

C-01-05 // MEJORAS CONTINUAS EN CATETERISMO TRANSRADIAL: IMPACTO EN EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IONIZANTE.

COSTANTINI, R.; TELAYNA, J.; TELAYNA, J.; PERALTA, Y.; NOGUEROL, C.; SANTUCHO, V.; SANABRIA, C. Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: **Introducción:** los procedimientos que requieren radiación ionizante en patología cardiovascular están en continuo crecimiento siendo la angiografía coronaria responsable al menos entre 50 a 70% de la actividad en un servicio de cardioangiología intervencionista. Los cambios introducidos para disminuir el daño potencial de la radiación ionizante para el paciente y el personal deben ser adquiridos y medidos para determinar su impacto.

Objetivo: evaluar efectividad de la angiografía coronaria con catéteres dedicados para vía transradial vs procedimientos de angiografía coronaria con catéteres stadards.

Materiales y Métodos: fueron seleccionados retrospectivamente 1368 procedimientos de angiografía coronaria realizados exclusivamente por acceso radial, desde el año 2010 hasta el mes de mayo de 2018. Dicho estudio involucró dos vistas angiográficas para la arteria coronaria derecha y cuatro para la arteria coronaria izquierda. Se tuvieron en cuenta para el análisis final de ambos grupos procedimientos que requirieron al menos sumar un catéter para concluir el estudio angiográfico: tasa de cross over global. La población se distribuyó en dos grupos según el tiempo de disponibilidad del material: grupo A (catéteres Judkin Right + Judkin Left) n=865 y grupo B (catéteres Ultimate o Tiger) n=503.

Resultados: el grupo A comprendió el análisis desde 2010 hasta 2015 contabilizando una tasa de cross over a catéteres suplementarios en 49 procedimientos (6%): 40 AI 2, 6 MP 1, 3 otros catéteres, para lograr en forma exitosa la angiografía. En dicho grupo el análisis sobre los procedimientos ?puros? (n=816) evidenció un tiempo promedio de radioscopia de 4,6±11 minutos. Para el grupo B el período de análisis comprendió 2015 al 2018 y se evidenció un cross over a catéteres suplementarios en 55 procedimientos (11%): JI 24, JR 19 y ambos 12 procedimientos, con tiempos promedio de radioscopia de 3,7±0,2 minutos (p=0,09) para los estudios ?puros? (n=431).

Conclusiones: la efectividad de la angiografía coronaria con catéteres dedicados para vía transradial fue evidenciada en el requerimiento de menor material necesario (catéter único), tendencia a menor exposición a radiación ionizante y tasa de cross over similar frente a catéteres standart. La adquisición de una cultura y filosofía de la menor utilización de radiación ionizante deben ser implementadas para disminuir los potenciales efectos adversos donde los tecnólogos tienen un papel de vital importancia.

C-01-07 // REGISTRO MULTICÉNTRICO DE ANGIOPLASTIA DE MMII EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: RESULTADOS INICIALES

MOLLON, A.; MARTINO, G.; DINI, A.; LLANO, R.; PERALTA, S.; BAGLIONI, P.; FIORUCCI, M.; ALLIN, J.; COROLEU, S.; MOGUILNER, A. Sanatorio Finocchietto. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir las características de una población con arteriopatía aterosclerótica obstructiva de MMII en Argentina sometidos a angioplastia en dicho territorio, y describir la estrategia terapéutica endovascular implementada

Materiales y Métodos: Registro multicéntrico prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Entre enero y diciembre de 2017 se incluyeron 528 pacientes consecutivos con arteriopatía aterosclerótica obstructiva de miembros inferiores (MMII) a los que se le realizó angioplastia en uno o más de los siguientes territorios: iliaco (I), femoro-popliteo (FP), infrapatelar (IP) y en arterias del pie. Previo consentimiento informado, se consignaron los datos de cada paciente en una ficha electrónica con acceso único para cada centro participante.

Los resultados se expresan como la media y el desvío estándar para los datos continuos, y el porcentaje para los categóricos.

Resultados: De los 528 pacientes enrolados el 69% eran de sexo masculino, con edad media de 65,6 ±10 años. Los antecedentes relevantes y factores de riesgo se expresan en la tabla 1. La presentación clínica fue: claudicación intermitente (CI) 60,5%, 38,2% isquemia crítica (IC) y 1,3% isquemia aguda. Cabe destacar que los pacientes con IC presentaron 3 o más factores de riesgo. El compromiso isquémico del miembro afectado se distribuyó según la clasificación de Rutherford en: categoría 1: 1,74%, categoría 2: 9,42%, categoría 3: 28,44%, categoría 4: 18,15%, categoría 5: 16,75% y categoría 6: 16,75%.

El tiempo de evolución del cuadro clínico fue: <1 mes 15,65%, entre 1 y 6 meses 43,28% y >6 meses 33,5%.

Método diagnóstico previo a la angioplastia periférica(ATP) índice Tobillo-Brazo 26%, EcoDoppler 59%, Angio-Tomografía Computada 3,3% y Angio-Resonancia Magnética 0,17%. El 2,8% fue evaluado con 2 o más estudios por imágenes. La angiografía fue el único estudio diagnóstico en el 40,5% de los pacientes.

Territorio afectado (estenosis >50% u oclusión total): Iliaco 32,2%, FP 65%, IP 69,5% y arterias del Pie 28%
Territorio tratado y estrategia de ATP: Iliaco 25% (130p): 90% de implante de stent; FP 59% (309p): 38% de balón, 32% de balón liberador de droga y 30% de implante de stent; IP 34% (181p): 80% de ATP con balón; arterias del Pie 4,5% (24p): 100% de balón.

En pacientes con isquemia crítica el territorio FP fue el más tratado (al igual que en pacientes con claudicación intermitente) el 5% recibió tratamiento en más de un territorio. El territorio IP y de las arterias del Pie sólo fueron tratadas en pacientes con IC. El éxito angiográfico fue 84%, complicaciones intraprocedimiento 2%. Complicaciones intrahospitalaria amputaciones mayores 3%. Muerte intrahospitalaria 0,5%

Conclusiones: En esta población estudiada se observa una alta prevalencia de factores de riesgo coronario y en estadíos severos de la enfermedad. Se constata una baja utilización de métodos diagnósticos no invasivos previos a la angioplastia.

El territorio FP fue el mas tratado tanto en CI como en IC. En IC se trato mas de un territorio, en concordancia fisiopatológica. La utilización stent fue alta en el territorio iliaco y baja en los territorios femoro-popliteo e infrapatelar, acorde a la bibliografía mundial.

La alta presencia de isquemia crítica demuestra una intervención muy tardía en ésta población.

FRC	%
Diabetes	63%
Tabaquismo	30%
Ex tabaquistas	35%
HTA	84%
Dislipidemia	62%
Obesidad	27%
Insuf renal crónica	12%
Bypass periférico previo	7%
ATP previa	20%
Aneurisma de Ao	3%
FA	4%
Enf coronaria	25%
ACV	5%

C-01-06 // PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD POSTOPERATORIA DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON CIRUGÍAS CARDIOVASCULARES CON BOMBA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA MEDIANTE EL EUROSORE II

CULVER, S.; POLITI, M.; SERAFICA, F.; SALVO, G.; FERREYRA, R.; BORTMAN, g.; PIAZZA, A.; CAPURRO, C. Universidad De Buenos Aires - Facultad De Medicina. Caba, Argentina.

Objetivos: 1) Estimar el riesgo de mortalidad postoperatoria de una cohorte prospectiva de pacientes con cirugías cardiovasculares con bomba de circulación extracorpórea (CEC) mediante el EuroScore II. 2) Contrastar la mortalidad postoperatoria estimada mediante el EuroScore II con la observada en dicha cohorte.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva que incluyó de manera consecutiva a pacientes adultos sometidos a cirugías cardiovasculares con uso de CEC en un centro privado urbano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos relacionados con factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares, características de las cirugías y de la evolución clínica postoperatoria. Los pacientes fueron seguidos clínicamente durante la internación hasta el egreso sanatorial. Se estimó el riesgo de mortalidad postoperatoria según el EuroScore II, según datos publicados por Nashef 2012, y se contrastaron estos datos con la mortalidad postoperatoria observada. Los datos se analizaron en STATA versión 15.

Resultados: Entre agosto de 2015 y abril de 2018 se enrolaron 176 pacientes sometidos a cirugías cardiovasculares con uso de CEC. La mayoría de ellos eran hombres (74%) ancianos [66 [58-73] años de edad] con hipertensión arterial (80%). La mayoría de las cirugías cardiovasculares eran programadas (72,7%); el resto eran cirugías de urgencia (22,7%) o de emergencia (4,6%). La mediana de tiempo de bomba fue de 83 [70 ? 108] minutos. Los tipos principales de cirugías eran cirugías de revascularización miocárdica (43,8%), reemplazos valvulares aórticos (13,1%), reemplazos valvulares mitrales (3,4%) y cirugías combinadas (30,1%). Se observaron 15 muertes postoperatorias durante este periodo (8,5%). La mortalidad postoperatoria esperada por estimación del EuroScore II fue de 8,3%.

Conclusiones: En base a los resultados encontrados, concluimos que el EuroScore II podría ser una herramienta adecuada para estimar la mortalidad postoperatoria de una cohorte prospectiva de pacientes de sometidos a cirugías cardiovasculares en un centro privado urbano de CABA.

Tabla 1. Características de las cirugías cardiovasculares

	(n=176)
Tipos de cirugía cardiovascular	
CRM aislada - %	77 (43,8%)
RV Ao aislada - %	23 (13,1%)
CRM + RV Ao - %	22 (12,5%)
Plástica mitral - %	9 (5,1%)
RV Ao + Reemplazo de aorta ascendente - %	8 (4,6%)
RVM - %	6 (3,4%)
RV Ao + RVM - %	5 (2,8%)
Trasplante cardíaco	5 (2,8%)
RV Ao + Maze y/o septectomía	4 (2,3%)
RVM + Plástica tricuspídea + Maze	3 (1,7%)
CRM + Plástica tricuspídea + Plástica mitral	2 (1,4%)
CRM + Enderarterectomía	2 (1,4%)
Reemplazo de aorta ascendente	2 (1,4%)
Otras	8 (4,6%)
Cirugías combinadas - %	53 (30,1%)
Tiempo de bomba - minutos [	83 [70 – 108]
Tiempo de clampeo - minutos [	59 [50 – 78]
Situación quirúrgica	
Programada - %	128 (72,7%)
Urgencia - %	40 (22,7%)
Emergencia - %	8 (4,6%)

[Variable con distribución no normal, expresada como mediana y rango intercuartilo. El resto de las variables son variables categóricas expresadas como cantidad de casos y frecuencia (entre paréntesis). POP: postoperatorio. CRM: cirugía de revascularización miocárdica. RV Ao: reemplazo valvular aórtico. RVM: reemplazo valvular mitral.

C-01-08 // TIEMPO PUERTA BALÓN: PORQUÉ MANTENER SU MEDICIÓN?

COSTANTINI, R.; TELAYNA, J.; TELAYNA, J. Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: El principal objetivo en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST consiste en la rápida reperusión del vaso culpable mediante angioplastia coronaria según recomendaciones de guías internacionales actuales en un tiempo menor a 90 minutos.

El tiempo puerta balón es un indicador transversal de calidad hospitalaria en el que participan distintos efectores de salud sobre el mismo paciente durante la internación índice.

Por lo tanto la construcción por subperíodos permitiría implementar mejoras aún con un tiempo puerta balón "dentro de un standard apropiado".

Objetivo: Evaluar el tiempo puerta balón del Servicio y sus subperíodos en pacientes con PCI en STEMI.

Materiales y Métodos: Desde 2000 a Mayo de 2018 se realizaron 524 angioplastias coronarias primarias en forma consecutiva en pacientes que se presentaron con infarto agudo de miocardio con STEMI. Fueron excluidos pacientes con STEMI como epifenómeno. La población total quedó conformada por 494 pacientes, siendo el grupo A años 2000-2013 (n=331); y grupo B años 2014-2018 (n=163). Se realizaron además de la medición total del tiempo puerta balón sus sub-períodos: Tiempo 1) tiempo puerta/llamado a cardiólogo intervencionista; Tiempo 2) tiempo llamado intervencionista/ llegada al hospital; Tiempo 3) pedido del paciente a guardia/llegada a sala de Hemodinamia; Tiempo 4) llegada a sala/acceso vascular logrado; Tiempo 5) Acceso vascular/TIMI 3. Grupos A y B respectivamente: edad promedio 57,1±11,1 vs 59,9±11 años p<0,01; varones 295 (89%) vs 138 (85); diabetes 61(18) vs 35 (21); infarto previo 30 (9) vs 31 (19) p<0,01; ATC previa 36 (11) vs 40 (25) p<0,01; FEy (%) 56,7±15,5 vs 49,8±13,1 p<0,01; arteria DA 141 (43) vs 77 (47); CD/CX 190 (57) vs 86 (53); KK C/D 22 (7) vs 6 (4); enfermedad multivaso 168 (51) vs 85 (52); revascularización completa en misma sesión 49 (15) vs 31 (19); acceso transradial 65 (20) vs 123 (75) p<0,01; tromboaspiración 30 (9) vs 18 (11); uso de Iliblila 61 (18) vs 23 (14); mm of stents implantados 35,7±23,8 vs 45,2±7,9 p<0,01; tiempo de RX (min) 15,6±12,3 vs 13,1±8,9 p=0,02; material de contraste (ml) 234,9±86,1 vs 173±49,3 p<0,01; tiempo puerta balón 107±61 vs 95±48 p=0,02.

Resultados: Grupos A y B respectivamente: TIMI 3 final 306 (92) vs 159 (98) p=0,02; Blush 3 final 297 (90) vs 154 (94); mortalidad cardíaca 11 (3) vs 3 (2); trombosis aguda 4 (1) vs 2 (1); complicaciones del acceso vascular 2 (1) vs 5 (3) p=0,02. Se adjuntara gráfico en presentación.

Conclusiones: Se evidenció una mejora en el tiempo puerta balón en el grupo B. Si bien es importante la medición del tiempo puerta balón como marcador global de calidad de atención, la determinación de sub-períodos permite diagnosticar los componente de eventual retardo en el mismo e implementar procesos de mejora.

C-01-09 // VELOCIDAD DE RESPUESTA DEL BARORREFLEJO

BARBONE, F.; MUSACCHIO, H.; GALLUCCIO, F.; MARTINEZ, A.; KREIG, K.
Unl - Facultad De Ciencias Medicas. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Determinar la velocidad de respuesta del barorreflejo mediante el cálculo de la pendiente de disminución del cociente LF/HF.

Materiales y Métodos: Se realizó ECG Holter durante un período basal de 5 minutos en posición supina, durante la medición de la presión arterial y durante los 5 minutos siguientes.

Se analizó la respuesta barorrefleja instantánea mediante el cálculo del cociente LFHF utilizando transformada wavelets; se realizó un análisis visual para identificar los sujetos con valores elevados del LFHF durante la medición de la PA.

Se calculó la pendiente (m) de descenso desde el valor máximo de LFHF durante la medición de PA hasta los 2 y 5 segundos posteriores, en valores absolutos y porcentaje.

Se utilizó la fórmula: $m = (Y_2 - Y_1) / (X_2 - X_1)$

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

Se calculó la media, mediana, desvío estándar, asimetría y curtosis de las variables estudiadas.

Resultados: Se incluyeron 70 individuos entre 18 a 82 años, con una media de 41.7 ± 19.7 , siendo el 55,7% mujeres.

La pendiente a los 2 segundos tuvo una distribución asimétrica sesgada a derecha (índice de asimetría o skewness = -1,38).

La mediana de la pendiente fue de -5,29 (rango -0,3 a -31,97).

El declive de actividad simpátovagal luego de los 2 segundos de su cúspide tuvo una distribución normal ($44,6\% \pm 18,6\%$; rango 8,9 a 82,5%).

El 65,6% de los sujetos evaluados presentaron una elevación visual de actividad simpátovagal apreciable en los gráficos de LFHF. El 47,6% evidenció un descenso de dicha actividad igual o mayor a 44,6%.

En el subgrupo que mostró picos de LF/HF el porcentaje de disminución a los 2 segundos fue de $41,6 \pm 19,37\%$, curtosis: 1,7.

El valor de la pendiente a los 5 segundos del valor máximo tuvo una distribución asimétrica sesgada a la derecha (índice de asimetría = -2,1).

La mediana de la pendiente fue de -4,11 (rango -0,24 a -35,44).

La disminución desde el valor máximo hasta los 5 segundos posteriores tuvo una distribución normal ($71,79\% \pm 16,41$; rango 31 a 92%).

En los sujetos que presentaron picos de actividad simpátovagal, el porcentaje de disminución a los 5 segundos fue de $68,69 \pm 20,75$ (rango 6,12 a 94,84%), curtosis: 1,7.

Se realizó un test T para muestras apareadas entre la caída de la pendiente medida porcentualmente a los 2 y 5 segundos, lo que arrojó un valor $p=0,004$.

Conclusiones: La velocidad de respuesta del barorreflejo fue extremadamente variable en los sujetos estudiados.

La velocidad de descenso de actividad del barorreflejo fue menor entre los 2 y 5 segundos, aunque persistió durante ese período.

Según Pickering, el tiempo necesario para iniciar una respuesta barorrefleja son dos latidos cardiacos en presencia de elevación de la PA, mientras que en sujetos hipertensos crónicos, el barorreflejo se reacomoda? para reaccionar a los nuevos valores de PA media. Consecuentemente, el estudio de la variabilidad barorrefleja continua de un sujeto frente a la medición de la PA serviría para desestimar valores de PA elevados que se deban simplemente a estímulos simpáticos.

C-02-02 // PARO CARDIACO EXTRAHOSPITALARIO. EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO PRIVADO ARGENTINO.

APESTEGUIA, A.; SAVIA, A.; FARIAS, A.; MUGABURU, M.; ARIAS, P.; VARGAS, O.; MENDEZ, G.; BERENSTEIN, D.
Acudir. Caba, Argentina.

Objetivos: ¿Describir las características epidemiológicas de los pacientes con Paro Cardiorrespiratorio no traumático (PCR) atendidos por un Servicio de Emergencias Prehospitalario (SEM) privado.

¿Correlacionar variables como primer ritmo de paro detectado y cantidad de dosis de adrenalina administradas con la supervivencia.

¿Comparar la epidemiología y supervivencia con los registrados en la literatura.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en base a registros de atención prehospitalaria confeccionados por médicos del SEM ACUDIR desde el 1/1/2017 al 31/1/2017 inclusive. Se volcaron inicialmente los datos a una planilla de Microsoft Excel. Se excluyeron todos aquellos pacientes que no hayan recibido maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) por parte del equipo de emergencias diagnosticándose como no reanimables al llegar. Se excluyeron registros duplicados del mismo paciente ya que implican un segundo móvil de apoyo. Se obtuvo un n de 126 casos. Para el análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (sensibilidad, especificidad, prueba chi cuadrado), para un nivel de significación $p \leq 0,05$ e intervalo de confianza del 95%. El análisis se realizó con el software Epi Info v7.2.2.1

Resultados: Se analizaron 126 casos, en ellos el ritmo inicial más frecuente fue ASISTOLIA/AESP 99 (77%), FV/TV 6 (3%) No especificado 27 (20%). La edad promedio fue de 75.2 años (DE+15.55). Un total de 56 pacientes recibieron Adrenalina. Promedio 4 dosis de 1mg (Rango 1 a 6 dosis). Se constató retorno de la circulación espontánea (RCE) prehospitalario en 12 pacientes (9,5%). No se encontró relación estadísticamente significativa entre primer ritmo documentado o cantidad de adrenalinas administradas así como edad del paciente.

Conclusiones: El presente trabajo describe las características básicas de los pacientes con PCR atendidos por un SEM privado. Sorprende la alta tasa de no registro del primero ritmo así como la no administración de adrenalina (que podría ser en parte sub-registro). El RCE prehospitalario de nuestra serie se encuentra al nivel de los servicios de emergencias de países desarrollados reportados en la literatura. Aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables analizadas, creemos que este trabajo deberá ser seguido de un trabajo prospectivo que permita tener un registro más certero y en paralelo un fuerte trabajo académico que permita aumentar la adherencia a las actuales recomendaciones de RCP.

C-02-01 // AUMENTO DE LA AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN DEL DIÁMETRO ERITROCITARIO (RED CELL DISTRIBUTION WIDTH O RDW) Y MORBIMORTALIDAD POSTQUIRÚRGICA

IBARZABAL, J.; RAHL, V.; AHUMADA, N.; REALINI, M.; LAGRUTTA, M.; PENDINO, J.; PARODI, R.; GRECA, A.
Hospital Centenario Rosario. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Las complicaciones postoperatorias son difíciles de predecir. El RDW representa una medida de la variabilidad del tamaño y/o volumen eritrocitario. Es considerado marcador pronóstico dado sus modificaciones en estados inflamatorios. Su variación dinámica (Delta-RDW) estaría relacionado con los cambios fisiológicos. Analizar la asociación del Delta-RDW con los eventos morbidos durante el postoperatorio inmediato y mediato de cirugías mayores no cardíacas. Los secundarios incluyeron correlacionar su capacidad predictiva de eventos con otros marcadores pronósticos.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, analítico y observacional. Se analizaron 205 historias clínicas de postoperatorios del Hospital Centenario durante octubre 2016-2017. Se incluyeron adultos sin modificadores conocidos del RDW basal.

