóstico de la EPOC. Su prevalencia en estos pacientes es variable según las series internacionales.

Objetivos

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en una cohorte de pacientes EPOC, describir las características demográficas, socioculturales y de severidad de EPOC y analizar la asociación entre estas variables y la presencia de trastornos psicoafectivos.

Metodología

Estudio observacional, transversal y analítico de 40 pacientes que se atendieron en la policlínica de EPOC entre 1 de agosto de 2018 al 1 de junio de 2019. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico espirométrico de EPOC y la aplicación de la escala HADS en una consulta de seguimiento. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nivel educativo, ingreso salarial, severidad de la disnea, presencia de bronquitis crónica, severidad de la EPOC (espirométrica y clínica), presencia de depresión y ansiedad mediante el cuestionario HADS. Se buscó asociación mediante test de chi cuadrado para variables cualitativas y U Mann Whitney para variables cuantitativas, a un nivel de significación del 5%. Los datos se procesaron en SPSS.

Resultados

La mediana de edad fue de 67 años (RIC 60,3 ; 71,1) , un 60% de los pacientes fueron hombres. 75% cursó primaria completa. 32,5% no percibe ingreso salarial. 46% presentó disnea por mMRC mayor a 3 y 53% presenta una obstrucción al flujo aéreo GOLD 3 o 4 y el 62,5% tienen una severidad de la EPOC por evaluación multidimensional C o D, dada sobre todo por la alta frecuencia y severidad de exacerbaciones. La frecuencia de depresión y ansiedad fue de 27,5% y 30% respectivamente. El grupo de pacientes con depresión y/o ansiedad presentaron mayor grado de disnea, mayor severidad de EPOC y menor ingreso salarial.

Conclusiones

Se encontró una prevalencia de depresión y ansiedad mayores a las estimadas en series internacionales, lo que va en consonancia con la mayor severidad de la enfermedad en esta cohorte de pacientes. La prevalencia de pacientes que perciben ingreso salarial fue mayor en pacientes sin trastornos psicoafectivos que en aquellos con depresión y/o ansiedad, lo cual es consistente con los reportes a nivel internacional que han demostrado la influencia de los factores socioculturales en la incidencia de depresión y ansiedad en la población general. Concluimos que es clínicamente importante definir la prevalencia de estos trastornos en las consultas ambulatorias para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes a través de una intervención precoz.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 INGRESADOS EN CASA DE GALICIA.

Autores: Botta C, Sosa A, Lavega F, López M, Silva N.

Institución: Casa de Galicia, Montevideo, Uruguay.

Introducción

A finales del 2019, se registró un brote de neumonía viral en Wuhan, en la provincia de Hubei, China. La Organización Mundial de la Salud nombró a esta enfermedad “coronavirus disease 2019”, y se identificó como agente causal a un nuevo betacoronavirus, el que se denominó SARS CoV-2 por su similitud con el SARS COV. El incremento exponencial de los casos confirmados de esta enfermedad llevó a que se declarara pandemia el 11 de marzo del 2020. (1,2,3). En nuestro país los primeros casos confirmados son del 13 de marzo 2020, día en que se declara emergencia sanitaria en el territorio nacional. La infección por SARS CoV-2 tiene amplia gama de presentación clínica. Un porcentaje de pacientes requieren asistencia en los servicios de internación.

Objetivos

Caracterizar los casos de adultos confirmados con COVID -19 desde el punto de vista clínico y epidemiológico, que fueron asistidos en los servicios de internación del prestador, entre marzo de 2020 y agosto de 2021.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el prestador privado Casa de Galicia. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años, usuarios del prestador, con diagnóstico confirmado de COVID 19, entre 13 de marzo del 2020 y el 31 de agosto del 2021 que estuvieron internados. Se analizaron las variables sexo, edad y comorbilidades (las contempladas por la Sociedad Uruguaya de Medicina Interna), así como tratamiento, evolución y distribución temporal de los casos. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar. Para las variables cualitativas se emplearon frecuencias, expresando los datos en valor absoluto y porcentaje.

Resultados

Entre el 13 de marzo del 2020 y 31 de agosto del 2021 se asistieron 315 pacientes con diagnóstico confirmado de COVID 19 en los servicios de internación. Los pacientes se clasificaron de acuerdo a la unidad de mayor complejidad en donde fueron ingresados, resultando que 215 usuarios (68,25%) ingresaron a cuidados moderados y 100 (31,75%) a terapia intensiva. (tabla 2). Del total de los casos 181 fueron hombres (57,47%); la edad media fue 68,77 (DE 16,64). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (46,35%) y cardiopatía (45,4%). En cuanto al tratamiento se destacaron el requerimiento de oxigenoterapia (80%), antibióticos (83,49%), corticoides (80%), heparina de bajo peso molecular (86,98%), OAF/VNI (13,33%) e IOT/ARM (18,41%). (tabla 3). Fallecieron 110 pacientes (34,92%). En cuanto a la distribución temporal se destaca que la mayoría de los ingresos fueron en el trimestre abril-mayo- junio 2021. (figura 1).

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que requirieron internación fueron de sexo masculino, añosos y con comorbilidades. El sexo masculino, así como la hipertensión arterial y cardiopatía se asociaron a las formas más graves, que requirieron ingreso a terapia intensiva. En los meses de abril, mayo y junio del 2021 se evidenció un aumento de los casos asociado a la evolución de la pandemia en nuestro país. Se destaca un alto consumo de antibióticos pese a la baja evidencia de coinfección bacteriana.

Sexo	N (%)	Fallecidos	N (%)
Mujeres	134 (42,53)		42 (13,32)
Hombres	181 (57,47)		68 (21,6)
Total	315 (100)		110 (34,92)
Edad	Media (DE)	Rango (años)	
	68,77 (16,64)	27-103	
Comorbilidades	N (%)	Fallecidos	N (%)
HTA	146 (46,35)		61 (19,37)
DM	76 (24,13)		32 (10,16)
Obesidad	58 (18,41)		23 (7,30)
Cardiopatía	143 (45,40)		52 (16,51)
Tabaquismo	54 (17,14)		28 (8,89)
ERC	29 (9,21)		15 (4,76)
Hepatopatía	4 (1,27)		1 (0,32)
Inmunodepresión	8 (2,54)		3 (0,95)
Malnutrición severa	3 (0,95)		3 (0,95)

Tabla 1. Características de la población

Cuidados moderados	N (%)	Fallecidos	N (%)
Mujeres	106 (49,30)		23 (46,94)
Hombres	109 (50,70)		26 (53,06)
Total	215 (100)		49 (100)
Ingreso CTI	N (%)	Fallecidos	N (%)
Mujeres	28 (28)		19 (31,14)
Hombres	72 (72)		42 (68,86)
Total	100 (100)		61 (100)
Ventilados	N (%)	Fallecidos	N (%)
Mujeres	13 (13)		11 (11)
Hombres	45 (45)		40 (40)
Total	58 (58)		51 (51)
VNI / OAF	N (%)	Fallecidos	N (%)
Mujeres	15 (15)		8 (8)
Hombres	27 (27)		2 (2)
Total	42 (42)		10 (10)

Tabla 2. Internación en unidad de cuidados moderados y unidad de terapia intensiva

		N (%)	Fallecidos N (%)
ATB	si	263 (83,49)	106 (33,65)
	no	24 (7,62)	2 (0,63)
	sin registro	28 (8,89)	
Glucocorticoides	si	252 (80,00)	105 (33,33)
	no	35 (11,11)	3 (0,95)
	sin registro	28 (8,89)	
HBPM	si	274 (86,98)	107 (33,97)
	no	13 (4,13)	1 (0,32)
	sin registro	28 (8,89)	

02		252 (80,00)	110 (34,92)
	no	35 (11,11)	
	sin registro	28 (8,89)	
VNI / OAF		42 (13,33)	10 (3,17)
IOT / ARM		58 (18,41)	51 (16,19)

Tabla 3. Tratamiento

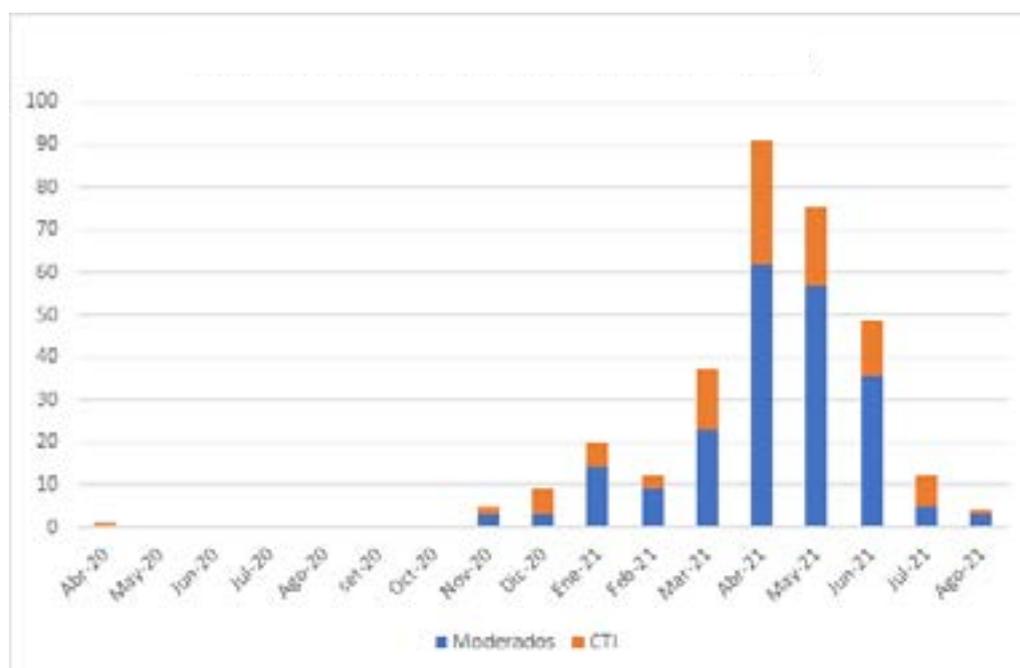


Figura 1. Distribución temporal de los casos

INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE RECIDIVANTE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Autores: Tapia S, Firpo A, Cabeza E, Gadea P, Carbia M, Guirado M.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Mycobacterium intracellulare (MAI) es una micobacteria no tuberculosa (MNT) perteneciente al complejo *Mycobacterium avium* (MAC) asociada a infecciones graves en inmunocomprometidos. Se describe con menor frecuencia en inmunocompetentes con patología pulmonar estructural extensa como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Caso clínico

Mujer de 52 años, ex-tabaquista, EPOC oxígeno-requiriente. Múltiples episodios de infección respiratoria subaguda–crónica en los últimos años, disnea invalidante y adelgazamiento marcado. Recibió antibioticoterapia empírica dirigida a microorganismos inespecíficos sin mejoría. La tomografía de tórax (TCTx) evidenció compromiso bilateral con múltiples cavidades grandes, paredes engrosadas, bronquiectasias, lesiones granulomatosas, y adenomegalias mediastinales. Baciloscopias positivas y en el cultivo se evidenciaron colonias de MAI. Recibió tratamiento con rifampicina (R), etambutol (E), y claritromicina (C) durante 22 meses, con franca mejoría. A los 4 meses de suspensión del tratamiento presenta aumento de sintomatología, en apirexia. Un nuevo estudio de la expectoración con baciloscopias positivas y desarrollo de MAI en el cultivo. Con planteo de recidiva de infección por MAI, se inicia tratamiento con R+E+C. Mejoría parcial inicial y a los 5 meses presenta deterioro paradójico con fiebre y requerimiento de oxigenoterapia permanente. Se evidenció disminución de murmullo alveolar-vesicular derecho con crepitantes bibasales, leucocitosis con neutrofilia y PCR de 169 mg/L. La prueba para SARS-CoV-2 fue negativa. Serología VIH negativa. Una nueva TCTx evidenció persistencia de cavidades, múltiples lesiones nodulares calcificadas, nueva consolidación de densidad heterogénea con dilataciones bronquiales y broncograma aéreo a nivel del lóbulo inferior derecho. El estudio de la expectoración reportó microbiota mixta de vía aérea superior y el estudio micológico directo observó filamentos hialinos tabicados con división dicotómica (cultivo micológico negativo). La baciloscopia fue positiva y el cultivo desarrolló colonias de MAI. Se agregó amikacina parenteral durante 30 días y posteriormente continuó con terapia REC. Se asoció voriconazol durante 9 semanas por probable co-infección, a forma semi invasiva/crónica por *Aspergillus* complex. Actualmente evoluciona favorablemente, en apirexia, mejoría sintomática y de reactantes de fase aguda, sin requerir oxigenoterapia y con aumento de peso.

Discusión

En pacientes con EPOC las cavitaciones favorecen las infecciones por micobacterias y hongos filamentosos. Las MNT son ubicuas en el ambiente, presentan un comportamiento oportunista, particularmente en personas VIH+ severamente inmunodeprimidas. El estudio microbiológico con baciloscopia es inespecífico, siendo necesario su cultivo en medios específicos para confirmar el diagnóstico. El tratamiento se basa en la combinación de al menos 3 fármacos incluyendo rifampicina, etambutol y un macrólido durante al menos 12 meses tras negativización del cultivo de secreciones respiratorias. Puede ser necesario un cuarto antibiótico activo, habitualmente un aminoglucósido

Conclusiones

La infección crónica y recidivante por MNT debe sospecharse ante exacerbaciones infecciosas frecuentes en pacientes con EPOC y enfermedad bronquiectásica. El diagnóstico de infección

por MNT representa un gran desafío y muchas veces resulta tardío. La infección fúngica semi-invasiva/crónica en los pacientes con extensa enfermedad estructural pulmonar es frecuente pudiéndose observar coinfecciones.

Bibliografía

- 1- Haworth, C. S., Banks, J., Capstick, T., Fisher, A. J., Gorsuch, T., Laurenson, I. F., Leitch, A., Loebinger, M. R., Milburn, H. J., Nightingale, M., Ormerod, P., Shingadia, D., Smith, D., Whitehead, N., Wilson, R., & Floto, R. A. (2017). British Thoracic Society guidelines for the management of non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD). *Thorax*, 72(Suppl 2), ii1–ii64. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-210927>
- 2- Kwon, Y. S., Koh, W. J., & Daley, C. L. (2019). Treatment of Mycobacterium avium Complex Pulmonary Disease. *Tuberculosis and respiratory diseases*, 82(1), 15–26. <https://doi.org/10.4046/trd.2018.0060>
- 3- Rokadiya, S., Millar, F. R., & Tiberi, S. (2018). Non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease: a clinical update. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 79(8), C118–C122. <https://doi.org/10.12968/hmed.2018.79.8.C118>

TUBERCULOSIS ÓSEA MULTIFOCAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Autores: Tapia S, Vuan F, Cabeza E, Pazos G, Zubiaurre V, Gadea P, Guirado M.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Clínica Médica B, Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Laboratorio de microbiología. Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La tuberculosis ósea con compromiso multifocal es rara¹, constituye el 1% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, siendo más común en pacientes pediátricos². En Uruguay la tasa de incidencia de tuberculosis extrapulmonar se ubica en 3,4 casos por 100000 habitantes, y para 2020 los casos con compromiso óseo representaron el 14% de los aislamientos microbiológicos extrapulmonares³. La clínica se asemeja a la de lesiones metastásicas secundarias y el mieloma múltiple⁴.

Caso clínico

Mujer de 62 años, originaria de Venezuela, reside en Montevideo hace 5 años. Trabaja cuidando personas con patologías en medios hospitalarios. Cervicalgia de 3 meses de evolución de tipo opresivo, intensidad 9 en 10, sin irradiaciones, marcado deterioro funcional y signos de emaciación. El examen neurológico no evidenció elementos patológicos. La tomografía evidenció múltiples lesiones líticas en columna cervical a nivel de C4 y C5, así como en cresta ilíaca derecha y región costal. Adenomegalias mediastinales de 4mm. En lóbulo superior del pulmón izquierdo se observan micronódulos. Serología VIH no reactiva. Se plantea mieloma múltiple como diagnóstico inicial. El mielograma en 3 oportunidades y citometría de flujo de médula ósea resultaron no concluyentes para malignidad. En resonancia nuclear magnética cervical se confirmaron lesiones en cuerpos vertebrales en niveles mencionados, estenosis moderada del canal medular cervical y compromiso de partes blandas. A los 13 días de internación, presenta registros febriles, recibe antibioticoterapia empírica con piperacilina/tazobactam. De la analítica de laboratorio destaca proteína C reactiva de 129 mg/dL. Equipo de neurocirugía realiza corpectomía cervical y osteosíntesis con toma de muestras de tejido óseo. El estudio anatomopatológico reportó un proceso inflamatorio crónico de aspecto granulomatoso-necrotizante, de tipo tuberculoide. Las tinciones de Ziehl Neelsen, PAS y Gomori-Crocott fueron negativas. En base al antecedente epidemiológico y hallazgos imagenológicos-histológicos, se planteó: tuberculosis con compromiso pulmonar y óseo múltiple; se inició tratamiento empírico con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Los estudios microbiológicos en lavado bronquiolo-alveolar fueron negativos. El estudio histopatológico de adenopatía torácica evidenció células gigantes de Langhans, granulomas y material caseoso. La fluorescencia directa positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes y Xpert MTB-RIF para M. tuberculosis complex positiva. En la evolución presentó mejoría sintomática, no reiteró fiebre y presentó ascenso ponderal de 4 kg en el primer mes de tratamiento.

Discusión

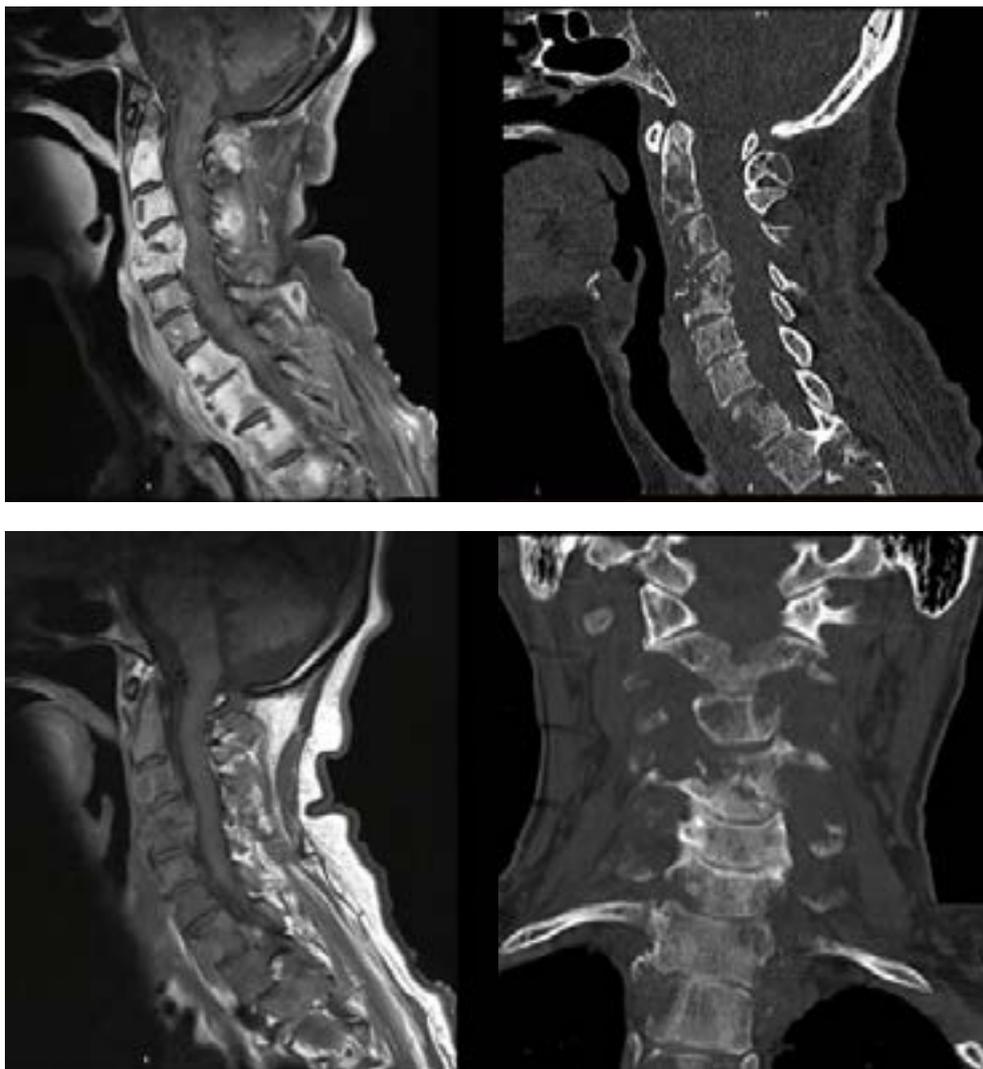
Al igual que en la mayoría de los reportes el dolor constituye el síntoma cardinal, con presentación tardía de otros signos como fiebre y otros síntomas sistémicos. La fase de consolidación del tratamiento antituberculoso puede extenderse en los casos con compromiso óseo, completando un total de 9 a 12 meses. El abordaje quirúrgico se reserva para compromiso neurológico o inestabilidad de la columna como presentó nuestra paciente.

Conclusiones

Las presentaciones atípicas de la tuberculosis musculoesquelética constituyen un desafío diagnóstico. La espondilitis tuberculosa debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones óseas múltiples con componente de partes blandas. El examen microbiológico e histopatológico resulta crucial para el abordaje y la terapéutica.

Bibliografía

- 1- Leonard M, Blumberg H. Musculoskeletal Tuberculosis. *Microbiology Spectrum*. 2017;5(2).
- 2- Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP). Informe Nacional de la Situación de la Tuberculosis en Uruguay [Internet]. 2021. Available from: <https://chlaep.org.uy/wp-content/uploads/2021/07/Informe-Tuberculosis-2020-CHLAEP.pdf>
- 3- Casuriaga Ana, González Karina, Giachetto Gustavo, Costa Federico. Osteomielitis por *Mycobacterium tuberculosis*. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2017 Oct [cited 2021 Sep 18]; 88(6): 322-328.
- 4- Ye M, Huang J, Wang J, Ren J, Tu J, You W et al. Multifocal musculoskeletal tuberculosis mimicking multiple bone metastases: a case report. *BMC Infectious Diseases*. 2015;16(1).



INFECCIONES BACTERIANAS NO ESPONTÁNEAS EN PACIENTES CIRRÓTICOS HOSPITALIZADOS

Autores: García MN, Elizondo M, Valverde M, Gerona S.

Institución: Servicio de Enfermedades Hepáticas, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

Introducción

Las infecciones bacterianas en pacientes cirróticos son una complicación frecuente, que ocurre principalmente en estadios avanzados de la enfermedad. Las infecciones no espontáneas o no vinculadas a hipertensión portal incluyen principalmente a las del tracto urinario, la neumonía aguda y de piel y partes blandas. Las mismas generan un impacto significativo en la evolución de la enfermedad, ya que aumentan la morbi-mortalidad, siendo además el factor precipitante más común de la falla hepática aguda sobre crónica, cuadro grave y con alta mortalidad a corto plazo.

Objetivos

Conocer la incidencia, y describir las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas, y evolutivas de las infecciones bacterianas no espontáneas, en pacientes con cirrosis hepática, ingresados en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre marzo de 2018 y diciembre de 2020.

Metodología

Estudio transversal, descriptivo y unicéntrico, que incluyó pacientes hospitalizados, con diagnóstico de cirrosis hepática, que presentaron una infección bacteriana no vinculada a hipertensión portal en la admisión o durante la estadía hospitalaria. Se analizaron los datos utilizando distribución de frecuencias y medidas de resumen para las diferentes variables. La incidencia de infecciones bacterianas no espontáneas se calculó en base a la población total de pacientes cirróticos ingresados en dicho período.

Resultados y discusión

17.5% de los cirróticos ingresados presentaron una infección bacteriana no vinculada a hipertensión portal, con una media de edad de 61 años, siendo un 70% hombres. La principal etiología de la cirrosis fue la alcohólica. La gran mayoría de los pacientes (95%), presentaron un estadio avanzado de su enfermedad hepática, (60% estadio B de Child-Pugh y 35% estadio C), con una media de MELD-Na de 21 (Tabla 1). La infección más frecuente fue la del tracto urinario (ITU) (50%), seguida de neumonía aguda (NA) (20%), infecciones de piel y partes blandas (IPPB) (10%) y colangitis aguda (10%). Los microorganismos más prevalentes fueron bacilos gram negativos como *K. pneumoniae* y *E. coli* (Gráfico 1). Un 40% de los pacientes presentaron Falla Aguda Sobre Crónica (Acute on Chronic Liver Failure/AoCLF) al momento de admisión y un 5% adicional la desarrolló en la evolución. De este grupo de pacientes el 20% fallecieron durante la internación (Gráfico 2).

Conclusiones

Las infecciones bacterianas en pacientes cirróticos constituyen una complicación frecuente en los estadios avanzados de la enfermedad. Aproximadamente dos tercios de éstas no están vinculadas a hipertensión portal, siendo, al igual que en las series internacionales, las ITU las de mayor incidencia en nuestro medio, seguido de NA e IPPB. Al menos dos tercios de los pacientes se presentaron con cirrosis descompensada, y casi la mitad de ellos desarrollaron algún grado de AoCLF. El presente estudio constituye una aproximación al conocimiento de las infecciones no espontáneas en el cirrótico, siendo necesario el desarrollo de estudios con un mayor número de pacientes para poder establecer una asociación estadísticamente significativa

entre la presencia de infección bacteriana y desarrollo de AoCLF, y de esta con la mortalidad a corto plazo.

N paciente	Género	Edad	Etiología	CHILD-P	MELD-Na	Tipo de Infección
1	F	51	CG	A	9	ITU
2	M	77	OH	B	14	NAC
3	M	67	OH	B	24	OTRA
4	F	61	NASH	B	12	PPB
5	M	17	HAI	C	26	OTRA
6	M	66	CG	C	24	ITU
7	F	66	HAI	B	23	Colangitis
8	M	77	OH	B	23	ITU
9	F	51	CBP	C	30	ITU
10	M	68	OH	B	17	ITU
11	M	67	OH	C	16	NAC
12	M	72	OH	B	12	NAIH
13	M	68	OH	B	28	NAC
14	M	63	OH	C	37	ITU
15	F	57	NASH	C	25	ITU
16	M	63	OH	B	23	ITU
17	M	38	OH	B	8	PPB
18	M	57	CEP	B	24	Colangitis
19	F	79	CG	B	21	ITU
20	M	58	OH	C	21	ITU

Tabla 1. Análisis de datos demográficos y sitio de infección de los pacientes cirróticos hospitalizados que presentaron una infección no vinculada a HTP, durante el período marzo 2018 – diciembre 2020, en el HCFFAA. Abreviaturas: M, masculino; F, femenino; CG, criptogénica; OH, alcohólica; NASH, esteatohepatitis no alcohólica; HAI, hepatitis autoinmune; CBP, colangitis biliar primaria; ITU, infección del tracto urinario; NAC, neumonía aguda comunitaria; PPB, piel y partes blandas; NAIH, neumonía aguda intrahospitalaria; S, sensible; R resistente; C, comunitaria; N, nosocomial.