Se consideraron los Scores: SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), AHA (American Heart Association) y Goldman. Los eventos se evaluaron hasta el alta nosocomial y se definieron según el registro POMS (Postoperative Morbidity Survey) modificado.

Se analizó la diferencia entre el RDW (porcentaje) y de Score de SOFA basal con el obtenido a las 48 horas del postoperatorio, el previo/simultáneo al evento y el máximo alcanzado en internación. La asociación entre variables se evaluó por Test de Chi Cuadrado, Fisher y T Student. El valor de Delta-RDW para predecir eventos se determinó por Curva ROC. El riesgo se estimó por Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se aplicó regresión logística bimodal multivariante. Se consideró significativa una p menor (<) a 0,05.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes de 48,26 $\pm$ 14,1 años. 61,1% fueron masculinos y 54,4% oncológicos. AHA bajo en 81,1% y Goldman I en 92,2%. APACHE fue 8,9 ($\pm$ 4,8). 52 presentaron al menos un evento, en 42 fueron infecciosos. 5,5% fallecieron.

El Delta-RDW previo/simultáneo al evento fue $1,06\% \pm 1,76$ versus $-0,003\% \pm 0,51$ ($p < 0,0001$) en no complicados. A las primeras 48hs fue $0,71\% \pm 0,78$ en complicados versus $0,03\% \pm 0,5$ ($p < 0,0001$). El Delta-RDW 0,25% predijo eventos con sensibilidad de 76% y una especificidad de 87% a las 48 horas (OR: 21,7; IC 95%: 6,1-77, $p < 0,0001$) y de 77% y de 84% (OR: 17,8; IC 95%: 6,01-52,59, $p < 0,0001$) previo/simultáneo al evento.

El OR de eventos del Delta-SOFA > 2 fue 2,4 (IC 95%: 0,82-6,8, $p = 0,138$) y del APACHE > 10 de 5,3 (IC 95%: 1,91-14,90, $p < 0,001$). Se mantuvo la significancia estadística para predecir eventos de la diferencia de RDW al ajustar por estos scores y por el valor de la hemoglobina. Predijo complicaciones totales sin discriminarlas.

Conclusiones: Parámetro disponible sin mayor costo, que ajustado por otras variables se asoció a complicaciones. El valor Delta-RDW 0,25% fue el mas sensible y específico en la predicción.

Si bien se necesitan mayores estudios, se podría adicionar a Scores validados.

C-02-03 // PROTECCION CELULAR FARMACOLOGICA CON ALOPURINOL EN EL SHOCK HEMORRAGICO

ORTIZ FRAGOLA, J.; CAO, G.; TUMARKIN, M.; MULLER, A.; MORIONDO, M.; SANGIORGIO, M.; AZZATO, F.; AMBROSIO, J.; MILEI, J.
Instituto De Investigaciones Cardiologicas Prof. Dr. Alberto C. Taquini. Caba, Argentina.

Objetivos: Comparar, en un modelo murino de shock hipovolémico y reanimación estándar, parámetros de daño tisular entre un grupo con tratamiento citoprotectivo con alopurinol (ALO) y un grupo placebo.

Materiales y Métodos: En quince ratas Wistar se utilizó un modelo de shock hipovolémico controlado por presión arterial. Se indujo el shock mediante la extracción por la arteria carótida del volumen de sangre necesario para lograr una tensión arterial media de entre 38 y 42 mmHg, que se mantuvo durante 1 hora. Luego de la fase de shock se procedió a la reanimación, que duró 30 minutos y en la cual se reinfundió la sangre extraída más una cantidad proporcional de Ringer Lactato. Los animales se dividieron aleatoriamente en 2 grupos: Grupo Control (tratamiento placebo, n=6) y Grupo tratamiento (alopurinol, n=9). Se realizaron extracciones de sangre para analizar en tres momentos diferentes: previo al inicio del shock, al final de la fase de shock y al final de la fase de reanimación. En las muestras de sangre se evaluaron: creatinina, hepatograma, creatinfosfokinasa (CK), pH, bicarbonato, exceso de base, ácido láctico y láctico deshidrogenasa (LDH). Al finalizar la fase de reanimación los animales fueron sacrificados, extrayéndose muestras de intestino y riñón que se evaluaron con tinción de H&E. Para evaluar la severidad de la lesión tisular se emplearon scores histopatológicos para cada órgano. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar y se analizaron mediante el test de la t de Student. Se definió una p estadísticamente significativa menor a 0.05. Se aplicaron los principios de cuidados de animales de laboratorio según los parámetros revisados del National Institute of Health.

Resultados: No hubo diferencias significativas en la TAM basal pre-shock (mmHg, Control 112.6 ± 15.9 , ALO: 119.7 ± 21.1), durante el shock (mmHg., Control 40.8 ± 0.5 , ALO: 41.04 ± 0.6) o durante la reanimación (Control 112.67 ± 8.4 , ALO: 119.7 ± 21.5) entre los grupos.

El Grupo con ALO, luego del shock, mostró aumento del bicarbonato (mg/dl Control: 13.04 ± 3.19 ; ALO: 16.48 ± 1.2 ; $p=0.04$) y disminución del exceso de base (ALO: -6.09 ± 2.28 , Control: -9.28 ± 2.66 , $p=0.038$), del ácido láctico (mg/dl, ALO: 5.9 ± 1.3 ; Control: 7.88 ± 1.3 ; $p=0.026$), de la creatinina (mg/dl, Control: 0.76 ± 0.09 ; ALO: 0.6 ± 0.1 ; $p=0.009$), de la GOT (UI/L, ALO: 137 ± 45 , Control: 212 ± 73 , $p=0.029$), de la GPT (UI/L, ALO: 46 ± 8.1 , Control: 62 ± 19.2 , $p=0.04$) y del aumento de la LDH (UI/L, Control: 671.6 ± 276 ; ALO: 106 ± 245 ; $p=0.001$). El tratamiento con ALO, luego de la reanimación, disminuyó la creatinina (mg/dl, ALO: 0.34 ± 0.03 , Control: 0.44 ± 0.08 , $p=0.011$), la GOT (UI/L, ALO: 156 ± 49 , Control: 239 ± 78 , $p=0.025$) y el aumento de la LDH (UI/L, ALO: 443 ± 509 , Control: 983 ± 248 , $p=0.032$) y de la CPK (?mol/L, ALO: 1250 ± 1391 , Control: 3145 ± 1668 , $p=0.032$). Además, ALO disminuyó el daño histopatológico en riñón (Control: 2.6 ± 0.5 ; ALO: 0.7 ± 0.5 ; $p < 0.0001$) e intestino delgado (Control: 2.5 ± 0.5 ; ALO: 0.8 ± 0.4 ; $p < 0.0001$).

Conclusiones: En un modelo de shock hipovolémico y reanimación estándar, el tratamiento con ALO promovió la tolerancia celular y tisular al shock, mejorando parámetros humorales e histopatológicos de daño tisular.

C-02-04 // RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO: EXPERIENCIA CON 78 CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD

BULATY, S.; DEL PICCOLO, P.; ANTUNES, L.; HUCK, B.; LAGRUTTA, M.; MARQUÍNEZ, L.; PARODI, R.; GRECA, A. Hospital Centenario Rosario. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: El intercambio plasmático terapéutico (RPT) constituye una técnica de aféresis que se caracteriza por la extracción de grandes volúmenes de plasma para lograr la eliminación del 70% de sus componentes.

Actualmente, la experiencia en su uso se basa en estudios no controlados, retrospectivos, descripción de casos y algunos ensayos prospectivos controlados, pequeños. Además, por ser patologías infrecuentes, existe heterogeneidad entre los diferentes centros en cuanto a su uso.

El objetivo de este estudio es analizar las indicaciones, características de la población, respuesta terapéutica, complicaciones y morbilidad relacionadas al uso del RPT.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo/analítico, observacional, de todos los pacientes sometidos a RPT durante un período de tiempo comprendido entre 1/1/2007 y el 30/1/2017. La información se obtuvo de la base de datos del servicio de hemoterapia y de las historias clínicas del Hospital Provincial del Centenario de Rosario. Se excluyeron aquellos pacientes cuyas historias clínicas no estaban disponibles.

Resultados: Durante el período analizado, se llevaron a cabo 94 procedimientos de RPT en 90 pacientes, con un total de 643 sesiones. 16 fueron excluidos, se analizaron 78 procedimientos. En su mayoría mujeres (62,8%), con una edad promedio de 36 años.

Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: rechazo humoral de trasplante renal (RH) (26%), PAM (13%), PTT (9,1%), PTT/SHU típico (7,8%). Las patologías más frecuentes en las que se indicó RPT fueron: RH (26,9%), HAD/GMNR (11,5%), otras indicaciones relacionadas al trasplante renal (10,3%), PTT (9%), HAD (6,4%). Resultaron en un 79,5% patologías graves, en 20,5% moderadas y ninguna de carácter leve. En 68 pacientes se utilizó tratamiento concomitante, en su mayoría corticoides (72,4%). Se evidenció sólo en un 14,3% respuesta completa al alta, en un 48,6% respuesta parcial y en un 37,1% ninguna. Durante las evaluaciones posteriores, se observó respuesta completa en un 25%, en 39% parcial y en 36% ninguna.

Los pacientes con enfermedad grave tuvieron significativamente más secuelas que aquellos con enfermedad moderada ($p=0,014$). La presencia de secuelas se relacionó en forma estadísticamente significativa con el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso hospitalario ($p < 0,01$).

La mortalidad intra procedimiento fue de 14,1%. La edad fue asociada significativamente a la mortalidad ($p=0,028$).

Con respecto a las complicaciones, en el 54,5% se evidenciaron reacciones adversas, en su mayoría leves.

Conclusiones: La principal indicación de esta terapéutica fue el RH, seguido por la microangiopatía trombótica, obteniéndose en general respuesta parcial y completa respectivamente.

La mayoría de las patologías en las que se indicó el RPT, se incluyen dentro de la categoría I de recomendación de la ASFA, grado de recomendación 1.

Las complicaciones relacionadas con la técnica fueron generalmente leves y autolimitadas y no se relacionaron con la mortalidad general.

C-02-06 // VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN PACIENTE CRÍTICOS

DUMO, S.; MIGNOLA, G.; FERNANDEZ, A.; GARCIA ROJAS, S.; YACCUZZI, W.; PAGANI, C.; SORIA, A.;

GARRIDO, M.; SALCEDO ANTOLINEZ, R.; JIMENEZ CORREA, J.; BENITEZ, M.

Clinica Privada Vélez Sarsfield. Servicio De Nefrología y Trasplante. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Validar el sistema de Valoración Global Subjetiva nutricional en pacientes en unidad crítica (UTI y UCO) determinando su capacidad de predecir prolongación de los días de internación y mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico. Un médico realizó la evaluación nutricional de los pacientes de UTI y UCO. Otro médico, ciego de los resultados de la V.G.S., recogió los datos de días de internación y óbito. Fueron excluidos Pacientes con Glasgow < 15, con síndrome confusional agudo, con demencia o en ARM. Los datos demográficos (edad y género), la duración de la estadía en la UTI y la UCO y mortalidad. Las variables cualitativas se expresaron con frecuencias absolutas y relativas, las cuantitativas con media, ds, rango. Se analizó la correlación de variables numéricas por Coeficiente de correlación de Pearson y regresión lineal y las categóricas mediante test chi 2 y regresión logística con el sistema estadístico Infostat.

Resultados: Resultados: n: 57, 24 mujeres (42%) y 33 varones (58%), la edad media: 60 años, Ds. 17.57 (17-88). Peso de los pacientes al ingreso media de 76.42 kg., Ds 19.87 (46-135), la pérdida de peso media fue de 4,77 kg., Ds. 5.82 (0-25). Los días de internación: media de 7,42 días, Ds. 6.06 (1-29). La determinación de la regla de APACHE II tuvo una media de 12,63 puntos, Ds. en 5,41 (4-26). Lo que arrojó un pronóstico de mortalidad media de 18,37 %, Ds. 12,28% (5.10 ? 56.90). La mortalidad fue de 8,77% (5 pacientes). La distribución de la V.G.S. Según el sexo no mostró diferencias significativas ($p=0,76$), tampoco mostró diferencias significativas la distribución de los pacientes según la V.G.S. en relación al sexo y la categoría de APACHE II. Cat. 1: $p=0,56$ Cat. 2: $p=0,62$; Cat. 3: $p=0,43$; Cat. 4 $p=0,23$. No se observó correlación entre la Puntuación del APACHE II y la V.G.S.: Coeficiente de Correlación de Pearson (CCP): 0.03 ($p=0,83$) No se observó correlación entre la pérdida de peso y la resultante en VGS: CCP: -0.1 ($p=0,96$). Se observó correlación directa entre la VGS y la edad: CCP: 0.27 ($p=0,04$) Se observó correlación directa entre la VGS y los días de internación general: CCP: 0.38 ($p=0,0038$) y estratificado por categoría de APACHE II: C1: CCP: 0.90 ($P=0,28$), C2: CCP: 0.20 ($p=0,48$), C3: CCP: 0.69 ($p=0,0002$), C4: CCP: -0.030 ($P=0,90$) no se pudo analizar en C5 y C6 por la escasa n. Regresión logística binaria de la V.G.S y Óbito general, el O.R. de la Clasificación C de V.G.S. es de 48 ($p=0,0061$) Relación entre V.G.S y Óbito estratificado por APACHE II: se detectó relación significativa en la categoría 4 de APACHE II $p=0,0041$ No se detectó relación estadísticamente significativa en las restantes categorías de APACHE II.

Conclusiones: La V.G.S resulta una herramienta válida en pacientes en unidad crítica y su utilidad radica en la capacidad de predecir mayor tiempo de internación y mortalidad a medida que se constata mayor desnutrición. Determinamos una elevada prevalencia de desnutrición en los pacientes críticos independientemente del grado de severidad de su enfermedad aguda reflejada en la regla de APACHE II. Resulta fundamental continuar esta investigación para ampliar la muestra

C-02-05 // VALIDEZ DE LA BASE EXCESO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD TEMPRANA EN PACIENTES CON TRAUMA

BASTIDAS, A.; DIAGO TRUJILLO, M.; MARTÍNEZ RACHE, J.; GUTIERREZ GARZON, M.; JAIMES PEÑUELA, C.;

RINCÓN SALAZAR, A.

Clinica Universidad De La Sabana. Bogota, Colombia.

Objetivos: Determinar la validez de base exceso como predictor pronóstico para mortalidad temprana en UCI en pacientes con trauma.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, en pacientes con cualquier tipo de trauma que requirieron ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo en una Clínica de III nivel de atención en Colombia, entre enero 2010 a agosto 2017. Se estudiaron variables demográficas, APACHE II, SOFA, Índice de severidad del trauma, valores de gases arteriales a diferentes horas de ingreso a UCI y mortalidad en los primeros 30 días, el tamaño de muestra se consideró para el cálculo de intervalo de confianza para una sensibilidad del 80% y especificidad del 70%, razón 2:1, con una precisión del 10 requiriéndose un mínimo de 186 sujetos.

Resultados: Ingresaron al análisis final 306 sujetos, la edad media fue de 37,8 años (DE 15,6) 78.8% de sexo masculino. El tipo de trauma más frecuente fue el politraumatismo (69,9%) y el mecanismo de trauma principal fue el accidente de tránsito (74,2%), se encontró una relación con mortalidad temprana el Glasgow, APACHE II, SOFA, ISS, sodio, hematocrito, bicarbonato y base exceso (BE). El promedio de BE al ingreso fue de -7,5mEq/L (DE:4,2), en las primeras 6 horas de -8,4mEq/L (DE: 4,6), entre las 6 a 12 horas -7,6 mEq/L (DE:4,7), entre 12 a 24 horas -5,8 mEq/L (DE: 4,36), mayor 24 horas -3,2mEq/L (DE: 3,1), BE ingreso no fallecidos -7,1mEq/L (DE: 3,4) fallecidos -8,6 mEq/L (DE: 5,34) ($p=0,12$), a las 6 horas -7,5 mEq/L (DE: 3,9) no fallecidos y -10,5 (DE:5,5) fallecidos ($p=0,002$), 6 a 12 horas -6,2 mEq/L (DE: 3,3) no fallecidos y -11,6mEq/L (DE:5,8) fallecidos ($p<0,001$), 12 a 24 horas -4,7 mEq/L (3,1) no fallecidos y -8,7mEq/L (DE: 5,8) fallecidos ($p<0,001$), mayor 24 horas -2,8mEq/L (DE:2,9) no fallecidos y -5,2 mEq/L (DE: 3,5) fallecidos ($p=0,006$). El área bajo la curva características operativas del receptor (COR) para mortalidad de BE al ingreso fue: 0,59 (IC95%:0,52-0,67) ($p=0,012$), 6 horas 0,68 (IC95%:0,57-0,79) ($p=0,002$), 6 a 12 horas 0,80 (IC95%:0,72-0,89) ($p<0,001$), 0,73 (IC95%:0,63-0,84) ($p<0,001$), 0,71 (IC95%:0,58-0,84) ($p=0,006$), el cambio de BE a las 6 horas fue de -0,28mEq/L (DE:3,6) no fallecidos y 2,44mEq/L (DE:5,5) fallecidos ($p=0,024$), 6 a 12 horas -6,3mEq/L (DE:3,3) no fallecidos y -11,6 mEq/L (DE:5,8) fallecidos ($p=0,001$), 12 a 24 horas -2,1mEq/L (DE:3,83) no fallecidos y 1,44mEq/L (DE:6,81) fallecidos ($p=0,003$), después de 24 horas -3,6mEq/L (DE:3,9) en no fallecidos y -0,75 fallecidos ($p=0,001$), el área bajo la curva COR del cambio de BE en las primeras 6 horas fue de 0,63 (IC95%:0,52-0,75), de 6 a 12 horas 0,68 (IC95%:0,57-0,79), 12 a 24 horas 0,67 (IC95%:0,57-0,77) y mayor de 24 horas 0,75 (IC95%:0,63-0,86).

Conclusiones: La base exceso puede ser una herramienta útil como factor pronóstico de mortalidad temprana en pacientes con trauma en UCI. Los valores de base exceso son menores en pacientes con mayor mortalidad y el delta de la base exceso puede ser una medida útil para valorar la evolución de los pacientes.

C-02-07 // EJERCICIO DE USO DE SCORES PARA CATEGORIZAR VÍCTIMAS MÚLTIPLES EN INCIDENTES MÉDICOS MAYORES

VALDEZ, P.; ABAZ, B.; SERCHENKO, A.; HERBÓN, L.; TAPIA, J.; ILLESCA, O.; SÁNCHEZ, V.; POSE, A.; DIAZ, A.

Hospital Vélez Sarsfield. Caba, Argentina.

Objetivos: Comparar los tiempos de resolución de los casos clínicos utilizando el START versus el CRAMP, la variación de tiempo intragrupo para START y para CRAMP, la variación de tiempo intergrupo para START y para CRAMP, y la variación de tiempo y de adecuada jerarquización entre el primer y el último ejercicio.

Materiales y Métodos: Diseño prospectivo, cuasi-experimental, longitudinal, analítico. Se estudiaron 81 sujetos de una muestra consecutiva (53 enfermeros y 28 médicos de emergencias) quienes se entrenaron en 2 métodos de triage: START y CRAMP y luego se dividieron en dos grupos (A-B) realizando 4 ejercicios de selección secuenciales (cada ejercicio con 5 casos a jerarquizar). Se tomó el tiempo de resolución de cada set de ejercicios, clasificación correcta o no, jerarquización correcta o no.

Resultados: Al comparar globalmente los tiempos del triage del START versus el CRAMP se encuentra ventaja a favor del START (6.18 vs 9.49' $p < 0.0001$). Las diferencias aparecen ya en el momento 1 y se mantienen en el 2 (grupo A con START y grupo B con START: 7 vs 13' $p < 0.0001$ y 6.45 vs 8.15' $p < 0.003$). Al invertir los grupos (A con CRAMP vs B con START) los resultados vuelven a ser favorables al grupo START, en este caso el grupo B, en los momentos 3 y 4 (6.25' vs 9.45' $p < 0.001$ y 4.45' vs 7.10' $p < 0.004$).

Al realizar la comparación intragrupo A START vs. A CRAMP sigue habiendo ventajas para el START (6.50' vs 8.40' $p < 0.003$). Lo mismo ocurre para el grupo B, el B START usa menos tiempos que el B CRAMP (5.40' vs 10.30' $p < 0.0001$). Al comparar el inicio con el fin de la ejercitación, se observan marcadas diferencias en el grupo B, que inicia con CRAMP (13' vs 4.45' $p < 0.00001$), pero no hay diferencias en el grupo A que inició con START (7' vs 7.10' $p < 0.20$).

También se observa mejoría intragrupo de los momentos 1 y 2 en los tiempos intramétodo: el grupo A START usó menos tiempo en el momento 2 respecto al momento 1 (6.45' vs 7' $p < 0.04$), y el grupo B CRAMP usó menos tiempo en el momento 2 respecto al momento 1 (8.15' vs 13' $p < 0.0001$). Lo mismo ocurre en el momento 4 respecto al momento 3, tanto para el grupo A CRAMP (7.10' vs 9.45' $p < 0.003$) como para el B START (4.45' vs 6.25' $p < 0.004$).

Del inicio al fin del set de casos, la clasificación mejoró del 60% al 100% ($X^2: 0.00001$) como así también el orden de jerarquía, de 40% al 100% ($X^2: 0.00001$) en forma global, sin diferencia entre métodos (START vs CRAMP global: clasificación 90% vs 90%, $p < 0.90$; jerarquización 85% vs 85%, $p < 0.88$).

Conclusiones: El método START permite tomar más rápidas decisiones que el CRAMP. Los sucesivos ejercicios aumentan la velocidad de resolución y la calidad del triage, aún intercambiando métodos.

C-03-01 // ¿DETECCIÓN DE ARTRITIS PSORIASICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS CUTÁNEA?

TANTEN, R.; NAVARTA ORTIZ, D.; MASSA, J.; BARBANO, M.
Hospital Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Determinar la incidencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis mediante una campaña con difusión pública durante tres días

Materiales y Métodos: Corte transversal. Criterio de inclusión: ≥ 18 años y tener Psoriasis. Criterio de exclusión: No aceptar participar, padecer enfermedad autoinmune del colágeno.

Población: pacientes con psoriasis (PS) que se presentaron a la campaña

Se realizó un examen físico Dermatológico con PASI (Psoriasis Area Severity Index) y PASE-E (Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation). Se les realizó cuestionario PSA QUOL, se calculó IMC y Laboratorio con VSG, PCR cuantitativa, FAN, FR y Anti CCP. Aquellos con valor de PASE-E mayor a 35 o con artritis clínica, se les realizó screening ecográfico en busca de artritis y/o entesitis con cálculo del índice MASEI. Además se calculó DAS 28, BASDAI, BASFI y HAQ

Resultados: Se evaluaron 107 pacientes con PS, 5 se excluyeron por diagnóstico de enfermedad autoinmune. De los 102 pacientes, 12 presentaron diagnóstico de Artritis Psoriásica (APs) con Incidencia de 11.78 %. La edad media fue de 50 años (DS:12.4) en APs vs 51 años (DS:15.7) en PS, predominó el sexo femenino en ambos grupos 67% (n:8) en APs y 60% (n:54) sin diferencias estadísticamente significativas. La presentación Vulgar fue más frecuente con 67% (n: 8) en APs y 60 % (n:54) en PS, Cuero Cabelludo: 50% (n:6) vs 24% (n:22), Ungueal: 33% (n:4) vs 17% (n:15) y Pustulosa: 8% (n:1) vs 3% (n:3), sin diferencias estadísticas. Los pacientes con APs presentaron mayor asociación de variantes de PS en un 58% (n:7) vs un 29% (n:26) con una $p < 0.05$. El PASI en pacientes con APs fue de 5.9 (DS:6.1) y 7.5 (DS:8.2) en PS sin diferencia estadísticamente significativa. En pacientes con APs se encontró mayor valor de PASE, 39.3 (DS:16.8) vs 30.3 (DS:13.4) y mayor presencia de dolor, 75 % (n:9) vs 39 % (n:35) con $p < 0.05$. Las comorbilidades, IMC y ojo rojo, no presentaron diferencia estadística. Se objetivó FAN positivo en 41.6% (n:5) en pacientes con APS vs 38.9% (n:35) en pacientes con PS pura, no presentaron Anti CCP y 1 con PS pura tubo FR positivo. Los reactantes de fase aguda fueron en ambos grupos, el valor de VSG fue de 12.4 mm (DS:10.4) vs 9.5 mm (DS:7.7) y de PCR, 1.6 mg/L (DS:1.2) vs 3.2 mg/L (DS:2.1) en APs y PS respectivamente. En el sub análisis de los pacientes con APs los valores medios de encontrados fueron: HAQ 0.38 (DS:0.4), DAS 28 1.65 (DS:1.4), PsAQOL: 4.42 (DS:3.2), BASDAI 9.4 (DS:11.5), BASFI 4.7 (DS:4.5) y MASEI 17.8 (DS:10.9).

Conclusiones: La incidencia de APs subclínica en personas con Psoriasis fue del 11.78 %. A diferencia de lo publicado en otras series, en nuestra experiencia la PS y APs fue más frecuente en el sexo femenino. Con los métodos de evaluación utilizados, encontramos, la presencia de dolor, valor de PASE elevado y presentar más de 1 variante de Psoriasis asociadas, fueron las variables que se asociaron con la detección de Artritis.

C-05-02 // IMPACTO DE DIFERENTES MODALIDADES DE EVALUACIÓN EN EL PROMEDIO DE NOTAS DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN NO ALEATORIZADO.

ALVAREZ AMUCHÁSTEGUI, I.; RAMOS, M.; MUSLERA, C.; PÉREZ SAURA, B.; CULLARI, F.; CAMPOS CERVERA, L.; POLITI, M.; CHIABRANDO, J.; ROTONDARO, J.; WOJTOWICZ, D.
Facultad De Medicina Uba. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Comparar las diferencias en el promedio de notas de tres modalidades de examen: Multiple Choice, Oral, Escrito a desarrollar.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal con una intervención no aleatorizada en una muestra por conveniencia de estudiantes de Medicina de una universidad pública nacional. Los participantes firmaron un consentimiento informado. Se excluyeron a quienes no completaron la totalidad del estudio (abandono) o se ausentaron el día de la intervención.

Para evaluar diferencias en la media de notas se hizo un ANOVA para muestras pareadas y luego los test de T pareados. Se utilizó STATA v13.

Resultados: Enrolamos inicialmente a 36 alumnos: 7 fueron excluidos (4 por ausencia y 3 por abandono), obteniendo un número final de 29 participantes. Globalmente, la mayoría (52%) eran hombres, con una mediana de edad de 23 años. La mayoría (59%) eran ayudantes de otras materias hacia una mediana de 1 [0-1] años. La mayoría de los estudiantes (48%) predijeron que obtendrían mejores notas en el examen oral, 35% predijeron que sería en el examen multiple choice y 17% en el escrito. El examen escrito fue corregido de manera independiente por dos docentes, con alta correlación en sus notas. ($r=0.9379$; $p<0.001$).

La nota promedio del examen multiple choice (7,6 $\pm$ 1,3 puntos) fue superior a la del examen oral (7,3 $\pm$ 2,3 puntos), si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (0,36 IC95% -0,4 a 1,2; $p=0,3699$). La nota promedio del examen oral fue superior a la del examen escrito (5,5 $\pm$ 2,6 puntos) hallándose una diferencia significativa (1,8 IC95% 0,8 a 2,7; $p=0,0006$). Finalmente las notas del examen multiple choice fueron superiores a las del escrito de manera significativa (2,1 IC95% 1,4 a 2,9; $p<0,001$).

Conclusiones: A pesar de que la mayoría de los alumnos predijo que obtendría mejores notas en el examen oral, las mejores notas fueron en el examen multiple choice, presentando diferencias significativas con el escrito pero no con el oral. A su vez, los alumnos obtuvieron mejores notas en el examen oral que en el escrito.

C-05-01 // ¿ES NECESARIA LA COLOCACIÓN DE DRENAJE QUIRÚRGICO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA?

TRIVISANELLO, L.; COUSILLAS, E.; CATALANO, H.; LAVENA MARZIO, A.; IZCOVICH, A.; VARAONA, J.; FOCARACCIO, S.; JORGE, F.
Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: el uso de drenaje en artroplastias de cadera es una práctica común cuya eficacia y seguridad son aún cuestionables, por lo que buscamos determinar si es conveniente o no la colocación de drenaje en las artroplastias totales de cadera.

Materiales y Métodos: se identificaron retrospectivamente pacientes mayores de 18 años sometidos a una artroplastia total de cadera por coxartrosis o necrosis avascular en nuestro hospital entre enero 2007 y mayo 2018. Se registraron como confundidores edad, score de comorbilidad, tipo y tiempo quirúrgico, antiagregación y anticoagulación previos.

Resultados: se revisaron 1049 pacientes, se incluyeron 793 con edad media de 67 años. El promedio de duración de la cirugía fue de 1:50 hs. En 492 procedimientos se colocó drenaje. Se construyó un modelo de propensity score para obtener 2 poblaciones de 298 pacientes cada una (con y sin drenaje) para balancear confundidores. Se constató una tendencia a mayor requerimiento transfusional en el grupo sin drenaje con OR 0.84 (IC95% 0.54 $\pm$ 1.3). La media de días de estadía hospitalaria fue de 5.5 en pacientes sin drenaje vs 7.1 en pacientes con drenaje, con una MD 1.63 (IC95% 1.1 $\pm$ 2.1), $p < 0.01$.

Conclusiones: no encontramos sustento para la colocación de drenaje en artroplastias de cadera. Consideramos que serían necesarios más trabajos aleatorizados con mayor inclusión de pacientes.

C-05-03 // APLICACIÓN DE UN MODELO EXPERIMENTAL DE GLOMÉRULO HUMANO PARA LA ENSEÑANZA EN FISIOLÓGIA.

GANDOLFO, F.; ESPINOSA, R.; HIGUERA, F.; SANTANGELO, A.; POLITI, M.; CAMPANA LANCMAN, L.; IGLESIAS, F.; FERREIRA, M.; FASAN, M.
Universidad De Buenos Aires - Facultad De Medicina. , Argentina.

Objetivos: Cuantificar el impacto de una experiencia práctica con un modelo físico de filtración glomerular mediante una evaluación de opción múltiple en estudiantes de medicina de segundo año.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio experimental, no aleatorizado, de una muestra por conveniencia de estudiantes de medicina de una universidad pública nacional. A través de las redes sociales virtuales, los estudiantes fueron invitados a participar de una jornada experimental. Fueron incluidos estudiantes de medicina de segundo año; se excluyeron a aquellos que estuvieron ausentes o no completaron toda la actividad (abandono). Las personas interesadas en participar se inscribieron a la jornada a través de una página online (Google Forms). Durante el proceso de inscripción online se recolectaron datos demográficos y académicos de los participantes. Los estudiantes incluidos en el estudio realizaron una experiencia práctica, por fuera de la actividad curricular, con un modelo físico de filtración glomerular, guiadas por docentes universitarios. El día de la jornada, previo y posterior a dicha experiencia con el modelo físico, se llevó a cabo una evaluación presencial en papel con 10 preguntas de opción múltiple acerca de los procesos de filtración glomerular, teniendo cada pregunta 1 punto. El desenlace primario del estudio fue la diferencia entre las medias de los puntajes de las evaluaciones previas y posteriores a la experiencia. Este fue evaluado mediante un test de T para muestras pareadas, realizado en STATA v15. Se estimó que para un tamaño muestral fijo de 32 participantes se podría detectar una diferencia de 2 puntos con un poder del 80% y un nivel de significancia del 5% (OpenEpi).

Resultados: De un total de 50 inscriptos, 17 fueron excluidos: 16 por ausentismo y 1 por abandono. De los 33 participantes incluidos, 62% eran mujeres. A partir de la encuesta online realizada previo a la jornada, se registró que el 85% de los participantes había asistido previamente a una clase de filtración glomerular y que el 70% consideraba que su conocimiento sobre la filtración glomerular era de nivel intermedio (12% lo consideraba bajo y 18% lo consideraba avanzado o muy avanzado). De los exámenes de opción múltiple realizados previa y posteriormente a la experiencia, la media de puntaje fue 5,39 ($\pm$ 2,3) puntos en el examen pre-experiencia y 7,58 ($\pm$ 1,7) puntos en el examen post-experiencia, con una diferencia entre ambos de 2,18 puntos (IC95% 2,84 a 1,52; $p<0,001$).

Conclusiones: A partir de estos resultados, concluimos que un grupo de estudiantes de medicina -con un nivel intermedio de conocimiento previo en el tema- puede en promedio mejorar el puntaje de un examen de opción múltiple luego de participar de una experiencia práctica con un modelo físico de filtración glomerular. En base a esto, podemos hipotetizar que esta actividad práctica podría constituir un recurso docente valioso para la comprensión de los procesos de filtración glomerular en la enseñanza de la fisiología humana en la carrera de medicina.



C-05-04 // OPORTUNIDAD PEDAGÓGICA PERDIDA EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

MARUCCI, J.; VÁZQUEZ, M.; FERRARI, P.; AFONSO DE SOUZA FREITAS, N.; CORREA, H.; TORRES CERINO, M. lucs Fund Barcelo. Caba, Argentina.

Objetivos: El arte cinematográfico intercala actos y procedimientos médicos en la narración de una historia. Pero por carencia de asesoramiento especializado, no siempre refleja la realidad médica, y genera ideas erróneas sobre los actos y procedimientos médicos. Contar con consultores técnicos especializados en salud, es una manera de aprovechar el alcance que tiene el cine para enseñar temas de salud al público general. Una asesoría de salud aplicada al cine, contribuiría a derribar mitos y fantasías provocados por escenas equívocas y también evitaría expectativas, temores y consultas innecesarias, con el consiguiente ahorro para el sistema de salud.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo sobre la filmografía (series y películas) norteamericanas producidas entre 1990 y 2018. La línea de tiempo seleccionada (28 años) facilitó el acceso a la información sobre las normativas vigentes en cada época. Se excluyeron de la muestra, las películas donde tanto el escenario como el procedimiento ocurrían en un marco fantástico.

Se evaluaron 50 películas y 12 series (60 capítulos), subdividiendo estas, en dos grupos: vinculadas y no vinculadas al área de salud. El primer grupo contó con 11 películas y 4 series y el segundo con 39 películas y 8 series. En cada una de ellas se evaluó: el soporte técnico, la velocidad de los procedimientos y actos médicos, catalogando los posibles errores por especialidades. Luego se realizó una encuesta informal (longitudinal, observacional y descriptiva) a personas sin conocimientos ni formación en el área de la salud, para desestimar opinión sobre veracidad de procedimientos y situaciones médicas.

Resultados: Las series y películas relacionadas con el área de salud (gráfico 1), contaban todas con asesoría médica. En el otro grupo, sólo 8 películas y una serie (de 47) tenían asesoramiento (gráfico 2).

A pesar de ello se han analizado cada situación en particular, se destacaron 141 errores en actos médicos y/o quirúrgicos, carentes de evidencia científica que los justificara de acuerdo a la bibliografía disponible en la época.

Errores por especialidad: Emergentología: 74, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos): 5, Anestesiología: 2, Clínica Médica: 20, Cirugía General 20, Ortopedia y Traumatología: 5, Toco ginecología: 6, Infectología: 4, Oncología: 2, Diagnóstico por Imágenes: 3. (gráfico 3)

Se realizaron 87 encuestas anónimas, se excluyeron las de aquellos que tenían conocimientos en el área de la salud. El rango de edad osciló entre 18 y 59 años (promedio 41 años); siendo 56% mujeres (49) y 44% hombres (38). El 50.5% tenía estudios universitarios (44), el 27.5% terciarios (24), el 18.4% secundarios (16) y el 3.6% doctorales (3).

Ante la pregunta: ¿Si creían que los medios eran precisos al mostrar en las películas (Norteamericanas) los procedimientos y accionar médicos? el 58.6% (51) de los encuestados respondió afirmativamente, mientras que el 41.4% (36) no.

Se les Preguntó sobre si creían en la existencia de asesoría técnica para las escenas, el 81.6% (71) creían que sí y sólo el 18.4% (16) que no

Conclusiones: No parece existir obligatoriedad en la asesoría médica- técnica para la industria cinematográfica norteamericana. Incluso en los filmes que contaban con asesoría se encontraron 141 errores de diversa magnitud, siendo la emergentología una de las especialidades con más errores. Debido al alcance e impacto sobre la población en general que tiene la industria filmográfica ¿pese a que su finalidad no es educar ni tiene obligación de hacerlo- es importante que se cuente con asesoría técnica para evitar instalar ideas fantasiosas o erróneas que deriven en problemas médicos.

C-05-06 // CUANTIFICACIÓN DE LA MOTIVACIÓN EN ESTUDIANTES DE FARMACOLOGÍA SEGUN EL CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS Y MOTIVACIÓN PARA EL APRENDIZAJE (MSLQ)

ESTEFÓ SÁEZ, S.; BUCHWALD, F.; VOBORIL, G.; SEOANE, J.; POLITI, M.; FERRARIS, A.; D'ANTONIO, F.; SZMULEWICZ, A.; TENTONI, N.

Universidad De Buenos Aires. Facultad De Medicina. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Cuantificar la motivación de estudiantes de Farmacología de la carrera de medicina según el cuestionario de estrategias y motivación para el aprendizaje (MSLQ)

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, observacional, descriptivo, realizado en estudiantes de medicina cursando Farmacología en una universidad pública nacional. Se empleó el cuestionario MSLQ en una versión adaptada y validada al castellano para evaluar las esferas motivacionales, de valoración, de expectativas y afectiva. Un puntaje mayor a 3 se estableció como una motivación adecuada. Los cuestionarios fueron respondidos en forma anónima a través de un programa online de encuestas (SurveyMonkey). El desenlace primario fue el puntaje mediano del cuestionario total; los desenlaces secundarios fueron el puntaje de cada componente y subescala. Se utilizó STATA v15

Resultados: De un total de 45 estudiantes en el curso, 19 (42%) aceptaron participar del estudio. La mayoría eran mujeres (63%) y todos se encontraban cursando quinto año de medicina, habiendo finalizado sus estudios secundarios en promedio hacia 5 (± 1,3) años. La mediana de horas semanales que refirieron dedicar al estudio de farmacología era 4 horas [3-6], mientras cursaban 3 [2-4] materias/semestre y trabajaban 4 [0-4] horas semanales.

El puntaje mediano de motivación total fue de 6 [4-7]. Los puntajes medianos de los tres componentes fueron 6 [5-7] puntos para valoración, 5 [5-7] puntos para expectativas y 3 [1-6] puntos para afectividad. Todas las subescalas y preguntas presentaron puntajes medianos iguales o mayores a 3 puntos (Tabla 1). Los registros más altos de motivación se observaron en la subescala valor de la tarea (preguntas 4, 10, 17, 23, 26 y 27) con un puntaje mediano de 7 [6-7] puntos. La pregunta 4, de la subescala valor de la tarea, fue la de mayor puntaje 7 [7-7] puntos).

Los registros más bajos de motivación se observaron en la subescala de ansiedad (preguntas 3, 8, 14, 19, 28) con un puntaje mediano de 5 [2-7] puntos. La pregunta 30, de la subescala de orientación extrínseca, fue la de menor puntaje 3 [1-4] puntos).

Conclusiones: Estos datos sugieren que los participantes presentan una motivación total adecuada y que perciben la materia como algo interesante, útil e importante para su vida académica y profesional. Contribuyen en mayor medida a la motivación global las motivaciones externas (tal como notas, premios, títulos y reconocimiento). El aspecto fisiológico de la ansiedad, en especial la taquicardia, es el principal modificador negativo de motivación.

Mediana [p25-p75]Componente Motivacional	Subescala	Pregunta	Mediana [p25-p75]preguntas	Mediana [p25-p75]subescala
Valoración6 [5-7]	Orientación intrínsecaOrientación extrínsecaValor de la tarea	P1P16P24P7P11P13P22P30P4P10P17P23P26P27	6 [5-7] [6-7]6 [5-7] [3-6]4 [2-6]5 [4-7] [7-7]5 [6-7] [7-7]6 [6-7] [6-7]	6 [5-7]5 [3-7] [6-7]
Expectativas5 [5-7]	Control de creenciasAutoeficacia	P 2 P 9 P 1 8 P 2 5 P5P6P12P15P20P21P29P31	7 [5-7]4 [3-5]7 [6-7]4 [3-6]5 [4-5]5 [4-6]7 [7-7]5 [5-6]5 [4-6]6 [5-7]6 [4-7]*6 [5-7]	6 [4-7]6 [5-7]
Afectivo5 [3-6]	Ansiedad	P3P8P14P19P28	6 [4-7]4 [3-6] 5 [1-7]5 [2-7]3 [1-6]	5 [2-7]
Puntaje mediano de motivación total	6 [4-7]			

C-05-05 // BURNOUT ¿Y NOSOTROS CÓMO ESTAMOS?

YAPUR, M.; MORICCHETTI MOYANO, C.; MARTINEZ, B.; ELÍAS, C.; BITTAR, I.; CIVIT, M. Hospital Central De Mendoza. Mendoza, Argentina.

Objetivos: El concepto de burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional que ocurre en aquellos profesionales que precisan mantener una relación constante y directa con otras personas, especialmente si esta relación es de ayuda. El presente estudio pretende describir la prevalencia del Síndrome de burnout en médicos trabajadores de un hospital de agudos en comparación con médicos trabajadores del primer nivel de atención.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y transversal. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Central de Mendoza y en tres centros de salud periféricos correspondientes al gran Mendoza en julio de 2018. La unidad de análisis estuvo integrada por profesionales médicos de centro de salud y de especialidades clínicas, quirúrgicas y de unidades de cuidados críticos. La muestra fue no probabilística y los encuestados fueron voluntarios. Para evaluar el Síndrome de burnout se utilizó el cuestionario MBI en su versión en español previamente validado. Este instrumento es una manera objetiva de medir y determinar la presencia de Síndrome de burnout que experimenta una persona, en cuanto a sus tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Resultados: El total de encuestados fue 95 médicos. El 25,3% correspondía a profesionales de Centro de Salud mientras que el 74,3% del ámbito hospitalario. De todos el 64,2% fueron mujeres y el 35,8% hombres. El 37,9% declaró vivir en pareja. El 44,2% fueron médicos de planta y el 55,8% residentes. La edad media fue de 36,16 años con un desvío estándar de 10,81 años. La edad mínima fue de 25 años con un máximo de 64. El porcentaje de Burnout fue de 24,2% del total, el 5,26% correspondía a profesionales de Centro de Salud y el 18,94% a médicos de Hospital. El 20% de los encuestados de Centro de Salud presentó el Síndrome, siendo similar al porcentaje que presentó el Síndrome en el ámbito hospitalario (25%), de esta manera la variable lugar de trabajo se comportó independiente a padecer el síndrome. El ser médico de planta versus residente se comportaron también como variables independientes en relación al síndrome, teniendo un valor de p 0,127 analizado mediante X2. Tampoco se encontró diferencia significativa con una p 0,169 al analizar la presencia de síndrome Burnout según la especialidad sea clínica, quirúrgica o crítica.