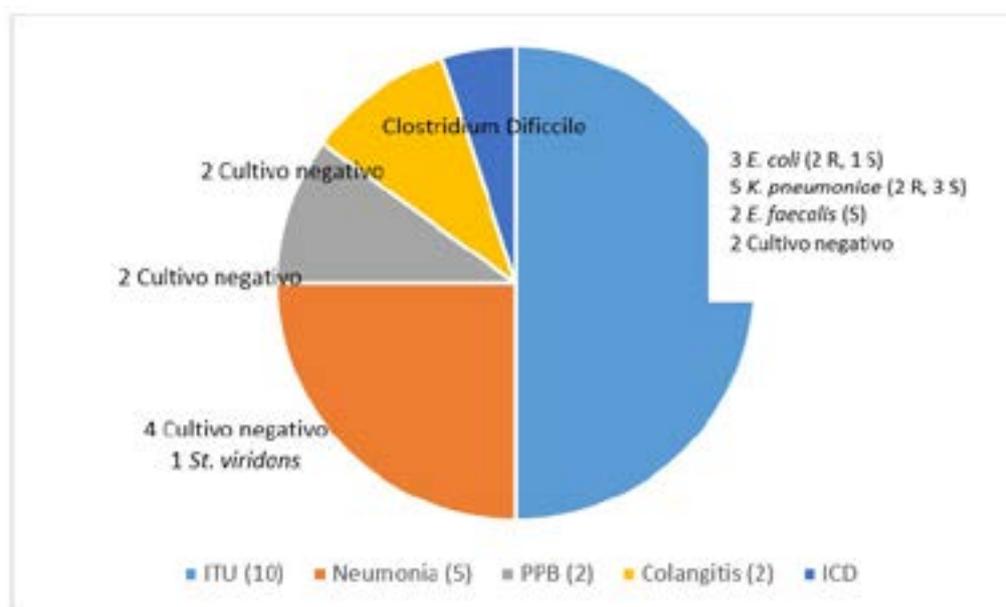


Gráfico 1. Infecciones bacterianas no vinculadas a HTP y sus características microbiológicas

Abreviaturas: ITU, infección tracto urinario; NAC, neumonía aguda comunitaria; PPB, piel y partes blandas; NA, neumonía aguda; ICD, Infección por Clostridium Difícile; R, resistente; S, sensible.

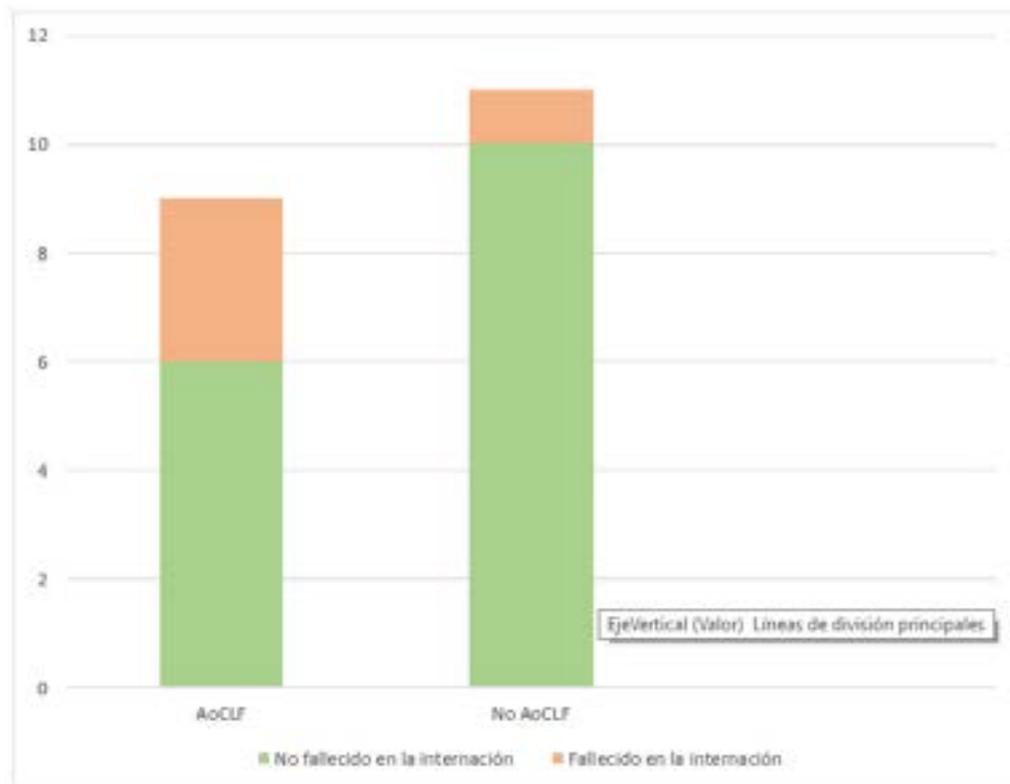


Gráfico 2. Asociación entre presencia de AoCLF y muerte intrahospitalaria. Abreviaturas: AoCLF (falla hepática aguda sobre crónica).

ENDOCARDITIS INFECCIOSA, DIAGNÓSTICO POR PET

Autores: Santa Cruz A, Rostán S, Más V.

Institución: Servicio de Medicina Interna. Clínica Médica 3. Hospital Maciel. Universidad de la República (UdelaR). Montevideo. Uruguay.

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI), es una enfermedad muy conocida, poco frecuente y de alta mortalidad, cuyo diagnóstico continúa siendo un desafío clínico.

Caso clínico

Mujer de 71 años, portadora de bioprótesis mitral y aórtica realizado 14 meses antes. Ecocardiograma transtorácico de control: leak paravalvular aórtico de grado moderado. Ingresar por fiebre y dolor abdominal, se diagnostica clínica y tomográficamente pielonefritis aguda (PNA), Urocultivo: *Esterichia Coli*. Hemocultivos (HC): negativos. En la evolución persiste febril, agregando manchas de Janeway, nódulos de Osler, (Figura 1) elementos clínicos de ataque cerebro vascular y oclusión arterial aguda de miembro inferior derecho (MID). Se realiza Tomografía (TC) de cráneo no configura isquemia, ecodoppler de MID confirma oclusión arterial aguda, se procede a embolectomía de urgencia sin complicaciones. Con planteo de EI se inicia antibiótico empírico, nuevamente HC negativos, se realiza Ecocardiograma transtorácico (ETT) y ecocardiograma transesofágico (ETE): sin vegetaciones, sin cambios con respecto al ETT previo. TC tórax abdomen y pelvis: infartos renales y esplénicos múltiples. (Figura 2). Dado la alta sospecha clínica y en vistas al tratamiento quirúrgico, se solicita Tomografía con emisión de positrones (PET-SCAN) que confirma EI sobre válvula aórtica. En conjunto con cirugía cardíaca se indica rehabilitación nutricional en vistas a la cirugía. Hallazgos en el intraoperatorio: absceso del anillo mitroaórtico hasta el anillo de la válvula mitral, y absceso paraórtico. (Figura 3) Fallecimiento intraoperatorio.

Discusión

Presentamos un caso clínico con diagnóstico de EI sobre válvula aórtica protésica tardía, adquirida en comunidad, con hemocultivos persistentemente negativos y ETE sin evidencia de EI. Se requiere elevado nivel de sospecha para su diagnóstico. Los signos específicos (nódulos de Osler, manchas de Janeway y Roth) son poco frecuentes. El diagnóstico tiene tres pilares fundamentales: hallazgos clínicos, microbiológicos e imagenológicos. Presentando el caso analizado únicamente el criterio clínico, constituyendo una EI confirmada por presentar 5 criterios menores. La incidencia de HC negativos es de un 2-31%, asociado en este caso a la utilización de ATB previa. Las nuevas técnicas de imagen se añadieron especialmente para aquellos pacientes con alta sospecha de EI con ETT o ETE negativos o no concluyente; no se realizan de forma rutinaria. Se incluye el PET-SCAN dentro de los criterios diagnósticos de EI para válvula mecánica. En el caso analizado cumpliendo el diagnóstico e indicación de cirugía (fenómenos embólicos), a pesar de no ser portadora de válvula mecánica, se procedió a realizar PET-SCAN como última herramienta diagnóstica. Siendo este último confirmatorio. Destacamos que, a pesar de la gran entidad de los hallazgos quirúrgicos, no se aisló el agente microorganismo causante de la enfermedad.

Conclusiones

Destacamos la importancia de la semiología clínica para mantener la elevada sospecha diagnóstica, a pesar de estudios persistentemente negativos, así como la incorporación de nuevas técnicas de imagen. Sin dejar de mencionar la importancia del trabajo constante con equipo interdisciplinario.



Figura 1

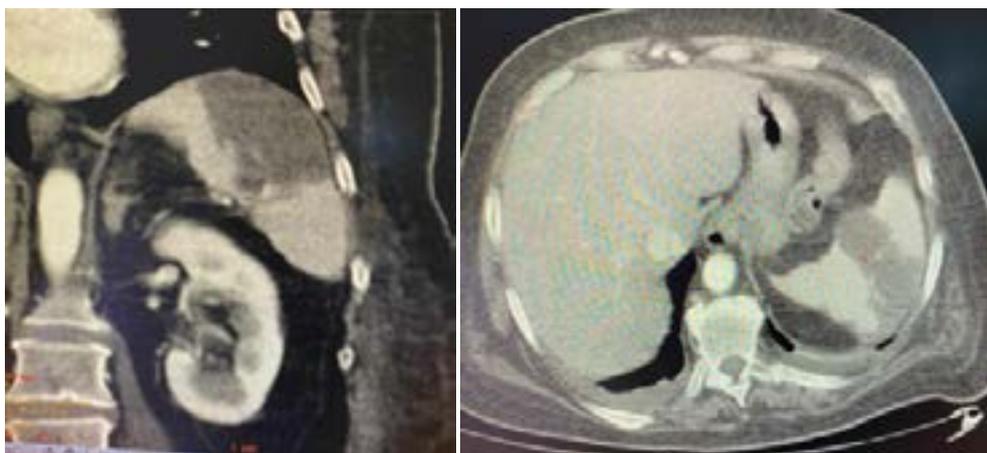


Figura 2



Figura 3

IMPACTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR SARS- CoV 2019.

Autores: Ortiz RA, Meneses JP, Porras JC, Cristancho D, Ormaechea G.

Institución: Hospital de Clínicas, Unidad multidisciplinaria de insuficiencia cardiaca, Montevideo, Uruguay

Introducción

La infección por SARS-COV 2 declarada por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia, la misma ha supuesto un gran desafío desde el punto de vista de sanitario, social y económico por sus efectos disruptivos, alta transmisibilidad y morbimortalidad en grupos de alto riesgo. La unidad multidisciplinaria de insuficiencia cardíaca (UMIC) tiene un perfil de pacientes que son vulnerables a los efectos psicosociales de la pandemia, pudiendo afectar sus patologías cardiovasculares y generando consecuencias en el sistema de salud del país.

Objetivos

El objetivo primario es conocer el impacto psicosocial derivado de la pandemia, el secundario es valorar la disposición para la inmunización en pacientes de la UMIC

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo tipo encuesta, en base a una encuesta de la OMS, se implementó en modalidad telefónica, donde se valora diferentes aspectos: psicosociales, actividad física, acceso a medicación, a la que se adiciona el ítem sobre el deseo de inmunización. La población son pacientes con criterios para pertenecer a la UMIC (IC FEVI reducida > 18 años), se aplicó selección aleatoria simple y el tiempo de recolección de datos fue entre junio y agosto de 2020.

Resultados y discusión

Se realizaron 100 encuestas, 58 eran hombres, 58 mayores de 65 años, 86 no tuvieron dificultad para recibir su medicación habitual, 59 presentó disminución de su actividad física, 40 miedo a enfermar, 30 sentimientos de tristeza, soledad y/o aburrimiento, de estos 60 eran menores de 65 años. Las ideas de muerte estuvieron presentes en 4 pacientes. 71 pacientes manifestaron el deseo de inmunizarse frente al SARS-COV 2. Se observó una disminución importante de la actividad física, tres cuartas partes de la población presentó miedo a enfermar o tristeza, estos hallazgos son similares a los reportados en estudios internacionales. A resaltar que contrario a la creencia estereotipada de la susceptibilidad psicosocial en los adultos mayores, los más afectados fueron personas menores de 65 años, independiente del género. A nivel internacional en Israel, Estados Unidos, Austria y Alemania también se observaron estos mismos resultados. Lo anterior se ha relacionado a que la edad puede actuar como un "buffer" frente a la pandemia en parte por situaciones traumáticas vividas previamente (Guerras, dictaduras, crisis financieras) que los hace contar con mejores mecanismos de adaptación y resiliencia, asociado fueron la población que mayor cumplimiento tuvo de la cuarentena. Hay que tener en cuenta que los resultados pueden estar influidos por la situación de baja transmisión del SARS- COV 2 en el momento del estudio. El alto índice de aceptación de la inmunización se correlaciona con el gran porcentaje histórico de vacunación nacional.

Conclusiones

La pandemia por coronavirus ha impactado en distintos aspectos psicosociales como quedó reflejado en nuestro estudio. Este impacto fue algo mayor en la población joven. Por otra parte, respecto al deseo de vacunarse, se destaca que la mayoría de los pacientes deseaba inmunizarse.

Estos hallazgos podrían tener un impacto negativo en el control y progresión de esta compleja enfermedad crónica, lo que deberá ser motivo de otros estudios.

EFECTIVIDAD IN VITRO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM SOLO Y EN COMBINACIÓN CON AZTREONAM SOBRE ENTEROBACTERIALES.

Autores: Araújo L, Papa Ezdra R, Caiata L, Ferreira F, Avila P, Seija V, Galiana A, Bado I, Vignoli R

Institución: Dpto. de Bacteriología y Virología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Dpto. de Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Maciel, ASSE. Montevideo, Uruguay

Introducción

Las opciones terapéuticas para el tratamiento de Enterobacterales multi resistentes a drogas se han visto reducidas con la aparición y diseminación de mecanismos de resistencia como las carbapenemasas. Se destacan dentro de las nuevas opciones terapéuticas ceftazidima-avibactam (CZA) y aztreonam (ATM). Avibactam es un inhibidor de β -lactamasas no derivado de los β -lactámicos, con actividad sobre BLEEs, serin-carbapenemasas, variable sobre clase C y D, pero no sobre metalo- β -lactamasas (MBL). ATM es un β -lactámico que no es hidrolizado por MBL, pero sí por serin- β -lactamasas y algunas AmpC. En nuestro medio, existe una prevalencia destacable de Enterobacterales productores de una o más de las mencionadas β -lactamasas, lo que hace fundamental contar con opciones terapéuticas eficaces.

Objetivos

Estudiar la efectividad in vitro de CZA en una colección de cepas de aislamientos clínicos de Enterobacterales productores de BLEE, AmpC y carbapenemasas y en estos últimos la combinación de CZA y ATM

Metodología

Los estudios de susceptibilidad se realizaron por disco difusión de Kirby-Bauer.

En productores de carbapenemasas se realizó test de sinergia de doble disco con CZA y ATM. El agrandamiento del halo de uno u otro antibiótico en la zona entre los discos se interpretó como sinergia positiva. Adicionalmente, se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) de ATM por agar dilución, y se seleccionaron 30 aislamientos resistentes a ATM para determinar CIM de CZA por E-test, tanto en Mueller-Hinton convencional como suplementado con ATM 4 mg/L. Se definió efectividad de la combinación cuando el microorganismo era sensible a alguno de los dos antibióticos o se evidenciaba una sinergia positiva por cualquiera de los dos métodos.

Los halos de inhibición y valores de CIM se interpretaron según CLSI.

Resultados y discusión

Se seleccionaron 67 cepas productoras de carbapenemasas: 47 NDM-1, 11 KPC-2, 4 KPC-3, 2 NDM-1+KPC-2, 2 VIM-2, 1 OXA-48; y 71 productoras de BLEE. Todas las cepas productoras de BLEE fueron sensibles a CZA. De las productoras de carbapenemasas 20 fueron resistentes a CZA y ATM, 17 solo resistentes a CZA, 21 solo a ATM, y 9 susceptibles a ambos.

En 36 aislamientos ATM resistentes se determinó la CIM a CZA en presencia y ausencia de ATM. En ausencia de ATM, 19 fueron resistentes a CZA con CIM >256 mg/L, y los 12 restantes fueron sensibles con CIM entre 0,5 y 4 mg/L. Sin embargo, en presencia de ATM, los 36 aislamientos presentaron CIM <0,016 mg/L.

La combinación CZA/ATM fue efectiva in vitro sobre todos los aislamientos estudiados y fue sinérgica incluso en aislamientos sensibles a CZA, lo cual sugiere algún mecanismo adicional de sinergia.

Conclusiones

Existe una amplia sensibilidad de las cepas productoras de BLEE con o sin AmpC a CZA, esto es destacable pues muchas veces acompañan otros mecanismos de resistencia.

Dados los resultados de efectividad y sinergia en productores de carbapenemasas, la combinación CZA/ATM impresiona prometedora para el tratamiento dirigido y empírico en pacientes con factores de riesgo para estos microorganismos.

EVALUACIÓN DE LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN BASE A LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR EN LA INFECCIÓN POR VIH: REPORTE PRELIMINAR

Autores: Tapia S, Castro JP, Fornelli R, Amengual C, Arteta Z, Cabrera S

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Servicio de Enfermedades Infecciosas, ASSE, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La administración de terapia antirretroviral (TARV) constituye el elemento clave dentro de la mejora de calidad y esperanza de vida en personas infectadas por VIH-1 (PVV)^{1,2}. Sin embargo, el incremento de la longevidad y el uso crónico de fármacos antirretrovirales han planteado preocupaciones con respecto a las posibles toxicidades a largo plazo resultado de la exposición acumulativa^{1,4}. Las guías de TARV recientes incorporan regímenes de terapia dual (BT) tanto para inicio como para simplificación con criterios puntuales (paciente con carga viral (CV) indetectable (ARN viral <50 copias/mL), ausencia de fallos virológicos o resistencia previa y no cursar embarazo)¹⁻⁶. Uno de estos regímenes, conteniendo un inhibidor análogo nucleótido de la transcriptasa reversa (INTR), lamivudina (3TC), asociado a un inhibidor de la integrasa (INSTI), dolutegravir (DTG), ha comenzado a utilizarse en Uruguay. Nuestro objetivo fue evaluar el cumplimiento de los criterios para la prescripción de terapia dual con 3TC + DTG, así como los resultados virológicos en una cohorte de PVV del subsector público.

Metodología

Se realizó un estudio transversal descriptivo con muestra propositiva a partir de la base de datos de la comisión de TARV de ASSE. Se incluyeron pacientes en tratamiento a quienes se prescribió BT entre 2019 y 2020, las variables analizadas fueron el tratamiento recibido hasta el momento, el conteo de células T CD4, valores de carga viral previos y posteriores al cambio, y el motivo de indicación.

Resultados y discusión

Se analizaron un total de 64 registros de pacientes quienes recibieron indicación de BT, las características de la población se resumen en la Tabla 1. 58 (91%) registraban valores de CV por debajo del límite de detección al momento de indicación, con una mediana de células T CD4+ de 651 células/mL (IQR 441-900). Ninguno de los pacientes tenía resistencia demostrada previa. En el análisis posterior a la prescripción, 60 de 64 (94%) realizaron un control de carga viral. 4 (6%) pacientes perdieron el seguimiento por médico tratante. Dentro del grupo que registró control de viremia, 55 de los 60 (92%) mantuvieron valores de CV indetectables (86% de la muestra inicial). No hubo diferencia significativa ($p=0.484228$) en el conteo de T CD4+ pre y post cambio. 2 pacientes evidenciaron valores por encima del límite de detección, de los cuales 1 se debió a abandono y el 2do a pobre adherencia. Hubo 6 sujetos que no cumplían con los criterios de cambio a TD, sin embargo la mitad de ellos alcanzó valores de CV por debajo del límite de detección (Tabla 2).

Conclusiones

En este reporte preliminar, 3TC+DTG fue efectivo en mantener la supresión virológica en pacientes quienes cumplieron criterios de indicación, siendo el principal motivo de prescripción la simplificación del tratamiento, especialmente en aquellos que incluían esquemas con múltiples

comprimidos. Aún sin criterio de indicación (carga viral detectable), en casos seleccionados la simplificación podría resultar beneficiosa. Consideramos necesario difundir las recomendaciones de BT e implementar programas de monitoreo y seguimiento a fin de evitar fallos virológicos y el desarrollo de resistencias.

Bibliografía

- 1- Saag M.S., Gandhi R.T., Hoy J.F., Landovitz R.J., Thompson M.A., Sax P.E., Smith D.M., Benson C.A., Buchbinder S.P., Del Rio C., et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2020 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*. 2020;324:1651–1669. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17025>
- 2- Cento, V., & Perno, C. F. (2021). Dolutegravir Plus Lamivudine Two-Drug Regimen: Safety, Efficacy and Diagnostic Considerations for Its Use in Real-Life Clinical Practice-A Refined Approach in the COVID-19 Era. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(5), 809. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11050809>
- 3- Joly, V., Burdet, C., Landman, R., Vigan, M., Charpentier, C., Katlama, C., Cabié, A., Benalycherif, A., Peytavin, G., Yeni, P., Mentre, F., Argoud, A. L., Amri, I., Descamps, D., Yazdanpanah, Y., & LAMIDOL Study Group (2019). Dolutegravir and lamivudine maintenance therapy in HIV-1 virologically suppressed patients: results of the ANRS 167 trial (LAMIDOL). *The Journal of antimicrobial chemotherapy*, 74(3), 739–745. <https://doi.org/10.1093/jac/dky467>
- 4- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/AdultandAdolescentGL.pdf>
- 5- Hidalgo-Tenorio, C., Cortés, L. L., Gutiérrez, A., Santos, J., Omar, M., Gálvez, C., Sequera, S., Jesús, S. E., Téllez, F., Fernández, E., García, C., & Pasquau, J. (2019). DOLAMA study: Effectiveness, safety and pharmacoeconomic analysis of dual therapy with dolutegravir and lamivudine in virologically suppressed HIV-1 patients. *Medicine*, 98(32), e16813. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016813>
- 6- Maggiolo, F., Gulminetti, R., Pagnucco, L., Digaetano, M., Benatti, S., Valenti, D., Callegaro, A., Ripamonti, D., & Mussini, C. (2017). Lamivudine/dolutegravir dual therapy in HIV-infected, virologically suppressed patients. *BMC infectious diseases*, 17(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2311-2>

Edad	Mediana: 44 años (IQR 34-54)		
Sexo	Femenino	39% (25/64)	
	Masculino	61% (39/64)	
Indicación de cambio	Simplificación	75% (48/64)	
	Efecto adverso	22% (14/64)	
	Interacción con otro medicamento	3% (2/64)	
Esquema de TARV previo	2 INTR + IP	42% (27/64)	
	2 INTR + INNTR	22% (14/64)	
	2 INTR + INSTI	36% (23/64)	
Cuento de células TCD4 + (cel/mL)	Pre-indicación	Post-indicación	valor p
	651 cel/mL (IQR 441-900)	683 cel/mL (IQR 506-889)	0.484228
Carga viral	ARN viral <50 copias/mL	91% (58/64)	86% (55/64)
	ARN viral >50 copias/mL	9% (6/64)	5% (3/64)

Tabla 1. Descripción general de la población

	Edad	Sexo	TARV base	CV previa	CV posterior	Observaciones
Caso 1	49	F	TDF/FTC/EFV	2000	<20	
Caso 2	22	M	TDF+3TC+DTG	1.620	<20	
Caso 3	25	F	TDF+3TC+LPV/r	156	<20	
Caso 4	48	F	TDF+3TC+EFV	275	26.600	Abandono TARV
Caso 5	33	M	TDF+3TC+DTG	29.200	1.310	Simplificación por pobre adherencia y dificultad para entender posología
Caso 6	38	M	TDF/FTC/EFV	756.000	488	Efecto adverso por EFV

Tabla 2. Descripción del subgrupo de pacientes que no cumplía criterios para cambio a terapia dual 3TC+DTG

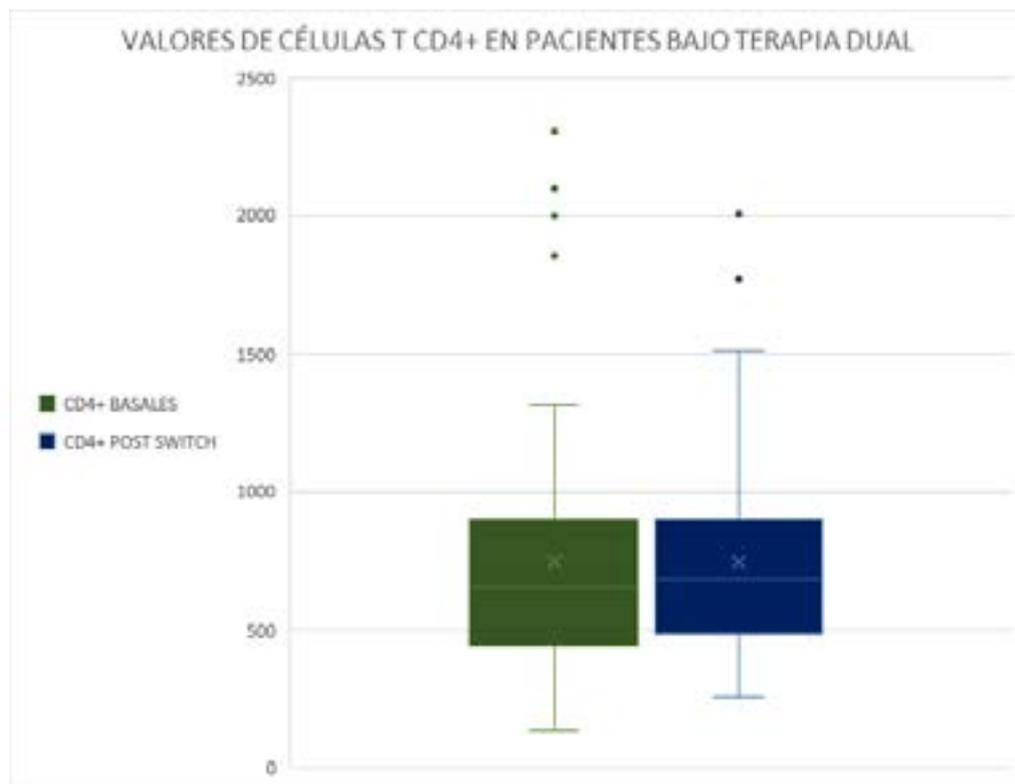


Gráfico 1. Comparativa del conteo de células TCD4+ pre y post switch a terapia dual

MENINGITIS TUBERCULOSA RESISTENTE A RIFAMPICINA EN PACIENTE VIH + A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Gonzalez S, Gemelli SH.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La meningitis tuberculosa es la forma más grave de Tuberculosis (TB), representando entre el 5 al 10% de todas las formas extrapulmonares. En un gran porcentaje de casos asocia compromiso pulmonar, siendo el VIH/SIDA un factor de riesgo para su adquisición. Genera importantes secuelas neurológicas si no se recibe un tratamiento eficaz de forma adecuada. La resistencia a fármacos de primera línea es potencialmente mortal por lo cual es necesario un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz. El diagnóstico tardío, así como la mala adherencia al tratamiento son factores que desencadenan la prolongación en la duración del tratamiento, así como un elevado costo económico.

Caso clínico

Sexo masculino 34 años. Ex privado de libertad. Consumo problemático de PBC. VIH + desde el año 2004. Sin TARV. Inmunosupresión severa, CD4: 21. Cursando tuberculosis pulmonar (TBC) desde 4/2019. Mala adherencia al tratamiento anti tuberculoso. 6/2021 nuevo ingreso hospitalario por cefalea. Xpert LCR: positivo con resistencia a rifampicina. Abandono de controles.

10/2021. Ingreso a CTI por depresión de consciencia. IOT/ARM

TC cráneo: pequeña imagen redondeada, subcortical a nivel occipital derecha, que presenta realce con el medio de contraste, con escaso edema perilesional.

Punción lumbar: líquido cristal de roca. glucorraquia: 0.46 g/l, proteinorraquia: 30 g/l GB: 125 (100% MN). Xpert LCR: positivo, resistencia a rifampicina detectada

Con planteo de meningitis tuberculosa resistente a rifampicina con tuberculoma asociado en paciente severamente inmunodeprimido se inició tratamiento antituberculoso en base a linezolid, bedaquilina cicloserina, clofazimina, isoniacida, amikacina y moxifloxacino asociado a dexametasona.

Se extuba de coordinación, pasando a área de cuidados moderados (cohorte de carbapenemasas) por presentar colonización inguino rectal por *Klebsiella oxytoca* productora de Metalocarbapenemasa de tipo NDM. Se inicio TARV a las 6 semanas de iniciado el tratamiento anti TB en base a TDF/3TC/DTG. En la evolución agrega peoría de síntomas neurológicos por lo que se realiza nueva punción lumbar con solicitud de panel meníngeo (Film array), obteniéndose resultado positivo para Citomegalovirus (CMV). Se inicia ganciclovir con planteo de SIRI desmascarado por CMV. Fallece en la evolución debido a un embate séptico.