Conclusiones: Se observó un mayor porcentaje de síndrome de Burnout en relación a otros trabajos publicados donde los resultados no superaron el 20%. Además, frente al análisis planteado y frente a la sospecha de que en el ámbito hospitalario hubiese mayor porcentaje de Burnout, nuestro trabajo muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa. Podemos concluir, según los resultados, que frente a profesionales que presenten síndrome de Burnout no existe variable que se asocie de manera dependiente al mismo, y se deberá plantear que existen variables personales que hacen que se manifieste.

C-05-07 // EL LABORATORIO DE PRÁCTICA PROFESIONAL, COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA, EN EL MARCO DEL CAMBIO CURRICULAR

BAGDONAVICIUS, M.; ESTEBAN, J.; DIAZ, M.; CACCHIARELLI SAN ROMAN, N.; CERIANI, C.; ARCEO, M.; LOSASSO, A.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: En vista de la transformación que se están produciendo en la educación para profesionales de la salud en particular, es que, el Instituto Universitario del Hospital Italiano (IUHI) plantea un cambio curricular para la carrera de Medicina. Esto implica, una forma de cambio socio- cultural profunda, que afecta a los distintos aspectos de la vida institucional. Se propone dejar atrás, el ? sistema flexneriano? de enseñanza, proponiendo un sistema basado en: Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), sumado a talleres y laboratorios donde el conocimiento y habilidades se irán adquiriendo con diferente grado de complejidad en forma espiralada.

Materiales y Métodos: El Laboratorio de Práctica Profesional (LPP), es el espacio y el ambiente educacional donde ocurre la máxima integración (conocimientos teóricos y procedimentales trabajados en LPO) por lo que podemos decir que se realiza un "entrenamiento de la tarea completa y compleja". Trabajando sobre todos los conocimientos necesarios para llevar adelante la actividad profesional correspondiente.

El diseño y la implementación de las actividades, las lleva adelante el mismo grupo; compuesto por diferentes profesionales de la salud: psicólogos, microbiólogos, médicos (de diferentes especialidades). Luego del diseño la planificación, las guías son supervisadas por dos coordinadores. .

El laboratorio se presenta con una frecuencia semanal y es conformado por 8-9 alumnos y un tutor que se mantiene por un cuatrimestre. Cada encuentro mantiene una estructura similar: 3 actividades (duración de 3 horas) y se cuenta para la organización con 3 guías pre diseñadas: la guía del tutor, la guía del estudiante y la guía de la actividad. Dichas guías son repartidas a los diferentes actores antes del encuentro, para poder realizar las lecturas sugeridas prelaboratorio. Todas las propuestas planteadas, tienen relación con lo visto en las otras actividades que se dictan en la semana y se relaciona con los laboratorios anteriores, dando de esta manera un uso espiralado del conocimiento

Resultados: Se realizó una encuesta a los estudiantes, con el fin de relevar información sobre el desarrollo e implementación del primer módulo.

El desempeño de los tutores fue similar: las evaluaciones en promedio rondan entre el 85 y el 100% del máximo esperado. Sobre el laboratorio en particular, los resultados de la misma también fueron buenos (el 74.7 % consideraron las actividades útiles para su formación y más del 68% manifestaron que las guías facilitaron su aprendizaje)

El lo que se refiere a la evaluación de los estudiantes, se realizó un examen tipo ECQE, con alto rendimiento en lo que se refiere a las habilidades comunicacionales y procedimentales trabajadas en el laboratorio

Conclusiones: El laboratorio de práctica profesional, como estrategia de enseñanza, contribuye a la formación de habilidades complejas; siendo el resultado de las evaluaciones y el feedback indispensables para establecer un plan de mejoras.

C-05-08 // EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN PROFILÁCTICA DE OMEPRAZOL Y RANITIDINA MEDIANTE LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE SANGRADO GASTROINTESTINAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

RUIZ NÚÑEZ, M.; FULLANA, M.; MASSA, J.; MENGUAL, J.; ESCUDERO, A.
Hospital Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Evaluar la prescripción profiláctica de antiseoretos según grados de riesgo de sangrado gastrointestinal en el servicio de Clínica médica del Hospital Marcial Vicente Quiroga durante el mes de junio de 2018.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal con recolección retrospectiva de la información, entre la que se registro datos filiatorios, días de internación, comorbilidades, tipo de antisecretor prescripto, y presencia de factores de riesgo de sangrado gastrointestinal basados en la escala de Herzig y colaboradores (Factores de riesgo para sangrado gastrointestinal nosocomial y uso medicación supresora ácida en pacientes no críticos). Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, sin sangrado gastrointestinal y con una internación mayor a 3 días.

Resultados: Fueron seleccionadas 166 historias clínicas, de las cuales se excluyeron 80 por motivos tales como no cumplir con los criterios de inclusión, datos incompletos en la historia clínica, y dificultad en el acceso a la misma, quedando un total de 86 historias clínicas analizadas. La edad promedio de los pacientes fue de 62.30 años (DE 18.80) con un rango de 18 a 95 años, y el 53.49% (48) eran hombres. La media de días de internación fue de 11.77 (DE 9.79), con un mínimo de 3 días y máximo de 54 días. De acuerdo con el riesgo evaluado por la escala de Herzig et al, el 34% de los pacientes se clasificó en bajo riesgo, el 27% en medio-bajo, el 18% en medio-alto, y el 19% en alto. La prescripción profiláctica de inhibidores de la secreción ácida se realizó en el 100% de los pacientes de bajo riesgo, en el 100% de los de medio-bajo, en el 87.5% de los pacientes de riesgo medio-alto y en 93.75% alto. Más de la mitad (61%) de los pacientes recibieron un antiulceroso sin requerirlo y 9,3% de los pacientes no recibió la profilaxis necesaria.

Conclusiones: Según los resultados de este estudio, encontramos que más de la mitad de los pacientes tuvieron una prescripción inadecuada de profilaxis con inhibidores de la secreción ácida gástrica, por lo que recomendamos realizar actividades educativas dirigidas al personal prescriptor con una posterior evaluación estadística, con el fin de hacer un uso adecuado de este grupo de medicamentos y así reducir la morbilidad ocasionada por los efectos secundarios y los costos innecesarios en recursos materiales y humanos.

C-05-10 // ¿ESTÁN ACOMPAÑADOS LOS RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA DURANTE SU FORMACIÓN?

HOFFMANN, M.; GISBERT, P.; SALOMÓN, S.; GASULL, A.; LASCANO, S.; FERNANDEZ, M.
Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Caracterizar el proceso de enseñanza, aprendizaje, evaluación y acompañamiento en Residencias (Re) de Clínica Médica (CM); comparar Re estatales (ReE) vs privadas (ReP) de Mendoza.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y comparativo. Encuesta validada, auto-administrada y anónima a residentes (R) y jefe de residentes (JR) de CM de Re E y ReP. Incluyo datos sociodemográficos, formación y actividad académica, investigación y conformidad R con institución (In). Análisis estadístico: Epi info: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, test exacto de Fisher, ANOVA.

Resultados: Encuestas 86. Mujeres 69%, edad 28 ± 3.4, R1 39%, R2 21%, R3 19%, R4 16% y JR 6%. Comité de docencia e investigación (CODEI) 84%. Instructor residentes (IR) 95% y JR 87%. Consulta a médico clínico (MC) en guardia (G): no presencial 60.5%, presencial 26%, sin posibilidad 14%. Máximo responsable G R superior 73.5%. Comparten la G 4 R 51%. Atención pacientes ambulatorios solos y sin supervisión 36%. Decisiones asistenciales supervisadas por MP en CE poco frecuente 41% e internación siempre 53%. Investigación: publicación en revistas científica (PRC) 63%, presentación oral (PO) en jornadas y congresos 96.5%. Evaluación: fin rotación evaluación teórica (ET) 89% y práctica (EP) 51%, anual ET 96% y EP 70%, final Re ET 82% y EP 60%; no son evaluados 4%. Tienen programa 92%, lo conocen parcialmente 52%, se cumple satisfactoriamente 48%. Recorridos de sala y clases teóricas diarias 93%, ateneo (At) semanal 73%, reuniones de mortalidad (RM) nunca 72%, bibliográfica semanal (BS) 63%, auditora de internación 56%, At de errores médicos nunca 47%. El 26% participa de cursos de formación continua. Evaluación Re: compromiso y dedicación MP con formación, conformes 44%, compromiso de In, conformes 52%, formación académica y capacitación conformes 50%. Análisis comparativo: ReP vs ReE: R/guardia 1.6 ± 1.1 vs 3.4 ± 1.1 p<0.001. Investigación: PRC 30% vs 68.5% p=0.03, PO 90% vs 97% (pNS), PI 60% vs 95% p=0.005. CODEI 80% vs 99% p=0.03, IR 70% vs 99% p=0.004, JR 40% vs 93% p<0.001. Evaluación: LRP 67% vs 83% (pNS). Máximo responsable G: R superior 40% vs 75% p=0.03. BS 30% vs 67% p=0.03, RM, epicrisis y At semanal pNS. Compromiso MP en la formación conforme 80% vs 39% p=0.01. Compromiso In conforme 40% vs 53% (pNS).

Conclusiones: Las decisiones asistenciales en la internación son supervisadas por MP en la mitad de los casos, menos frecuente en CE. 1 de cada 3 R atiende solo y sin supervisión y solo 1 de cada 5 puede consultar. Más de la mitad han realizado publicaciones científicas. Se realizan actividades académicas en un alto porcentaje, pero el 72% no reflexiona respecto a la mortalidad de sus pacientes. La mitad nunca ha hecho un ateneo de errores médicos. Las ReP investigan menos, tienen menos CODEI y menos presencia de JR e IR. En las ReE hay menor compromiso de los MP. A pesar de esto un alto porcentaje está muy conforme con la formación académica.

C-05-09 // GRUPOS DE REFLEXIÓN EN LA RESIDENCIA DE CLÍNICA MÉDICA

CANALE, H.; MUÑOZ, A.; FOSSATI, V.
Hospital Italiano De San Justo. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: **Introducción:** Es histórico y de público conocimiento el exigente ritmo laboral y académico que sostienen las residencias médicas, como así también el cambio que están sufriendo en los últimos años. En la Argentina abundan las denuncias, renuncias y licencias por enfermedad de médicos residentes. Gran parte de este problema se debe al estrés laboral que sufre el médico residente, padeciendo Síndrome de Burnout (SBO), por lo que surge la necesidad de diseñar estrategias alternativas para resolver este problema.

Objetivos: Desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales de la salud. Prevenir el burnout. Formar profesionales de la salud en su capacidad de utilizar sus propias emociones, sentimientos, actitud y ética para comprender la relación con sus pacientes. Mejorar la satisfacción laboral. Brindar herramientas que les permitan ampliar las alternativas de solución de problemáticas relacionadas a la tarea.

Materiales y Métodos: Metodología: Se realizan actividades en Grupos de Reflexión coordinados por psicólogos, orientados a los problemas más resaltados por los residentes y por la especialidad médica.

Los grupos o talleres de reflexión tienen una estructura compuesta por distintos momentos que pueden alternarse creativamente, de acuerdo a la planificación que hace el equipo coordinador, promotor de la salud y en relación a los emergentes grupales.

Estos grupos varían en sus integrantes a lo largo del año, pudiendo ser de residentes de diferentes años, o separados tanto en función del año académico como de temáticas afines.

En caso de identificar SBO, o un residente en situación de riesgo, se realizan intervenciones con modalidad de una o dos entrevistas individuales dirigidas a evaluar la necesidad de indicar y derivar a tratamiento psicológico e incluso psiquiátrico.

Por otra parte, frente a estados de angustia que suelen dispararse, con mayor frecuencia, por ansiedades relacionadas a los comienzos de la residencia, se interviene otorgando un espacio, limitado, de escucha y contención emocional.

Resultados:

Conclusiones: Los grupos de reflexión, son de vital importancia en las residencias médicas porque detectan diversas problemáticas en el ámbito laboral. Ellos reconocen y alojan ciertas situaciones de malestar que a veces se vuelven un ingrediente natural de la tarea, lo que permite desterrar situaciones que juegan en contra de una reorganización creadora y promueven la recuperación de la creatividad en el sujeto y grupo institucional.

Se enfatiza el redescubrimiento de los recursos propios de los participantes y del conjunto, para encontrar respuestas nuevas y creativas a problemas comunes. Esto conlleva el afloramiento de sentimientos de solidaridad y ayuda mutua, y un cambio en la calidad de vida. Por lo tanto, terminan siendo un dispositivo de aprendizaje, capacitación, saneamiento y prevención institucional.

C-05-11 // IMPLEMENTACIÓN DE SIMULACIÓN CLÍNICA. VALORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL APRENDIZAJE DE RUIDOS CARDÍACOS Y RESPIRATORIOS

VAZQUEZ PAEZ, G.; TEFAHA, L.; SORIA DE GONZÁLEZ, A.
Universidad Nacional De Tucumán. Facultad De Medicina. Tucumán, Argentina.

Objetivos: Determinar la situación de los estudiantes que ingresan a Clínica, con respecto a las habilidades de auscultación cardíaca y respiratoria. Desarrollar habilidades y destrezas en la auscultación mediante el uso de simuladores. Conocer la valoración del alumno respecto a las prácticas en simuladores. Evaluar los resultados obtenidos.

Materiales y Métodos: Estudio de intervención, retrospectivo de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los estudiantes que ingresaron en la Segunda Cátedra de clínica médica durante el 2017. Las actividades que se desarrollaron fueron las siguientes: a) Evaluación sobre habilidades en auscultación y Encuesta diagnóstica previa sobre las veces que realizaron la actividad previamente. b) Realización de una actividad previamente sistematizada en el laboratorio de simulación mediante uso de simuladores SAM II con un docente entrenado para auscultación de ruidos cardíacos y respiratorios. c) Colocación de un video tutorial en el Campus Virtual para entrenamiento. d) Evaluación posterior a través de viñetas clínicas en campus virtual que incluyan los ruidos aprendidos. e) Entrega de una encuesta de satisfacción. Se solicitó consentimiento informado a los participantes y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos. Las pruebas estadísticas se realizaron con el software InfoStat 2017.

Resultados: Se evaluaron 62 alumnos. Auscultación Cardíaca y respiratoria: 33.87 % y 12.90 % manifestó no haberlas realizado y 33.87 % y 41.94 % lo hizo menos de 4 veces hasta ese momento respectivamente. El promedio de nota previo a la simulación fue 4,00 y luego de la misma fue 7,34. El grado de satisfacción con respecto al práctico fue de 8,97; estando el 92.18 % de los alumnos muy satisfechos. El 97 % manifestó que lo repetiría, el 100 % se sintió seguro durante la práctica, el 89 % dice haber tenido una buena información previa a la realización de la actividad, al 84 % les parecieron muy reales las simulaciones y finalmente el 69.35 % manifestó que se debería implementar la simulación al inicio del ciclo clínico (Semiología).

Conclusiones: Las habilidades auscultatorias con que ingresan los alumnos al ciclo clínico son poco satisfactorias en nuestro medio. Existe una buena evaluación de la enseñanza con simuladores por parte de los alumnos. Hubo una marcada mejoría en las competencias de auscultación cardíaca y respiratoria luego de la simulación. La herramienta didáctica podría incorporarse desde ciclos anteriores para preparar al alumno para su llegada al ciclo clínico lo que ayudaría a preservar la seguridad del paciente. En el diseño curricular de las carreras de medicina se debería incorporar la simulación como un eje vertical que contemple una complejidad creciente que incluya actividades que desarrollen destrezas en años inferiores hasta llegar a actividades complejas en los años superiores (la ética, el manejo de los recursos, la seguridad del paciente y las diversas dimensiones que requiere la profesionalidad de los médicos).

Cantidad de veces que el alumno realizó auscultación respiratoria (N=62)

Cantidad de auscultaciones	Valor	Porcentaje
Nunca la realizó	8	12,90 %
1 a 3 veces	26	41,94 %
4 a 10 veces	18	29,03 %
Más de 10 veces	10	16,13 %
Total	62	100 %

Cantidad de veces que el alumno realizó auscultación cardíaca (N=62)

Cantidad de auscultaciones	Valor	Porcentaje
Nunca la realizó	21	33,87 %
1 a 3 veces	21	33,87 %
4 a 10 veces	9	14,52 %
Más de 10 veces	11	17,74 %
Total	62	100 %

C-05-12 // LOS HALLAZGOS INCIDENTALES (INCIDENTALOMAS), UN OBSTÁCULO EN EL RAZONAMIENTO MÉDICO

BENITEZ, M.; GARRIDO, M.; RACCA, P.; PALOMBO, M.; PRESMAN, C.; ROJO, S.; KITZMANN, P.; REZNI-CHENCO, M.; ALVAREZ, M.; BENÍTEZ, E.
Hospotal Nacional De Clinicas. Cordoba, Argentina.

Objetivos: Los hallazgos incidentales (HI) o ?incidentalomas?, son los resultados inesperados de un examen diagnóstico realizado con otros propósitos. Su detección en la gran mayoría de las veces no produce un mejor resultado, por el contrario, por su impacto psicológico, la incertidumbre, el estado hipervigilancia generado, perjudica al paciente alterando su calidad de vida, relación interpersonal y laboral. Lleva a un sobrediagnóstico y consecuente sobretratamiento.

Nuestra hipótesis plantea que los HI interfieren en el razonamiento y consecuente desempeño en la formación del profesional médico.

Objetivo: Cuantificar el impacto que produce en el razonamiento y desempeño en pregrado la presencia de HI sobre:

- 1- Porcentaje de diagnósticos correctos
- 2- Probabilidad a priori (Pr Pr) estimada
- 3- Necesidad de estudios complementarios
- 4- Tipo de estudios solicitados (invasivos o no)
- 5- Decisiones terapéuticas (correctas o no)

Materiales y Métodos: Tres casos clínicos paradigmáticos tomados de la literatura: Síndrome del intestino irritable(SII), Dispepsia funcional(DF) y Apendicitis aguda(AA), cada uno duplicado, con el agregado de un HI, encabezarón cuestionario semiestructurado, solicitando lo enunciado en objetivos. Los 6 casos clínicos fueron distribuidos aleatoriamente a 103 estudiantes de semiología(un caso por alumno). La encuesta duro 10 minutos, se realizó devolución como retroalimentación.

Los puntos evaluados en objetivos fueron confrontados con los informes de las citas bibliográficas. Los 3 casos clínicos, tienen Pr Pr similares de 85 a 90%. Diseño de estudio transversal, analítico, encuesta anónima, Programa estadístico SPSS. Valor P; 0,05, IC 95%.

Resultados: Se analizaron n= 96 cuestionarios correctamente confeccionados. En respuesta a los objetivos planteados: 1-Diagnósticos correctos con y sin presencia de HI: 29 (40,3 %) vs 43 (59,7%), p 0,009. 2-Pr Pr: con/sin HI: 69,25% vs 68,65%. P: 0,848 vs PrPr informada por literatura(85%). P: 0,0001. 3- Solicitud de estudios complementarios en casos con/sin HI: 39(45,3%) vs 47(54,7%). P: 0,113. 4- Tipo de estudio solicitado (invasivo o no) según HI. 26 (56,5%) vs 20 (43,5%), P: 0,080. 5- Decisión terapéutica correcta en casos con/sin HI.18(37,5%) vs 30(62,5%), p:0,029.

La presencia de H.I. alteró negativamente el desempeño diagnóstico, y terapéutico (objetivo 1 y 5) y no tuvo impacto sobre los otros objetivos (2, 3 y 4)

Conclusiones: Los H.I. o ?incidentalomas?, alteraron negativamente el desempeño diagnóstico y terapéutico en el pregrado. Los alumnos sistemáticamente subestimaron la Pr a Pr comparado con la informada por la literatura demostrando una subestimación del acto médico, el valor de la historia clínica, así según Pouker y Kasirer los pacientes cayeron en el ?umbral de la prueba?, necesitando estudios complementarios, en lugar del ?umbral de tratamiento?.

Por los resultados obtenidos creemos necesario incorporar esta temática en la currícula profesional.

C-05-14 // PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE EDUCACIONAL EN UNA RESIDENCIA DE MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA PRIVADA

MENDIETA AYALA, J.; ELLI DE BENÍTEZ, M.; MAFEI AGUILERA, G.; FRETES ISASI, S.; ARANGO, M.
Universidad. Asunción, Paraguay.

Objetivos: General: Determinar la percepción del ambiente educacional de los médicos residentes de la residencia de medicina interna de una institución sanitaria privada.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo no experimental de tipo transversal. El mismo consistió en aplicar el cuestionario PHEEM (Postgraduate Hospital Education Environment Measure) a alumnos de posgrado de la especialidad de medicina interna en una institución sanitaria privada. El cuestionario es un instrumento para medir la percepción del ambiente de enseñanza y aprendizaje en la educación médica hospitalaria de posgrado. Consta de 40 ítems, cada uno con una escala de Likert que va de 0 a 4 puntos. Los puntajes obtenidos a través del cuestionario permiten clasificar el ambiente clínico de aprendizaje en las siguientes categorías:

“ambiente educacional excelente”; “ambiente educacional más positivo que negativo, con espacio para mejorar”; “ambiente educacional con muchos problemas” y “ambiente educacional muy pobre”. Con el fin de identificar fortalezas y debilidades específicas basadas en ítems individuales, un puntaje promedio de 3.5 o superior se considera un resultado positivo. Cualquier ítem con una media de 2 o menos indican problemas que deberían examinarse detenidamente con el objetivo de buscar soluciones.

Resultados: El puntaje general ha mostrado que el 53% de los encuestados han percibido al ambiente educacional como “con muchos problemas” y el 47% lo ha percibido como “más positivo que negativo”. La mediana para los subdominios de percepción del rol de autonomía, de la enseñanza-aprendizaje y del soporte social son, respectivamente, 28 puntos, 29 puntos y 24 puntos, lo que correspondería a “una visión negativa del rol de cada uno” para el subdominio de autonomía; “en necesidad de algún reentrenamiento” para el subdominio de enseñanza y; “más pros que contras” para el subdominio de soporte social. Gracias al estudio por subdominios fue posible identificar en que grupo se encuentran los principales problemas.

Conclusiones: Mediante la aplicación del cuestionario PHEEM es posible evaluar de manera fidedigna el ambiente educacional de una residencia médica que, si bien muchas veces este es un punto que se olvida, es un factor importante y tiene un impacto en el desempeño académico y asistencial de los médicos en formación. Además la aplicación del cuestionario ayuda a los directores de programas a identificar puntos clave de manera sencilla para luego poder desarrollar soluciones dirigidas a estos problemas.

C-05-13 // ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN TEMPRANA A LA DOCENCIA EN EL PREGRADO Y DESEMPEÑO EN EL EXAMEN DE RESIDENCIAS MÉDICAS MUNICIPALES

BARRERA, J.; CABANA, N.; BOURGUET, M.; LACAVA, R.; BAIOTTO, A.; ANGRIMAN, F.; ASTORQUIZAGA, L.; POLITI, M.; CRUZ, C.
Facultad De Medicina Uba. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Determinar si ser ayudante durante el pregrado predice mejores puntajes en el examen de residencias médicas municipales. Evaluar la autopercepción del efecto de ser ayudante sobre el desempeño en dicho examen y sobre el desarrollo de habilidades académicas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, con muestreo probabilístico (por aleatorización simple de los números de inscripción) de médicos participantes del examen de residencias médicas municipales de la CABA de 2018, a partir del listado oficial. Los médicos de la muestra fueron invitados a participar mediante redes sociales virtuales a través del envío de una encuesta online. A aquellos que lograron ser contactados y aceptaron participar del estudio se les aplicó una encuesta sobre su actividad docente en el pregrado. Se excluyeron a aquellos que fue imposible contactar, se negaran a participar o cuya identidad discrepara con la de la persona aleatorizada. El desenlace primario fue la diferencia de medias en los puntajes del examen de residencias en ambos grupos, valorado por un test de T para dos muestras independientes. Se consideró que un tamaño muestral fijo de 300 participantes (>8% del total) permitiría detectar una diferencia de medias entre ambos grupos de 5 puntos con un nivel de significancia de 5% y un poder de 80% en la diferencia de medias. Se utilizó STATA v15.

Resultados: De los 3.579 médicos que concursaron en el examen de residencias médicas básicas municipales de CABA 2018, se tomó una muestra aleatoria de 300 sujetos, de los cuales se contactaron a 87. De ellos, 20 sujetos cumplieron con criterios de exclusión, siendo 67 sujetos los que finalmente participaron del estudio. La tasa de respuesta respecto a la muestra aleatoria inicial fue de 22%. La tasa de respuesta respecto a los sujetos que pudieron ser contactados mediante redes sociales fue 77%.

El puntaje medio de examen entre los ayudantes fue de 32,3 (+/- 5,7) puntos mientras que en los no-ayudantes fue 29,5 (+/- 6,1) puntos (diferencia media: 2,8 puntos; IC95% 5,6 a 0,0; p=0,047), siendo la escala de puntuación de 0 a 50. Entre quienes fueron ayudantes, 68% reportó percibir un efecto de levemente positivo a muy positivo sobre su desempeño en el examen; el resto reportó percibir que la docencia no tuvo efectos sobre su desempeño en el examen. Al preguntárles por las habilidades adquiridas a través de la docencia, 76% reportó la profundización del conocimiento específico de la materia, 73% el desarrollo de habilidades comunicacionales y 59% una mayor capacidad para jerarquizar contenidos.

Conclusiones: El ser ayudante podría asociarse a puntajes medios más altos en el examen de residencias médicas básicas en CABA. Además, existiría una percepción positiva de la actividad por parte de los participantes, tanto en su desempeño en el examen de residencias médicas, como en la adquisición de habilidades relacionadas con el aprendizaje y el futuro ejercicio profesional.

C-05-15 // ROL DE INTERNET COMO FUENTE DE INFORMACION MEDICA EN POBLACION DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

CASTELLINO, M.; CHIARAMONTE, V.; DELGADO, D.; LEYTES, M.; ROJAS PIÑERO, M.; GÓMEZ PORTILLO, J.; GALLO, M.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Conocer el rol de internet (INT) para búsqueda de información sobre salud en población de Mendoza. Establecer si la misma se realiza en forma previa o posterior al contacto con el médico y motivos de consulta. Determinar la influencia de INT en la toma de decisiones y su impacto en la relación médico-paciente.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal a través de una encuesta autoadministrada y anónima en formato digital y papel dirigida a población de Mendoza, durante julio y septiembre de 2018. Criterios de inclusión mayores de 16 años y criterio de exclusión menores de 15 años, médicos, formularios incompletos o con errores de llenado. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados: Se recogieron 504 encuestas, siendo útiles 450.71.8% fueron mujeres. Edad media 39.1. Nivel de instrucción medio alto 88.6%. 84% cuenta con computadora con acceso a INT. 97.3% accede a través de su teléfono móvil y 93.6% tiene correo electrónico. 85.3% utiliza INT para obtener información médica, 21% consulto antes de ir al médico, 17.9% después, 42.4% antes y después y 18.4% no consulto. En cuanto a los motivos de consulta: 49.9% consulto para obtener información sobre un síntoma o enfermedad, 15.6% conocer el tratamiento de un síntoma o enfermedad, 13.2% significado de un término que le dio el médico. 91.1% accede a la información a través de un buscador y 5.9% lo hace por una página recomendada por un médico. Con respecto a la utilidad de INT: 63.8% manifiesta que es útil y le aclara dudas, 15.6% le genera preocupación, 12.7% no le resulta útil y le genera más dudas. En cuanto a la influencia del uso de INT: 91.1% sigue las recomendaciones del médico igual que antes, 87.5% acude a la visita médica con la misma frecuencia, 48.1% realiza las mismas preguntas y 47.1% realiza más preguntas; 16.1% ha tomado algún medicamento sin consultar a su médico. Respecto a la población que no usa INT: 50% prefiere consultar al médico, 18.1% no se plantea usar INT, 16.6% no considera buena la información, 4.5% no tiene acceso a INT y 3% desconoce como acceder.

Conclusiones: Destacamos que un gran porcentaje de encuestados utiliza INT como fuente de información médica y la mayoría realiza la búsqueda a través de un buscador. Si bien este porcentaje es más alto que el descrito en la bibliografía consultada, consideramos que los principales factores son la edad, facilidad de acceso y el nivel de instrucción medio-superior de la población entrevistada. En cuanto al impacto del uso de INT y la relación con el médico, en nuestra muestra se evidencia que no tiene influencia en el momento y frecuencia de la consulta ni en el seguimiento de las recomendaciones brindadas por el profesional. Se puede concluir que INT no reemplaza al médico ni minimiza su autoridad. Adicionalmente podría representar un beneficio para el paciente en cuanto al entendimiento y la toma de decisiones sobre su salud en conjunto con el médico.

C-05-16 // TABAQUISMO: UN PROBLEMA VIGENTE EN LA COMUNIDAD MEDICA DEL HOSPITAL CENTRO DE SALUD.

MEDINA, M.; CANO BOLAÑA, G.; CORDOBA LANUS, M.; BASUALDO, A.; BUJAZHA, M.; GIMENEZ, L.; NAGLE FABIO, C.; QUIROGA ELJALL, C.; ZELARAYAN PALACIOS, S.; LUCIARDI, H.
Hospital Centro De Salud Zenón Santillán. Tucumán, Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia del tabaquismo en los médicos de diferentes especialidades que trabajan en el Hospital Centro de Salud "Zenón J Santillán". Evaluar la frecuencia con que se realiza el consejo anti tabáquico según las diferentes especialidades medicas y conocer la prevalencia de prescripción de drogas para cesación tabáquica en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico, observacional, de corte transversal, a partir de encuestas voluntarias y anónimas que se realizaron a médicos de distintas especialidades, en el periodo de diciembre 2017 a febrero 2018 del Hospital Centro de Salud. Se investigaron las variables tabaquismo, edad, sexo e intervención antitabáquica. Se utilizó test de Chi cuadrado para comparación de porcentajes y análisis multivariado al comparar los resultados en las distintas especialidades; considerando como valor significativo una $P \leq 0,05$.

Resultados: Se encuestaron 130 médicos, 57% fueron varones y 43% mujeres, con edad promedio: 41,3 años. Del total de los encuestados 73% refiere no fumar actualmente. En cuanto a las intervenciones que realizan los médicos para que sus pacientes dejen de fumar 26,1% de los encuestados refirió hacerlas. Hubo una diferencia significativa ($p: 0,02$) entre los especialistas en dar consejos y practicar intervenciones con los Neumólogos a la cabeza, y los traumatólogos los que en menor medida las practicaron. No hubo diferencia relevante ($p: 0,8$) en el tipo de intervenciones entre médicos fumadores y no fumadores. Al analizar la prescripción de fármacos para cesación tabáquica, 92,3% de los médicos no la realiza, los únicos que utilizan estas drogas son los Neumólogos y Psiquiatras en nuestra institución.

Conclusiones: La prevalencia del tabaquismo en la comunidad médica de nuestro hospital fue del 27%. Solo el 26,1% de los profesionales médicos realizan intervenciones para que sus pacientes dejen de fumar, y el 7,7% realiza prescripción de fármacos para cesación tabáquica, con los neumonólogos a la cabeza de dar consejos y prescribir fármacos.

C-05-17 // TAMIZAJE NUTRICIONAL EN LA SALA DE INTERNACIÓN. INTRODUCIÉNDONOS EN UN CICLO DE MEJORA.

JOUBERT, B.; REY, M.; BRUSCA, S.; KUSCHNER, P.; SALVO, C.; GIGENA, J.; YRUSTA, E.
Hospital General De Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Implementar el Screening Nutricional al ingreso del paciente en la hospitalización, como Protocolo obligatorio. Detectar pacientes en riesgo nutricional y aquellos que cursen una desnutrición: al momento del ingreso a la institución o intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: El estudio posee un diseño de tipo análisis metodológico de abordaje cuali-cuantitativo, descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Pacientes internados por la Unidad de Clínica Médica del Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield, en las áreas Miranda, Mujeres y Hombres, durante el período 1 de junio 7 31 de julio de 2018. En los mismos se realizó el screening según Valoración Global Subjetiva (VGS), al ingreso de su hospitalización, y cada una semana, sistemáticamente.

Población: N= 99

Muestra: n= 82

Criterios de Inclusión: Pacientes que ingresen a la internación hospitalaria por el Servicio de Clínica Médica.

Criterios de Exclusión: Pacientes que no ingresen a la internación hospitalaria por el Servicio de Clínica Médica.

Criterios de Eliminación: Pacientes que ingresen a la internación hospitalaria por el Servicio de Clínica Médica, sin capacidad de contestar un sencillo cuestionario, o en su defecto, sin familiares que proporcionen dicha información.

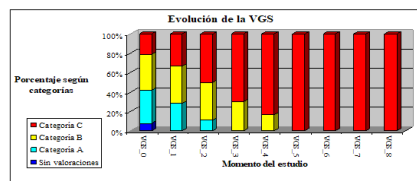
Pacientes embarazadas.

Pacientes de los cuales no obtengamos información de VGS al ingreso, con periodicidad de una semana o al egreso de su hospitalización.

Resultados: En las 8 semanas de duración del estudio, se obtuvieron cifras alarmantes de categorizaciones B y C según la VGS (Sospecha de Desnutrición ? Desnutrición moderada y Desnutrición severa). Asimismo, se observó en forma preocupante, la migración de categorías de los pacientes, siempre en detrimento de su estado nutricional. Iniciando el presente trabajo con una prevalencia de 58,4% de pacientes desnutridos, se culminó con un 100%; pasando por 71,8% en la semana 1, 88,9% en la semana 2 y 100% a partir de la tercera semana.

Conclusiones: Consideramos que, con la implementación de un protocolo de screening nutricional, al ingreso hospitalario del paciente y su seguimiento correspondiente, se obtendrán datos concisos sobre el estado del mismo, para poder efectuar las adecuadas y oportunas intervenciones; sobre la base de un sustento justificativo.

Semana 0	VGS 0	A	B	C	TOTAL
Sexo	No VGS				
F	2	9	17	13	41
% Fila	4,9	22	41,5	31,7	100
% Columna	28,6	30	51,5	68,4	46,1
M	5	21	16	6	48
% Fila	10,4	43,8	33,3	12,5	100
% Columna	71,4	70	48,5	31,6	53,9
TOTAL	7	30	33	19	89
% Fila	7,9	33,7	37,1	21,3	100
% Columna	100	100	100	100	100



C-05-18 // COMPARACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ALCANZADAS POR TRES EQUIPOS DE MÉDICOS CLÍNICOS EN BUENOS AIRES. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

RAGUSA, M.; IZCOVICH, A.; TISI BAÑA, M.; PRESAS, J.; CATALANO, H.
Hospital Fernandez. Caba, Argentina.

Objetivos: Analizar las recomendaciones construidas por 3 grupos de médicos distintos, ante un mismo cuerpo de evidencia para analizar: 1) Discrepancias relevantes; 2) Las razones que explican dichas discrepancias

Materiales y Métodos: El estudio se realizó en los servicios de clínica de tres centros (Hospital Alemán de Buenos Aires, Hospital Fernández de Buenos Aires, Hospital Austral del Pilar). Mediante una encuesta simple, entregada a los médicos de planta de los 3 servicios, se identificaron 10 preguntas relevantes (escenarios frecuentes en los que los médicos perciben controversia y/o variabilidad en el manejo). Dos expertos en toma de decisiones basada en pruebas, construyeron tablas de resumen de resultados, siguiendo los postulados GRADE. En sesiones semanales, los expertos presentaron dichas tablas en cada uno de los 3 centros. En cada sesión, los médicos de planta de cada uno de los centros, construyeron recomendaciones en respuesta a cada una de las 10 preguntas, considerando los efectos de la intervención en cuestión, la certeza en la evidencia y aspectos relacionados a valores y preferencias de los pacientes, costos, aceptabilidad e implementación, según los postulados GRADE. Para el análisis de la información, comparamos las recomendaciones elaboradas en cada uno de los centros, para cada una de las preguntas, con el objetivo de identificar diferencias relevantes. Comparamos la fuerza y dirección de las recomendaciones y definimos la existencia de discrepancias mayores o menores. Adicionalmente analizamos la influencia de cada uno de los aspectos considerados para la construcción de las recomendaciones sobre las discrepancias observadas.

Resultados: De las 30 recomendaciones construidas 5 fueron fuertes y 25 condicionales. Los resultados mostraron que en 12 casos las recomendaciones resultaron concordantes, en 17 casos hubo discrepancias menores y en 1 una discrepancia mayor. Las discrepancias se explican por diferencias en el peso asignado a los beneficios y perjuicios estimados sobre desenlaces relevantes y por diferencias en la valoración de cuestiones relacionadas a aceptabilidad o implementación en cada contexto.

Conclusiones: Ante un mismo cuerpo de evidencia, en respuesta a una misma pregunta, distintos grupos de médicos frecuentemente ponderan y valoran en forma distinta, los variados aspectos que resultan relevantes para construir recomendaciones basadas en pruebas. Estas diferencias frecuentemente resultan en discrepancias en la dirección o la fuerza de las recomendaciones alcanzadas. Los mencionados hallazgos sugieren que, para ser exitosos, los procesos de implementación de guías de práctica clínica deberán evolucionar de un modelo de adopción a uno de adaptación, en el que aquellas instituciones o grupos médicos que pretendan utilizar guías de práctica clínica desarrolladas por terceros, deberán realizar un análisis exhaustivo de los fundamentos de las recomendaciones en ellas incluidas y, de ser necesario, modificar las recomendaciones originales ajustándolas a su propio contexto.

	Recomendación "B"					Concordantes (n=12)	Discrepancia menor (n=17)	Discrepancia mayor (n=1)
	Fuente en contra	Débil en contra	Débil a favor	Fuente a favor				
Recomendación "A"	Fuente en contra 1 (2%)	Débil en contra 2 (7%)	Débil a favor 5 (17%)	Fuente a favor 4 (22%)	Diferencias en la valoración o el peso asignado al efecto de la intervención sobre desenlaces relevantes (%)	0	7 (41)	1 (100)
	Débil en contra 1 (2%)	Débil en contra 5 (17%)	Débil a favor 4 (22%)	Fuente a favor 1 (2%)	Diferencias en la valoración o el peso asignado a la incertidumbre en la evidencia	0	2 (12)	1 (100)
	Débil en contra 1 (2%)	Débil en contra 5 (17%)	Débil a favor 5 (17%)	Fuente a favor 3 (7%)	Diferencias en la valoración sobre la posibilidad de variabilidad o incertidumbre en valores y preferencias	0	2 (12)	1 (100)
	Débil en contra 1 (2%)	Débil en contra 5 (17%)	Débil a favor 5 (17%)	Fuente a favor 3 (7%)	Diferencias en la valoración o el peso asignado a cuestiones relacionadas a recursos	0	2 (12)	
	Débil en contra 1 (2%)	Débil en contra 5 (17%)	Débil a favor 5 (17%)	Fuente a favor 3 (7%)	Diferencias en la valoración o el peso asignado a cuestiones relacionadas a aceptabilidad o posibilidad de implementación	3 (30)	9 (53)	
Concordancia								
Discrepancia menor								
Discrepancia mayor								

C-06-01 // DOLOR EN LA CENTRAL DE EMERGENCIAS

VILLA, M.; PADILLA, M.; MONGELOS, D.; BARRIOS, M.; ESTEBAN, J.; GRANDE RATTI, M.; MARTINEZ, B.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Introducción. El dolor es un motivo de consulta frecuencia en la Central de Emergencias de Adultos (CEA).

Objetivo. El propósito de este estudio fue estimar la frecuencia de dolor en la CEA, así como describir sus características y el proceso de atención habitual.

Materiales y Métodos: Diseñamos una cohorte retrospectiva con una muestra de 400 consultas aleatorias de todos los pacientes ingresados en entre Octubre/2016 y Septiembre/2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Argentina.

Resultados: 373 pacientes fueron analizados (27 pacientes eliminados por falta de datos). La prevalencia del dolor fue de 52,54% (196/373; IC95%: 47,34-57,71). A pesar del motivo de consulta por o con dolor, los registros electrónicos de salud incluyeron la evaluación del dolor solo en 83,67% (164) de los pacientes registrados por el médico y solo 12,24% (24) registrados por enfermería durante el proceso de triage. Los lugares de dolor más frecuentes fueron: 30,61% (60) abdominal, 15,82% (31) extremidades inferiores y 12,76% (25) región dorso-lumbosacra. En cuanto a la clasificación del tipo de dolor: 86,22% fue agudo. Casi el 20% (38/196) de los pacientes con dolor recibieron algún tratamiento analgésico durante la consulta en guardia. De estos, el tiempo medio desde la admisión en la sala de urgencias hasta la atención médica fue de 46 minutos; el tiempo medio entre la indicación médica y la administración efectiva por parte de la enfermera fue de 16 minutos. Las vías de administración más frecuentes fueron: 52% por vía intravenosa y 21% por vía intramuscular.

Conclusiones: La consulta por o con dolor en guardia es frecuente. Sin embargo, la evaluación de triage juega un papel crucial en la evaluación inicial y la atención adicional, incluido el tratamiento analgésico. A pesar de esto, la evaluación de la intensidad del dolor no siempre está bien registrada. Es necesario mejorar el registro de la misma.

C-06-02 // PREDICTORES DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

SOLAVALLONE, V.; FERNANDEZ, M.; LASCANO, S.; GISBERT, P.; PEÑA Y LILLO, E.; MARCUCCI, G.; CARMÍ-

NATI, G.; SALVATORE, A.

Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Analizar características clínicas hemorragia digestiva alta (HDA) y mortalidad según score Blatchford (SB), score Rockall clínico (SRCI) y score Rockall completo (SRCo)

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, episodios HDA con endoscopia digestiva alta (VEDA) internados Clínica Médica, Hospital Luis Lagomaggiore, 1999-2018. Se consideró: SRCI: riesgo alto (RA) >0. SRCo: riesgo bajo (RB) <3; intermedio (RI) 3-4; RA >5. SB: RA ≥3. Análisis estadístico: medidas tendencia central, dispersión (IC95%), χ^2 y test de Student, criterio significación error ≤5%. Análisis ROC mortalidad: SRCI, SRCo y SB por comparación Área Bajo la Curva (ABC) por prueba De Long, cociente probabilidad (LHR), Sensibilidad (S), Especificidad (E)

Resultados: Muestra: 881 episodios HDA, edad media 55 ±15 años, >65 años 209 (24%), varones 638 (72%), estancia hospitalaria 6 días (1-92). Comórbidas: enolismo 383 (43.5%); tabaquismo 294 (33%); uso AINEs 291 (33%); cirrosis 286 (32.5%); neoplasia 56 (6%); insuficiencia renal crónica 38 (4%). Causa: variceal 298 (34%), no variceal 583 (66%), no aclarada 24 (3% de no variceal). Presentaron melena 724 (82%), descompensación hemodinámica 650 (74%), hematemesis 606 (69%). Resangraron a 30 días 17 (2%). Requirieron transfusión 536 (61%). Complicaciones 171 (19%): infección 93 (10%); shock hipovolémico 49 (6%); requirieron UTI 49 (6%). Mortalidad hospitalaria 39 (4.4%), por HDA 25 (64%). SRCI: RA 728 (83%); SRCo: RB y RI 288 (33%) respectivamente, RA 305 (35%).

Se calculó SB en 268: RA 263 (98%). SRCI RA 224 (83%); SRCo RB 59 (22%), RI 96 (36%), RA 113 (42%). Análisis mortalidad por ROC: SRCI ABC 0.74 (0.68-0.79), SRCo ABC 0.64 (0.58-0.69), SB ABC 0.76 (0.71-0.81). Diferencia entre áreas SB-SRCI 0.029, $p<0.65$; SB-SRCo 0.127, $p<0.12$; SRCI-SRCo 0.098, $p<0.18$. SRCI >3 tuvo LHR+ 2.09 (53.9-66.2); S 83%; E 80%; probabilidad muerte 43%. SRCo >3 tuvo LHR+ 1.56 (35.3-47.7); S 91%; E 41%; probabilidad muerte 33%. SB >12 tuvo LHR+ 2.13 (58.7-70.7); S 75%; E 64%; probabilidad muerte 39%.

Excluyendo origen variceal, 196 episodios. SRCI ABC 0.81 (0.75-0.86), SRCo ABC 0.81 (0.75-0.87), SB ABC 0.87 (0.81-0.91). Diferencia entre áreas SB-SRCI 0.055, $p<0.33$; SB-SRCo 0.055, $p<0.59$; SRCI-SRCo 0.000, $p<0.99$. SRCI >5 tuvo LHR+ 5.73 (84.3-93.5); S 60%; E 89%; probabilidad muerte 49%. SRCo >4 tuvo LHR+ 2.42 (51.6-65.7); S 100%; E 58%; probabilidad muerte 58%. SB >14 tuvo LHR+ 3.82 (72.6-84.6); S 80%; E 79%; probabilidad muerte 59%

Conclusiones: En nuestro estudio, la HDA fue más frecuente en hombres por causas no variceales, y la mayoría presentaron descompensación hemodinámica al ingreso. La mortalidad fue baja, aunque fuertemente relacionada. El SB fue el mejor predictor de mortalidad en HDA cualquiera fuera su origen

C-06-04 // TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS EN SALA DE CLÍNICA

MEDICA

BARRIOS, k.; LARZABAL, F.; CANI, L.; MARTINEZ, J.; VILELA, A.

Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Objetivos: transfundir a pacientes en sala de clínica medica se ha convertido en una práctica cada vez más segura, disminuyendo los riesgos de transmisión de agentes infecciosos y reacciones transfusionales severas. No obstante, en términos fisiopatológicos cuando se transfunde una persona, se lo está exponiendo a un trasplante de tejido alogénico.

Tomando como referencia los criterios de transfusión utilizados, se estima un índice de transfusiones innecesarias de 40%.

Nuestro propósito es relevar las transfusiones en sala general de internación.

Objetivos: Determinar las indicaciones generales de transfusión en sala de clínica medica; Enumerar efectos secundario post transfusión.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional de corte transversal, en el que se seleccionaron todos los pacientes ingresado dentro el periodo entre junio a octubre del 2018 en sala general de la clínica santa Isabel, Criterios de inclusión Pacientes ingresados en sala de clínica medica que hayan recibido transfusión de hemoderivados durante su estadía en sala; Pacientes mayores de 15 años. Criterios de exclusión Pacientes embarazadas

pacientes que se negaran a la transfusión o a la participación en el estudio.

Resultados: En proceso

Conclusiones: En proceso

C-06-03 // PREVALENCIA Y MANEJO DE HIPERTENSIÓN EN ÁREA DE EMERGENCIAS

PEDRETTI, A.; TOMASONE, A.; ESTEBAN, J.; DÍAZ, M.; VILLA, M.; MARTINEZ, B.; GRANDE RATTI, M.;

MANGO, M.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) como motivo de consulta en la demanda espontánea (DE); describir estudios complementarios solicitados y conductas terapéuticas establecidas.

Materiales y Métodos: Se realizó un corte transversal para el objetivo de prevalencia que incluyó una muestra aleatoria de 700 consultas ocurridas entre Enero y Diciembre de 2017 de pacientes adultos afiliados a prepaga institucional en la DE de la Central de Emergencias de Adultos del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se definió numerador a los casos de HTA como diagnóstico médico principal al cierre de la epicrisis luego de la consulta en la demanda espontánea

Se conformó una cohorte retrospectiva para el objetivo de describir los estudios y conductas terapéuticas con una selección aleatoria de 100 pacientes con diagnóstico de HTA que fueron seguidos desde el alta hasta la ocurrencia de las siguientes variables: reconsulta dentro de los 7 días, consulta con médico de cabecera (MC) y consulta con especialista dentro de los 30 días. Se recolectaron las variables: estudios complementarios realizados, tipo de tratamiento recibido, conducta del médico tratante (sugerencia de control ambulatorio con MC, modificación del tratamiento antihipertensivo habitual, y/o derivación al especialista).

Resultados: Durante el período del estudio, se atendieron un total de 60098 consultas en la demanda espontánea. De los 700 pacientes incluidos en el estudio la prevalencia de HTA fue 3,42% (24/700) con IC95% 2,20%- 5,05%. De la muestra aleatoria de 100 casos con HTA: 66% eran de sexo femenino, la edad promedio fue 73,35 años, el 99% era HTA conocido, el 37% consultó día feriado o no hábiles, con una mediana de tiempo de espera de 48,7 minutos. Durante la consulta en guardia: el 10% se realizó laboratorio, 1% se realizó electrocardiograma, y 42% recibió algún tratamiento (antihipertensivo, diurético y/o ansiolítico). El 9,52% (4/42) recibió tratamiento por vía endovenosa, el restante vía oral o sublingual. Al momento del cierre de epicrisis, 13,43% modificó el tratamiento antihipertensivo habitual, 43,28% sugirió consultar con MC y 19,40% sugirió consultar con especialista por ambulatorio. El 7% reconsultó en guardia a las 48 horas, y 14% a los 7 días. Con respecto al seguimiento ambulatorio con especialistas dentro de los 7 días: 21% consultó con cardiología, 8% consultó en oftalmología, y 2% con HTA. El 19% consultó con MC dentro de los 7 días, mientras que 45% dentro de los 30 días.

Conclusiones: La prevalencia resulta alta teniendo en consideración el contexto dentro de sistema cerrado con MC asignado y facilidad de comunicación con el mismo. Los hallazgos sugieren sobretratamiento de esta entidad. Los pacientes que consultan por HTA en guardia no deberían estudiarse ni tratarse, sino ser referidos a su médico de cabecera MC para que éste aborde la HTA en el marco del manejo de los factores de riesgo cardiovasculares, basándose en el riesgo global individual.

C-06-05 // TELEMEDICINA PARA LA ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS EN PERÍODO DE BROTE EPIDEMIOLÓGICO 2018

GRANDE RATTI, M.; PEDRETTI, A.; RICCI, R.; ROVEGNO, L.; POLLÁN, J.; GIUNTA, D.; LUNA, D.; PLAZZOTTA,

F.; MARTINEZ, B.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Introducción: La telemedicina es una estrategia cada vez más utilizada como herramienta de atención a distancia. La prevención y el tratamiento de la influenza durante la época de epidemia de gripe estacional, aún requieren nuevos enfoques de gestión.

Objetivos: Describir las características de los pacientes y el proceso de atención habitualmente instaurado de las consultas realizadas luego de la creación de un nuevo programa de atención virtual a distancia para Infecciones Respiratorias Altas (IRA) durante brote 2018. Descripción del diseño, implementación y las lecciones aprendidas de este nuevo programada de atención.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron en el estudio todas las consultas realizadas entre 21/05/2018 y 23/08/2018 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Los pacientes fueron seguidos desde la fecha de consulta virtual para la recolección de las variables re-consulta a guardia y/o internación dentro de los 7 días subsiguientes. La participación se restringió a adultos >=18 y <65 años, afiliados de prepaga institucional, usuario del portal de salud, sin factores de riesgo (definidos como: condiciones pulmonares crónicas -epoc, asma, fibrosis quística, bronquiectasias, traqueostomía-, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia renal en diálisis, tratamiento quimioterápico en el último mes, trasplantados, internación en el último mes, embarazo, y/o inmunosupresión) que se autoconvocaron para la atención virtual. Se excluyeron aquellas consultas que presentaron inconvenientes técnicos.

Resultados: Durante el período del estudio se atendieron 240 consultas efectivas, distribuidas de la siguiente forma: 7 durante el mes de Mayo, 56 en Junio, 91 en Julio y 86 en Agosto. El servicio ofrecido se limitó a días hábiles entre 9 y 21 horas con la siguiente distribución: 22,91% martes, 21,25% viernes, 20% jueves, 19,59% miércoles y 16,25% lunes. Los rangos horarios de mayor atención fueron: entre 16-19 horas (37,91%) y entre 9-11 horas (21,66%). Las consultas se correspondían a 226 pacientes, que presentaron una edad media de 43,25 (DS 12,87) años y 70% (168) fueron de sexo femenino. Los datos sobre el proceso de atención registrado en una ficha predeterminada (diagnóstico nomencional, plan terapéutico sugerido, derivación a demanda/guardia central), y las reconsultas y/o internaciones dentro de los 7 días posteriores a la consulta se encuentran aún bajo procesamiento del dato (estarán disponibles a la fecha de presentación).

Conclusiones: Esta nueva estrategia de atención tiene un gran potencial para descentralizar la gestión hospitalaria, disminuir los tiempos de demora prolongados y evitar los contagios en las salas de espera.

C-06-06 // PROTECCION CELULAR EN UN MODELO DE SHOCK HEMORRAGICO

ORTIZ FRAGOLA, J.; CAO, G.; TUMARKIN, M.; MULLER, A.; MORIONDO, M.; SANGIORGIO, M.; AZZATO, F.; AMBROSIO, G.; MILEI, J.
Instituto De Investigaciones Cardiológicas Prof. Dr. Alberto C. Taquini. Caba, Argentina.

Objetivos: Comparar, en un modelo murino de shock hipovolémico y reanimación estándar, parámetros de daño tisular entre un grupo con tratamiento citoprotectivo con trimetazidina (TMZ) y un grupo placebo.

Materiales y Métodos: En trece ratas Wistar se utilizó un modelo de shock hipovolémico controlado por presión arterial. Se indujo el shock mediante la extracción por la arteria carótida del volumen de sangre necesario para lograr una tensión arterial media de entre 38 y 42 mmHg, que se mantuvo durante 1 hora. Luego de la fase de shock se procedió a la reanimación, que duró 30 minutos y en la cual se reinfundió la sangre extraída más una cantidad proporcional de Ringer Lactato. Los animales se dividieron aleatoriamente en 2 grupos: Grupo Control (tratamiento placebo, n=6) y Grupo tratamiento (trimetazidina, n=7). Se realizaron extracciones de sangre para analizar en tres momentos diferentes: previo al inicio del shock, al final de la fase de shock y al final de la fase de reanimación. En las muestras de sangre se evaluó: creatinina, hepatograma, creatinfosfokinasa (CK), pH, bicarbonato, exceso de base, ácido láctico y láctico deshidrogenasa (LDH). Al finalizar la fase de reanimación los animales fueron sacrificados, extrayéndose muestras de intestino y riñón que se evaluaron con tinción de H&E. Para evaluar la severidad de la lesión tisular se emplearon scores histopatológicos para cada órgano. Se aplicaron los principios de cuidados de animales de laboratorio según los parámetros revisados del National Institute of Health.

Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar y se analizaron mediante el test de la t de Student. Se definió una p estadísticamente significativa menor a 0.05.

Resultados: No hubo diferencias significativas en la TAM basal pre-shock (mmHg, Control 112.6 $\pm$ 15.9, TMZ: 111.5 $\pm$ 22.4), durante el shock (mmHg, Control 40.8 $\pm$ 0.5, TMZ: 40.5 $\pm$ 0.3) o durante la reanimación (Control 112.67 $\pm$ 8.4, TMZ 111.5 $\pm$ 6.5) entre los grupos.

El Grupo con TMZ, luego del shock, mostró aumento del bicarbonato sérico (mg/dl, Control: 13.04 $\pm$ 3.19; TMZ: 17.08 $\pm$ 1.5; p=0.04) y disminución del ácido láctico (mg/dl, TMZ: 5.58 $\pm$ 1.1; Control: 7.88 $\pm$ 1.3; p=0.02), de la creatinina (mg/dl, Control: 0.76 $\pm$ 0.09; TMZ: 0.64 $\pm$ 0.04; p=0.01) y del aumento de la LDH (mg/dl Control: 671.6 $\pm$ 276; TMZ: 280 $\pm$ 325; p=0.01). Además, TMZ disminuyó el daño histopatológico en riñón (Control: 2.6 $\pm$ 0.5; TMZ: 1.5 $\pm$ 0.5; p=0.014) e intestino delgado (Control: 2.5 $\pm$ 0.5; TMZ: 1.7 $\pm$ 0.5; p=0.0218).

Conclusiones: En un modelo de shock hipovolémico y reanimación estándar, el tratamiento con TMZ promovió la tolerancia celular y tisular al shock, mejorando parámetros humorales e histopatológicos de daño tisular.

C-07-02 // APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU PELIGROSA ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO

KASIANUK, M.; BASUALDO, A.; GUERRERO, M.; ZEVALLOS, C.; LUCIARDI, H.; TOMÉ GUZMÁN, A.; GIMENEZ, L.; CORDOBA LANUS, M.
Hospital Centro De Salud Zenón Santillán. Tucumán, Argentina.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia del SAOS en pacientes con síndrome metabólico.

2) Estimar la prevalencia de la asociación entre cada uno de los componentes del SM y el SAOS

Materiales y Métodos: estudio de cohorte transversal, observacional, en el que se analizaron las historias clínicas de los pacientes internados en el período Diciembre 2017 a febrero 2018. los datos antropométricos obtenidos fueron: sexo, edad, peso, talla y los componentes del SM según lo establece el panel de adultos de ATP III.

Se interrogó a los pacientes con el cuestionario canadiense STOP-BANG (por su sigla en inglés), con preguntas dicotómicas sobre ronquido, cansancio, apneas observadas e hipertensión arterial sistémica (STOP) y parámetros antropométricos BANG (BMI >35 kg/m) para > 50 años, cuello >40 cm y género masculino. se considero bajo riesgo de SAOS si respondían afirmativamente a 1-2 preguntas, riesgo intermedio a 3-4 preguntas y alto riesgo 5-8 preguntas. Los datos obtenidos fueron volcados en plantilla excel.

Para el análisis estadístico: se usó el estadístico SPSS 15.0 (Chicago, Illinois, USA) asumiendo como P significativa < 0.05. Se realizaron los test de Mann Whitney, y evaluación de Pearson para las variables analizadas.

Resultados: De 98 pacientes internados en el período indicado, el 59.2% fueron hombres (n=58) y el 40.8% (n=40) mujeres. La edad media fue de 50.5 años. la media del índice de masa corporal fue 28.2, la mediana de 26.6 y el desvío estándar (DS) 8.5; la circunferencia de cintura tuvo una media de 99.5, mediana de 98 y DS de 21.2. La media de glucemia fue 108, la mediana 92, y el DS 49.3. La media del colesterol fue 142.5, la mediana 133.9 y el DS 48; la media de HDL fue 36.8, la mediana 35.5 y el DS 14.9 y los triglicéridos tuvieron una media de 138.7, mediana de 125 y DS de 63.3. La media de riesgo de apnea fue 2.78, la mediana 3 y el DS 1.58

Del total de pacientes (n=98) 48.8% (n=48) presentaron SM y los restantes 51.2% (n=50) no cumplieron con los criterios propuestos por el ATP III

Conclusiones: 1) La prevalencia de SAOS fue mayor en pacientes con síndrome metabólico que en quienes no cumplieron con los criterios de ATP III (p<0.05)

2) La circunferencia de cintura fue el componente del síndrome metabólico que con mayor frecuencia se asoció al SAOS (p<0.05)

C-07-01 // ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS

GAYDOU BORSOTTI, A.; ALBARENQUE, E.; GATTO, L.; REUS, V.; CARRERA, L.; GATTO, L.
Facultad De Ciencias Médicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Describir el grado de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes diabéticos en seguimiento. Determinar las áreas con menor grado de cumplimiento terapéutico y conocer los parámetros de control metabólico y de riesgo cardiovascular. Identificar factores relacionados a baja adherencia terapéutica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Muestra con 834 pacientes que asistieron al consultorio del Hospital J. M. C. entre Abril y Julio del 2018. Para medir adherencia se utilizó la herramienta Summary of Diabetes Self Care Activities (SDS-CA) traducida y modificada a criterio del investigador, validada en una prueba piloto de 5 pacientes. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 25 años con diagnóstico de Diabetes, que concurren al consultorio de enfermedades crónicas; con tratamiento al momento de la encuesta; pacientes cuyos valores de laboratorio tenían una antigüedad menor a 3 meses. Exclusión: a los pacientes pre diabéticos con tratamiento farmacológico; y con diagnóstico de Diabetes que hayan suspendido el tratamiento por indicación médica. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software SPSS v 22.0.0 de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL. El valor de significancia fue determinado en 0,05

Resultados: La muestra estuvo conformada por 834 pacientes de los cuales el 61,8% eran mujeres y el resto hombres. La edad media de los encuestados fue de 58,8 (DS $\pm$ 10,0).

El puntaje medio de adherencia fue de 28,48 (DS $\pm$ 7,59) y del para los pacientes con insulina 28,9 (DS $\pm$ 6,8); el puntaje mínimo reportado fue de 13 y el máximo de 41. Se re categorizó dicha variable en porcentajes, para poder comparar ambos grupos, con una media de 49,6% (DS $\pm$ 13,1).

Con respecto a los controles de glucemia capilar de los pacientes insulinizados (n=7) el 85,7% no realizó ninguna medición semanal, y sólo 16 pacientes se controlaron 3 veces por semana.

Al analizar el riesgo cardiovascular, se observó que la mayoría de los pacientes de la muestra (52,9%) tienen un riesgo bajo, 23,5% riesgo moderado y sólo el 8,8% alto.

El 73,5% de la muestra obtuvieron un IMC mayor a 30, demostrando la gran cantidad de pacientes obesos. Tuvieron IMC menor a 30, solo el 2,9% (n=1) tuvo un valor normal. Con terapia combinada obtuvieron puntajes más altos de adherencia que con monoterapia (p=0,03) y que los pacientes insulinizados (p=0,057).

HbA1c elevadas se registraron en pacientes con más años de diagnóstico, sugiriendo una correlación positiva (r=0,304), pero sin significancia estadística (p=0,09). Valores más altos registrados fueron los de adherencia total (r= - 0,220) y actividad física específica (r= - 0,206).

Conclusiones: Las áreas reportadas con menor cumplimiento son las de actividad física y dieta.

El riesgo cardiovascular calculado a diez años es bajo en la mayoría de estos pacientes.

Se halló una población significativa con obesidad.

No pudieron identificarse con exactitud factores que influyan de forma negativa en la adherencia.

C-07-03 // DIABETES MELLITUS GESTACIONAL Y SUS COMORBILIDADES EN LOS NEONATO

EL KASSOUF, I.
Clínica Ciudad De La Vida. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Su frecuencia puede verse modificada según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes gestacional.

Materiales y Métodos: Se revisaron 2.412 historias clínicas, pertenecientes a los pacientes internados en el Sector de Neonatología, División Pediatría, del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, que corresponden al período Enero del año 2017 hasta Junio del año 2018.

Del rango estudiado, un total de 46 historias clínicas fueron hijos de madres con diabetes mellitus gestacional dentro de estas 21 fueron investigados en nuestro estudio. Se analizaron los porcentajes y cantidades de neonatos macrosómicos, con bajo peso, con complicaciones metabólicas y/o malformaciones congénitas.