Discusión

La meningitis tuberculosa (TBM) resistente a uno o más fármacos es un problema cada vez más frecuente a nivel mundial. Actualmente y siguiendo las guías sobre las directrices de la OMS (2020) en cuanto al tratamiento antituberculoso de primera línea para el tratamiento de TB resistente a rifampicina se incluyen: A) Levofloxacino o Moxifloxacino, Bedaquilina y Linezolid B) Clofazimina y Cicloserina C) Etambutol, Amikacina, Estreptomina, Imipenem y Meropenem. En este caso y gracias a la rápida participación de la Comisión Honoraria para la lucha antituberculosa (CHLA) se logró iniciar de forma rápida el tratamiento de primera línea para dicha infección. El empleo de técnicas moleculares rápidas por técnicas de PCR permite realizar diagnósticos de forma rápida y oportuna permitiendo el inicio precoz del tratamiento.

Conclusiones

Dada la incidencia de Tuberculosis en nuestro país, se debe siempre sospechar la etiología tuberculosa como diagnóstico diferencial en neuroinfecciones principalmente en pacientes inmunocomprometidos, así como en aquellos que presenten factores de riesgo para adquirirla.

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS INDICADORES DEL CONTINUO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON VIH EN URUGUAY

Autores: Gasperazzo N, Antelo V, Campo M, Suárez C, Bartaburu I, Piñeyro N, Brasó P, Echenique G, Arteta Z, Cabrera S, Fiorella C.

Institución: Médicos referentes en atención de VIH en Maldonado, Paysandú, Salto, San José, Soriano y Rocha. Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo sin precedentes en los servicios de atención a personas con VIH (PVV) en todo el mundo. (1) Algunos estudios han alertado en las consecuencias sobre el acceso a programas de prevención, interrupciones de tratamiento antirretroviral (TARV) y pérdidas de seguimiento, así como en la necesidad de adaptar los servicios asegurando la continuidad de TARV. (2)

Objetivos

Evaluar el impacto de la pandemia de SARS-CoV-2 en el continuo de cuidados en pacientes con diagnóstico de VIH realizado en dos periodos, prepanadémico (año 2019) y durante la pandemia (año 2020), así como describir la adecuación de los servicios para minimizar los impactos.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Médicos referentes en atención a PVV recolectaron la información de las personas diagnosticadas en el período 1/01/2019 al 31/12/2020. Se evaluaron indicadores del continuo de atención en los 6 meses siguiendo al diagnóstico: vinculación (disponer de valor de CD4 y/o inicio de TARV), retención o seguimiento (retiros de TARV y/o recuentos de CD4 y/o carga viral en el período), inicio de TARV y carga viral (CV) indetectable. Se relevaron las acciones implementadas en los servicios para garantizar la continuidad de atención.

Resultados y discusión

Tuvieron diagnóstico de VIH en el período 190 personas, 77 mujeres y 113 varones (2019: 107; 2020: 83). La edad media fue de 38.93 ± 12.74 años.

No hubo diferencias significativas en la mediana de CD4 al diagnóstico entre los años 2020 y 2019. El valor de CD4 fue significativamente mayor en el subsector privado respecto al público 372 (IIQ:165 – 640) y 261 (IIQ:141 – 420), con un IC95% para la diferencia de 57.8 – 247.0, a expensas de una diferencia significativa entre mujeres, 435 (IIQ:200 – 512.2) y 261 (IIQ:190.5 – 322.0), IC95% 39.9 – 346.5.

Debutaron con una enfermedad oportunista (EO) un 19.6% (21) y 14.5% (12), en el año 2019 y 2020 respectivamente. El diagnóstico se consideró muy tardío (con EO y/o $CD4 < 200$ cel/mL) en una elevada proporción, significativamente mayor en el año 2019, 44.8% (39/107) y 27.0% (39/83), 95%IC -0,33; -0,04.

No hubo diferencias significativas entre 2019 y 2020 en la tasa de abandonos de TARV, 9.2% (7/76) y 7.1% (5/70) ni en la proporción de fallecidos, 10.3% (11/107) y 8.4% (7/83) respectivamente.

En los indicadores del continuo de atención, se observó mejores resultados en todos los indicadores en el 2020, siendo esta diferencia significativa en el indicador de vinculación. Tabla 1.

En cuanto a las acciones implementadas durante el año 2020 para garantizar la atención se destacan: modalidad mixta de atención (teleconsulta-presencial), prescripción crónica de TARV, renovación automática de la prescripción, envío a domicilio de la medicación, comunicación entre farmacia y usuarios mediante contacto telefónico o whatsapp para acordar retiros y/o envíos.

Conclusiones

La adecuación de la prestación de servicios a PVV durante la pandemia no provocó un deterioro en los indicadores de atención. Facilitar el acceso reduciendo las barreras burocráticas impactó favorablemente en los resultados y debería ser tomado como modelo para su implementación permanente.

Bibliografía

- 1- WHO. Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19.
- 2- https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/presentation-disruption-in-services-international-aids-conference-2020.pdf?sfvrsn=d4bf1f87_7.
- 3- Jewell BL, Mudimu E, Stover J, Ten Brink D, Phillips AN, Smith JA, et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *Lancet HIV*. 2020;7:e629-40.

Indicador, % (n)	2019 (n=107)	2020 (n=83)	IC95%
Con CD4	78.5 (84)	89.2 (74)	0.004; 0.209
Inicio TARV	71.0 (76)	84.3 (70)	- 0.02; 0,20
Con seguimiento	76.6 (82)	80.7 (67)	-0.08; 0,16
CV indetectable	57.9 (62)	62.6 (52)	-0,21; 0,03

Tabla 1. Indicadores del continuo de atención en los años 2019 y 2020

EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN EL HOSPITAL MACIEL.

Autores: Carrere D, Lin L, Santacruz A, Chirico L, Quiroz L, Cuba X, Lopez M, Peverelli F, Bruno G.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los anticoagulantes orales directos (ACOD) inhiben la cascada de la coagulación actuando sobre los factores II y X. Son anticoagulantes eficaces, comparables con heparinas de bajo peso molecular, cuyo valor agregado está dado por su administración oral, la no necesidad de monitorización paraclínica y poseer menos interacciones que la warfarina. Uruguay dispone de dabigatran, rivaroxaban y apixaban, los cuales no están incorporados al Formulario Terapéutico de Medicamentos, siendo su uso limitado en la Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE). En el Hospital Maciel son indicados por la unidad de trombosis y hemostasis.

Objetivos

El objetivo general es caracterizar el uso de ACOD en usuarios del Hospital Maciel. Los objetivos específicos son describir la población que recibe ACOD, evaluar la efectividad en prevención de eventos tromboembólicos, aspectos de seguridad y adherencia al tratamiento.

Metodología

Estudio observacional y descriptivo. Se incluyeron los usuarios del Hospital Maciel que recibieron ACOD entre el 1 de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2020. Se contactaron vía telefónica, realizando una encuesta prediseñada. Variables: demográficas, indicación de anticoagulación, efectividad mediante aparición de nuevos eventos tromboembólicos y adherencia. Para valorar adherencia se utilizó la escala de Morinsky Green, validada en varias enfermedades crónicas.

Resultados y discusión

De un total de 120 pacientes en quien se autorizó el uso de ACOD, se contactaron 72, 57% sexo femenino, edad promedio de 69 ± 15 años. El 14% presentaba ERC, 72% HTA, 25% DM, 54% IC, 10% alcoholismo, 19% sangrados previos y 17% recibía AINES o AAS. Se destaca un FG promedio de $73,59 \pm 24,42$, teniendo un 16% un FG entre 60 - 45 ml/min y 10% entre 45 y 30 ml/min, ninguno presentó FG menor de 30 ml/min. La indicación fue 30% por ETEV (7% asociado a FA y 4% trombosis en sitio inhabitual), 56% FA aislada, 11% otras y 3% no sabía. Se utilizó apixaban en 65%, 32% rivaroxaban y 1% dabigatran, el resto no sabía cual. Se constató 1 nuevo evento tromboembólico bajo tratamiento, y 18% de sangrados. Del total de pacientes que presentaron sangrado: 46% fue sangrado mayor, requiriendo asistencia el 8% y reposición de glóbulos rojos el 7%. Se destacan: sangrados digestivos en 5 pacientes (7%) y genitourinarios en 6 (8%) e intracraneano 1 (1%) el cual falleció por el sangrado. El 26% presentó dificultad en el acceso a tratamiento. Se demostró dificultad en la adherencia en 30 pacientes (42%).

Conclusiones

Se destaca un bajo número de pacientes en tratamiento con ACOD en un hospital de tercer nivel y la dificultad en el acceso una vez indicados.

Son efectivos en la prevención de eventos tromboembólicos, con considerable número de sangrados, necesidad de asistencia y probabilidad de muerte.

Es necesario mantener vigilancia de la utilización para minimizar riesgos y optimizar la adherencia.

TUBERCULOSIS ESOFÁGICA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

Autores: Hernández S, Castro JP, Tapia S, Cosme V, Torales M, Cappuccio P, Fornelli R.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Hospital Pasteur, ASSE, Montevideo, Uruguay

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad de distribución mundial producida por *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis es una de las 10 primeras causas de muerte a nivel global en adultos, y la principal causa como único agente infeccioso.^{1,2} Se estima que al menos una cuarta parte de la población mundial ha tenido contacto con este bacilo durante su vida.^{1,2} La manifestación pulmonar es la más frecuente, mientras que la afectación extrapulmonar esofágica es una forma de presentación inhabitual, produciéndose con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos.^{3,4,5,6} A continuación, se presenta un caso clínico ocurrido en el Hospital Pasteur de Montevideo, Uruguay, marzo de 2021.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 40 años, personal de salud, antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, doble trasplante renal último en 2019. Tratamiento inmunosupresor con micofenolato mofetilo, prednisona y tacrolimus.

Comienza 2 meses previos a internación con epigastralgia, pirosis y disfagia para sólidos que progresa para líquidos, se acompaña de dolor retroesternal al deglutir, sensación febril y adelgazamiento de 2 kg aproximadamente. Sin síntomas respiratorios. Examen físico con buen estado general, sin elementos de desnutrición proteico-calórica, pleuro-pulmonar, abdomen y linfoganglionar sin alteraciones.

Se realiza TC de tórax y abdomen evidenciando granuloma calcificado en lóbulo superior derecho y tractos densos basales izquierdos de aspecto secuelar, así como engrosamiento circunferencial leve de las paredes del esófago.

El estudio por fibrogastroscoopia visualizó esófago con mucosa irregular, úlceras lineales, erosiones además de pequeños granulomas con mayor afectación en tercio inferior, se toman biopsias para estudio anatomopatológico y microbiológico. Se aspira líquido gástrico residual en estómago que también se envía para análisis. Si bien la fluorescencia de líquido gástrico fue negativa, el Xpert MTB-RIF para *M. tuberculosis* resultó positivo, al igual que el cultivo específico. Así mismo se confirmó en histopatología presencia de bacilos alcohol-ácido resistentes, con cultivo de material de biopsia positivo para *M. tuberculosis*.

Se inició tratamiento antituberculoso en dosis fija combinada con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, ajustado según peso, con buena tolerancia y mejoría clínica progresiva.

Discusión

El compromiso único de esófago sin clara afección pulmonar, se presenta de 0,2% al 15% de los casos de tuberculosis gastrointestinal, con mayor frecuencia en pacientes con inmunocompromiso severo.^{3,5,6}

En cuanto a la presentación clínica, presentó síntomas característicos con que describe la literatura, siendo la disfagia el síntoma cardinal asociado a elementos de síndrome constitucional. La anatomía patológica resultó orientadora para la etiología tuberculosa, a diferencia de otros trabajos donde esta no fue concluyente. Si bien están descritas las técnicas moleculares para el diagnóstico etiológico, no es habitual su uso en contenido gástrico en pacientes adultos, habiéndose realizado en este caso lo cual implicó un diagnóstico rápido y oportuno, reafirmado con el resultado del cultivo de las biopsias de mucosa esofágica. Respecto al tratamiento, este no difiere de la terapia antituberculosa estándar, siendo altamente efectivo.

Conclusiones

La tuberculosis esofágica continúa siendo una forma de presentación rara de la tuberculosis. En pacientes con inmunodepresión debe ser tenida en cuenta en presentaciones sugestivas.

Bibliografía

- 1- Organización Mundial de la Salud. 2021. Tuberculosis. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>>
- 2- World Health Organization. GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2020. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1312164/retrieve>>
- 3- Rozo Ortiz, E. J., Quemba Mesa, M., Bustos Acosta, J. D., Castellanos, I. Y., Muñoz Torres, J., & Vargas Rodríguez, L. J. (2021). Tuberculosis esofágica asociada con inmunosupresión por VIH: reporte de caso. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 36(1), 109-114. <https://doi.org/10.22516/25007440.477>
- 4- Dahale, A., Kumar, A., Srivastava, S., Varakanahalli, S., Sachdeva, S., & Puri, A. (2018). Esophageal tuberculosis: Uncommon of common. *JGH Open*, 2(2), 34-38. doi: 10.1002/
- 5- Kumar, S, Minz, M, Sinha, SK, et al. Esophageal tuberculosis with coexisting opportunistic infections in a renal allograft transplant recipient. *Transpl Infect Dis*. 2017; 19:e12640. <https://doi.org/10.1111/tid.12640jgh3.12043>
- 6- Lagos AC, Marques I, Reis J, Esteves P, Costeiro J, Afonso A, Costa B. Tuberculose primária do esófago. *GE J Port Gastreterol*. 2012;19(3):143-145. <https://doi.org/10.1016/j.jpg.2010.08.001>izar la adherencia.

SINDROME POSCOVID-19: CARACTERISTICAS CLINICAS EN 161 PACIENTES.

Autores: Cairoli E, Caraballo R, Collazo C, Pattarino C, Vaz E, Schelotto E, Petrini I, Milano E.

Institución: Unidad pos-COVID-19, CASMU. Unidad de seguimiento pos-COVID-19, Departamento de Medicina Interna, CRAMI. Unidad de enfermedades autoinmunes, Hospital Evangélico y CASMU. Laboratorio de inmunorregulación e inflamación, Institut Pasteur, Montevideo, Uruguay. Unidad de Nutrición Especial, CASMU. Departamento de Fisiatría, CASMU. Uruguay.

Introducción

El síndrome pos-COVID-19 (SPC-19) se encuentra en aproximadamente 20% de las personas que superaron la fase aguda de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) (1,2).

Objetivos

Describir las características clínicas de personas con SPC-19.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, en dos centros asistenciales, realizado entre el 15 de junio y el 15 de setiembre 2021.

Criterios de inclusión: a) pacientes con antecedentes de COVID-19 confirmada (por RT-PCR o test antigénico); b) que cumplieran con la definición de SPC-19 de las guías NICE (presencia de signos o síntomas ocurridos durante o luego de la COVID-19, presentes luego de 4 semanas del inicio de los síntomas COVID-19, no explicables por otra causa) (3). Se recabaron datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, síntomas y variables como IMC, saturación por oximetría de pulso, frecuencia cardíaca basal y pos-ejercicio (utilizando "sit-to-stand test" en 1 minuto) (o test de 40 pasos cuando existieron limitaciones motoras-articulares). Los resultados se expresaron en valor absoluto, porcentaje y medias con respectivos desvíos estándar. Se utilizó test no paramétricos, ANOVA y Chi cuadrado (o Fischer cuando correspondiera). Se consideró significativos valores de p menores de 0,05.

Resultados

Fueron incluidos 161 pacientes, 95 (59%) mujeres y 66 (41%) hombres, edad media de 53,1 ± 15 años, caucásicos 67%, mestizos 31,7% y afro-Latinoamericanos el 1,3%. Cursaron la COVID-19 de forma ambulatoria 70% y hospitalizados 30% de los pacientes. La media de evolución desde el inicio de la COVID-19 al momento de la consulta pos-COVID-19 fue de 12 ± 6 semanas. Los síntomas presentes fueron: fatiga 70,8%, ansiedad-insomnio 46,6%, disnea de esfuerzo 39,7%, percepción de alteración en la memoria 38,5%, artralgias-mialgias 35,4%, tos 27,9%, niebla mental 27,9%, intolerancia al ejercicio físico 25,4%, cefalea 18,6%, anosmia 17,4%, dolor torácico 14,2% y reflujo gastroesofágico 11,2%. La frecuencia cardíaca basal fue 85 ± 12 cpm y la saturación basal y post ejercicio fue 98 ± 1,2 y 96,5 ± 2,5 respectivamente.

Al momento de contraer la COVID-19, no se encontraban inmunizados contra SARS-CoV-2 89 (55,2%) pacientes, 43 (26,7%) habían recibido una dosis y 29 (18,1%) recibieron dos dosis. El total de síntomas de SPC-19 fue de 3,91 ± 2,37 síntomas a 12 semanas del diagnóstico, no existiendo diferencias significativas entre mujeres y hombres (4,06 ± 2,4 y 3,70 ± 2,33) ni entre aquellos con menos o más de 12 semanas de evolución (7 ± 2 y 16 ± 5 semanas y 3,70 ± 2,3 y 3,89 ± 2,3 síntomas, respectivamente).

El total de síntomas de SPC-19 fue significativamente menor en pacientes con dos dosis de vacuna (n 29) comparados contra los no inmunizados (n 89) contra SARS-CoV-2 (2,90 ± 1,78 vs 4,09 ± 2,45, p 0,022). No se encontró asociación entre la presencia de síntomas más frecuentes y el estado de inmunización.

Conclusiones

Los pacientes con SPC-19 persisten con una media de 4 síntomas a 12 semanas del diagnóstico de COVID-19, independientemente del género o de si fueron hospitalizados o ambulatorios, siendo significativamente menor el número de síntomas en aquellos inmunizados con dos dosis contra SARS-CoV-2.

Bibliografía

- 1- Síndrome pos-COVID-19: pautas de diagnóstico y tratamiento, Sociedad de Medicina Interna del Uruguay. Primera versión 8 de agosto de 2021. Cairoli E, Monteghirfo R, Yandián M, et al. Publicado en www.medicinainterna.org.uy Consultado el 26 de setiembre 2021.
- 2- Guía clínica para la atención al paciente long COVID/COVID persistente. Sociedad española de médicos generales y de familia (SEMG); LongCovidACTS (autonomous communities together Spain). Pag 1 – 115. Versión 1.0; 01/ 05 / 2021.
- 3- NICE National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Published: 18 december 2020. www.nice.org.uk/guidance/ng188, Consultado el 26 de setiembre de 2021.

ORBITOPATIA DE GRAVES CON PRESENTACION CLINICA UNILATERAL

Autores: Viera E, Reyes N, Ramos F

Institución: Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La enfermedad de Graves es un trastorno autoinmunitario que afecta a múltiples sistemas y que se caracteriza por la presencia de anticuerpos frente a receptores de la TSH. Una de sus características clínicas es la orbitopatía de Graves (OG). Con una edad media de presentación de 49 años y preponderancia femenina la OG es más grave en los hombres y en las personas mayores. Es una enfermedad ocular típicamente bilateral y bastante simétrica, aunque 10% de los pacientes con OG padecen la forma unilateral. Además de la enfermedad de Graves, también se han descrito casos en tiroiditis subagudas y cáncer de tiroides. En todas, la potencial gravedad es la misma, por lo que la terapéutica debe ser lo más precozmente dirigida. La mejor manera de valorar la actividad de la enfermedad es la puntuación de actividad clínica (PAC), que se basa en los signos clásicos de inflamación. La OG se considera activa con puntuaciones ≥ 3 . El tratamiento consiste en restaurar el estado eutorideo, cesación del tabaquismo y medidas locales con derivación al oftalmólogo. En casos moderados a severos se debe realizar terapia con corticoides intravenosos.

Caso clínico

Sexo masculino, 57 años de edad con antecedentes personales de tabaquismo. Consulta por proptosis izquierda progresiva de 2 meses de evolución y diplopía. Al examen exoftalmos del ojo izquierdo de 25 mm y tiroides palpable sin nódulos. Niega síntomas de hipertiroidismo. TSH y T4 en rango de normalidad. Anticuerpos antitiroglobulina 264 UI/mL. Con diagnóstico de oftalmopatía de Graves se realizó TC de órbitas: engrosamiento de los músculos recto inferior y recto medial de la órbita izquierda. RNM de órbita con exoftalmos/proptosis izquierda, engrosamiento muscular de recto superior y recto interno de la órbita izquierda, sin aumento significativo de grasa orbitaria. Se realizó tratamiento con metilprednisolona intravenosa 1 gramo/día por 5 días. A los 10 días del inicio del tratamiento se objetiva disminución de la proptosis, logrando oclusión palpebral y mejoría de la diplopía. Actualmente en descenso progresivo de terapia corticoidea, con estabilidad en los controles clínicos.

Discusión

El caso presentado muestra el desafío diagnóstico de la OG en pacientes eutiroideos o hipotiroideos dado que su presentación es mucho más frecuente en los pacientes con hipertiroidismo. Constituyó un PAC de 3 dado por enrojecimiento de la conjuntiva, incremento de la proptosis ≥ 2 mm en 1-3 meses y disminución $\geq 8^\circ$ en la movilidad de los músculos oculares en cualquier dirección en 1-3 meses. No presentó pérdida de visión debida a la afectación del nervio óptico (neuropatía óptica distiroidea) que se observa aproximadamente en el 5% de los pacientes.

Conclusiones

La OG con presentación unilateral es infrecuente y más aún en el contexto de eutiroidismo, por lo que la determinación de anticuerpos y el diagnóstico por imagen son pilares fundamentales para lograr su diagnóstico. En el diagnóstico diferencial de la presentación unilateral se deben incluir las masas intraorbitales, fistula carótido-cavernosa, pseudotumor intraorbitario, celulitis orbitaria y la trombosis de seno cavernoso. No encontramos en Uruguay casos reportados como el presentado.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA A STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA EN EL PERÍODO 2018-2019

Autores: Noboa L, Álvarez T, López M, Zubiaurre V, Sosa L, Medina J

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Clínica Médica B, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

Introducción

Staphylococcus aureus (SA) es uno de los principales causantes de bacteriemias tanto comunitarias como hospitalarias (1, 2). La bacteriemia es probablemente la manifestación más estudiada de la infección a SA(2). Los pacientes con bacteriemia a SA pueden desarrollar numerosas complicaciones y la mortalidad es alta (20-30%) (3,4).

Objetivos

Describir características clínicas y evolutivas de los pacientes que se asistieron en el Hospital de Clínicas con bacteriemias por SA(SAB)

Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo unicéntrico. Se identificaron a los pacientes con hemocultivos positivos a SA, del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en el periodo (1/01/2018-31/12/2019). Los criterios de exclusión fueron, fallecimiento o retiro del hospital en las primeras 72 horas, recurrencia, e imposibilidad de acceso a la historia clínica.

Los datos se recabaron en IBM SPSS. Las variables cualitativas se presentan como frecuencia y las cuantitativas como las medias. Se utilizó chi cuadrado o test de Fisher para la comparación de las primeras, y t de student para las segundas.

Resultados y discusión

Se identificaron un total de 73 pacientes con al menos un hemocultivo positivo a SA en el periodo de estudio, de estos, 12 cumplieron con al menos un criterio de exclusión.

De los 61 pacientes incluidos, se resumieron las características clínicas en la tabla 1, y se compararon las características según el lugar de adquisición. La media de edad fue de 56 años, el 60,7% eran hombres. El 62% de los pacientes tuvieron un score de charlson (score que relaciona comorbilidades con mortalidad) mayor a 3, uno de cada tres pacientes tenían enfermedad renal crónica.

El 57% de las bacteriemias fue de adquisición hospitalaria; el 83,6% de las infecciones fueron por SAMS predominando en todos los lugares de adquisición.

En cuanto al foco de infección, 24,6% fueron primarias y 75,4% fueron secundarias. Dentro de las secundarias el foco más frecuente fue la flebitis asociada a vía venosa periférica en un 43% de los casos, y en segundo lugar las relacionadas a catéter venoso central (CVC).

48 pacientes tuvieron una valoración completa de la bacteriemia, de estos el 41,6% (20/48) fueron clasificados como bacteriemia complicada.

La mortalidad global a los 30 días fue de 13.1% y el 14.8% de los pacientes requirió internación en cuidados intensivos.

Conclusiones

Es el primer reporte realizado en Uruguay que caracteriza clínicamente las bacteriemias por SA. Creemos que aporta información valiosa como puntapié inicial para poder empezar a evaluar, estandarizar y adaptar los protocolos de atención de esta patología con el fin de mejorar los resultados, así como trabajar en la prevención.

Bibliografía

- 1- Kwiecinski JM, Horswill AR. Staphylococcus aureus bloodstream infections: pathogenesis and regulatory mechanisms. *Curr Opin Microbiol.* 2020;53:51-60
- 2- Tong SY, Davis JS, Eichenberger E, Holland TL, Fowler, VG. Staphylococcus aureus infections: epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, and management. *Clin Microbiol Rev.* 2015;28(3):603-61
- 3- Kern WV. Management of Staphylococcus aureus bacteremia and endocarditis: progresses and challenges. *Curr Opin Infect Dis.* 2010;23(4):346-358
- 4- Nambiar K, Seifert H, Rieg S, et al. Survival following Staphylococcus aureus bloodstream infection: A prospective multinational cohort study assessing the impact of place of care. *J Infect.* 2018;77(6):516-525.

Características	Total (n= 61)	Comunitario (n=14) 23%	Asociado al sistema de salud (n=12) 19,7%	Hospitalario (n=35) 57,4%	
Edad	55,7	59,3	58,8	53,1	
Sexo	Femenino	39,3% (24)	28,6 % (4)	41,7% (5)	42,9% (15)
	Masculino	60,7% (37)	71,4% (10)	58,3% (7)	57,1% (20)
QPittsburg ≥ 2	21,3% (13)	21,4% (3)	8,3% (1)	25,7% (9)	
Enfermedad renal moderada-grave	29,5% (18)	21,4% (3)	50% (6)	25,7% (9)	
DM	19,7% (12)	50% (7)	41,7% (5)	17,1% (5)	
Neoplasia	18% (11)	7% (1)	16,7% (2)	22,9% (8)	
Metástasis sólidas	13,1% (8)	7% (1)	16,7% (2)	17,1% (5)	
Enfermedad tejido conect	9,8% (6)	7% (1)	8,3% (1)	2,9% (1)	
Terapia de sustitución renal	10,4% (7)	0%	33,3% (4)	8,6% (3)	
Trasplante de órgano sólido	4,9% (3)	7% (1)	8,3% (1)	2,9% (1)	
Score de Charlson ≥ 3	62,3% (38)	64,3% (9)	66,7% (8)	34,3% (12)	
Ingreso hospitalario 3 meses previos	37,7% (23)	7% (1)	66,7% (8)	40% (14)	
Uso de antibióticos 3 meses previos	31,1% (19)	21,4% (3)	50% (6)	28,5% (10)	
Foco de infección					
Primaria	24,6% (15)	35,7% (5)	16,7% (2)	22,9% (8)	
Secundaria	75,4%(46)	64,3% (9)	83,3% (10)	77,1% (27)	
Secundaria a foco:					
Flebitis (asociado a VVP)	43,5% (20/46)	0%	20% (2/10)	63% (17/27)	
Relacionada a cateter	23,9% (11/46)	0%	30% (3/10)	29,6% (8/27)	
IPPB	13% (6/46)	44,4% (4/9)	10% (1/10)	3,7% (1)	
EI	10,9% (5/46)	11,1% (1/9)	30% (3)	3,7% (1)	
Infección OA	8,7% (4/46)	44,4% (4/9)	0%	0%	
Susceptibilidad					
SAMS	83,6% (51)	78,6% (11)	66,7% (8)	91,4%(32)	
SAMR	16,4% (10)	21,4% (3)	33,3% (4)	8,6%(3)	

Clasificación				
Complicada	32,8% (20)	42,8% (6)	66,6% (8)	22,9 % (8)
No Complicada	45,9% (28)	57,2% (8)	25 % (3)	48,6% (17)
Valoración incompleta	21,3% (13)	0	8,3% (1)	34,3% (12)
Internación en CTI	14,8% (9)	7,1%(1)	25% (3)	14,7% (5)
Mortalidad a los 30 días	14,7% (9)	7,1% (1)	16,7% (2)	17,1%(6)

Tabla 1. Características de la población.