Análisis de los datos: Fueron encontrados 803 (33,29%) casos de morbilidades en neonatos como: macrosomía 55 (2,28%), bajo peso neonatal 25 (1,04%), hipoglucemia 7 (0,29%), cardiopatía congénita 20 (0,83%) e hiperbilirrubinemia 696 (28,86%).

Conclusiones: Entre las comorbilidades estudiadas, la macrosomía fue la más prevalente, seguida por las alteraciones metabólicas (hipoglucemia e hiperbilirrubinemia) y bajo peso neonatal.



C-07-04 // AUTOCUIDADO DEL PIE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

GAYDOU BORSOTTI, A.; VALLI, E.; GOMEZ BATLE, C.; FISSORE, E.; REUS, V.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Médicas, Universidad Nacional Del Litoral. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Determinar el grado de conocimiento sobre el autocuidado del pie en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y analizar los factores asociados al déficit del mismo

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo, prospectivo, y de corte transversal. Para la obtención de los datos se empleará como instrumento encuestas, que se realizarán de forma voluntaria a una muestra de pacientes ambulatorios con Diabetes Mellitus tipo II en un centro público de tercer nivel de atención de la ciudad de Santa Fe, entre los meses de mayo y julio del año 2018.

Muestreo por conveniencia cuyos criterios de inclusión incluyen tener diabetes mellitus tipo 2, edad entre 40 y 85 años y 10 años de evolución. Los criterios de exclusión pacientes fuera del rango de edad comprendido entre 40 y 85 años, con un período menor a 10 años de evolución de la enfermedad.

Los datos obtenidos fueron organizados en la hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel y posteriormente procesados por el software SPSS. Se utilizó el test X² para comprobar la asociación entre las variables estudiadas, con nivel de significancia p<0,05. Calculamos los intervalos de confianza (IC) al 95% para la edad.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, 53 mujeres y 47 varones. La media de edad en 62,60 (±9.76 DE), con un rango entre 45 y 83 años. Se analizaron las variables individuales y colectivas de los encuestados

Los pacientes que refirieron haber recibido educación para el cuidado del pie provenían del médico en su mayoría (72%), y en menor medida por parte de un enfermero (6%); mientras que la frecuencia de información sobre el cuidado del pie se realizaba esporádicamente en un 40% y en cada consulta. Al evaluar la situación laboral, convivencia y el hábito de fumar pudimos observar que no había diferencias significativas. En cambio al evaluar las variables residencia, consultas al año, conocimiento de nivel de glucemia, ayuda por un familiar y ausencia de lesión si se encontraron diferencias significativas.

Existen diferencias significativas entre el conocimiento del valor glucémico y el tipo de tratamiento realizado por el paciente: ADO/insulina con 100%, insulina con 45,45%, ADO con 27,50%, y dieta/ejercicio con 25%.

Conclusiones: La capacidad de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 está vinculada a múltiples factores, que merecen la atención de los profesionales de la salud en lo que se refiere a la proposición de programas de educación. La estrategia de intervención educativa, mediante la metodología de comunicación participativa, comparada con el método tradicional, favoreció el aprendizaje y las conductas para el cuidado de los pies que busca abarcar las necesidades de los pacientes y la planificación de la participación interactiva del grupo, teniendo en cuenta las características socioculturales de los mismos, posibilitando la reflexión, análisis, discusión de situaciones cotidianas y la identificación de las necesidades de salud en conjunto con todo un equipo interdisciplinario.

Autocuidado del pie diabético	Hombres (n=47)	Mujeres (n=53)	Nivel de significancia
Revisa diariamente sus pies	51,06%	83,02%	p<0,05
Seca cuidadosamente sus pies y entre sus dedos	63,83%	94,34%	p<0,05
Hábito de andar descalzo	27,66%	1,89%	p<0,05
Hidrata sus pies	68,09%	86,79%	p<0,05
Usa medias claras	29,79%	86,79%	p<0,05
Consulta al médico ante una lesión	55,32%	88,68%	p<0,05
Realiza consultas al podólogo	8,51%	54,72%	p<0,05
Corta sus uñas con lima	8,51%	35,85%	NS
Ninguna lesión	36,17%	54,72%	NS
Valor de glucemia	34,04%	32,08%	NS

C-07-06 // COMPARACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS DE CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO

GONZALEZ, V.; IGLESIAS, M.; ANTEQUERA, E.; FERNANDEZ, N.; ALVAREZ VIZZONI, R.
Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Comparar dos herramientas de cribado nutricional, NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002) y FILNUT (Fase de Filtro Nutricional Analítico), sobre una muestra de pacientes al ingreso hospitalario. Evaluar en ambos métodos sus cualidades y desempeño para la correcta identificación de los pacientes y analizar la prevalencia de riesgo nutricional.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, en admisiones desde julio hasta septiembre de 2016 en el Sanatorio Allende de la Provincia de Córdoba-Argentina. Se efectuó la herramienta de cribado nutricional NRS-2002, utilizado como Gold Estándar y las determinaciones analíticas, prealbúmina y linfocitos totales, para la herramienta FILNUT que constituye la primer fase del proceso INFORMNUT®. Los resultados de las variables cuantitativas fueron expresados como media±desvío estándar (±DE). El Test de Chi² fue utilizado para comparar la diferencia en la prevalencia de riesgo nutricional. El estudio descriptivo de los datos y el cálculo de prevalencia fue realizado tomando como Gold Estándar la herramienta NRS-2002. La tabla de contingencia 2x2 se utilizó para determinar frecuencias relativas de las variables mediante porcentajes y la precisión se evaluó mediante sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y razón de verosimilitud (RV). La significancia estadística empleada fue p<0,05.

Resultados: Cumplieron los criterios de inclusión 221 pacientes de ellos 113 fueron de sexo femenino (51%) y 108 sexo de masculino (49%), con una media de edad 52 ± 19 años. La prevalencia de riesgo nutricional encontrada en la población en estudio con NRS-2002 fue del 31% (n=69) y FILNUT clasificó al 61% (n=135) de los pacientes en riesgo nutricional, mostrando entre ambos métodos una diferencia significativa (p<0,0001). La sensibilidad y especificidad obtenida para FILNUT fue del 93% y 53% respectivamente. El VPP fue del 47% y VPN del 94%. La RV positiva fue de 1,9 y la RV negativa 0,14.

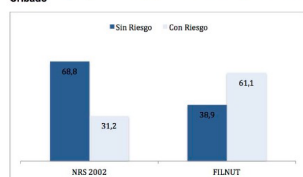
Conclusiones: La herramienta FILNUT arrojó diferencias en la prevalencia de pacientes positivos versus NRS-2002. El método FILNUT con una alta sensibilidad, deja un gran número de falso positivos probablemente por la utilización de parámetros analíticos. Esta herramienta de cribado descartó apropiadamente a aquellos pacientes sin riesgo, pero es necesario continuar con el proceso INFORMNUT® para lograr una mejor especificidad. Considerando el rol que cumple la inflamación en el estado nutricional, valores bajos de prealbúmina relacionados con el proceso inflamatorio deberían considerarse como potencial riesgo nutricional.

Tabla 2 Valoración Diagnóstica del Instrumento de Cribado FILNUT, comparado con NRS-2002.

Método	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP %	VPN %	RVP	RVN
FILNUT	92,7 (83,9-97,6)	53,3 (45,0-61,4)	47,2 (42,6-51,7)	94,2 (87,4-97,5)	1,9 (1,7-2,4)	0,14 (0,06-0,3)

VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; RVN: razón de verosimilitud positiva; RVN: razón de verosimilitud negativa. Los datos se expresan acompañados del IC95%.

Gráfico 1: Porcentajes de Pacientes Clasificados por cada Herramienta de Cribado



C-07-05 // CETOACIDOSIS DIABÉTICA: ¿ES POSIBLE EL MANEJO NORMATIZADO EN CLÍNICA MÉDICA?

SOLAVALLONE, V.; ANCI ÁLVAREZ, C.; LASCANO, S.; MATILE, C.; GISBERT, P.; DROMI, L.; LAVANDAIO, H.; SALVATORE, A.; MARCUCCI, G.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Analizar características clínicas y de laboratorio de episodios de cetoacidosis diabética (CAD) bajo estrategias de manejo normatizadas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y comparativo de episodios de CAD internados en servicio de Clínica Médica, Hospital Lagomaggiore, en 5 años. CAD (3): glucemia >250mg/dl, cuerpos cetónicos urinarios presentes, CO3H- <15mEq/L o pH<7.30; CAD grave (CADG): CO3H- <15mEq/L y pH<7; CAD recurrente (CADR): ≥2 CAD/año; hipoglucemia severa (HS): <30 mg/dl o trastorno de conciencia; CAD persistente (CADP): que tardó el doble de tiempo en salir de la acidosis de lo que le llevó llegar a glucemia <200mg/dl. Mal control metabólico (2 o más): HbA1C>8%, glucemia ayunas >140mg/dl y post prandial >180 mg/dl.

Se evaluaron datos demográficos, tipo y tiempo de evolución de Diabetes mellitus (DM), comórbidas, complicaciones crónicas, control metabólico, causas precipitantes, tiempo de glucemia elevada, ceto-sis, datos de laboratorio y evolución. Análisis estadístico: SPSS, medidas tendencia central, dispersión (IC95%), chi2 y test de Student, criterio significación error α<5%.

Resultados: Muestra: 139 episodios. Edad 31.7 ±13.6 años, mujeres 72 (52%), permanencia hospitalaria 5 ±3.5 días. DM tipo 1: 106 (76%), evolución 7.5 (±6.2) años, mal control metabólico 129 (93%). Nivel de educación 9.5 ±3.2 años. Tabaquismo 74 (53%). Desnutrición calórico-proteica 27 (19%). Alteración de personalidad (AP) 63 (45%). CADR 64 (46%). CADG por CO3H- 103 (74%), por pH 28 (20%). Causa principal: abandono medicación y/o transgresión alimentaria 88 (63%), infecciones 27 (19%), debut 11 (8%). Desarrollaron HS 79 (57%) y CADP 60 (43%). CAD normoglucémica (glucemia <200 mg/dl) 12 (9%). Requirieron UTI 22 (16%). No hubo óbitos. En CADR fue más frecuente: DM tipo 1 63 (98%) vs 55 (73%), p<0.001; AP 42 (66%) vs 21 (28%), p<0.001; pie DM 0 (0%) vs 5 (7%), p0.03; neuropatía 3 (5%) vs 15 (20%), p0.007; Charlson >2 35 (55) vs 55 (73), p0.02; ingreso por comórbida descompensada 1 (2%) vs 9 (12%), p0.02; causas socioeconómicas 47 (73%) vs 43 (57%), p<0.001; reingreso precoz 14 (22%) vs 3 (4%), p0.001; requirió UTI 3 (5%) vs 19 (25%), p0.001; edad 25.6 ±8 vs 36.9 ±15.1 años, p<0.001; IMC 21.1 ±3.4 vs 23.5 ±5.8 kg/m2, p0.003; creatinemia >1.2mg/dl 19 (9%) vs 36 (19%), p0.02; PCR 7.5 ±7 vs 32.8 ±51.5, p0.003; número de manifestaciones SIRS 2.2 ±0.8 vs 1.7 ±1.1, p<0.001; permanencia hospitalaria 4.1 ±2.1 vs 5.8 ±4.3 días, p0.02; tiempo con glucemia >200 mg/dl 4.4 ±3.3 vs 9 ±10.2 hs, p<0.001.

Conclusiones: La CAD manejada con normas en Clínica Médica tuvo bajo requerimiento de cuidados intensivos y no registró mortalidad. Fue más frecuente en mujeres con DM tipo 1 y mal control metabólico, la principal causa fue el abandono de medicación y transgresión alimentaria. Casi la mitad fueron recurrentes y se asociaron a trastorno de personalidad, riesgo social, menor edad, con cuadros menos graves de menor permanencia hospitalaria; pero fue más frecuente el reingreso precoz.

C-07-07 // DIABETES MELLITUS EN LA PRACTICA AMBULATORIA

MOYANO, G.; CORBALAN, R.; PERALTA, J.; MACCIO, P.; COLAVITA, S.; CHILANO, N.
Clínica Pueyrredon. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados. El objetivo principal fue evaluar la prevalencia de DM en la consulta ambulatoria de nuestra institución, las principales estrategias terapéuticas instauradas, las complicaciones presentes y comorbilidades asociadas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional longitudinal retrospectivo con pacientes de consulta ambulatoria de la Clínica Privada Pueyrredón de Mar del Plata por un período de 6 meses. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de DM tipo 1 o 2. La muestra fue de 129 casos y los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada, siendo analizados con el programa IBM SPSS 20.

Resultados: La prevalencia de DM fue del con una distribución por sexo de 60.3% masculinos y 38.2% femeninos, con una edad media de 62.67 años (DS 11.79). El total de los casos analizados correspondieron a pacientes con diagnóstico de DM tipo 2. Los mismos presentaron una media de edad de diagnóstico de 6.06 años (DS 3.8). En cuanto a las características morfológicas de los pacientes analizados se encontró una media de IMC de 31.84 con un peso y talla promedio de 88.49 y 168.47 respectivamente. Analizando el control metabólico se encontró una media de Hb1Ac de 7.37 (DS 1.7). De los pacientes analizados un 48.1% presentaba como estrategia terapéutica uso de 1 agente antidiabético oral (ADO), seguido por la combinación de 2 ADO en el 29%. En cuanto al uso de insulina el 13.7% se encontraba bajo tratamiento con análogos lentos. Al analizar el daño de órgano blanco (DOB) se observó en el 9.2% nefropatía, cardiopatía isquémica en el 6.9%, neuropatía 4.6%, retinopatía 3.8% y vasculopatía en el 1.5%. Los FRCV asociados fueron: HTA 62.6%, dislipemia 69.5%, obesidad 51.9%, tabaquismo y ACV en el 3.1% e insuficiencia cardíaca en el 1.5%.

Conclusiones: En la mayoría de los pacientes hospitalizados podemos identificar más de un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes. Siendo la obesidad el principal identificado en nuestro estudio. Por lo tanto nuestros esfuerzos como médicos clínicos deberían estar tendientes a la realización de estrategias de prevención y educación para reducir la prevalencia de DM en nuestro medio.

C-07-08 // EVOLUCIÓN DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES OBESOS LUEGO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA

ALEGRE LOZANO, R.; BIASONI, A.; RUBIN, G.; RUIZ, D.; SIGNORINI, F.; VISCIDO, G.; MOSER, F.
Hospital Privado Centro Medico De Cordoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Evaluar los resultados metabólicos a mediano y largo plazo de pacientes obesos con Diabetes Mellitus tipo 2 luego de Manga Gástrica Laparoscópica

Materiales y Métodos: En este estudio fueron incluidos aquellos pacientes obesos con Diabetes Mellitus tipo 2 que fueron intervenidos por Manga Gástrica Laparoscópica (GML). Los criterios para remisión de diabetes fueron: glucemia en ayunas postoperatoria <100 mg/dl, hemoglobina A1c <6% sin terapéutica farmacológica. El análisis estadístico fue realizado con SPSS 19.0

Resultados: Entre enero de 2009 y julio de 2016, 166 pacientes obesos con DM2 se les realizó GML y completaron un año o más de seguimiento. El 60.8% de ellos fueron mujeres (n=101), la edad promedio fue de 49.07 ± 12.8 años. El IMC promedio inicial fue de 46.44 ± 7.68 kg/m2 (rango 33-69.3). El tiempo promedio del diagnóstico de diabetes fue 5.95 años (1-28). La hemoglobina glicosilada (HbA1c) preoperatoria promedio fue 7.53 ± 0.97%. En el preoperatorio el 75.3% (n=125) estaban tratados con hipoglucemiantes orales (HGO) y el 13.25% (n=22) con insulina. El seguimiento promedio fue de 65 ± 10 meses.

La remisión completa de DBT fue observada en el 78.3%, 76.2% y 71.4% a 1, 3 y 5 o más años respectivamente; a largo plazo el 7.2% lograron remisión parcial, 10% mejoría y el 11.4% tuvo recurrencia de la enfermedad. Los pacientes insulinizados en el preoperatorio y aquellos con más de 5 años de diagnóstico de enfermedad remitieron significativamente con menor frecuencia la enfermedad (p=0.0004 y p=0.0001 respectivamente).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que a corto, mediano y largo plazo, el control de la DM2 luego de una GML fue satisfactorio. El tratamiento con insulina en el prequirúrgico y los diabéticos con más de 5 años de diagnóstico remitieron significativamente menos la enfermedad.

C-07-10 // GLUCEMIA ALTERADA EN AYUNAS Y RIEGO DE DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CESAC 12

PRONSKY, L.; AMOR, M.; QUIROGA, L.; TAPIA, M.; SARCONA, E.; PORTELA, M.; RASO, N.; FLORIO, C.; ROMERO, H.; CHIESA, M.; WILLI, J.; JAUNSOLO, M.; CASTELLA ESPLUGAS, C.
Cesac 12. Caba, Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia de GAA en pacientes de 40 años o más que concurren al CesAC 12 y su relación con el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron a todos los pacientes que aceptaron participar, previo consentimiento informado, mayores de 40 años. Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o con antecedentes de eventos cardiovasculares mayores. El estudio se realizó en el CesAC 12, entre los meses de febrero y junio de 2018.

Resultados: Se evaluaron 179 pacientes con una edad promedio de 52.5 años ± 9.4, 80.4% (n=144) fueron mujeres, el IMC fue de 28.2 ± 5.7, con una prevalencia de sobrepeso del 44.7% (n=80) y de obesidad del 29.6% (n=53), presentaron GAA el 15.6% (n=28). Refirieron antecedentes de GAA el 12.3% (n=22), con una baja correlación entre estos pacientes y los que presentaron GAA. En cuanto al riesgo de desarrollar DM2 según la escala FINDRISK el 14% (n=25) riesgo muy bajo, 41.9% (n=75) bajo, 21.8% (n=39) moderado, 19% (n=34) alto y 3.4% (n=6) muy alto.

En el análisis univariado la edad (p<0,001 IC95% 10.4-11.7), la cintura aumentada (p<0,001 IC95% 2.3-20.2), la obesidad (p<0,001 IC95% 2.7-12.1), el tratamiento antihipertensivo (p<0,001 IC95% 1.7-3.6) el antecedente referido de GAA (p<0,001 IC95% 1.46-2.26) y la glucemia (p<0,001 IC95% 10.4-11.7) como variable continua se asociaron significativamente al alto o muy alto riesgo de desarrollar DM2 según la escala FINDRISK. La GAA, con punto de corte en 110 mg/dl no se asoció significativamente al alto riesgo de desarrollar DM2 según la misma escala.

Conclusiones: La población analizada presentó una prevalencia de GAA del 15.6% sin mostrar una asociación significativa con el riesgo de desarrollar DM2, lo que refuerza el concepto de que el valor de glucemia debe analizarse como variable continua y en relación con los demás factores de riesgo para el desarrollo de DM2

C-07-09 // FENÓMENO BURN- OUT DIABETES EN PACIENTES EN DIÁLISIS CRÓNICA

BULLONE, C.; CEREZO, F.; ALCORTA PALMIERI, M.; ROJAS PIÑERO, M.; LEYTES, M.; DELGADO, D.; SANTO-NOCITO, F.; ZIZZIAS, S.; GÓMEZ PORTILLO, J.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar la incidencia de pacientes con fenómeno Burn out diabetes en la internación, correlacionar índice de mortalidad de estos pacientes con aquellos que no presenten este fenómeno. Identificar datos demográficos, epidemiológicos, motivo de internación y días de estancia hospitalaria. El fenómeno ?Burn out diabetes? en los pacientes en diálisis crónica se relaciona con un mayor índice de mortalidad

Materiales y Métodos: Estudio mixto (retrospectivo y prospectivo), transversal, observacional, tipo de muestreo no probabilístico, realizado en Hospital El Carmen de Mendoza, desde el 31 de julio de 2014 al 01 de septiembre de 2018. Criterios de inclusión: pacientes diabéticos en diálisis crónica, mayores de 18 años. Criterios de exclusión: insuficiencia renal aguda o crónica con criterios de diálisis de urgencia, dializados en servicios de cuidados críticos. Criterios de eliminación: pacientes cuyos datos se encontraban incompletos, pacientes en diálisis que no eran diabéticos. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, con una media de edad de 62.61 años, mediana de 63 (DS 13.89). 63.8% eran hombres. El 86.7% tenían diagnóstico de diabetes hace más de 8 años (DS 6.34), presentando como principales complicaciones arteriopatía y retinopatía (69.87%). Se encontraban en tratamiento con insulina el 92.77%. El principal motivo de internación fue infeccioso (64.98%), siendo la neumonía asociada a cuidados de la salud la más frecuente (27.71%). La estancia hospitalaria fue en un 49.39% entre 6-12 días (DS 16.93). Durante la internación el 54.21% fue tratado con correcciones con insulina aspártica, mientras el 45.78% usó un esquema basal (DS 4.94), con valores promedio de glucemia de 111.70 mg/dl, presentando el 49.39% registros de hipoglucemia (DS 0.70). El 30.12% presentaron valores de hemoglobina glicosilada menores a 6%. El 28.88% se encontraban en diálisis por más de 5 años, con un promedio de urea de 96.05 mg/dl y de creatinina de 4.68 mg/dl. La mortalidad fue del 36.14%, siendo mayor en el grupo de pacientes con hemoglobina glicosilada <6% (46.66%) y que habían presentado episodios de hipoglucemia durante la internación (63.33%) (p valor 0.0067).