Qpittsburgh: Score de Bacteriemia Quick Pitt, DM: Diabetes mellitus, VVP: vía venosa periférica, IPPB: infección de piel y partes blandas, EI: endocarditis infecciosa, OA: osteoarticular, SAMS: Staphylococo Aureus meticulo sensible, SAMR: Staphylococo Aureus meticulo resistente

COVID Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS ¿CUÁL ES LA RELACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS?

Autores: O'Neil M, Spiess C, Cruz M, Turnes B, Martínez J, Gaudio J, Graña D, Danza A

Institución: Clínica Médica 2. UdelaR. Hospital Pasteur, Montevideo. Uruguay.

Introducción

Los pacientes portadores de Enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) constituyen un grupo heterogéneo, habitualmente bajo tratamiento inmunosupresor (IS) con una mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones. Componen por tanto una población vulnerable para el desarrollo de infección por SARS CoV-2. La pandemia dificultó el seguimiento y control de estos pacientes en el último año, pudiendo ser esto un factor adicional para el desarrollo de brotes de la enfermedad de base.

Objetivos

Conocer la incidencia de infección por SARS CoV-2 en la población de pacientes asistidos en una unidad de EAS, severidad y relación con el tratamiento inmunosupresor. Evidenciar el número de brotes de la enfermedad y su relación con los controles clínicos ambulatorios. Conocer el nivel de vacunación de dicha población.

Metodología

Estudio transversal de una muestra de 59 pacientes asistidos en una Unidad de EAS desde abril 2020 hasta julio 2021. Se estudiaron las variables: edad, infección por COVID, vacunación, frecuencia de controles clínicos, brote de la enfermedad en el último año, tratamiento IS. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana y media. Para buscar asociación entre variables cuantitativas se utilizó test de Chi-cuadrado, con nivel de significación del 5% y el test de U. Mann Whitney para comparar medianas. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia relativa porcentual. El estudio contó con el consentimiento de pacientes y la institución.

Resultados

Se analizaron 59 pacientes. 48 de sexo femenino. La mediana de edad fue de 53 años. 16/59 recibieron corticoides en el último mes, 29 reciben HCQ, 8 Micofenolato Mofetilo, 6 Azatioprina, 5 Metotrexate y 2 biológicos. 19 pacientes (32%) tuvieron brote de la enfermedad en el último año. 12 pacientes tuvieron infección por SARS CoV-2, uno ingresó a cuidados moderados. La mediana de edad de los pacientes infectados fue de 35 años siendo la mitad lupus. 50/59 pacientes recibieron vacunación completa para SARS CoV-2, observándose mayor número de brotes entre los no vacunados. 46 pacientes manifiestan haber tenido algún control (telefónico-presencial) en el último año. El 82% de los vacunados refiere haber tenido algún control en el último año vs el 55% de los pacientes no vacunados.

Discusión y conclusiones

Es imprescindible la vacunación para detener la expansión de la pandemia siendo la población inmunodeprimida de las más beneficiadas. La mediana etaria de los pacientes que tuvieron COVID es menor, esto puede sugerir que toman menos recaudos o presentan una mayor necesidad de mantenerse activos. No existieron diferencias en el número de brotes entre los que tuvieron COVID y los que no, lo que permitiría inferir que la infección por este virus no constituye un desencadenante directo de brote de EAS. Los infectados que requirieron ingreso sanatorial no fueron graves, infiriendo que las EAS tampoco actuarían como un factor favorecedor para la gravedad de la infección por COVID. No hubo diferencias entre los pacientes bajo tratamiento inmunosupresor y el riesgo de desarrollar infección por COVID. Hubo gran adhesión a la vacunación. Los no vacunados presentaron más brotes que los vacunados, la inmunización no

actuó como desencadenante de los brotes. Existe una clara tendencia de mayor cantidad de controles por parte de los vacunados, no obstante, carece de significancia estadística.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUINTO AÑO, URUGUAY 2019

Autores: De Mattos N, De Oliveira V, Pinaluba F, Rebollo Y, Rodríguez C, Sequeira N, Silvera L, Sosa L.

Institución: Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

Introducción

Es bien conocida la relevancia del rol del internista en la formación de los estudiantes de pregrado de la carrera Dr. en Medicina. Los estilos de aprendizaje de los estudiantes son relevantes para los currículums de formación médica. El propósito de la investigación fue determinar los estilos de aprendizaje de los estudiantes de quinto año de Facultad de Medicina, Uruguay, 2019. A su vez se buscó su asociación con variables de interés (grupo etario, género, generación de ingreso a facultad, procedencia, hijos, trabajo, hospital en que cursa). El estudio se realizó en el marco del Curso del Ciclo de Metodología Científica II 2019.

Materiales y métodos

Se utilizó el Cuestionario Honey Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA). La transcripción de datos fue mediante un escáner automático. El programa IBM SPSS Statistics Versión 23 se utilizó en el análisis. Para conocer el estilo predominante se usó el baremo de interpretación realizado por Honey, tomando como referencia el estilo cuyo resultado fue “alto o muy alto”. Se confeccionaron perfiles de estilos que catalogaron estudiantes con resultados “muy bajo, bajo, o moderado” y los que obtuvieron puntajes iguales en dos o más estilos, además de los que obtuvieron predominancia en algún estilo (alto y muy alto).

Resultados

El estilo predominante fue teórico (47.4%), seguido del activo (27.0%). El perfil de estilo de aprendizaje que prevaleció fue “Sin Predominancia” (36.8%), le siguió en frecuencia el “Mixto” (33.1%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estilo y la actividad laboral, no habiendo asociación con las demás variables relevadas. En el Hospital de Clínicas y Hospital Maciel prevaleció el perfil “Sin predominancia”, mientras que en el Hospital Pasteur el perfil “Mixto”.

Discusión

Gracias a la metacognición, se pueden conocer cómo funcionan los procesos mentales de cada individuo y mediante la aproximación a los estilos de aprendizaje, adecuar las estrategias de enseñanza. Ante estos resultados, este trabajo podría ser utilizado como puntapié inicial para futuros estudios y así poder generar cambios en las estrategias de aprendizaje dirigidas a la población de estudiantes clínicos de Facultad de Medicina, Uruguay.

Conclusiones

Conocer los estilos de aprendizaje, tiene relevancia como insumo para mejorar las estrategias de enseñanza y colaborar en el desarrollo del aprendizaje en la Facultad de Medicina.

NOCARDIOSIS DISEMINADA: ABSCESO CEREBRAL DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Autores: Tilve C, Griot S

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El absceso cerebral es un problema clínico importante con elevada tasa de mortalidad. En inmunocompetentes la etiología bacteriana inespecífica es la más frecuente, mientras que en inmunocomprometidos el espectro etiológico incluye *Mycobacterium*, *Listeria*, *Nocardia* spp, parásitos y hongos.^{1,2}

El absceso cerebral por *Nocardia* spp es una causa infrecuente que requiere alta sospecha clínica y diagnóstico microbiológico exhaustivo.^{3,4,5}

Se presenta caso clínico de absceso cerebral por *Nocardia paucivorans* en paciente inmunocompetente.

Caso clínico

Hombre, 50 años, albañil que 1 mes previo realizó remodelación de 2 casas antiguas descuidadas. Tabaquista intenso, hipertenso.

Ingresa por cuadro de un mes de cefalea progresiva y lumbalgia sin fiebre, agregando confusión, constatándose hemianopsia homónima derecha.

Paraclínica: Glóbulos Blancos 22.600 cel/ μ L, Linfopenia 680 cel/ μ L, PCR 47 mg/dL. Serología VIH negativa, Serología Toxoplasmosis negativa. Hemocultivos reiterados negativos. Resonancia Nuclear Magnética: Lesión intraaxial córtico-subcortical occipital izquierda polilobulada, bien delimitada hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, marcada restricción en difusión. Mide 35mm x 26mm x 44mm con edema perilesional y efecto de masa. Figura 1

Se realiza Craneotomía occipital, se abre cápsula, se extrae material purulento, comunicación con 3 cavidades pequeñas. Inicia vancomicina, ceftazidime y metronidazol.

Peoría clínica, febril, insuficiencia respiratoria que requiere Ventilación Mecánica no Invasiva. Tomografía Computada pulmonar múltiples micronódulos de distribución bilateral y difusa, áreas en vidrio deslustrado bilaterales. Consolidación triangular de base periférica. Lavado Bronquioloalveolar sin aislamiento microbiológico. Figura 2

Valorado por Enfermedades Infecciosas se plantea tuberculosis o nocardiosis. Se rota plan a Trimetoprim-sulfametoxazol a altas dosis más Imipenem y Amikacina más tratamiento antituberculoso. Se comunica a Servicio de Microbiología el planteo.

Resultado microbiológico del absceso cerebral: Directo y cultivo primario sin desarrollo. Ziehl Neelsen de caldo de enriquecimiento formas cocoides ácido alcohol –resistentes. Se reincuba y por MALDITOF identificación de *Nocardia paucivorans*.

Se suspende antituberculoso. Se mantiene Trimetoprim-sulfametoxazol más Amikacina i/v por 6 semanas con excelente respuesta clínica-imagenológica.

Dado lumbalgia orgánica se realiza RNM de columna: aplastamiento de cuerpo vertebral L2 isointensa en T1 e hiperintensa en T2 y STIR en relación a edema. Punción guiada por imagen: Cultivos negativos. AP: infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, compatible con espondilodiscitis evolucionada.

Se plantea nocardiosis diseminada con compromiso pulmonar, encefálico y óseo. Alta hospitalaria con tratamiento con SXT por 12 meses.

Discusión

Se reporta caso de absceso cerebral en inmunocompetente por Nocardiosis diseminada.

La clave diagnóstica fue la exposición a suelo y material orgánico y la concomitancia con afectación pulmonar.

El diagnóstico microbiológico se obtuvo por la fluida comunicación entre los clínicos y el laboratorio, requirió mayor tiempo de incubación y uso de MALDI-TOF, que no está ampliamente disponible.

El tratamiento fue exitoso con drenaje quirúrgico subtotal y biterapia antibiótica por 6 semanas de trimetoprim-sulfametoxazol y Amikacina. Completó 12 meses con trimetoprim-sulfametoxazol.

Conclusiones

La Nocardiosis como etiología de absceso cerebral en inmunocompetente es excepcional. En más de la mitad de los casos se presenta en asociación con afectación pulmonar. El diagnóstico es un desafío y requiere técnicas especiales de laboratorio, por lo que es fundamental la comunicación sobre los planteos etiológicos.

Bibliografía

- 1- Gea-Banacloche JC, Tunkel AR. Absceso cerebral. En: Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades Infecciosas Principios y prácticas. 9ª Edición. Elsevier España; 2021;(90):1248-61
- 2- Brouwer MC, Tunkel AR, McKhann GM 2nd, van de Beek D. Brain abscess. N Engl J Med. 2014;371(5):447-56
- 3- Chen SC-A, Watts MR, Maddocks S, Sorrell TC. Especies de Nocardia. En: Bennet, Mandell y Douglas Enfermedades Infecciosas Principios y prácticas. 9ª Edición. Elsevier España;(253): 3059-70.
- 4- Steinbrink J, Leavens J, Kauffman CA, Miceli MH. Manifestations and outcomes of nocardia infections: Comparison of immunocompromised and nonimmunocompromised adult patients. Medicine (Baltimore). 2018;97(40):e12436.
- 5- Hémar V, Danjean M-P, Imbert Y, Rispal P. Retrospective analysis of nocardiosis in a general hospital from 1998 to 2017. Med Mal Infect. 2018;48(8):516-25.

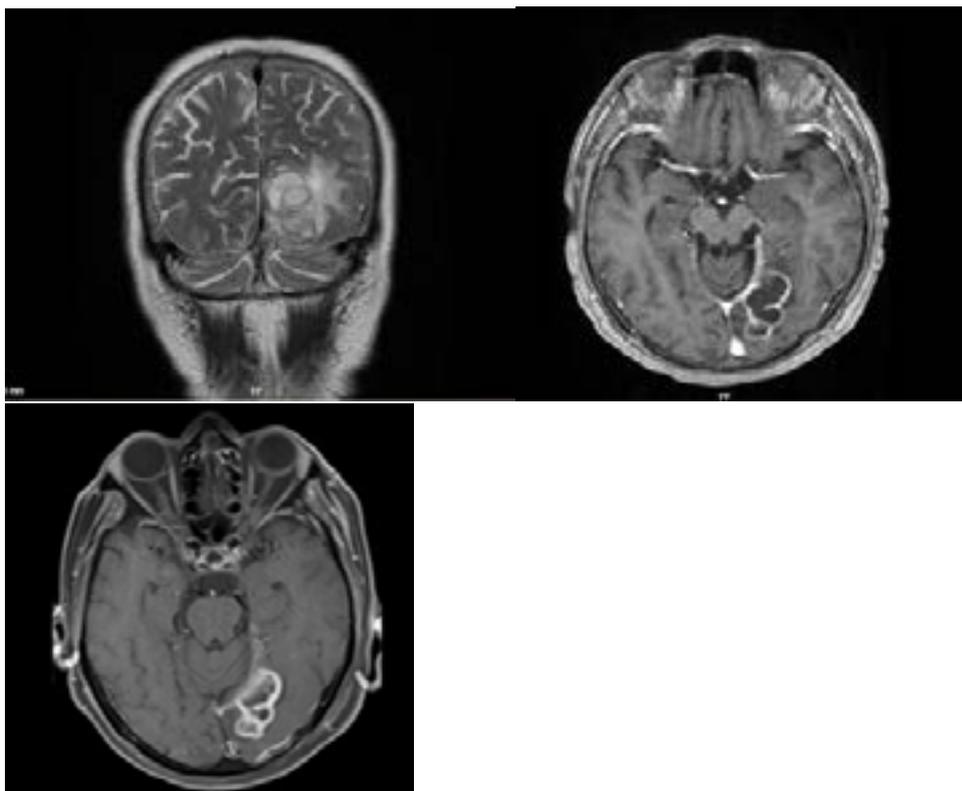


Figura 1. RNM encefálica

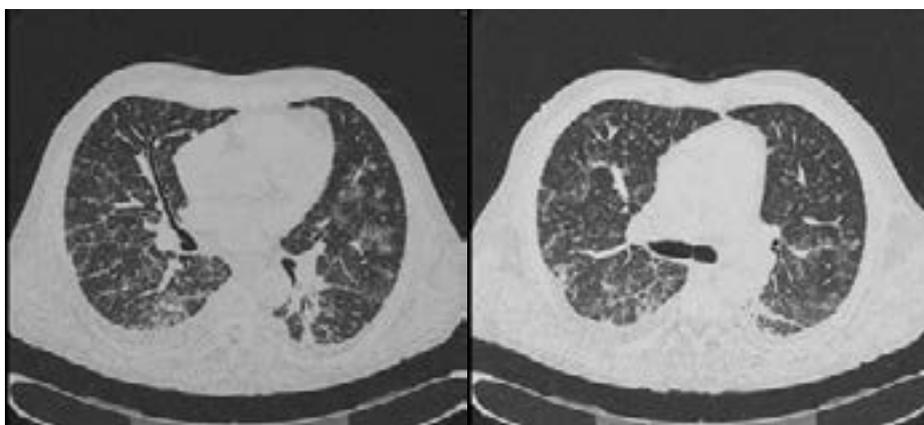


Figura 2. TAC tórax

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SEGUNDO AÑO, URUGUAY 2020

Autores: Ameijenda J, Balsa G, Craigdallie P, Mendes R, Rodriguez M, Santurion S, Silvera L, Coimbra A, Sosa L.

Institución: Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Introducción

El trabajo consiste en un estudio descriptivo que permitió determinar y analizar los estilos de aprendizaje en los estudiantes encuestados de segundo año de la carrera doctor en Medicina, Uruguay 2020.

Metodología

Se utilizó el cuestionario Honey – Alonso (CHAEA). La recolección de datos se realizó de forma virtual mediante Google Forms, utilizándose el software “R” en el análisis de los datos obtenidos.

Resultados

El estilo predominante fue el teórico. En cuanto a los niveles de preferencia se observó un nivel “alto” y “muy alto” para el estilo teórico de 66%, pragmático 38,3%, reflexivo 29,5%, y activo 22,2%. El perfil de estilo predominante fue el “mixto” (52,4%) seguido de “con predominancia” (31,5%) y “sin predominancia” (16,1%). En el estilo teórico no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa en vinculación a las variables sociodemográficas descritas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estilo pragmático y la variable “condiciones de estudio auto percibidas”, en el estilo reflexivo la única variable significativa fue “horas de estudio”, en tanto para el estilo activo se encontró relación estadísticamente significativa con las variables “horas de estudio” y “menores a cargo”.

Discusión

La investigación caracteriza la población encuestada (perteneciente al segundo año de la carrera doctor en medicina) y sus estilos de aprendizaje, pretendiendo ser una herramienta que permita contribuir con futuras investigaciones que se realicen a nivel nacional, más específicamente en la Facultad de Medicina de la UdelaR. Esto permitirá aumentar el caudal de información en esta área de conocimiento y así contribuir a mejorar la calidad de enseñanza, fomentando y perfeccionando el modelo de aprendizaje centrado en el estudiante, reforzando los estilos de aprendizaje de este de manera individualizada, así como potenciando los estilos no predominantes a partir de su identificación, logrando utilizarlos eficazmente si la situación amerita.

Conclusiones

El presente trabajo aporta datos sobre los estilos de aprendizaje de estudiantes del ciclo preclínico de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Es importante continuar esta línea de estudios en vistas a conocer los procesos de enseñanza aprendizaje y mejorar la calidad de la formación médica.

ANEMIA HEMOLÍTICA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Autores: Del Puerto L, de Betolaza S

Institución: Clínica Médica "2", UdelaR, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Introducción

Las anemias hemolíticas se caracterizan por la disminución de la vida media del eritrocito. La anemia hemolítica autoinmune se debe a la existencia de autoanticuerpos contra antígenos de superficie del eritrocito. Dependiendo de la temperatura de afinidad por su antígeno se pueden clasificar en calientes y frías, orientando a la posible enfermedad de base.

Los trastornos linfoproliferativos son una causa frecuente de anemia hemolítica autoinmune. Entre ellos, la Macroglobulinemia de Waldenström es una enfermedad poco común de etiología desconocida, caracterizada por infiltración de la médula ósea por una clona de células linfoplasmocitarias y una gammapatía monoclonal IgM en sangre periférica. Sus principales manifestaciones clínicas son las vinculadas con anemia, vísceromegalias e hiperviscosidad.

Caso clínico

Mujer de 67 años que consultó por disnea de esfuerzo progresiva de dos meses de evolución, fatigabilidad y astenia. Al examen físico se constató palidez cutáneomucosa, ictericia universal y taquicardia regular, sin adenopatías superficiales ni vísceromegalias. El hemograma mostró una anemia severa macrocítica hiperocrómica con Hemoglobina 4.5 g/dl, VCM 117 fl, HCM 42.5 g/dl, con una leucopenia de 1960/mm³, plaquetas normales y reticulocitosis elevada. El funcional y enzimograma hepático evidenció una hiperbilirrubinemia de 5.18 mg/dl a expensas de la indirecta (4.42 mg/dl). La LDH estaba elevada (1427 U/L). Ante estos hallazgos se planteó el diagnóstico de anemia hemolítica. Se realizó de un test de Coombs, determinando la presencia de anticuerpos tanto fríos como calientes.

La paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos donde se inició tratamiento en base a bolos de Metilprednisolona. Dada la severidad de la anemia, se transfundieron dos volúmenes de glóbulos rojos precedidos de inmunoglobulina intravenosa, con buena respuesta.

Posteriormente, se procedió a la búsqueda etiológica teniendo en cuenta principalmente causas infecciosas y neoplásicas. Las serologías para VIH, VHB, VHC, sífilis y Mycoplasma fueron negativas. Se realizó mamografía y tomografía de tórax, abdomen y pelvis que no evidenciaron enfermedad neoplásica. El proteinograma electroforético presentó un pico monoclonal que por inmunofijación correspondía a Inmunoglobulina M. La biopsia de médula ósea evidenció un infiltrado linfoplasmocitario del 40% y el inmunofenotipo fue compatible con Macroglobulinemia de Waldenström al evidenciar linfocitos CD19+, CD20+, kappa+ y plasmocitos CD38+++.

Se inició tratamiento quimioterápico (Ciclofosfamida, Prednisona y Rituximab) con buena respuesta.

Discusión

La anemia hemolítica es una presentación infrecuente de la Macroglobulinemia de Waldenström, por lo que el caso ilustrado significó un reto para el equipo médico, requiriendo un abordaje multidisciplinario y un proceso diagnóstico escalonado.

La ausencia de adenopatías superficiales y vísceromegalias, así como de alteraciones tomográficas, alejó inicialmente el planteo de síndrome linfoproliferativo como etiología de la anemia hemolítica. Además, la paciente no presentaba elementos clínicos de hiperviscosidad.

Fue el proteinograma electroforético el que brindó la clave en la búsqueda etiológica. Como en series internacionales, la biopsia de médula ósea y el inmunofenotipo sellaron el diagnóstico.

Conclusiones

Los trastornos linfoproliferativos son causa no excepcional de anemia hemolítica. La presencia de crioaglutininas obedece en un porcentaje de casos a Macroglobulinemia de Waldstrom. Dada las dificultades diagnósticas e implicancias terapéuticas la sospecha diagnóstica es fundamental. ión médica.

PELIOSIS ESPLÉNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Quiroz L, Bruno G, Fernández Rey L

Institución: Clínica Médica 3, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción

La peliosis es una entidad extremadamente infrecuente que consiste en lesiones vasculares proliferativas del sistema mononuclear fagocítico. En general se diagnostican de forma incidental ya que suelen ser asintomáticas. Presentamos una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) bajo tratamiento crónico con corticoides que cursó un síndrome febril prolongado, confirmando el diagnóstico de peliosis esplénica.

Caso clínico

Paciente femenina, 45 años. Hipertensa, diabética, obesa. LES severo de 10 años de evolución, con compromiso cutáneo, articular, miocárdico, renal, hematológico y seroso al debut, tratamiento actual con hidroxiquina y prednisona altas dosis. Ingresó por síndrome febril prolongado sin foco clínico evidente. De la valoración inicial se destaca paraclínica: sin leucocitosis, PCR y VES bajos, sin actividad lúpica a nivel humoral, tomografía (TC) abdomen: múltiples imágenes esplénicas hipodensas. Figura 1. Resonancia magnética: lesiones compatibles con abscesos esplénicos. Hemocultivos persistentemente negativos. Se inicia tratamiento empírico con ampicilina sulbactam y moxifloxacina por 1 mes, manteniendo episodios febriles intermitentes. TC a los 2 meses sin cambios. A los 6 meses reingresa por persistencia de fiebre, nuevamente con paraclínica con reactantes de fase aguda bajos, sin actividad lúpica, nuevos cultivos sin desarrollo, PPD e IGRA indeterminados. TC: lesiones esplénicas sin cambios. Se decide esplenectomía con fines diagnósticos y terapéuticos. El estudio anatomopatológico y bacteriológico de la pieza descarta procesos infecciosos, linfomatía tumoral y otras neoplasias, siendo compatible con peliosis esplénica (CD31+, CD34-, CD8+). Buena evolución posterior sin fiebre a dos años de seguimiento.

Discusión

Traemos el caso de una paciente con una enfermedad autoinmune sistémica en tratamiento con corticoides que se presenta con un síndrome febril prolongado y lesiones esplénicas compatibles imagenológicamente con abscesos, sin marcadores inflamatorios elevados, con cultivos persistentemente negativos y fracaso al tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. Tras las dificultades diagnóstico-terapéuticas se decide realizar esplenectomía, confirmando mediante el estudio histológico e inmunohistoquímico: peliosis esplénica.

La peliosis es una lesión vascular benigna, infrecuente, caracterizada por la presencia de quistes sinusoidales llenos de sangre que afecta órganos del sistema mononuclear fagocítico (hígado y bazo). Suele diagnosticarse de forma incidental dado que en general es asintomática pudiendo presentarse con fiebre persistente como en el caso presentado, dolor abdominal o rotura esplénica espontánea en formas graves. Se asocia con neoplasias (en especial hemato-oncológicas y angiosarcomas), infecciones (VIH, Bartonella), enfermedades autoinmunes (LES, AR) y el uso de fármacos, principalmente corticoides de forma crónica. Su aspecto imagenológico inespecífico tanto en TC como en RNM y su poca frecuencia suelen confundirla con otras lesiones como angiomas o abscesos. El diagnóstico es anatomopatológico contando con marcadores e inmunohistoquímicos característicos. El tratamiento es la esplenectomía y es habitual que se llegue al mismo con el objetivo de descartar diferenciales como en nuestro caso.

Conclusiones

La peliosis es una lesión vascular proliferativa sumamente infrecuente que puede ocasionar un síndrome febril prolongado en pacientes con patologías predisponentes. En pacientes con lesiones esplénicas sintomáticas y dudas etiológicas, el abordaje de un equipo multidisciplinario

integrado por internistas, imagenólogos, cirujanos, infectólogos y patólogos, es fundamental, siendo la esplenectomía una estrategia a plantear con fines diagnósticos y terapéuticos.



Figura 1. TAC en la que se evidencias dos lesiones esplénicas hiopodensas

INFECCIÓN FÚNGICA DE BRECHA EN HEMATOONCOLOGÍA

Autores: Saavedra CR, Araujo L, Griot S, Albornoz H

Institución: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo-Uruguay

Introducción

La profilaxis antifúngica redujo la incidencia infección fúngica invasiva (IFI) en pacientes hemato-oncológicos y trasplantados de células hematopoyéticas. Sin embargo, emergieron las infecciones fúngicas de brecha de brecha (IFI-b) como problemática importante de morbi-mortalidad. Se define IFI-b como la IFI producida durante la exposición a un antimicótico, incluyendo los hongos fuera del espectro de actividad del antifúngico. El diagnóstico y el tratamiento son complejos por menor sensibilidad de pruebas diagnósticas, cambio a hongos filamentosos diferentes de *Aspergillus* spp y reducción de sensibilidad a los azólicos. Su valoración considera tres componentes: huésped (peso, enfermedad oncológica, perfil de metabolismo de fármacos), microorganismo (cambio epidemiológico con la profilaxis y otras exposiciones) y terapéutica (microorganismos cubiertos con la profilaxis, adherencia/tolerancia, interacciones), sumado a la combinación de múltiples pruebas diagnósticas. Se analizan dos pacientes con IFI-b asistidos en conjunto con el servicio de hematología del Hospital de Clínicas.

Casos clínicos

Caso 1: Mujer, 53 años. LAM en reinducción por recaída. Profilaxis con voriconazol, aciclovir y ciprofloxacina. Episodio de neutropenia febril, sin foco clínico, galactomanano (GMN) en suero 0,05 y tomografía de tórax con opacidades pulmonares en vidrio deslustrado, subpleurales, bilaterales. Planteo de IFI-b posible bajo voriconazol, se inició anfotericina B liposomal (AmB-L). Luego de mejoría inicial agrega dolor pleurítico, disnea y desaturación, otra tomografía muestra consolidaciones pulmonares periféricas bilaterales con vidrio deslustrado, múltiples nódulos y micronódulos. Lavado bronquio alveolar (LBA): GMN 1,5 y desarrollo de *Aspergillus flavus*. Mejoría con biterapia inicial con anfotericina y voriconazol (dosis carga 400 mg cada 12 horas y luego 200 mg cada 8 horas) con voricocinemia inicial de 1,3 µgr/ml. Se aumentó dosis a 400 mg cada 12 horas, voricocinemia 1,9 µgr/ml. Buena evolución clínica e imagenológica.

Caso 2: Mujer, 57 años. LAL de alto riesgo, ingreso para reinducción por recaída. Profilaxis con voriconazol, aciclovir y ciprofloxacina. Neutropenia febril, con bacteriemia por *Streptococcus mitis/oralis*, tratada con vancomicina y meropenem empírico y posterior a ampicilina. Segundo episodio febril cursando neutropenia prolongada (D17) y profunda (0 neutrófilos). Tomografía con ocupación de senos paranasales y áreas en vidrio deslustrado y consolidación parenquimatosa de 5 por 6 cm e imagen en halo en pulmón izquierdo. Del LBA: GMN 0,19 bajo profilaxis con voriconazol, sin aislamiento microbiológico. Con diagnóstico de IFI-b posible, inicia AmB-L con evolución favorable inicial. Evolución con cavitación de la imagen pulmonar con signo de la medialuna creciente, recaída de su enfermedad y peoría clínica e imagenológica y fallecimiento.

Discusión

El primer caso fue una IFI-b probada por *Aspergillus flavus* sensible a voriconazol, favorecido seguramente por niveles plasmáticos insuficientes durante la profilaxis. El segundo caso fue una IFI-b posible. El diagnóstico tardío y el no control de la enfermedad hematológica, asociados a no identificar el probable agente fúngico contribuyeron al fallecimiento.

Conclusiones

La IFI-b determina una alta morbi-mortalidad y es un desafío diagnóstico. Ante la sospecha se deben usar todas las herramientas diagnósticas disponibles y al indicar tratamiento tener en cuenta los tres componentes de análisis. En nuestro medio es importante la dosificación de fármacos en profilaxis, en particular con voriconazol.

HIPERTENSIÓN PULMONAR EN URUGUAY: EXPERIENCIA DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Autores: González V, Silvera L, Pereira G, Cichero M, Fernández G, Perna A, Gambogi R

Institución: Fondo Nacional de Recursos. Uruguay.

Introducción

La hipertensión pulmonar (HP) es secundaria a diferentes enfermedades. Se caracteriza por cambios en la circulación pulmonar, que provoca insuficiencia cardíaca derecha y muerte.

Objetivos

El objetivo general es describir las características de los pacientes con HP, a quienes se le solicitó y confirmó mediante un cateterismo cardíaco derecho (CCD), financiado por el FNR entre el 04 de febrero de 2011-04 de febrero 2021 en Uruguay.

Los objetivos específicos son describir las características demográficas de la población estudiada, Establecer las prevalencias por Grupo de HP, Establecer las etiologías más frecuentes de la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP), Describir características clínicas y paraclínicas.

Metodología

Estudio transversal, observacional descriptivo. El análisis estadístico se realizó con SPSS 21.0. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, que se le realizó CCD, autorizados según la normativa vigente del FNR, en los que se confirmó mediante estudio hemodinámico la HP. Criterios de exclusión: pacientes que presentaban: a) cardiopatías congénitas sin HP; otras causas sin HP; cuando se realizó por programas de pre trasplante pulmonar-cardíaco.

Resultados

El total de solicitudes fue 546. Selección de pacientes en figura 1.

De las variables demográficas, la media de edad de 54 años (20-84 años), la mayoría sexo femenino (66,6%). La mayoría sector privado, 81%, frente al 17% del sector público. El 53,1% corresponden a Montevideo, y el 46,9% al Interior. Figura 2.

El síntoma más frecuente es la disnea. El ETT es el estudio más solicitado. En ellos la medición de PSAP elevada y los elementos de disfunción ventricular derecha los más frecuentes.

Con respecto a la Clasificación de HP, la HTAP (Hipertensión arterial pulmonar) o Grupo 1 es la más frecuente con 51,9 %, la HP del Grupo 2 o secundaria a cardiopatía izquierda 28,9%, el Grupo 3 o secundaria a patología pulmonar crónica 8,9%, el Grupo 4 o secundaria a enfermedad tromboembólica crónica 7,5%, y el Grupo 5 o de etiología desconocida/multifactorial 2 %. Dentro del Grupo 1 o HTAP, la etiología más frecuente es la secundaria a cardiopatía congénitas (39,3%), la asociada a conectivopatías (29,1%), HTAP idiopática (28,4%). La mortalidad del procedimiento es 0,9%, con escasas complicaciones.

Discusión

La prevalencia de HP se sitúa entre 2 y 25 casos/millón y la incidencia en 2-5 casos/millón/año en los registros internacionales. La edad media de nuestro trabajo es igual a la de la población de EE.UU.. En la mayoría de los estudios, la HP del grupo 2 es la más frecuente. En Uruguay, el centro referente de HP del Hospital Maciel presentó como etiologías más frecuentes: la idiopática, asociada a cardiopatías congénitas y a enfermedades del tejido conectivo. Se destaca el mayor uso del sector privado, y la distribución por departamento centralizada en el área metropolitana.

Conclusiones

La HP es una patología frecuente en la práctica clínica, conocer su etiología es relevante. El análisis minucioso de la base de datos, el número total de pacientes incluidos y el carácter nacional del estudio son fortalezas del estudio. A partir de este trabajo se podrían desarrollar trabajos analíticos.

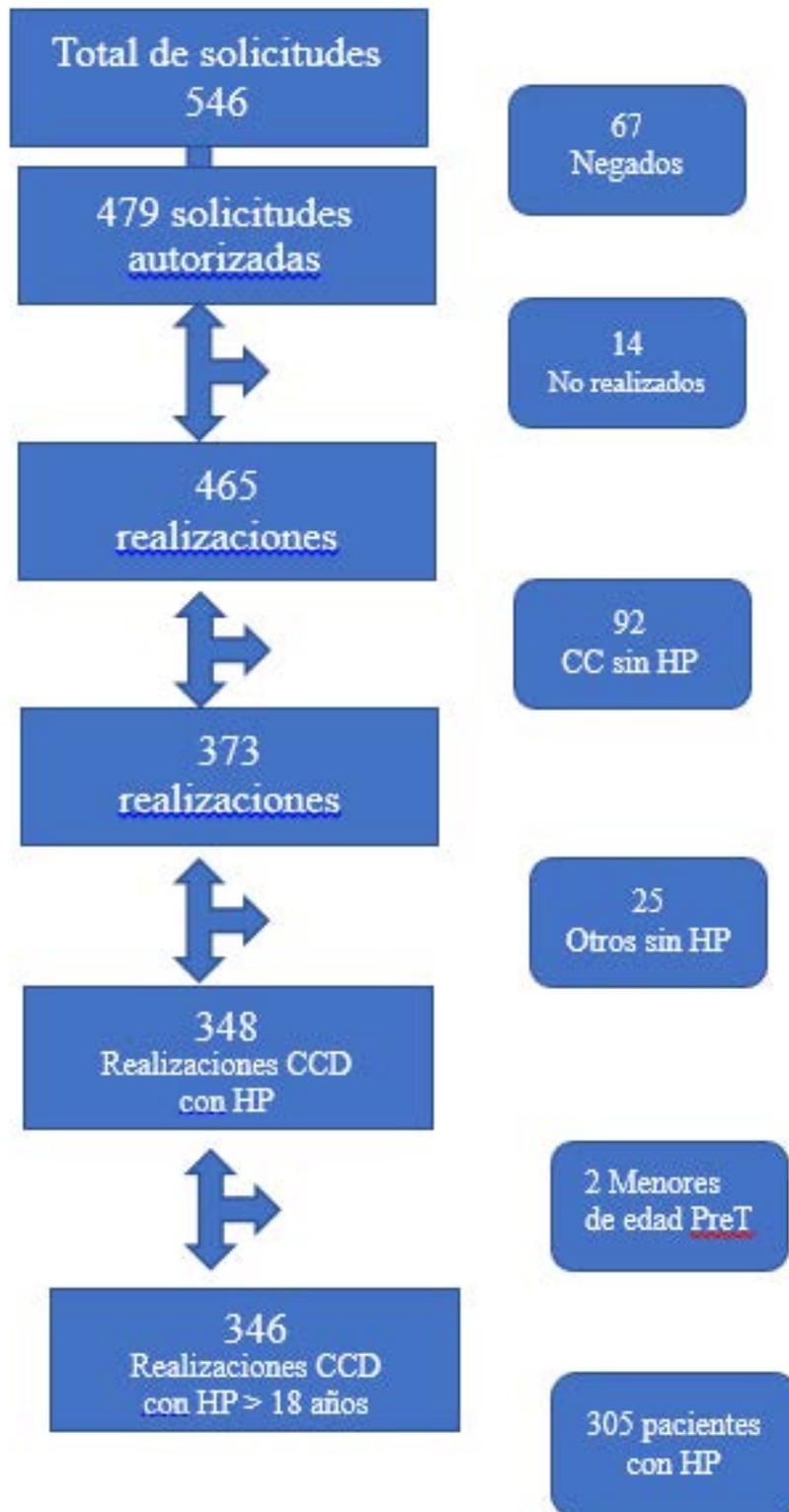


Figura 1- Diagrama de flujo. Pacientes seleccionados según criterios de inclusión/exclusión

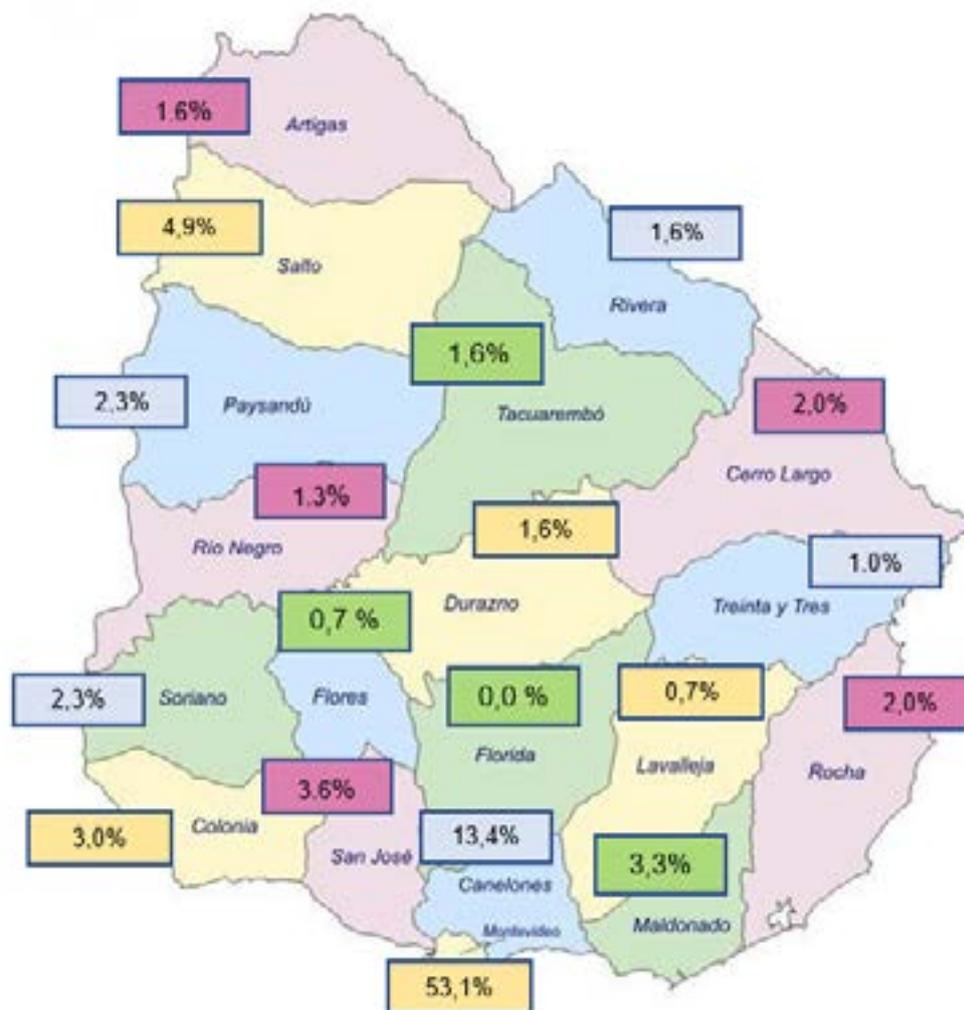


Figura 2. Distribución por departamentos de la población con HP

ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO. EXPERIENCIA DE LA PRIMERA POLICLÍNICA PARA SU ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

Autores: Elizondo M, Rey R, Elhordoy M, González C, Ware AL, Valverde M, Cabral P, Tassano M, Gerona S

Institución: Servicio de Enfermedades Hepáticas, Hospital Central de las FFAA, Montevideo, Uruguay. Departamento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Hospital Central de las FFAA, Montevideo, Uruguay. Departamento de Investigación y Docencia, Hospital Central de las FFAA, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La Enfermedad por Hígado Graso No Alcohólico (EHGNA) es la enfermedad hepática crónica más frecuente, afectando un 25% de la población. Se prevé un aumento en su incidencia, acompañando la epidemia del síndrome metabólico. Desde el año 2018 existe una policlínica específica, cuya finalidad es realizar su abordaje multidisciplinario, depende del Servicio de Enfermedades Hepáticas y Departamento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del HCFFAA.

Objetivo

Informar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes asistidos en este ámbito.

Metodología

Estudio prospectivo, descriptivo, entre julio 2018-2021. Los pacientes se enrolaron en la 1er. consulta. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de EHGNA.

Se recabó información en relación con: sexo, edad, datos antropométricos, y presencia de DM y/o dislipemia.

Se estudiaron los siguientes parámetros: glicemia, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT), albuminemia, y recuento plaquetario.

Se valoró la presencia de fibrosis hepática por métodos no invasivos: *NAFLD* fibrosis score y elastografía transicional (FibroScan®).

Para el análisis descriptivo de las variables se utilizaron porcentajes de frecuencia y medidas de tendencia central.

El análisis estadístico se realizó mediante el sistema operativo IBM SPSS Statistics®.

Contó con la aprobación del Comité Científico en Investigación en Seres Humanos del HCFFAA.

Resultados y discusión

Se enrolaron 249 pacientes, 136 (54.6%) fueron mujeres. La edad media fue de $58,0 \pm 11,6$ años.

El IMC al momento del diagnóstico fue de 31.7 ± 6.6 kg/m².

Discriminados por IMC: 6,8% tenían normopeso, 36,4% sobrepeso, y 66,8% obesidad. Del subgrupo obesidad, 59,2% eran grado 1, 18,4% grado 2, y 22,4% grado 3. 113 tenían DM (45,4%), 61,1% eran mujeres.

Al valorar el grado de fibrosis el *NAFLD* score informó riesgo de fibrosis avanzada en 44,5% (Gráfico 1). Fibroscan® se realizó en 66,3% de los pacientes (n 165), en 19,4% se descartó

fibrosis avanzada. Los grados de fibrosis por elastografía fueron: F0-F1: 12, F2: 9, F3: 17, y F4: 17 (Gráfico 2).

Conclusiones

La EHGNA es un problema mayor de Salud Pública, lo que genera la necesidad de analizar la epidemiología local y establecer algoritmos diagnósticos, estimación de fibrosis, pautas de seguimiento, y opciones de tratamiento según la mejor evidencia científica disponible.

Identificar a los pacientes de forma temprana, establecer estrategias de prevención de la fibrosis, y/o evitar su progresión a estadios avanzados tiene un impacto significativo en morbi-mortalidad.

El abordaje multidisciplinario es esencial para poder obtener los objetivos planteados.

Nuestra policlínica cumple con dichas premisas, por lo cual compartir los datos con el cuerpo médico nacional puede ser de utilidad para generar conciencia al respecto.

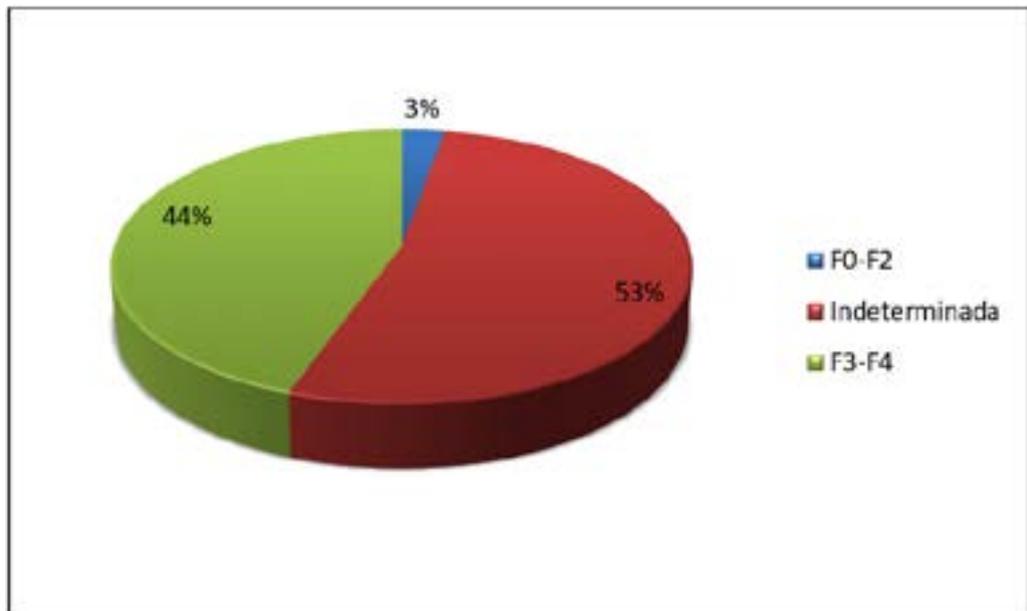


Gráfico 1. Riesgo del grado de fibrosis estimado por NAFLD score en los pacientes valorados.

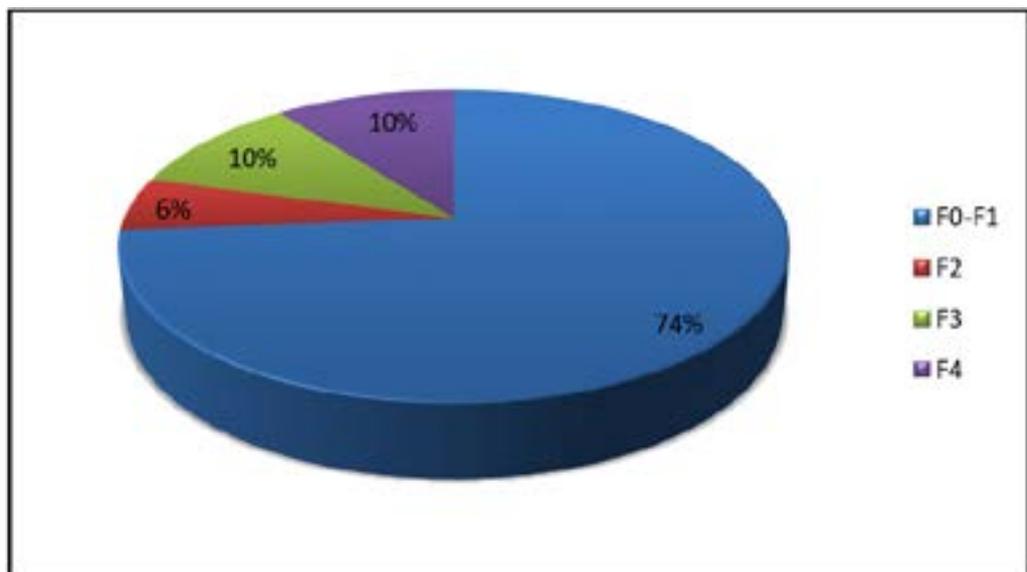


Gráfico 2. Valoración del grado de fibrosis hepática evaluado mediante elastografía transicional en 165 pacientes.

EVALUACION CLINICA DEL PANEL DE FILMARRAY EN SANGRE EN UNA COHORTE DE PACIENTES

Autores: Viera E, Lopez M, Reyes N, Hitateguy P, Ramos F

Institución: Círculo Catolico de Obreros del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La bacteriemia es un gran desafío en el trabajo del médico clínico, dado que su diagnóstico implica una elevada morbimortalidad. La rapidez de instauración de un tratamiento antimicrobiano adecuado está relacionada directamente con los resultados clínicos en estos pacientes. Mientras los métodos diagnósticos tradicionales presentan un tiempo de espera promedio de 72 hs para identificación de microorganismo, la PCR multiplex permite la lectura automatizada desde hemocultivos positivos en 1 hora lo que impacta fuertemente en los resultados clínicos.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, en el que se analizó el desempeño clínico del panel de Filmarray de sangre. Se analizaron todas las muestras de hemocultivos a los que se realizó Filmarray de sangre del Círculo Católico de Obreros del Uruguay en el periodo 2019-2021. Se procesaron muestras provenientes de todos los servicios y se compararon los resultados con el método tradicional.

Resultados

Se obtuvieron 91 muestras provenientes de los diferentes servicios, 42% provienen de CTI, 27% del servicio de emergencia. Predominó el sexo masculino con un 58%. La media de edades fue 56.3, 92% corresponde a pacientes adultos mayores de 15 años y 8% a pacientes pediátricos menores de 15 años. Con respecto a los focos infecciosos el más frecuente fue urinario con 43%, 21% correspondieron a origen respiratorio. En el 79% de las muestras se identificó más de un microorganismo, y se obtuvo un 92% de concordancia con respecto a HC tradicional. El 67% de los microorganismos (MO) detectados fueron multi sensibles, 15% fueron multirresistentes. En el 45% de los casos se requirió un cambio de ATB al recibir el resultado del filmarray.

Conclusiones

Se obtuvo una alta concordancia clínica con respecto a los métodos tradicionales y en plazos notoriamente acortados lo que facilita y optimiza el manejo de los pacientes con bacteriemia siendo una estrategia efectiva y con bajos requerimientos técnicos que impacta directamente en los resultados clínicos.

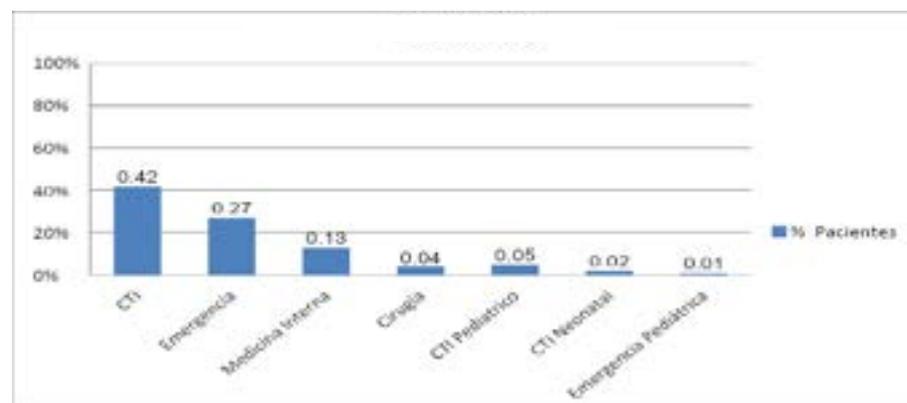


Figura 1. Procedencia de las solicitudes

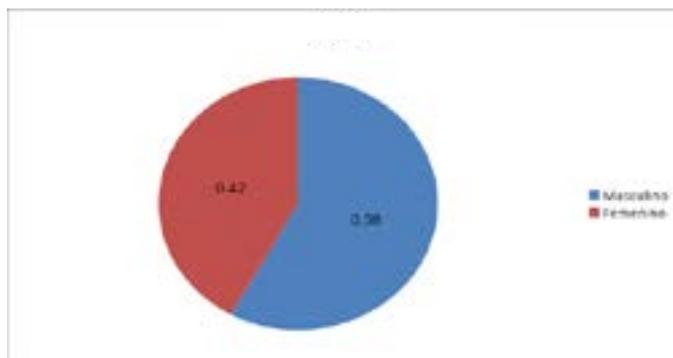


Figura 2. Sexo

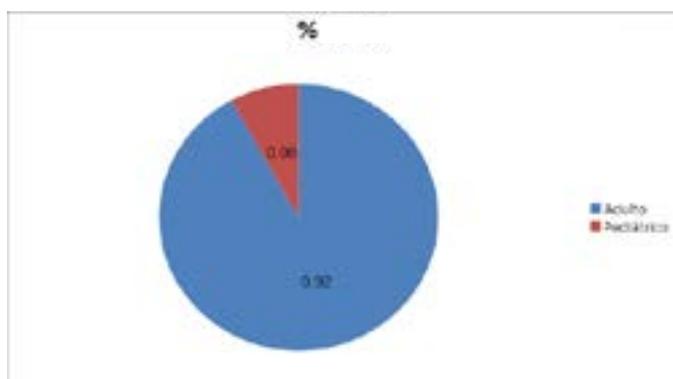


Figura 3. Distribución etaria

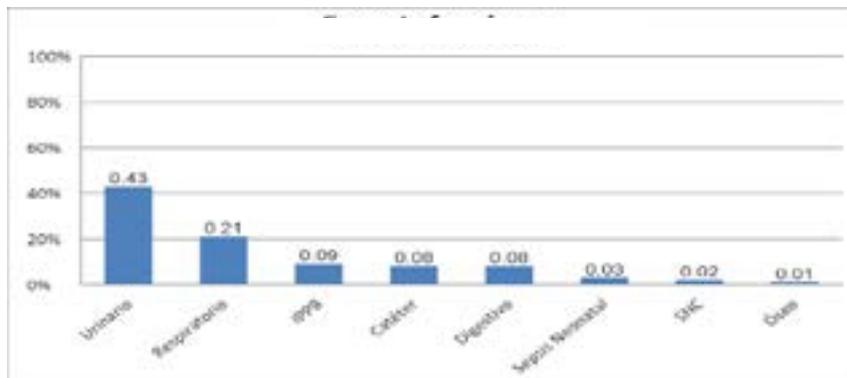


Figura 4. Foco infeccioso

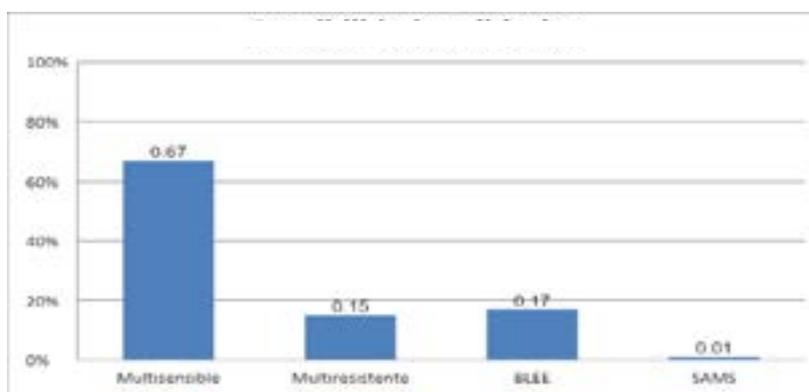


Figura 5. Sensibilidad antibiótica

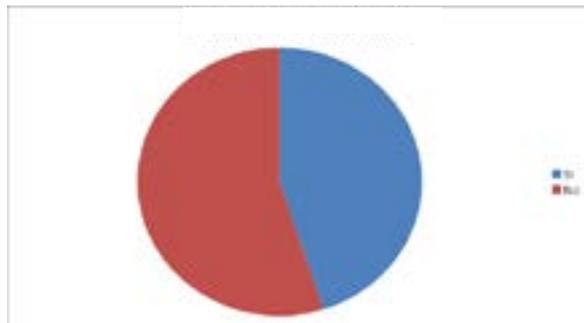


Figura 6. Cambio de antibiótico

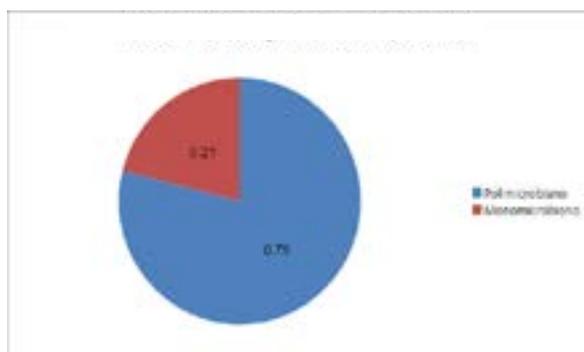


Figura 7. Porcentaje de micro-organismos implicados

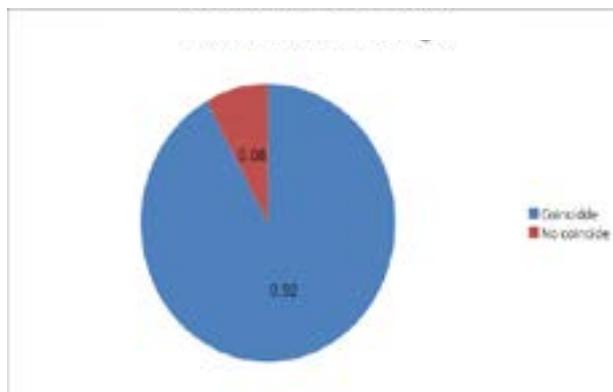


Figura 8. Porcentaje de coincidencia de hallazgo

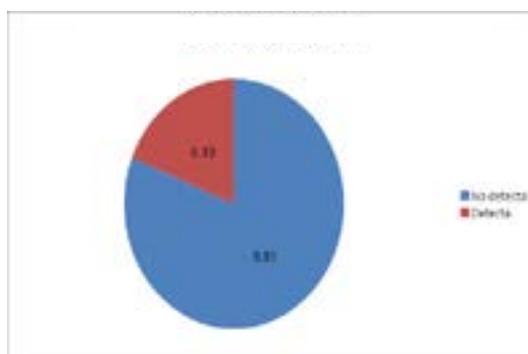


Figura 9. Gen de resistencia

REPERCUSIONES DE LA CUARENTENA POR COVID 19 EN UN GRUPO DE OBESOS DEL PROGRAMA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (POCB).

Autores: Díaz V., Portas P., Smiliansky N., Patrone M., Moreira E., Santa Cruz A., Thomas E., Díaz M., Pietra V., Bancoff S., Sasson N., Da Costa P., Rodriguez G., Vaucher A., Bruno G.

Institución: Hospital Maciel. Montevideo-Uruguay.

Introducción

En Uruguay con el primer caso COVID19 se implementaron medidas de aislamiento para disminuir los contagios. Desde el 13/3 al 14/4/20 se instrumentó una cuarentena voluntaria, flexibilizándose en forma progresiva con medidas de distanciamiento social. Estudios en niños mostraron aumento de peso con el cierre de escuelas y el aislamiento domiciliario durante la pandemia. Esto parecería ser reproducible en adultos sobre todo en el sobrepeso y obesidad.

Objetivos

Describir el impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia COVID19 sobre el peso y el estilo de vida en un grupo de obesos del POCB.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional y transversal en una cohorte de pacientes de POCB del Hospital Maciel desde el 13/3 al 1/7/2020. Se realizó una encuesta telefónica opción múltiple sobre la evolución ponderal, hábitos nutricionales, actividad física, salud mental y patologías médicas asociadas. Estudio aprobado por el comité de ética del Hospital.

Resultados y discusión

Se incluyeron 178 participantes, 88.8% mujeres y 11.2% hombres, con edad promedio de $46.2 \pm 1,0$ años. 59,0% en valoración preoperatoria y 41% operados: 50.7% manga gástrica y 49.3% bypass gástrico. 41.2% presentaban hipertensión arterial; 38.6% síndrome de apnea hipopnea del sueño; 27.7% diabetes; 23.7% dislipemia; 5.6% tabaquismo. El 73% manifestó cumplir con el confinamiento; 26.4% trabajar con distanciamiento social.

Los operados tuvieron una disminución de 2.1 ± 3.8 Kg/m² del índice de masa corporal (IMC) ($p < 0.0001$), no hubo cambios en los preoperatorios. Respecto a los operados: en los postoperatorios menores a un año hubo un descenso de peso (IMC 4.8 ± 4.0 ($p < 0.0001$)) no así en los restantes.

67% refirieron alto nivel de ansiedad. 35% identificaron un aumento del consumo de alimentos, 58.2% lo reportó vinculado a ansiedad y aburrimiento. Los operados percibieron menores niveles de calma y tranquilidad ($p = 0.043$).

El 38.4% refirieron sostener los cambios recomendados por el POCB. El 65% realizaron actividad física y el 53.5% realizó más de 30 minutos diarios. Los operados realizaron más actividad física moderada ($p < 0.001$), leve ($p < 0.011$) y durante al menos 30 minutos ($p = 0.013$) que los no operados.

24.3% no accedieron a consultas médicas para control y un 20.5% no lograron mantener el tratamiento farmacológico.

Conclusiones

Aunque el confinamiento secundario al COVID19 determinó dificultad en mantener los hábitos promovidos, no se evidenció un aumento de peso. El descenso de peso en el grupo de los postoperatorios menores a 1 año puede relacionarse al efecto de la cirugía.

Se reportaron altos niveles de consumo de alimentos relacionados a la emoción, pero se destaca el alto porcentaje actividad física. La mayor actividad física de los operados puede estar en relación a la mayor motivación.

Los menores niveles de calma y tranquilidad en operados, puede estar relacionado al menor contacto con el equipo de salud, vinculado a la reestructura del sistema sanitario.

COHORTE PRELIMINAR DE SEGUIMIENTO DE SÍNDROME POS COVID 19 AGUDO EN HOSPITAL MACIEL Y CENTROS ASISTENCIALES ASOCIADOS A LA CLÍNICA MÉDICA 1.

Autores: Piriz V, Ibáñez C, Puppo M, Medina V, Chirico L, Bravo R, Vicentino F, Cocco B, Carrere D, Carlomagno A, Taborda A, Thomas E.

Institución: Hospital Maciel (Montevideo), Sanatorio COMTA (Tacuarembó) y Sanatorio COMERO (Rocha). Uruguay.

Introducción

La enfermedad por el virus coronavirus 2 (SARS-CoV-2), coronavirus disease 19 (COVID-19), ha provocado una pandemia con elevada morbimortalidad, alcanzando un importante número de casos en Uruguay. Se describe el Síndrome COVID-19 post agudo como la presencia de síntomas, más allá de las primeras 4 semanas.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir el síndrome COVID-19 post agudo, caracterizar las comorbilidades clínicas y la presentación de la enfermedad aguda de los pacientes asistidos en el Hospital Maciel y Centros Asistenciales Asociados a la Clínica Médica 1.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo, descriptivo, analítico. Incluyó pacientes con hisopado nasofaríngeo (HNF) positivo para SARS-CoV-2 (test antigénico o reacción en cadena de la polimerasa) procedentes del Hospital Maciel y Centros Asistenciales Asociados a la Clínica Médica 1, entre noviembre 2020 y enero 2021. Se recolectaron datos a través de planilla prediseñada en forma telefónica, previo consentimiento informado, y se analizaron utilizando el programa SPSS versión 2.6.

Resultados

110 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, con una edad media de $44,8 \pm 18,2$ años; 59,1% eran de sexo femenino. El 53,6% (59) procedentes de Montevideo, 31,8% (35) Tacuarembó y 14,5% (16) de Rocha. El 40% presentó síntomas durante el curso de la enfermedad aguda (Tabla 1). El 90% cursó la enfermedad en forma ambulatoria. 10% requirió ingreso; 4,5% a cuidados intensivos. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron hipertensión arterial (HTA) (23,6%), obesidad (30,9%) y ex tabaquismo (21,8%). Se observaron complicaciones tempranas durante la enfermedad aguda en 6 pacientes (5,4%), en su mayoría sobreinfecciones bacterianas. El 62,7% presentó al menos un síntoma luego de la infección aguda, siendo los más frecuentes fatiga (43%) y disnea (25%) (Tabla 2). Destacamos que los pacientes con síndrome post covid 19 agudo presentaron una mayor media para la edad y asociaron HTA en forma estadísticamente significativa (Tabla 3). En el análisis global la presencia de síntomas en la etapa aguda no se asoció al desarrollo de síntomas post covid agudo, sin embargo en el análisis discriminado la presencia de síntomas (Tabla 3) sí presentó asociación estadística.

Discusión y conclusiones

La población incluida consistió en jóvenes, con escasas comorbilidades, donde la mayoría cursó la enfermedad en forma ambulatoria (90%). Más de la mitad presentaron al menos un síntoma de síndrome post Covid 19 agudo. Los síntomas más frecuentemente reportados fueron: fatiga, disnea, limitación para actividades de la vida cotidiana, ansiedad-depresión; en concordancia

con lo observado en estudios internacionales. La población de pacientes que presentaron post covid 19 agudo eran más añosos y asociaban HTA, coincidente con lo observado en otras poblaciones. Si bien no se observó significancia estadística, todos los pacientes que requirieron internación presentaron síntomas post covid 19 agudo, lo que apoya el impacto de la severidad de la enfermedad. En conclusión, la población estudiada presentó síntomas post covid 19 agudo en forma frecuente, a pesar de tratarse mayoritariamente de pacientes con enfermedad leve, lo que evidencia la importancia de seguimiento.

Edad (años)		
	44,8±18,6	
Sexo		
	Masculino	45 (40,9%)
	Femenino	65 (59,1%)
IMC (peso/altura ²)		
		27,7± 5,7
	< 25	57 (51,8)
	25-30	19 (17,2%)
	≥ 30	34 (30,9%)
Nivel Educativo		
	Primaria incompleta	8 (7,3%)
	Primaria completa	35 (31,8%)
	Secundaria completa	47 (42,7%)
	Terciaria Completa	20 (18,2%)
Antecedentes Personales		
	Hipertensión arterial	26 (23,6%)
	Ex tabaquismo	24 (21,8%)
	Patología osteoarticular	22 (20%)
	Asma	16 (14,5%)
	Tabaquismo activo	16 (14,5%)
	Dislipemia	15 (13,6%)
	Diabetes Mellitus	10 (9,1%)
	Oncológicos	6 (5,5%)
	Cardiopatía isquémica	6 (5,5%)
	Drogas de abuso	5 (4,5%)
	Corticoterapia	4 (3,6%)
	AOC de MMII	3 (2,7%)
	EPOC	3 (2,7%)
	Enfermedad Renal Crónica	3 (2,7%)
	Alcoholismo	2 (1,8%)
	SAHS	1 (0,9%)
	Enfermedades autoinmunes	2 (1,8%)
	Inmunosupresores	1 (0,9%)
	Terapia sustitutiva renal	1 (0,9%)

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes. N = 110

	Pacientes (n)	Pacientes (%)
Fatiga	48	43,6
Disnea	28	25,4
Limitación para actividades cotidianas(*)	28	25,4
Afectación de la movilidad (*)	26	23,6
Ansiedad/ Depresión (*)	23	20,9
Mialgias	23	20,9
Artralgias	22	20
Dolor/Malestar general (*)	22	20
Alteraciones del sueño	21	19,1
Cefalea	18	16,4
Hiposmia / Anosmia	15	13,6
Ageusia/Disgeusia	12	10,9
Tos	10	9,1
Palpitaciones	10	9,1
Pérdida de cabello	10	9,1
Trastornos habilidades cognitivas (**)	10	9,1
Dolor torácico	7	6,4
Sequedad de boca	5	4,5
Crisis epilépticas	1	0,9

Tabla 2. Síntomas pos-COVID agudo
 (*) EuroQol-5D (EQ-5D). (**Disminución de concentración/atención, bradipsiquia, agudeza mental reducida. AOC de MMII: Arteriopatía obstructiva crónica de miembros inferiores. IMC: Índice de masa corporal. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica SAHS: Síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

	Síntomas post covid NO (n= 69)	Síntomas post covid SI (n= 41)	Valor p
Edad	38,34 +- 16,64	48,72 +- 18,03	< 0,01
HTA	4	22	0,01
Náuseas/Vómitos	0	13	< 0,01
Tos	7	33	< 0,01
Disnea	2	23	< 0,01
Odinofagia	5	23	0,01
Artralgias	13	41	< 0,01
Mialgias	14	47	< 0,01
Cefalea	5	38	< 0,01
Diarrea	3	19	0,013
Ingreso Hospitalario	1	10	0,05

Tabla 3. Análisis estadístico con HP

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DE EMBARAZADAS CON SARS CoV2 ASISTIDAS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS “DR MANUEL QUINTELA” EN EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2021.

Autores: Ledesma L., Marin M., Valle P., Zubiaurre V., Cora M., Sosa L.

Institución: Uruguay. Universidad de la República, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Equipo de Alto Riesgo Obstétrico.

Introducción

La infección causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID 19), fue declarada emergencia sanitaria en Uruguay en marzo del 2020. La gran transmisibilidad comunitaria permitió el crecimiento exponencial de casos, con un pico entre abril y junio del 2021. El comportamiento del virus en pacientes embarazadas se fue modificando, adquiriendo mayor relevancia hacia el mes de enero del 2021, donde el número de casos en dicha población ascendió en forma exponencial. Esto llevó a un abrupto incremento de la mortalidad materna en nuestro país, pasando a ser la principal causa de muerte en lo transcurrido del 2021.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de embarazadas que se asistieron en la maternidad del Hospital de Clínicas, “Dr. Manuel Quintela” en el período del 1 de enero al 30 de junio del 2021 con HNF SARS CoV2 positivo.

Se incluyeron pacientes que cursaron la infección leve, moderada y severa, obteniendo un “n” de 23 analizándose datos demográficos, médicos, obstétricos y neonatales.

Resultados y discusión

Se analizaron un total 23 casos. La severidad de la infección se clasificó según los algoritmos vigentes en el período establecido, obteniendo los resultados de la tabla 1. Un 47.8% (11/23) presentaban comorbilidades (Tabla 2) y la mortalidad materna fue del 13% (3/23).

Según protocolo de estudio de pacientes Covid19 se solicitó paraclínica en aquellas clasificadas como moderadas y graves, sin encontrar asociación estadísticamente significativa entre sus valores y severidad de la infección.

El 39% (9/23) de las pacientes requirieron ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, de las cuales el 66.7% (6/23) presentaban comorbilidades.

De las pacientes con COVID grave todas recibieron tromboprolifaxis durante la internación no observándose eventos trombóticos. 2/11 presentaron síndrome preclampsia-eclampsia.

De los resultados obstétricos se destaca que las complicaciones más frecuentes fueron: estado hipertensivo del embarazo, amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas.

Se obtuvo un 34% de prematuridad con una media de 36 semanas de edad gestacional a la finalización. 60.8% fueron cesárea. El peso promedio al nacer fue de 2827 g.

Se documentaron 2 muertes neonatales de 26 y 27 semanas, con pesos al nacer de 794 g y 902 gramos respectivamente. Ninguno de los recién nacidos presentó la infección por COVID- 19, y todos los sobrevivientes recibieron lactancia materna.

No se presentaron complicaciones puerperales.

Conclusiones

En Uruguay, como a nivel internacional, existen pocos datos sobre embarazo y SARS CoV2, acompañado a un subregistro de características clínicas y paraclínicas de las pacientes infectadas.

De la población analizada destaca la mortalidad materna, situación que se da en contexto de aumento de la mortalidad de la población general. No es posible establecer relación directa entre la infección por SARS CoV2 y muerte materna. Surge de lo analizado, la importancia de los planes de vacunación y políticas de prevención a nivel nacional.

Desde el punto de vista paraclínico, no se evidenció ningún predictor de muerte materna ni neonatal.

Se destaca la ausencia de transmisión vertical de SARS CoV2.

Severidad de infección	Cantidad de casos
Leve	11
Moderada	3
Severa	9
Total	n 23

Tabla 1. Casos según la severidad de la infección por SARS CoV2

	Consumo de tóxicos Tabaquismo Cannabis, Pasta base de cocaína Alcohol	Diabetes 1 y 2	Co-infecciones Bacteriana inespecífica Tuberculosis activa VIH Hongos Parasitosis	Enfermedad Pulmonar Asma EPOC EPID	Obesidad IMC> 25	Cardiopatía Congénita Adquirida	
Casos (%)	21,7 %	13 %	8,7 %	8,7 %	4,3 %	4,3 %	33

Tabla 2. Principales comorbilidades observadas.

EXPERIENCIA CON EL USO DE UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA-SEVERA A 18 MESES DE SU INCORPORACIÓN AL FONDO NACIONAL DE RECURSOS.

Autores: Rebella M, Solari A, Silveira G, Figueroa N, Pizzarossa C, Carlomagno A, Bercetche G, Yandián M, Danza A.

Institución: Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, MUCAM. Uruguay.

Introducción

El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) está basado en el concepto de tratamiento por objetivos (treat to target), debiendo alcanzarse la remisión y o la menor actividad posible de la enfermedad.

Para lograr alcanzar dichos objetivos contamos con diversos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs): sintéticos convencionales, biológicos y más recientemente sintéticos dirigidos a dianas específicos.

La normativa de cobertura de medicamentos para el tratamiento de la AR del Fondo Nacional de Recursos que permite el acceso a fármacos de alto precio fue modificada recientemente incorporando dos inhibidores orales de la Janus quinasa (JAK): upadacitinib y tofacitinib.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es comunicar la experiencia de una unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas con el uso de upadacitinib en el tratamiento de la AR moderada-severa.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de una cohorte de pacientes con AR que iniciaron tratamiento con upadacitinib en una unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas. Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010 e iniciaran tratamiento con upadacitinib entre diciembre 2020 y julio 2021 y cumplieran al menos 3 meses de tratamiento a setiembre 2021.

Se analizaron variables demográficas, factor reumatoide y anticuerpos anticitrulinados en plasma, niveles de actividad medidos por DAS 28 al inicio del tratamiento (T0) y luego en forma trimestral (T1-T5). Se determinó el número de pacientes respondedores definidos por $DAS\ 28 \leq 3.2$ a T1. Se calculó la medida de DAS 28 en T0 y luego trimestralmente.

Se consignaron eventos adversos en el periodo de análisis.

Resultados

24 pacientes iniciaron tratamiento con upadacitinib en el periodo de estudio, se excluyeron 4 que no habían completado 3 meses de tratamiento.

Se detallan datos epidemiológicos y presencia de autoanticuerpos en tabla 1.

La mediana de seguimiento fue de 36 semanas (RIC 24-48), en 14 pacientes se inició upadacitinib en segunda línea luego de no respuesta a DMARDs sintéticos convencionales y en 5 en tercera línea en no respondedores a DMARDs biológicos.

18/20 pacientes fueron respondedores a T0. La mediana de DAS 28 en T0 fue de 5.3 (RIC 5.0 – 5.6) y 3.05 (RIC 2.64 – 3.70) en T1. En la gráfica 1 se muestra la evolución de DAS 28 a T3.

En relación con aspectos de seguridad, se constataron dos eventos adversos, un caso de infección por SARS Cov-2 leve y un caso de reactivación de virus Herpes Zóster, multimetamérico, que se resolvió con valaciclovir vía oral. En ambos casos se realizó suspensión transitoria del upadacitinib.

Conclusiones

Upadacitinib ha demostrado ser un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la AR moderada-severa en varios estudios pivotaes, tanto en segunda como tercera línea terapéutica. Además, demostró superioridad frente a adalimumab lo que lo posiciona como

una atractiva opción terapéutica en estos pacientes.

Nuestra cohorte ha tenido una muy buena respuesta clínica, sin eventos adversos graves.

Los estudios de vida real y registros que se están llevando a cabo en este momento permitirán confirmar los resultados de los estudios pivotaes y evidenciar la efectividad y seguridad de upadacitinib en AR.

		Frecuencia	Mediana (RIC)
Sexo	Femenino	18	
	Masculino	2	
Edad			46 (40-56)
csDMARD complementario	No	2	
	Metotrexate	15	
	Leflunomida	2	
	Mtx - Leflunomida	1	
DAS 28 T0			5.3 (5.0-5.6)
Factor Reumatoideo positivo		18	
Anti-péptido citrulinado positivo		14	

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas

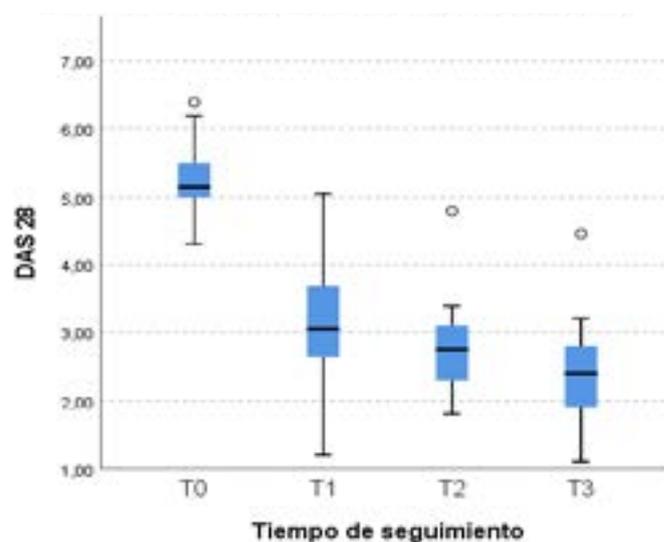


Gráfico 1. Evolución de DAS 28 según tiempo de seguimiento

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON TROMBOSIS ASOCIADA AL CÁNCER ASISTIDA EN LA UNIDAD DE HEMOSTASIS Y TROMBOSIS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN EL PERÍODO 2012-2021

Autores: Pizzarossa AC, Mérola V, Spangenberg MN, Lorenzo M, Boada M, Guillermo C, Martínez R.

Institución: Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas. Udelar. Montevideo. Uruguay.

Introducción

El cáncer activo confiere un aumento del riesgo de ETV (enfermedad tromboembólica venosa) en 4-7 veces. La trombosis asociada al cáncer aumenta la mortalidad temprana, se asocia con un peor pronóstico general y con mayor riesgo de recurrencia de ETV y de sangrado. El impacto negativo de ETV en la calidad de vida de los pacientes con cáncer también ha sido reportado. Sin embargo, no hay estudios acerca de la situación en nuestro país. (1)

Objetivos

Describir las características de la población con trombosis asociada a cáncer y evaluar su calidad de vida.

Metodología

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se obtuvieron los datos de los registros clínicos de los pacientes y se realizó una encuesta acerca de la calidad de vida utilizando el formulario EuroQoL 5D 5L (2)

Resultados

Características generales: De los 348 pacientes con ETV, 80 (23%) son trombosis asociadas al cáncer. En la tabla 1 se describen las características generales de la población.

El cáncer más frecuentemente asociado fue el de mama (7 casos cada uno), seguidos de colon-recto y pulmón (5 cada uno). En 9 casos la ETV fue la que generó el estudio por cáncer oculto. En 20 casos el estadio del cáncer era IV al momento del diagnóstico.

De los 80 pacientes, 46 fallecieron, 24 se siguen asistiendo en la policlínica y 10 se cambiaron de centro de atención. Se reportaron 3 recurrencias (2 luego de suspender anticoagulación por planteo de estar libre de enfermedad neoplásica activa, uno por suspensión transitoria inadecuada de tratamiento) y 3 sangrados clínicamente relevantes (hematuria, menometrorragias) pero no mayores.

De los 80 pacientes históricos, a 9 se les suspendió la anticoagulación, 44 tenían indicado HBPM, 11 warfarina, 7 rivaroxabán, 1 dabigatrán y 8 apixabán. Mientras que de los 24 pacientes que se siguen atendiendo, en 7 casos se suspendió la anticoagulación. De los 17 restantes, en la tabla 2 se especifica el tratamiento utilizado:

Calidad de vida: A los 17 pacientes en seguimiento que están aún anticoagulados, se los llamo para encuestarlos acerca de su calidad de vida, 11 aceptaron ser encuestados (ver tabla 3).

Discusión y conclusiones

En nuestra Unidad, la trombosis asociada al cáncer representa 23% de los casos de ETV. Gran parte de los casos se asocian a estadios avanzados e impactan de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

- 1- Khorana AA. Cancer-associated thrombosis: updates and controversies. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2012;2012:626-30. doi: 10.1182/asheducation-2012.1.626
- 2- Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L) Qual Life Res. 2011 Dec;20(10):1727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.

Sexo femenino	51/80
Edad media (años)	64 (58-71,8)
Forma de presentación de ETV	
TVP (trombosis venosa profunda)	46/80
TEP (tromboembolismo pulmonar)	18/80
TVP/TEP	16/80

Tabla 1. Características generales

HBPM (heparina de bajo peso molecular)	8/17
Warfarina	2/17
Rivaroxabán	4/17
Apixabán	4/17

Tabla 2. Fármacos

	Presencia de problemas (n/11)
Movilidad	6/11 tenían problemas leves
Autocuidado	0/11
Actividades habituales	2/11 tenían problemas moderados y 3 leves
Dolor	1/11 tenía problemas moderados y 3 leves
Ansiedad/depresión	6/11 tenían problemas leves
Nivel global de salud (EVA)	7.2/10

Tabla 3. Estudio de calidad de vida (EuroQoL 5D 5L)

SIMULADORES Y JUEGOS SERIOS PARA ENSEÑANZA EN MEDICINA. REVISIÓN DE LOS APORTES DEL NÚCLEO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Autores: Ribeiro M.I, Simini F

Institución: Núcleo de Ingeniería Biomédica de las Facultades de Medicina e Ingeniería, Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La informática médica permite simular sistemas fisiológicos con su diversidad de estímulos y respuestas. Simulando situaciones concretas, el equipo de salud puede ensayar diagnósticos y conductas inspirados en pacientes reales. Además, los simuladores en medicina constituyen ámbitos propicios para la enseñanza.

La pandemia de 2020 amplía aún más las oportunidades de uso de los simuladores que cobran mayor relevancia en la enseñanza de grado y posgrado. El aprendizaje teórico y de habilidades por parte de estudiantes al tener la posibilidad de simular repetidamente las respuestas a sus intervenciones, adquieren mayor eficiencia didáctica.

Objetivos

Realizar una revisión de los aportes del Núcleo de Ingeniería Biomédica.

Metodología

Los simuladores y los juegos serios desarrollan las capacidades cognitivas y deductivas del estudiante, enriqueciendo sus conocimientos a través de la percepción de la realidad en distintos escenarios. El Juego serio o educativo es aquel que se desarrolla para el aprendizaje de habilidades específicas. Con límites claramente establecidos, la fluidez y coherencia del juego ayudan al jugador a avanzar hacia metas educativas. Los simuladores, por otro lado, están pensados para que el usuario aprenda o practique habilidades en un entorno que se parece a la realidad. El componente "lúdico" desaparece en el simulador, lo que lo diferencia del juego serio.

Resultados y discusión

El desarrollo de simuladores y juegos serios en medicina es una tarea interdisciplinaria que reúne objetivos docentes, conocimiento médico y manejo de tecnologías de información y comunicación. Como se detalla en la tabla 1, se han desarrollado varios simuladores para afianzar el razonamiento clínico sobre diagnóstico, tratamiento, riesgos y control de calidad de equipos: AEGO y SEPEPE en ginecoobstetricia, SIMVENT para ventiladores mecánicos, SIMVENT-DOCEO para enseñar a ventilar, JUSEGU Seguridad Eléctrica en Hospitales, SERVOGLU como simulador de sistemas fisiológicos para enseñanza y ensayo de conductas clínicas. Se encuentran actualmente en desarrollo el Simulador en Perinatología y JUREANIMA en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada Adulto.

Conclusiones

El entrenamiento basado en la simulación sigue fielmente la realidad sin involucrar pacientes. Esto conlleva ventajas tanto para los estudiantes como para los pacientes: los primeros adquieren destrezas y habilidades sin peligro para los segundos. Además la simulación reduce las posibilidades de error médico al permitir ensayar conductas cuando la experiencia clínica es limitada.

En esta revisión el costo de desarrollo promedio fue de 25 meses-personas trabajando en equipo interdisciplinario. El beneficio potencial de estas herramientas, disponibles para ser comercializadas por empresas, abarca varias especialidades y habilidades específicas.

Se ha visto que la curva de aprendizaje en simulación es mejor que las curvas basadas en el entrenamiento clásico, debido a su efectividad. El entrenamiento de casos clínicos, en condiciones normales, requiere mucho tiempo, ya sea por la duración de las distintas etapas de la patología o porque se trata de una habilidad de difícil adquisición. En la simulación esto se ve resuelto por el hecho de poder manipular el tiempo y la progresión de la actividad simulada, además del libre acceso a la repetición de los módulos de entrenamiento.

Bibliografía

- 1- Ashby, G., Ferrer, I., & Simini, F. (2018). SERVOGLU: simulador gráfico de sistemas fisiológicos basados en ecuaciones diferenciales para enseñanza y ensayo de conductas clínicas. XXI Congreso Argentino de Bioingeniería X Jornada de Ingeniería Clínica, vol. XX (X), 1-4.
- 2- Rey, G., Barreiro, S., Larroca, C., Zabelso, C., Fernández, L., & Ferreiro, J. (2020). Serious Game Multimedia Ob & Gyn Teaching Assistant. XXII Congreso de Bioingeniería, XI Jornada de Ingeniería Clínica. SABI 2020.
- 3- Braga, J., Geido, D., Hurtado, F. J., Hospital, C., & Simini, F. (2011). SIMVENT – Simulador pulmonar de paciente para ensayar ventiladores mecánicos. XV Congreso Argentino SABI 2011. VII Jornadas de Ingeniería Clínica Mar del Plata. 2011
- 4- Orozco, J. O., Velazco, M., Arámbulo, C., Ferrer, I., & Simini, F. (2018). Control respiratorio descrito por ecuaciones diferenciales ordinarias interpretadas con el simulador genérico SERVOGLU. Memorias Del Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica, SOMIB, 2, 434-437
- 5- Alzugaray, M., Vico, S., Vega, C., Rey, G., & Simini, F. (2019). "SEPEPE Seguimiento Perinatal Personalizado," in Poster-Ingeniería de Muestra 2019.
- 6- Rey, G., Alzugaray, M., Vico, S., Vega, C., & Simini, F. (2019). SEPEPE : Pregnancy Follow-up Prescription App. XXII Congreso de Bioingeniería, XI Jornada de Ingeniería Clínica. SABI 2020
- 7- Marichal, E., & Simini, F. (2014). JUSEGU v1.0. Proyecto, implementación y pruebas de un prototipo para satisfacer parte de los requerimientos de la asignatura "Proyecto de grado" del Instituto de Computación 1-58.
- 8- Orozco, J. O., Velazco, M., Arámbulo, C., Ferrer, I., & Simini, F. (2018). Crecimiento tumoral descrito por ecuaciones diferenciales ordinarias interpretadas con el simulador genérico SERVOGLU. Memorias Del Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica, SOMIB.
- 9- Ledezma, M. R., & Simini, F. (2021). "Action/Adventure Serious Game Design by Unified Block Method." Enviado para publicar
- 10- Vázquez-Mata, G., & Guillamet-Lloveras, A. (2009). El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica. Revista de La Fundación Educación Médica, 12(3), 149. <https://doi.org/10.33588/fem.123.524>
- 11- Simini F. et al. (2015) SIMVENT - Patient Simulator to Test Mechanical Ventilators. In: Braidot A., Hadad A. (eds) VI Latin American Congress on Biomedical Engineering CLAIB 2014, Paraná, Argentina 29, 30 & 31 October 2014. IFMBE Proceedings, vol 49. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13117-7_19

Simulador/ Juego serio	Descripción	Tiempo de desarrollo en meses-personas	Área de aprendizaje
SIMVENT Simulador pulmonar para ensayo de ventiladores mecánicos 2011	Permite realizar control de calidad de los ventiladores mecánicos cuando se conecta y se compara con los ventiladores mecánicos a evaluar. Verifica sus características y evalúa sus respuestas a los intentos de inspiración.	35	Medicina Intensiva
JUSEGU Juego de Seguridad Eléctrica en Hospitales 2014	Juego serio sobre la seguridad eléctrica en un hospital. Considera diversas situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente o del personal de salud. Propone escenarios que representan la realidad de trabajo en un hospital con sus riesgos, para enseñar las precauciones especiales de los equipos médicos, instrumentos y manejo de las instalaciones	24	Seguridad eléctrica en hospitales

SEPEPE Seguimiento perinatal personalizado 2014	Aplicación móvil recetada por el ginecólogo para lograr un seguimiento personalizado del control del embarazo. Posee un sistema de alertas, recordatorios, elementos de alarma obstétrica. El uso de SEPEPE con tiempos acelerados respecto a la vida real lo transforman en un simulador para ensayar estrategias de control prenatal, caso a caso asignando valores y respuestas de la paciente simulada por el personal en formación.	42	Gineco-obstetricia
SIMVENT- DOCEO Simulador de paciente respiratorio para adquirir destrezas en la ventilación 2016	Es un programa de computadora que entrega parámetros de operación al robot SIMVENT y le permite al usuario ensayar estrategias de ventilación mecánica. Al ver la evolución de la mecánica respiratoria y de los gases en sangre, la simulación (en tiempo real y en tiempo acelerado) es de utilidad tanto en sede de aprendizaje como en el cuarto médico para fijar conductas para pacientes reales. Al final se genera un resumen de evaluación docente y de certificación del ventilador.	26	Medicina intensiva
SERVOGLU Simulador de sistemas fisiológicos para enseñanza y ensayo de conductas clínicas 2017	Permite manipular y controlar virtualmente el sistema patológico simulado para el cual se quiere ensayar una conducta. Admite la selección del modelo a simular y genera un documento de simulación con la posible evolución futura del paciente (con rangos de confianza) para la variable de interés como: glucemia, presión arterial media o presión parcial arterial de oxígeno.	30	Medicina intensiva
AEGO Asistente de enseñanza en Gineco-obstetricia 2019	Juego serio acompañado de material audiovisual que simula una consulta clínica presencial ginecoobstetrica. Se tratan conceptos teóricos de la Salud Sexual y Reproductiva, maniobras semiológicas y la verificación de conocimientos adquiridos sobre fisiopatología, anamnesis y examen físico.	18	Gineco-obstetricia
JUREANIMA Juego serio de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada adulto (RCA) 2021	Juego serio de RCA en adultos para distintos escenarios de Paro Cardiorespiratorio (PCR). Simula múltiples pacientes con diagnóstico de PCR y sus diferentes escenarios de acuerdo a la conducta tomada por el participante. Permite entrenar los distintos algoritmos de acción y habilidades dependiendo del rol que ocupa el participante en el manejo del paciente, tipo de ritmo diagnosticado y causas de PCR.	En desarrollo	Emergencia
PERINATOLOGÍA Simulador de enseñanza en perinatología 2021	Simulador neonatal para práctica de maniobras de resucitación neonatal. Se acompaña de un software que simulará la monitorización del trabajo de parto y del recién nacido, así como la evolución de los distintos escenarios de acuerdo a las conductas tomadas previamente.	En desarrollo	Neonatología

Tabla 1. Juegos serios/simuladores desarrollados por el Núcleo de Ingeniería Biomédica

ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL MANEJO DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON COVID-19.

Autores: Pizzarossa AC, Spangenberg MN, Munka F, Borges B, Sosa M, Passarella F, Aguirre M, Falero E, Mérola V, Guillermo C, Martínez R.

Institución: Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La dosis de tromboprofilaxis farmacológica en el paciente con COVID 19 es un tema de debate mundial debido a la falta de evidencia fuerte en el tema. Debido a la heterogeneidad que esto genera, es importante conocer cómo se indica en la práctica clínica diaria en nuestro medio.

Objetivo

Evaluar el abordaje preventivo de la ETEV en pacientes con COVID-19 en Uruguay.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo, basado en una encuesta online, dirigida a médicos que asistieron a pacientes COVID-19. Se difundió la encuesta en 2 etapas, del 4/9 al 5/10/2020 y del 17/5 al 19/6/2021. La segunda apertura de la encuesta se debió al pico de incidencia de COVID 19 que atravesó nuestro país en los últimos meses.

Resultados

44 médicos completaron la encuesta en 2020 y 59 en 2021. Una proporción significativamente mayor de internistas participó en 2021 ($p < 0.0001$).

2020- 29 /44 atendieron pacientes con COVID 19 moderado y 17/36 severo.

COVID moderado- 23 utilizaron tromboprofilaxis farmacológica y 2 mecánica. 12 utilizaron HBPM a dosis standard (40 mg/d) y 11 dosis intermedias (7-1 mg/kg/d, 4 -60 mg/d). 10 indicaron tromboprofilaxis durante la internación, 10 hasta el séptimo día del alta y 3 por más de 7 días luego del alta.

13/23 tuvieron dudas acerca de si indicar tromboprofilaxis.

COVID severo- Todos utilizaron tromboprofilaxis farmacológica. 4 utilizaron dosis standard, 7 dosis intermedias (4-1 mg/kg/d, 2-60 mg/d) y 6 dosis de anticoagulación (5-1 mg/kg c/12 hs y 1-1,5 mg/kg/d).

2021- 57/59 atendieron pacientes con COVID 19 moderado y 42/51 severo.

COVID moderado- 48 utilizaron tromboprofilaxis farmacológica y 2 tromboprofilaxis mecánica. 37 utilizaron dosis standard y 12 dosis intermedias (10-1 mg/kg/d, 2- 60 mg/d). 28 indicaron tromboprofilaxis durante la internación, 16 hasta el séptimo día del alta y 5 por más de 7 días luego del alta. 16/49 tuvieron dudas acerca de indicar tromboprofilaxis.

COVID severo- 38 utilizaron tromboprofilaxis farmacológica y 1 mecánica. 15 utilizaron dosis standard, 15 dosis intermedias (14-1 mg/kg/d, 1- 60 mg/d) y 8 dosis de anticoagulación (7- 1 mg/kg c/12hs y 1-1,5 mg/kg/d).

2020 vs 2021-Aunque no se observaron diferencias significativas, se marca una tendencia a utilizar dosis standard en ambos grupos, más marcada en el grupo de los pacientes no críticos ($p=0.061$).

Gráficos 1 y 2. Dosis de tromboprofilaxis (%). Hubo un aumento en el uso de HBPM 40 mg en ambos grupos de pacientes, siendo casi significativo para el grupo de pacientes no críticos (se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, $p=0.061$)

Conclusiones

Se ha observado un abordaje heterogéneo de la prevención de ETEV en pacientes COVID 19, con una tendencia a utilizar dosis standard en los últimos meses.

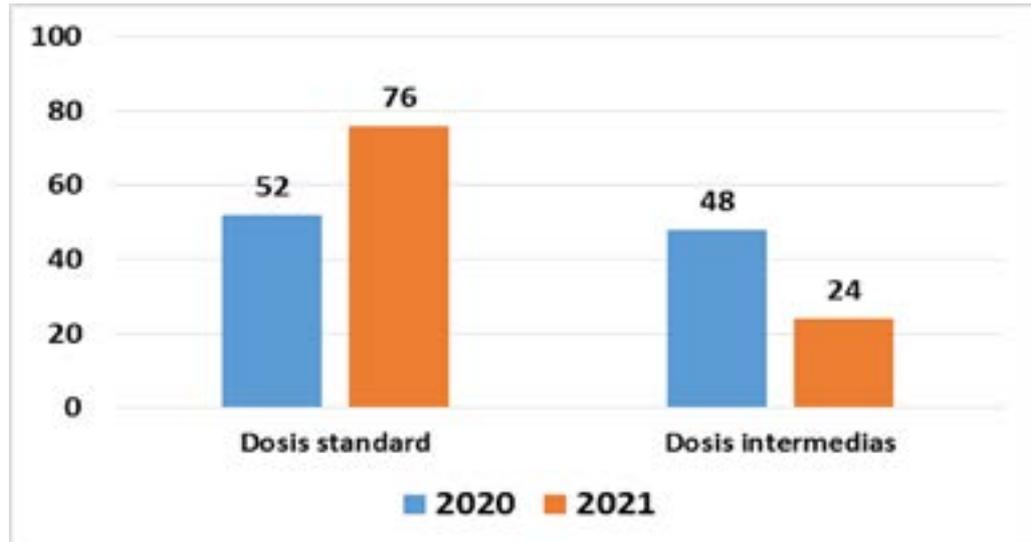


Gráfico 1. Dosis de tromboprofilaxis en pacientes críticos (%)

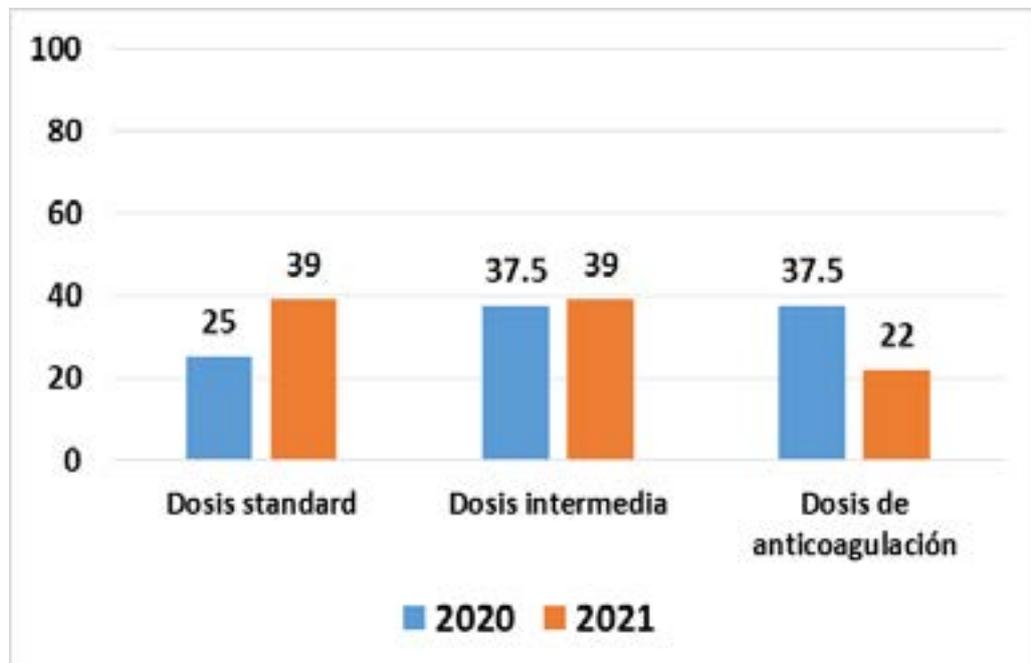


Gráfico 2. Dosis de tromboprofilaxis en pacientes no críticos (%)

RELEVANCIA DEL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES EN VALORACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Autores: Bruno G; Díaz M, Thomas E, Martínez L; Ramírez M, Maucine A, Vaucher A y Trucco E.

Institución: Hospital Maciel ASSE-Facultad de Medicina-UDELAR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La obesidad es una patología de alta prevalencia a aumentado su frecuencia en los últimos años. Se asocia a diversas patologías determinando un deterioro en la calidad de vida e incrementando la mortalidad. La cirugía bariátrica es una herramienta terapéutica efectiva para la reducción de peso, logrando un descenso hasta un 50% de su peso máximo. Se han descrito casos donde la enfermedad celíaca (EC) se asocia a sobrepeso y obesidad, siendo escasos los reportes sobre su evaluación y diagnóstico durante el preoperatorio o luego del procedimiento quirúrgico. La estimación de la prevalencia real de esta asociación parece ser relevante para reducir la morbilidad asociada al procedimiento quirúrgico y tiene implicancias directas sobre el tratamiento nutricional.

Objetivos

Analizar la prevalencia de enfermedad celiaca en pacientes obesos seleccionados para cirugía bariátrica.

Metodología

Se realizó un estudio transversal evaluando la presencia de EC en pacientes obesos pertenecientes a un programa multidisciplinario de obesidad y cirugía bariátrica de un Hospital público de Montevideo, Uruguay, desde enero 2016 a diciembre 2019. Para el diagnóstico de enfermedad celiaca se utilizó la cuantificación de anticuerpos (Ac) anti transglutaminasa (ATG) IgA medidos por técnica de ELISA (Quanta Lite®. Inova Diagnostic Inc., San Diego, Ca.), en conjunto a la medición de IgA plasmática y endoscopia digestiva alta con biopsia de estomago, bulbo duodenal (n=2) y 2da porción del duodeno (n=4). Se considero Ac ATG positivos a valores > 20 UI/mL. A los pacientes con Ac ATG positivos se les solicito ac antiendomiso. El daño histológico duodenal se clasificó en base a la estadificación modificada de Marsh y el diagnóstico de la enfermedad celíaca fue establecido por una enteropatía tipo III. El estudio de enfermedad celiaca se incluyo dentro del protocolo pre operatorio del programa.

Resultados

Se incluyeron 311 pacientes, 270 (87%) mujeres y 41 (13%) hombres, con una edad promedio de 42,3 (\pm 11,0) años. El índice de masa corporal promedio al ingreso fue de 51.3 (\pm 8,76) k/m². Se detectaron 17 pacientes con Ac ATG positivos, 3 tuvieron valores > 100 UI/mL. La EC se confirmó en 2 pacientes presentando Ac ATG de 335 y 122 UI/mL, ac anti endomiso positivos, alteraciones endoscópicas características (patrón en mosaico y festoneado de pliegues duodenales) e histología Marsh IIIb. La prevalencia de EC en la cohorte fue de 0,64/100 pacientes. Los restantes casos de Ac ATG positivos, 5 presentaron Ac antiendomiso positivos, pero no se confirmó la EC en la endoscopia y/o biopsias. No hubo pacientes con endoscopia o biopsias compatibles con EC y Ac ATG negativos.

Conclusiones

La prevalencia de EC en pacientes obesos con indicación de cirugía bariátrica es, al menos, similar a la estimada para la población general. El diagnóstico de una patología mal absorbida cobra relevancia en estos pacientes, influyendo en la estrategia terapéutica de la obesidad. El screening con anticuerpos antitransglutaminasa es una estrategia coherente en la valoración

pre operatoria de la cirugía bariátrica. Los pacientes con serología positiva o con endoscopia sugestiva se debe realizar biopsias para confirmar el diagnostico.

LEISHMANIASIS VISCERAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO EN URUGUAY

Autores: Melián T, Romero S, Nuñez V, Xue Q, Garcia Z, Pini L, Fontes G, Ormaechea G
Institución: Clínica Médica A Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Introducción

La leishmaniasis visceral es una enfermedad zoonótica, causada por protozoarios del género *Leishmania*, transmitida por *Lutzomyia longipalpis*, dípteros, hematófagos de la familia Psychodidae. En América es más prevalente la leishmaniasis cutáneo-mucosa con un promedio aproximado de 57 mil casos nuevos anuales, y en menor frecuencia de manifestación visceral promedio aproximado de 3.499 casos anuales, única forma de manifestación en Uruguay. Se presenta un caso clínico 7mo caso de leishmaniasis visceral diagnosticado en Uruguay y revisión de la literatura.

Caso clínico

Sexo masculino, 35 años. Procedentes de Salto. Actualmente en situación de indigencia. APP: enolista intenso, ex tabaquista. Paciente ingresa para estudio de repercusión general de 5 meses de evolución, astenia adinamia, anorexia y adelgazamiento acompañado de episodios de sudoración nocturna, sin constatar temperatura. Sin otra sintomatología.

Examen físico: desnutrición proteico calórica severa (figura 1), febril, lesiones en piel maculopapulosas diseminadas (figura 2). Hepatomegalia, esplenomegalia grado 3.

AEA: varias consultas previas por igual sintomatología en los últimos 5 meses.

De la paraclínica se destaca bicitopenia dada por pancitopenia dada por anemia severa 7 g/dl normocítica normocrómica, leucopenia con neutropenia 400 103/uL, y plaquetopenia 53 103/uL. Serología y cultivos negativos. TC tórax-abdomen-pelvis sin evidencia de infección profunda ni de neoplasia oculta.

Valorado con equipo de hematología se realiza biopsia de médula ósea, que descarta patología hemato-oncológica.

Se plantean causas de síndrome febril prolongado, descartando las causas infecciosas bacterianas específicas e inespecíficas al igual que virales y tumorales más frecuentes.

Como última línea de estudio del síndrome febril, dado el contexto epidemiológico y la clínica compatible la posibilidad de presentar Leishmaniosis visceral humana por lo que se solicita estudio inmunocromatográfico rK39, frente a la denuncia de sospecha de caso frente al MSP. Resultado IgG positivas para *Leishmania infantum* (figura 3).

Se confirma el diagnóstico con estudio parasitológico de médula ósea, evidenciando en frotis teñidos la presencia de promastigotes de *Leishmania infantum*. (figura 4 y 5)

Se comienza tratamiento con Anfotericina B desoxicolato, dada la no disponibilidad de Liposomal. Excelente respuesta terapéutica, bioquímica y hematológica.

Discusión

Se presentó un caso de Leishmaniasis visceral, con un diagnóstico tardío que al igual que se presenta en la bibliografía se manifiesta con marcada repercusión general, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. La fiebre suele darse por períodos, interpretado como cuadros infecciosos separados.

Conclusiones

La Leishmaniasis visceral debe considerarse dentro del diagnóstico etiológico de síndrome febriles prolongados que presenten nexo epidemiológico, una vez descartadas las etiologías más frecuentes.



Figura 1 y 2. Lesiones de piel y estado nutricional críticos (%)



Figura 3. Resultado IgG positivo

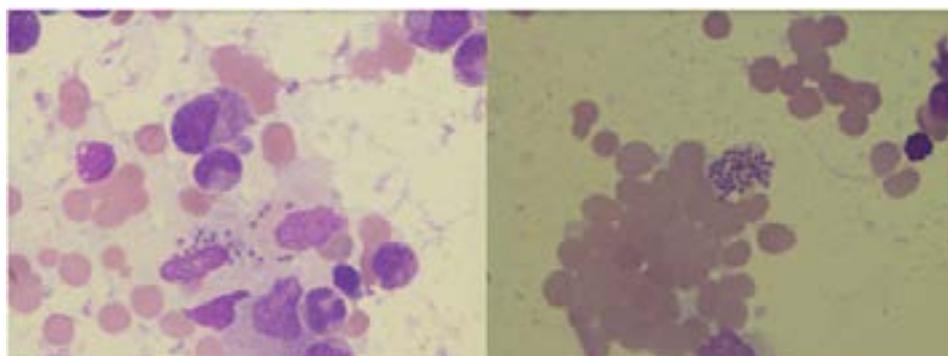


Figura 4. Estudio parasitológico de médula ósea

SEROPREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PERSONAL DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Autores: González A, Buzzi C, Menéndez M, Tafernaberry E, Díaz A, Ballesté R.

Institución: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo- Uruguay.

Introducción

En el contexto de la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, la situación del personal de salud constituye un foco de atención, por ser un grupo de alto riesgo debido a su alta exposición al virus, así como por la posibilidad de transmitir la infección a la comunidad y a otros centros de salud debido al multiempleo que caracteriza a nuestra población. Estos trabajadores enfrentan riesgo laboral de morbilidad por lo que la implementación oportuna de medidas de protección a este grupo resulta prioritario(1). Las pruebas serológicas, que buscan la respuesta de anticuerpos, evidencian el antecedente de exposición al virus y el desarrollo de respuesta inmune. Permiten conocer el alcance de la infección, la proporción de personas asintomáticas que la cursaron, así como valorar la susceptibilidad de esta población a la infección. Este trabajo se enmarca en el programa del MSP para evaluación de la seroprevalencia de infección por SARS-CoV-2 en trabajadores de la salud en Uruguay.

Objetivos

Evaluar la seroprevalencia de anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2 en el personal de la salud no vacunado del Hospital de Clínicas.

Metodología

Estudio transversal realizado del 2 al 12 de marzo del 2021. La participación fue voluntaria, se firmó un consentimiento informado. Participaron 294 funcionarios de varios servicios del Hospital de Clínicas. Se obtuvieron muestras de suero en ayunas, que fueron procesadas mediante la técnica ELISA UY 2.0 (ATgen, I. Pasteur, UDELAR) proporcionada por el MSP, que detecta anticuerpos contra RBD (receptor binding domain) de Spike protein de SARS-CoV-2.

Resultados y discusión

De los participantes, 223 fueron de sexo femenino y 71 masculino, con un rango etario de 21 a 62 años. Se obtuvieron 283 resultados negativos (96,2%), 11 positivos (3,7%) y 2 indeterminados (0,1%). De los seropositivos, la mayoría es personal en contacto con pacientes o áreas asistenciales (8/11), y de estos (6/11) son médicos y enfermeros. (Gráfico 1,2,3).

Conclusiones

Los estudios de seroprevalencia en personal de la salud realizados en diferentes países han encontrado resultados disímiles y variables en función de la estrategia de muestreo, el momento en que se realizó, el tipo de circulación del virus en el lugar y ensayo utilizado (2)(3)(4). Si bien la muestra obtenida en este estudio fue pequeña, podemos concluir que la seroprevalencia hallada fue baja en el contexto de alta circulación comunitaria del virus al momento de obtención de las muestras. Incluso en países con curvas de contagios acelerada, con situaciones de colapso del sistema sanitario, se encontraron valores relativamente bajos de prevalencia. Como otra debilidad de este estudio podemos mencionar que no contamos con el dato de antecedente de infección previa en los participantes. Por otra parte, en los que fueron seropositivos, que no la habían cursado, existe la posibilidad de que se trate de un falso positivo. Queda planteado a futuro la realización de estudios para evaluar la duración de la respuesta natural de anticuerpos frente al SARS-CoV-2.

Bibliografía

- 1- Silva A. et al. Seroprevalencia de infección por SARS-COV-2 en personal de salud de la region sanitaria VIII, provincia de Buenos Aires, Argentina. Rev. Argent. Salud Pública ; 12(Suplemento Covid-19): 1-9, 23 de Julio 2020.
- 2- <https://udelar.edu.uy/portal/2021/03/estudio-del-personal-de-salud-en-rivera-indica-que-el-83-genero-anticuerpos-contra-sars-cov-2/>
- 3- Rudberg A. et al. SARS-CoV-2 exposure, symptoms and seroprevalence in healthcare workers in Sweden. Nat Commun 2020 Oct 8;11(1):5064.
- 4- Garcia-Basteiro, A.L., Moncunill, G., Tortajada, M. et al. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. Nat Commun 11, 3500 (2020).

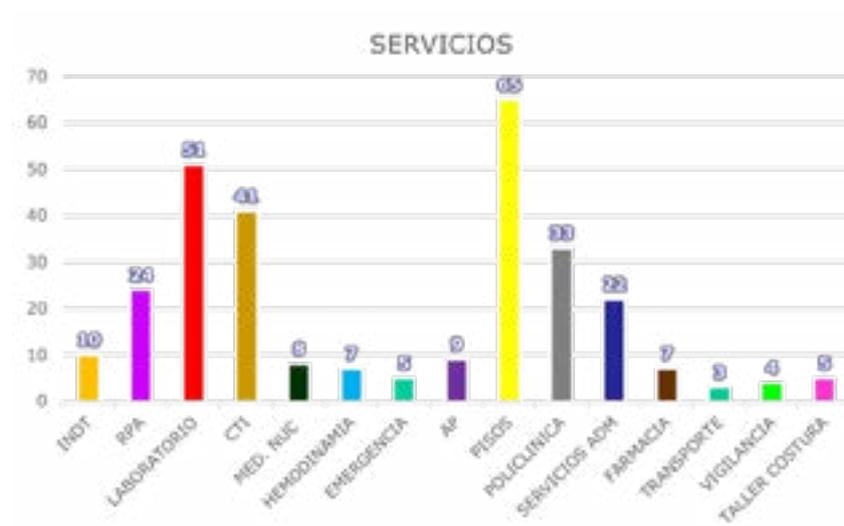


Gráfico 1. Servicios

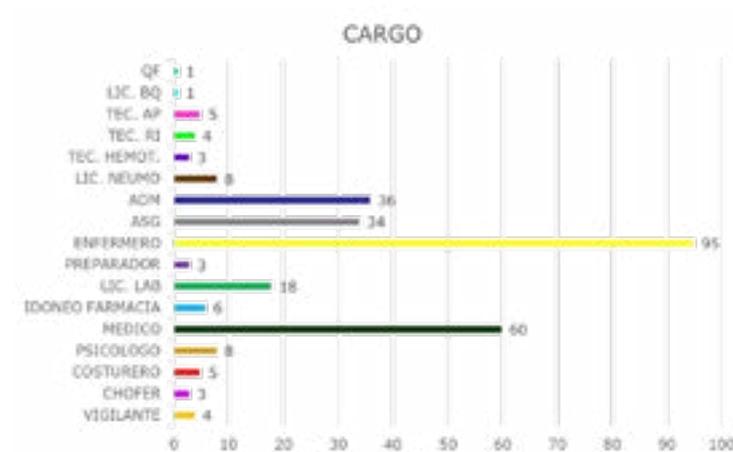


Gráfico 2. Cargos

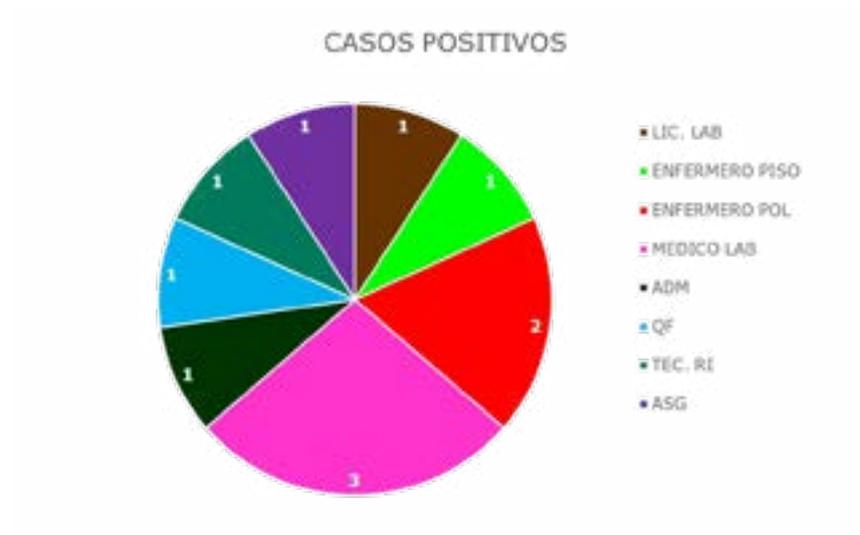


Gráfico 3. Casos positivos - ocupación críticos (%)

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS, REPORTE DE CASOS CLÍNICOS. PAYSANDÚ, URUGUAY.

Autores: Romero A, Rodriguez da Silveira F, García Sellanes D, Araujo L, Pacello F.

Institución: Hospital escuela del litoral Galán y Rocha, Corporación Médica de Paysandú, COMEPA-IAMPP. Paysandú, Uruguay

Introducción

Las miopatías inflamatorias (MI) son enfermedades autoinmune sistémicas, infrecuentes, que se caracterizan por afectación muscular esquelética y compromiso extramuscular variable, el perfil inmunológico y los hallazgos histológicos específicos, permiten discriminar distintas entidades con impacto pronóstico. Se presentan 8 casos clínicos con MI, de Paysandú, describiendo su presentación clínica, perfil inmunológico, hallazgos imagenológicos y tratamiento inicial.

Metodología

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de serie de casos con diagnóstico de MI, periodo 2013-2021. Se incluyeron pacientes con criterios clasificatorios de Bohan y Peter, analizando variables de edad y sexo, presentación clínica, enzimograma muscular, perfil inmunológico, compromiso pulmonar (clínico, imagenológicos y funcional) así como tratamiento recibido.

Resultados

Se reclutaron 8 pacientes, 5 hombres, y 3 mujeres, la media de edad fue de 43 años. La afectación muscular se constató en 7 pacientes, siendo en 3 de los casos severa, por score clínico MMT8 o percepción clínica del médico en cuanto a grado de dependencia (Tabla 2). En 2 pacientes se realizó Resonancia Nuclear Magnética (RNM), evidenciando compromiso muscular inflamatorio (Tabla 2). 4 pacientes presentaron compromiso intersticial pulmonar (EPI) al debut (Tabla 4). El patrón imagenológico inicial fue neumonía intersticial no específica (NINE), en todos los casos. Las pruebas funcionales respiratorias se realizaron en 6 de los pacientes, con CVF descendida en 4 de ellos, no pudiendo determinarse en todos DLCO PIM y PEM (Tabla 4). Siete presentaron positividad para anticuerpos antinucleares (ANA) (Tabla 6). 2 casos presentaban Anti Ro positivo, y de los anticuerpos mioespecíficos 2 Anti Jo-1, 1 Anti SRP, 1 anti PL-7 y 1 anti Mi2 (Tabla 6). En cuanto a las enfermedades autoinmunes asociadas 4 presentaban hipotiroidismo y 1 superposición con lupus eritematoso sistémico (LES) (Tabla 1). Los 8 casos recibieron metilprednisolona como inducción y prednisona en mantenimiento, 1 ciclofosfamida, 1 paciente inmunoglobulina. 6 pacientes reciben metotrexato como mantenimiento, 1 micofenolato de mofetilo por EPI dominante, 1 de ellos requirió Rituximab y 1 permaneció sin tratamiento inmunosupresor. Discusión

La mayor prevalencia se observó en hombres (62%), a diferencia de datos internacionales donde el predominio es femenino. En el 25% se realizó RMN mostrando compromiso miopático inflamatorio y en el 50% se realizó biopsia muscular confirmatoria. Al igual que en otras series 50% presentó compromiso pulmonar, con patrón NINE, asociándose a positividad Anti Jo1 y PL-7. El 87% presentó ANA positivo. La terapia de inducción se basó en metilprednisolona y el inmunosupresor más usado fue metotrexate.

Conclusiones

La variabilidad en la presentación clínica dificulta el abordaje inicial, por lo que su caracterización resulta fundamental para un diagnóstico precoz. Pese a la disparidad en estudios solicitados, los parámetros de seguimiento, y la inaccesibilidad a la biopsia muscular, se realizó diagnóstico precoz y la mayoría de los casos tuvieron buena evolución con impacto positivo a nivel de la calidad de vida. Se propone el abordaje protocolizado para diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

N° Identificador.	Sexo	Edad de inicio	Tiempo de evolución	Año de Dgx	AP	Diagnóstico
1	M	36	8m	2021	ERC 2° a NTI por RVU	Polimiositis
2	M	57	4m	2021	HTA/Dislipemia	Miositis
3	M	36	4m	2021	COVID19/ NAAF	Dermatomiositis
4	M	53	96 m	2013	HTA/HPB/ Hipotiroidismo	Polimiositis
5	M	21	24m	2019	Cirugía de rodilla/LES	Polimiositis
6	F	52	96m	2013	Hipotiroidismo, HTA	Dermatopolimiositis
7	F	45	48m	2016	Hipotiroidismo	Dermatomiositis
8	F	46	48m	2016	Hipotiroidismo	Miositis

Tabla 1. Características de pacientes, diagnóstico y antecedentes personales. M: Masculino, F: Femenino, HTA: Hipertensión Arterial, HPB: hipertrófia prostática benigna, ERC: enfermedad renal crónica, NTI Nefritis tubulointersticial, RVU reflujo vesicoureteral, NAAF: necrosis avascular aséptica femoral, LES= Lupus eritematoso sistémico.

MUSCULAR	1	2	3	4	5	6	7	8
Masa muscular	conservadas	Disminuidas	Conservadas	Disminuidas	Conservadas	Disminuidas	Conservadas	Disminuidas
Grado de Paresia (Valoración Subjetiva)*	Normal	Severo	Normal	Severo	Mod a severo	Mod a severo	Normal.	Moderado a severo
RNM compatible con Miopatía inflamatoria	No	Si	No	Si	No	No	No	Si
Biopsia Muscular	No	No	No	Si	No	No, muestra insuficiente	Aspecto de liquen plano	No

Tabla 2. Afectación muscular

PIEL:	1	2	3	4	5	6	7	8
Eritema en Chal	No							
Eritema en Heliotropo	No	No	Si	No	No	Si	No	No
Pápulas de Gottron	No	No	No	No	Si	No	No	No
Funda de pistola	No	No	No	No	No	Si	No	No
Manos de mecánico	no	no	no	no	no	No	Si	No

Tabla 3. Compromiso cutáneo

RESPIRATORIO	1	2	3	4	5	6	7	8
Disnea	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No
Tos	Si	No	No	Si	No	No	Si	No
Crepitantes	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No
Test de Marcha	Si	No	Si	No	No	Si	Si	No
Espirometría	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No
DLCO	No	No	No	Si	No	Si	Si	No
TCAR	NINE	NO EPID	NINE	NINE	NO EPID	NO EPID	NINE	SD

Tabla 4. Valoración pulmonar

NINE= Neumopatía intersticial no específica. SD= sin datos. EPID= Enfermedad pulmonar intersticial difusa. DLCO= difusión del CO

PARACLÍNICA	1	2	3	4	5	6	7	8
CPK	665	5949	6029	2046	23600	113	86	548
LDH	720	1121	1588	616	2278	612	86	427
VES	88	23	66	19	73	35	26	11
PCR	63	31	21	9	34	14,5	2.8	24,8
TGO	38	195	143	92	1132	26	13	24
TGP	45	228	135	117	418	16	16	25

Tabla 5. Marcadores de injuria muscular

Perfil inmunológico:	1	2	3	4	5	6	7	8
ANA	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Pool DM/PM	Anti Jo1	Anti SRP	Anti PL7	Negativo	Anti Mi2	Negativo	Anti Jo 1	SD
ENA	Negativo	Negativo	Negativo	Anti Ro	Negativo	Negativo	Anti Ro	Negativo
Otros						Aldolasa + Pseudocolines- terasa+		

Tabla 6. Perfil inmunológico

¿LOS NUEVOS UMBRALES DIAGNÓSTICOS DE PRESIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO CAMBIAN LAS CATEGORÍAS DE RIESGO DE LA CLASIFICACIÓN CRUZADA?

Autores: Castro C, Sottolano B, Boggia J, Sosa L.

Institución: Clínica Médica B y Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye un problema de salud mundial con gran impacto en la morbimortalidad cardiovascular de la población.

La medición convencional de la Presión Arterial en Consultorio (PAC) en combinación con las técnicas de medición de la Presión Arterial Ambulatoria (PAA): permiten definir categorías con diferente pronóstico cardiovascular (clasificación cruzada). Sin embargo, las recientes guías de diagnóstico discrepan en los umbrales a utilizar para diagnóstico de HTA en consultorio. ¿Esta discrepancia, cambia significativamente la proporción de cada categoría?

Metodología

Se analizaron los resultados de los estudios de MAPA realizados entre 2011 y 2018 en la Unidad de Monitoreo e Investigación en PA (UMIPA) del Hospital de Clínicas. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo para conocer las características de la población objetivo, correlacionar la medida de PAA mediante MAPA con la PAC y categorizar a los sujetos con y sin tratamiento antihipertensivo, comparando las proporciones según el criterio diagnóstico de PAC que se utilice: ESC/ESH 2018 ($PA \geq 140/90$ mmHg) vs criterio AHA 2017 ($PA \geq 130/80$ mmHg).

Resultados y discusión

De los MAPA en 24hs realizados entre 2011 y 2018 en UMIPA, se incluyeron en el estudio 344 de acuerdo con los criterios de inclusión de validez de la técnica.

209 fueron mujeres (60.8%) y 135 hombres (39.2%). El 59.9% de los pacientes referían el antecedente de HTA, frecuencia mayor que en la población general.

Se presentaban sin tratamiento antihipertensivo 140 (40.7%) pacientes. De la categorización en 4 grupos de riesgo cardiovascular crecientes (normotensión, hipertensión de túnica blanca, hipertensión oculta e hipertensión sostenida), comparando las proporciones según el criterio diagnóstico de PAC utilizado (ESC/ESH 2018 vs criterio AHA 2017), se observó una disminución significativa en la proporción de individuos normotensos (52.1% vs 37.1%) e hipertensos ocultos (21.4% vs 7.2%). La proporción de hipertensos sostenidos y de túnica blanca aumentó significativamente (22.2% vs 36.4% y 4.3% vs 19.3% respectivamente). Figura 1.

Bajo tratamiento antihipertensivo se encontraban 204 (59.3%) pacientes. Se categorizó en 4 grupos de control (hipertensión controlada, hipertensión no controlada restringida al consultorio, hipertensión no controlada oculta al consultorio e hipertensión no controlada). Al comparar las proporciones según el criterio diagnóstico de PAC utilizado (ESC/ESH 2018 vs criterio AHA 2017), se observó que la proporción de hipertensos controlados y de hipertensos no controlados oculta al consultorio descendió significativamente (36.3% vs 26.3% y 20.1% vs 5.4%, respectivamente). La proporción de hipertensos no controlados y los no controlados restringidos al consultorio aumentó significativamente (35.3% vs 50.0% y 8.3 vs 18.6%, respectivamente). Figura 2.

Conclusiones

Las categorías definidas de HTA, tratados y no tratados, combinando mediciones de consultorio y ambulatorias, se modifican de manera significativa cuando se cambian los umbrales diagnósticos: ESC/ESH vs AHA.

Cuando se considera un umbral diagnóstico de PAC más exigente, baja la proporción de sujetos que se encuentran en el cuadrante óptimo (normotensos e hipertensos controlados), lo que implicaría cambios en la práctica clínica.

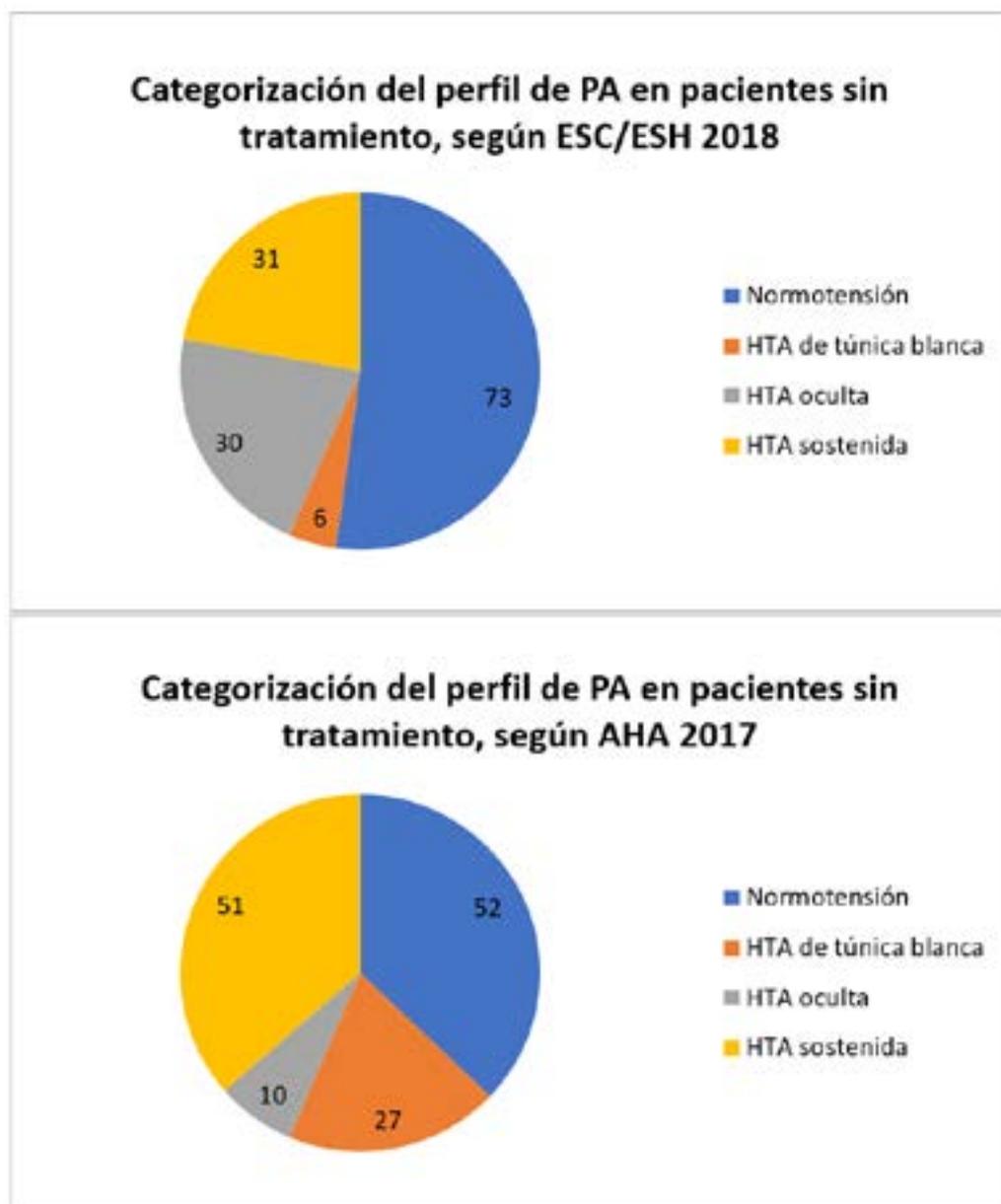


Figura 1

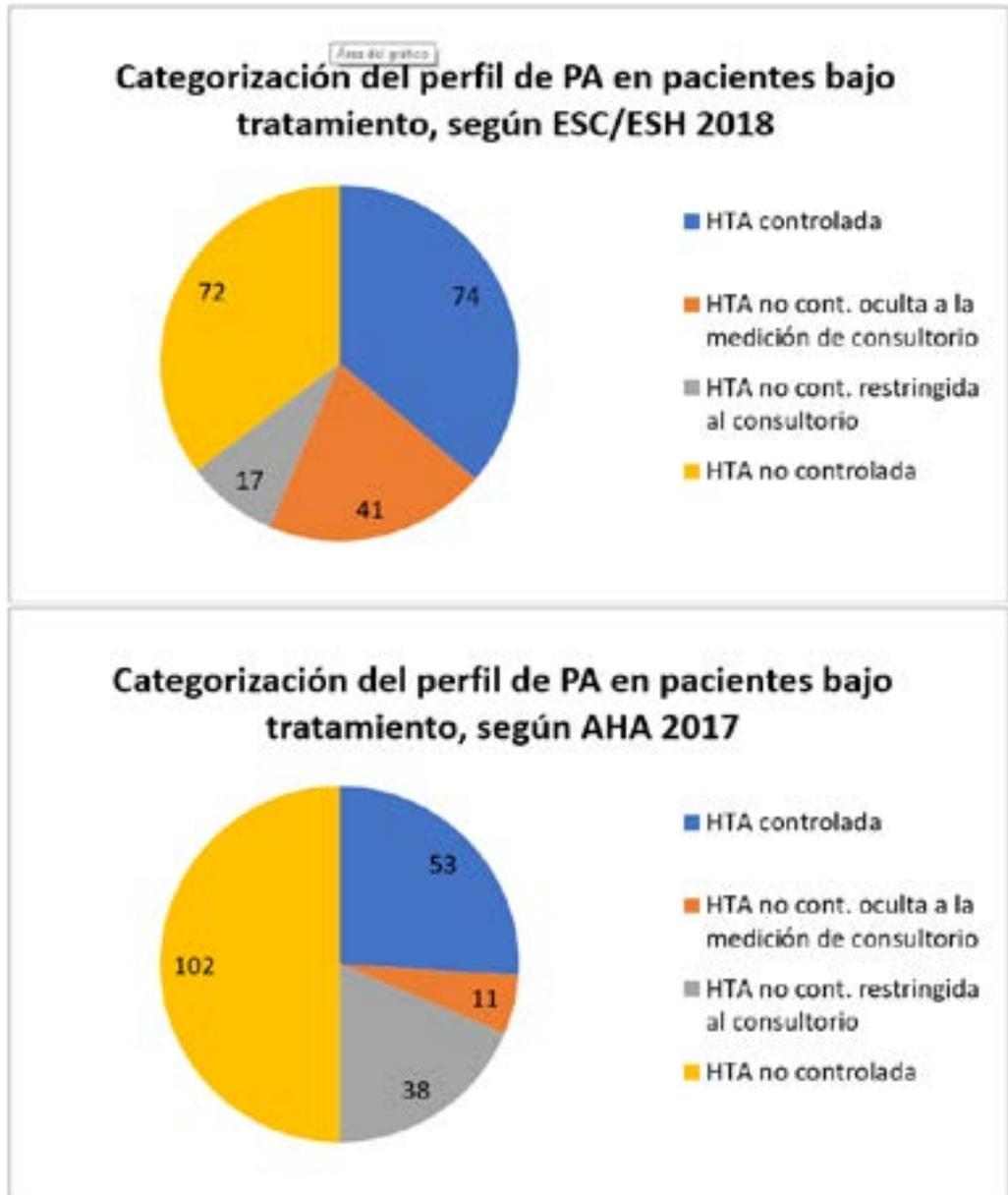


Figura 2

CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES QUE VIVEN CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Autores: González V, Rodríguez, M, Mousques N, Dutra A, Gonzalez H, Pereira S

Institución: GeUVIH Montevideo – Uruguay

Introducción

Muchas cohortes de personas afectadas con VIH en el mundo han aportado el conocimiento de la historia natural de esta enfermedad.

El Grupo de estudio Uruguayo de VIH, (GeUVIH) comenzó en 2018 el seguimiento de una cohorte de personas que viven con VIH pertenecientes a diferentes prestadores de salud.

Objetivos

Describir las características de los integrantes de la cohorte de GeUVIH

Metodología

Estudio de cohortes, retrospectivo, observacional y multicéntrico. Sujetos del estudio: 795 personas VIH-positivas. Ámbito: Centros con consultas ambulatorias públicos y privados.

Periodo de estudio: 1 de julio del 2018 al 31 de mayo del 2021.

Las variables fueron: 1) datos filiatorios, 2) Infección con VIH 3) datos mortalidad

Los variables se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes que firmaron el consentimiento informado para participar de la cohorte GeUVIH.

Resultados

Se incluyeron 195 pacientes. El 70 % eran hombres. La mediana de edad 46 años. El 23 % completó secundaria y trabajaban el 76%.

Orientación sexual de los hombres (N: 556): 264 HSH, 263 heterosexuales y 29 bisexuales. Mujeres (N: 239): 231 heterosexuales, 5 lesbianas y 3 bisexuales.

La distribución anual en los diagnósticos se muestra en el gráfico 1.

Años viviendo con VIH: 49% llevaban 10 años o menos al momento de la recolección de datos y 1.4% más de 30 años.

Al ingresar a la cohorte el 25 % estaban en estadio SIDA. En el gráfico 2 se muestra la relación entre los años viviendo con VIH y estadio Sida/no sida. Se encontró una asociación significativa entre > 10 años viviendo con VIH y Sida.

Motivos que llevaron al diagnóstico: control en salud 189, enfermedad oportunista 59, repercusión general 44, otra ITS 33, control de embarazo 27, 12 por donación, 8 plaquetopenia y 423 no figuraba el dato.

Al momento del diagnóstico, 136 tenían < 200 CD4.

Actualmente el 98% estaba recibiendo ARV y 84 % tenían CV indetectable. El 13% estaban en su primer esquema de tratamiento, 76% en su segundo y 11 % en su tercer esquema.

Durante la pandemia COVID-19, 41 pacientes cursaron la enfermedad con buena evolución.

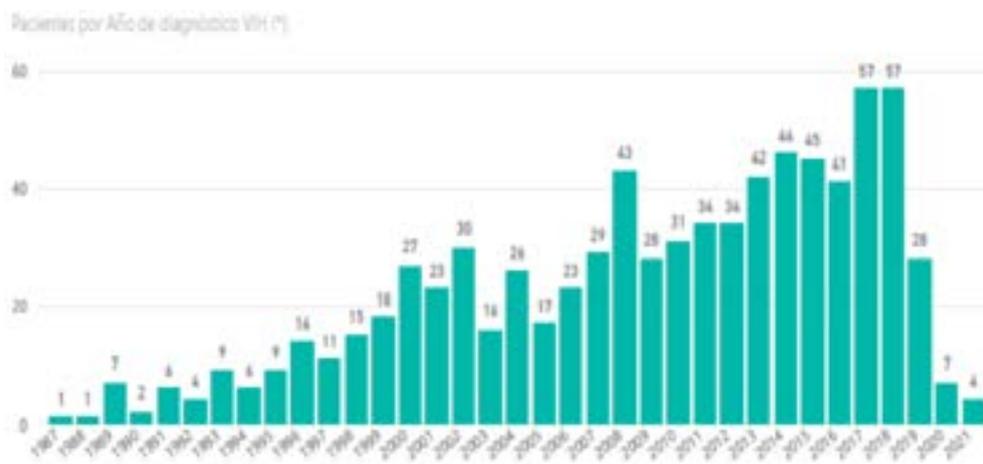
Fallecieron 4 pacientes de la cohorte, en 2 de ellos por neoplasias.

Discusión

Estos son los primeros datos de una cohorte uruguaya multicéntrica de pacientes ambulatorios, que comenzó en 2018. Se trata de personas en su mayoría de sexo masculino, de mediana edad y con un nivel educativo bajo.

La mitad de la población era HSH. Se reconoce un aumento de la prevalencia de infección por VIH en poblaciones de riesgo como son los HSH. El 25 % de la población al momento del diagnóstico ya estaba en estadio Sida y esto se asoció con vivir más de 10 años con VIH.

Los pacientes se muestran adherentes al TAR y en su mayoría con cargas virales indetectables. La enfermedad COVID-19, y otras comorbilidades fueron similares a las descritas en otras cohortes. Se debe mejorar los registros de variables importantes de éstos pacientes para mejorar su caracterización.



Gráfica 1. Distribución anual de diagnóstico VIH.



Gráfico 2. Años viviendo con VIH y estadio SIDA al ingreso a la cohorte.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON TROMBOSIS ASOCIADA A COVID 19 ASISTIDA EN LA UNIDAD DE HEMOSTASIS Y TROMBOSIS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Autores: Pizzarossa AC, Mérola V, Spangenberg MN, Lorenzo M, Boada M, Guillermo C, Martínez R.

Institución: Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. UdelaR. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) representa una fuente importante de complicaciones en el paciente con COVID 19. La duración de la anticoagulación de estos pacientes dependerá tanto de las características clínicas de COVID 19 como de otros factores de riesgo de ETV que se asocien a éste.

Objetivos

Describir las características de la población con trombosis asociada a COVID 19

Metodología

Es un estudio observacional, descriptivo. Se obtuvieron los datos de los registros clínicos de los pacientes

Resultados

Características generales: De los 348 pacientes con ETV asistidos en la Unidad de Hemostasis y Trombosis del Hospital de Clínicas, 8 son trombosis asociadas a COVID 19.

En la tabla 1 se describen las características de la ETV asociada a COVID 19. Las características clínicas del COVID 19 se describen en la tabla 2.

Con respecto a la clasificación de la gravedad de COVID 19 que presentaron estos pacientes, se plantea que leve incluye pacientes con síntomas pero sin neumonitis (que cursaron infección tanto de forma ambulatoria como intrahospitalaria), moderado implica pacientes con neumonitis que ingresaron a sala de cuidados moderados y grave implica internación en cuidados intermedios o intensivos por COVID 19.

Se destaca los casos de ETV asociados a COVID leve ambulatorio, dado que en la literatura hay reportes aislados de ETV asociada a COVID leve (1,2) y en grandes cohortes no se han reportado estos eventos(3).

Con respecto a la estrategia terapéutica, se planteó anticoagulación indefinida y estudiar causas de ETV (como si fuera una ETV no provocada) en un paciente con TVP diagnosticada en mayo que tuvo COVID leve ambulatorio en abril. El resto de los 7 eventos ocurrieron en mayo-junio por lo que aún están bajo tratamiento anticoagulante (primeros 3 meses) y no se ha revalorado la duración del mismo.

Con respecto al anticoagulante, 4 pacientes utilizan rivaroxabán, 2 apixabán, 1 enoxaparina y 1 warfarina.

Conclusiones

Con nuestra incipiente experiencia en el manejo de ETV asociada a COVID, se quiere remarcar la importancia de la estrategia terapéutica individualizada sobre todo en pacientes con COVID leve.

Bibliografía

- 1- Fiorini NB, Garagoli F, Bustamante RC, Pizarro R. Acute pulmonary embolism in a patient with mild COVID-19 symptoms: a case report. *Eur Heart J Case Rep.* 2021 Jan 21;5(1):ytaa563. doi: 10.1093/ehjcr/ytaa563. PMID: 33521514; PMCID: PMC7819833.
- 2- Uppuluri EM, Shapiro NL. Development of pulmonary embolism in a nonhospitalized patient with COVID-19 who did not receive venous thromboembolism prophylaxis. *Am J Health Syst Pharm.* 2020;77(23):1957-1960. doi:10.1093/ajhp/zxaa286
- 3- Piazza G, Campia U, Hurwitz S, Snyder JE, Rizzo SM, Pfeferman MB, Morrison RB, Leiva O, Fanikos J, Nauffal V, Almarzooq Z, Goldhaber SZ. Registry of Arterial and Venous Thromboembolic Complications in Patients With COVID-19. *J Am Coll*

Edad mediana (años)	64,5 (47,3-65,8)
Forma de presentación	
TVP (trombosis venosa profunda)	3/8
TEP(tromboembolismo pulmonar)	2/8 (no alto riesgo)
TVP/TEP	3/8 (no alto riesgo)
TVP proximal	4/5
Otros factores de riesgo de ETV asociados:	
Obesidad	2/8
Inmovilización	6/8
Síndrome nefrótico	1/8
Neoplasia	1/8

Tabla 1. Características generales ETV asociada a COVID-19

Leve	4/8 (2 con adquisición intrahospitalaria)
Moderado	2/8
Grave	2/8

Tabla 2. Características clínicas de COVID-19o SIDA al ingreso a la cohorte.