Conclusiones: La tasa de mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes con menores valores de hemoglobina glicosilada (<6%), pudiendo sacar como conclusión que los pacientes que presentaban el fenómeno Burn out presentaron un mayor índice de mortalidad, afirmando de esta manera nuestra hipótesis inicial. Se debe plantear como debilidad del estudio la necesidad del análisis de otros factores que influyen en la mortalidad, como son la edad, las comorbidades asociadas y la desnutrición de la población en estudio, pudiendo afirmar que se deberían buscar otras medidas para el seguimiento del control metabólico en estos pacientes, siendo propuesto en diferentes estudios randomizados por ejemplo la utilización de albúmina glicosilada.

C-07-11 // PREVALENCIA DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES ANCIANOS CON DIABETES INTERNADOS EN SALA GENERAL

AMI, M.; GRANDE RATTI, M.; PATIÑO, A.; ELIZONDO, C.; MARIA PAULA, R.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Introducción: La hipoglucemia en el paciente con diabetes internado en sala general es un problema frecuente de la práctica clínica diaria y está asociado con un aumento de la mortalidad durante la internación y con una estadía hospitalaria más prolongada. A su vez, actualmente nos encontramos frente al envejecimiento poblacional con un 48% de los pacientes internados ancianos >=65 años. La edad se conoce como factor de riesgo independiente para desarrollar hipoglucemia bajo tratamiento con insulina o sulfonilureas.

Objetivo: Estimar prevalencia de eventos hipoglucémicos en los pacientes ancianos con diabetes internados en sala general. Explorar factores asociados a hipoglucemia y complicaciones durante la internación.

Materiales y Métodos: Se diseñó una cohorte retrospectiva que incluyó una muestra consecutiva de pacientes adultos >=65 años, hospitalizados en piso general como primer área de ingreso, entre el 01/06/2014 y el 31/05/2015 en un hospital de alta complejidad, con antecedente de diabetes previa, y con al menos una medición de glucemia durante la internación. Se obtuvieron los datos de laboratorio de base secundaria de alta calidad (todas las mediciones de glucemia y hemoglucotest -HGT-), extraídos desde los registros hospitalarios de la historia clínica electrónica. Se definió hipoglucemia a aquellos pacientes que presentaron al menos un registro de glucemia o HGT menores a 70 mg/dL. Se presentan las frecuencias absolutas y relativas, para la asociación entre factores asociados a la hipoglucemia se estiman los OR con un modelo de regresión logística multivariado. Se reportan con sus intervalos de confianza 95%.

Resultados: Durante el período del estudio se incluyeron 862 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. La prevalencia de hipoglucemia fue 5,68% (IC95% 4,23-7,44).

Los pacientes que presentaron hipoglucemia (n:49) en comparación con aquellos que no la presentaron (n: 813) eran de la misma edad (media 78,63 versus 77,87 años, p0,56), y presentaron tasa de mortalidad intrahospitalaria similar (10,20% versus 7,38%, p0,46). El pase a unidades cerradas fue mayor en el subgrupo de hipoglucemia (16,33%) comparado con subgrupo sin hipoglucemia (0,86%), con significancia estadística (p<0,01). Los factores asociados al desarrollo de hipoglucemia todavía están siendo procesados para su análisis.

Conclusiones: Conocer la prevalencia de hipoglucemia en adultos mayores diabéticos durante resulta de gran relevancia práctica, tratándose de una cohorte pragmática, y conociéndose como en la literatura como potencial factor marcador de morbilidad, en una población particularmente susceptible (añosos).

C-07-12 // PREVALENCIA DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 BAJO TRATAMIENTO CON METFORMINA

CURRIÁ, M.; JULIANA, G.; BEJARANO LÓPEZ, A.; FRANCO, h.; MELINA, s.; RECALDE, m.; BECCIA, M.; MUTTI, L.; MURYAN, A.; DICUGNO, M.; ERNST, G.; ROVIRA, G.

Hospital Británico De Buenos Aires. Ciudad Autónoma De Bs As, Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de déficit de vitamina B12 (B12) en pacientes con Diabetes tipo 2 (DM2) bajo tratamiento con metformina (Met). Evaluar relación dosis, tiempo de uso y formulación de Met en este grupo de pacientes.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, corte transversal. Aprobado por el CRI, bajo normas de Helsinki. Los pacientes firmaron CI. Se incluyeron pacientes entre agosto 2017 y agosto 2018, con DM2 tratados con Met mínimo 6 meses consecutivos. Fueron excluidos aquellos en tratamiento con B12, ácido fólico, antirretrovirales, inhibidores de la bomba de protones y con autoinmunidad. Variables evaluadas: tiempo de evolución de DM2 y uso de Met, tipo de formulación y dosis, índices hematimétricos, glucemia, urea, creatinina, hepatograma, A1c, B12 y fólico. Valores normales de B12 definidos por método E.Q.L.I.A: 197-771 pg/ml. Datos bioquímicos analizados en el mismo laboratorio. Resultados expresados en media SD. Se utilizó test Mann Whitney. Se estimó el área bajo la curva de ROC utilizando MedCalc versión (12.7). Significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Fueron incluidos 171 pacientes, edad media 63.4 ± 11.76 años; 74 mujeres (43%). Media B12 445.7 ± 291 pg/ml. Del total de pacientes, 8.82% (n:15) presentaron déficit B12, no hubo diferencia estadísticamente significativa por género ni edad. Curva Roc para la duración del tratamiento con Met, valor AUC 0.61, punto de corte 5,52 años, sensibilidad 66% y especificidad 58.33%. Se observó un incremento estadísticamente significativo entre el porcentaje de pacientes que desarrollaron déficit luego de 6 años de uso de Met en comparación con quienes la utilizaron menos tiempo (5.8% vs 2.9%; $p < 0.05$), VPN 13% y VPP 94.67%. El tiempo medio en años de uso de Met en pacientes con déficit B12 fue superior en comparación con quienes no lo presentaron; estos resultados no fueron estadísticamente significativos (8.3 ± 5.9 vs 6.9 ± 6.89 ; $p < 0.14$). Pacientes tratados con dosis de 500 ó 1000 mg/día presentaron menor porcentaje de déficit B12 que aquellos que consumían más de 1000 mg/día (3.3% vs 8.9%). La deficiencia B12 fue más frecuente en pacientes que recibían Met convencional vs XR (12.5% vs 2.5%; $p < 0.02$).

Conclusiones: La prevalencia 8.82% observada es similar con otras series publicadas (5.8%-33%). Los pacientes bajo formulación convencional de Met mostraron mayor frecuencia de déficit B12 comparados con el grupo XR. El déficit B12 fue más frecuente en pacientes que recibían dosis mayores a 1000 mg/día; pero no respecto al tiempo de uso. Nuestros datos sugieren la necesidad de evaluar B12 en pacientes con DM2, bajo Met con dosis promedio de más de 1,000 mg por día, incluso en ausencia de anomalías hematológicas.

C-07-14 // RETINOPATÍA DIABÉTICA, VITRECTOMÍA Y NIVELES DE HB GLICOSILADA

GAYDOU BORSOTTI, A.; CONTINI, V.; GUERZOVICH, r.; REUS, V.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Determinar el valor promedio de hemoglobina glicosilada en pacientes con diagnóstico de Retinopatía Diabética Proliferativa con indicación de Vitrectomía. Establecer si la relación entre niveles de HbA1C y Hemorragia Vitrea en pacientes con Retinopatía Diabética es significativa

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal en el año 2018 en el Centro de Alta Complejidad del Sistema Oftalmológico del Hospital J.M. Cullen.

Se extrajeron datos de las fichas de historias clínicas de un total de 60 pacientes. Se confecciona una ficha previamente diseñada con datos de filiación, y variables como edad, valor de hemoglobina glicosilada, tipo de Diabetes mellitus, tiempo de evolución, valor colesterol total, diagnóstico de Hipertensión arterial, Grado de Retinopatía, causa de indicación de Vitrectomía. Criterios de inclusión: Pacientes con Retinopatía diabética y Hemorragia Vitrea que tuvieran indicación de Vitrectomía. Criterios de exclusión: Pacientes con Retinopatía diabética sin indicación de Vitrectomía. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Excel 2010, editor de datos estadístico IBM SPSS, utilizando test estadísticos para evaluar la asociación de variables cuantitativas y cualitativas, en este caso utilizamos el test T de Student para comparar el promedio de hemoglobina glicosilada y la Retinopatía diabética proliferativa y así poder determinar la relación que tienen estos pacientes con altos niveles de hemoglobina glicosilada.

Resultados: De un total de 60 historias clínicas de pacientes diabéticos tipo 1 (15% del total) y tipo 2 (86% del total) que fueron incluidos en este estudio, la edad media 53,62 años, presentaron un promedio de hemoglobina glicosilada de 8,92% con un desvío estándar de 2,4%. El 43% de los pacientes presento un valor de hemoglobina glicosilada muy alto (mayor a 9%), el 43% por ciento del total de la muestra presento un valor (entre 7 y 9%), y el 11% tiene un nivel normal de hemoglobina glicosilada (menor a 7). El promedio de años desde el diagnóstico fue de 13,48 años. En promedio los diabéticos tipo 1 tuvieron un valor mayor de hemoglobina glicosilada con un 10.06 % en comparación con los diabéticos tipo 2 que tuvieron valores menor en promedio (8,72%). 62,70 % eran hipertensos siendo un factor de riesgo asociado a retinopatía diabética proliferativa.

Conclusiones: A modo de conclusión en la población analizada, los diabéticos tipo 1 sin otros factores de riesgo asociado y los tipo 2 con o sin factores de riesgo tenían valores de hemoglobina glicosilada elevados en el momento de indicarle la Vitrectomía.

C-07-13 // PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN ESTUDIANTES INGRESANTES A LA CARRERA DE MEDICINA

DÍAZ ZECHIN, M.; BALBI, M.; DEGIORGIO, L.; GIMENEZ, L.; MANNI, D.; MARTINELLI, M.; SANCHEZ, S.; SPEDALETI, P.; VILLANI, M.

Unl - Facultad De Ciencias Medicas. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de SM y de factores de riesgo asociados en estudiantes ingresantes a la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral (UNL).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico, de corte transversal en 159 estudiantes ingresantes a la carrera de Medicina de la UNL (18-21 años). Se incluyeron estudiantes que firmaron el consentimiento informado y realizaron la carpeta médica en el centro de salud de la UNL. Se excluyeron embarazadas o que realizaran algún tipo de dieta especial. Se realizó un muestreo consecutivo. Durante septiembre-noviembre de 2017 se midió circunferencia de cintura (CC) y presión arterial (PA); se determinaron valores de HDL-colesterol (HDL-C), glucemia y triglicéridos (TAG). Para definir SM se consideró los criterios de la International Diabetes Federation 2005: CC ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres, TAG elevados (>150 mg/dl), HDL-C (<40 mg/dl en hombres o <50 mg/dl en mujeres), presión arterial elevada (HTA) (PAS ≥ 130 mmHg y/o PAD ≥ 85 mmHg), glucemia ayunas (≥ 100 mg/dl o DM2 diagnosticada previamente). Se estudiaron algunos factores de riesgo asociados al SM: calidad de la alimentación mediante un índice de calidad de la dieta (riesgo: mejorable y poco saludable), nivel de actividad física (IPAQ) (riesgo: nivel bajo) y niveles de estrés, ansiedad y depresión (DASS) (riesgo: leve, moderado, severo, muy severo). Los resultados se expresaron por sexo en frecuencia relativa. Para establecer las diferencias según sexo se utilizó el test para diferencia de proporciones. Mediante regresión logística se estudiaron las variables independientes de potencial relevancia biológica en el SM. Se calcularon los Odds ratios (OR) con IC del 95%. Un valor $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: La prevalencia de cada uno de los componentes del SM y de los factores de riesgo estudiados según sexo se presentan en la tabla. El modelo de regresión logística utilizado para explorar la probabilidad de presentar, al menos, un componente del SM incluyó las variables estrés, ansiedad, depresión, calidad de la dieta y actividad física. De todas estas variables solo resultó significativa la variable ansiedad ($p = 0.021$). Esto indica una mayor probabilidad de presentar al menos un componente del SM si el ingresante presenta elevados niveles de ansiedad (OR = 4,85; IC95% 1,26-18,55).

Conclusiones: La prevalencia de SM fue similar en hombres y mujeres. Al analizar cada componente del SM, se detectó que la prevalencia de HTA fue significativamente mayor en varones respecto a las mujeres. En relación a los factores de riesgo, más del 85% de los estudiantes de ambos sexos presenta una dieta que necesita mejorar. Se detectó alta incidencia de estrés y ansiedad, con grandes diferencias según sexo, siendo las mujeres las más afectadas. El análisis de la regresión logística mostró que aquel alumno que tiene niveles (leve, moderado, severo, muy severo) de ansiedad presenta un riesgo 4,85 veces mayor de presentar al menos un componente del SM.

Componentes del SM según IDF	Mujeres		Hombres		Valor P
	%	IC (%)	%	IC (%)	
Circunferencia cintura	20,4	0,13-0,28	19,6	0,12-0,27	0,906
Presión arterial elevada	5,6	0,01-0,09	21,6	0,14-0,29	0,002
Triglicéridos	13,0	0,07-0,19	13,7	0,07-0,20	0,903
HDL-colesterol bajo	20,3	0,13-0,28	9,8	0,04-0,15	0,099
Glucemia en ayunas	1,8	0,05-0,17	0	-	0,335
SM	3,7	0,00-0,07	5,9	0,01-0,10	0,528
Factores de riesgo					
Calidad de la dieta	88,9	0,82-0,94	86,3	0,80-0,92	0,636
Nivel de actividad física	24,0	0,16-0,32	17,6	0,10-0,24	0,36
Nivel de estrés	51,9	0,42-0,61	19,6	0,12-0,27	0,0001
Nivel de ansiedad	45,3	0,36-0,55	21,6	0,14-0,29	0,003
Nivel de depresión	24,0	0,16-0,32	9,8	0,06-0,18	0,034

C-07-15 // PREVALENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

ORLOVA, M.; GRANDE RATTI, M.; VAZQUEZ, F.; POSADAS MARTINEZ, M.; ZIN, Y.; ZABALLA, J.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPT) es una patología que ha sido asociada con eventos cardiovasculares. Varios estudios evaluaron marcadores inflamatorios y protrombóticos en pacientes con HPT, evidenciando mayores niveles del inhibidor-1 del activador de plasminógeno sérico (PAI-1). Existe una relación lineal entre parathormona (PTH) y PAI-1, aumento de fibrinógeno, activador tisular del plasminógeno (t-PA), la relación PAI-1/t-PA y disminución del inhibidor del factor tisular. A pesar de los efectos mencionados en la cascada de la coagulación, no existen estudios que exploren la asociación entre el HPT y la ocurrencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Objetivo: Estimar la frecuencia de ETV en pacientes con HPT.

Materiales y Métodos: Corte transversal que incluye pacientes adultos, afiliados a prepaga institucional, con diagnóstico de HPT bioquímico (definido como calcio total $>10,5$ mg/dl o calcemia iónica $>1,35$ mmol/L asociada a una medición de PTH >77 pg/dl; problema cargado en la historia clínica electrónica -HCE-), entre 2002-2018, en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Un grupo de expertos revisó manualmente para la confirmación del verdadero caso de HPT. Los pacientes fueron seguidos desde la fecha de diagnóstico hasta la ocurrencia de ETV o fecha de censura administrativa. Se utilizaron bases de datos secundarias (Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica) para la detección de ETV; definida como trombosis venosa profunda (TVP) diagnosticada por ecografía doppler solicitada en pacientes ambulatorios sintomáticos y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) diagnosticado con angiotomografía de tórax y/o centellograma V/Q. Se presenta prevalencia de ETV como porcentaje con su respectivo IC95%.

Análisis de los datos: De un total de 1354 pacientes potencialmente incluíbles por sospecha diagnóstica de HPT, hasta el momento se cuenta con un total de 682 revisadas, el restante aún bajo procesamiento del dato. Se confirmaron 353 con diagnóstico de HPT. La edad media al diagnóstico fue de 70,99 años (DS:11,13) y el 88,67%(313) era de sexo femenino. La media de calcemia fue de 10,92 mg/dl (DS:0,52), la media de PTH fue 214,56 pg/dl (DS:207,93), la media de calcio iónico de 1,44 mmol/L (DS:0,1) y la media de calcio corregido de 12,05 mg/dl (DS:0,80).

La prevalencia global de ETV en pacientes con HPT fue 4,24% (15/353 con IC95% 2,39-6,91). La prevalencia de TVP fue 3,68% (13/353 con IC95% 1,97-6,21); mientras que la prevalencia de TEP fue 0,56% (2/353 con IC95% 0,01-2,03).

Conclusiones: Si bien son resultados preliminares, hemos encontrado una prevalencia aumentada de ETV en pacientes con HPT comparado con la prevalencia de ETV en pacientes internados (1-2%). Sin embargo, no es posible afirmar causalidad de esta asociación. Se encuentra pendiente el análisis definitivo y el estudio de incidencia en una cohorte retrospectiva.

C-08-01 // ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA INTERNACIÓN GENERAL

PIATIGORSKY, N.; GOMEZ ACEVEDO, J.; QUEIROLO, E.; MARCHETTI, P.; MARIOLI, G.; ORTIZ, A.; TOMBINI, D.; ELIAS, N.
Güemes. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ACV isquémico y hemorrágico en la población de internación de nuestra institución. Cuantificar la mortalidad intrahospitalaria y buscar asociación con los principales factores de riesgo cardiovascular asociados, la etiología, las formas de presentación y la latencia desde el comienzo de los síntomas hasta su ingreso a nuestro Sanatorio.

Materiales y Métodos: Se realizó un observacional, retrospectivo, de corte transversal durante el período comprendido entre el 1 de junio de 2015 hasta el 31 de mayo de 2016. Se clasificaron por mecanismo isquémico y hemorrágico. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de accidente isquémico transitorio (AIT). Se cuantificó localización, tiempo de evolución al ingreso, mecanismo según clasificación de TOAST, presencia y tipo de afectación del lenguaje, grado de afectación motora, presencia de hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, dislipemia, presencia de fibrilación auricular al ingreso, diámetros de aurícula izquierda, pared posterior y septum interventricular, presencia de lesiones hemodinámicamente significativas en doppler de vasos de cuello.

Resultados: Se evaluaron 170 pacientes con diagnóstico de ACV. 146 (85,88% fueron isquémicos (38,36% Aterioembólico, 19,86% Cardioembólico, 21,23% lacunar, 4,79% otras causas, 5,48% Indeterminado. 10,27% sin datos) y 24 (14,12%) fueron hemorrágicos. La media de edad fue de 68,7 años (DS:15,9). El 51,18% de los pacientes fueron hombres y el 48,82% mujeres. La distribución por edad y sexos entre grupos fue similar. La mortalidad global fue del 24,71% y se observó una menor mortalidad en los pacientes con ACV isquémico (22,6%) en relación con aquellos con causa hemorrágica (37,5%). En ninguno de los dos grupos se encontró diferencias significativas entre edad y sexo de pacientes de alta y fallecidos. La etiología cardioembólica fue la de mayor mortalidad relativa (45,38%). Solo 7 pacientes (7,87% llegaron en período de ventana). Paradójicamente, aquellos pacientes fallecidos presentaron cuadros de menor severidad motora y con una mediana de tiempo de inicio de los síntomas menor respecto a los pacientes vivos (18hs vs 30hs respectivamente; p: 0,0022).

Conclusiones: Son escasos los reportes epidemiológicos de la enfermedad cerebrovascular en Argentina. Los datos reportados en nuestro trabajo son consistentes con las características poblacionales que asiste el Sanatorio previo al comienzo de actividades de la unidad de Stroke. Se evidencia de esta manera, una baja tasa de casos en ventana terapéutica y una mayor frecuencia de pacientes derivados con cuadros evolucionados. Estas características como también la elevada mortalidad reportada respecto a otras series, podría ser explicado por la falta de una unidad especializada en esta entidad. Se presume que el presente estudio sea representativo de la actualidad que atraviesan otras instituciones que carecen de cuidados especializados en la materia.

C-08-03 // PORTACIÓN NASAL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS: ESTUDIO COMPARATIVO DE 3 AÑOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL.

MENDIETA AYALA, J.; ELLI DE BENÍTEZ, M.; ARANGO, M.; MAFEI AGUILERA, G.; FRETES ISASI, S.; ELIZECHE, C.; GAHETE POLETTI, E.; ROMERO JIMENEZ, J.; BASTOS AUSFELD, M.
Sanatorio Migone. Asunción, Paraguay.

Objetivos: General: Determinar las características microbiológicas de los aislados de Staphylococcus aureus en muestra de hisopado nasal de pacientes ambulatorios y hospitalizados en el período 2014 a 2016 en un centro hospitalario de tercer nivel de Asunción-Paraguay. Específicos: Determinar la prevalencia de portación nasal de Staphylococcus aureus. Describir el perfil de resistencia a antibióticos de los aislados de Staphylococcus aureus. Determinar la prevalencia de Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR). Comparar la prevalencia de Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR) entre los años de estudio.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con componente analítico. Se analizaron 453 cultivos de hisopados nasales en el período de 2014 a 2016. Instrumentos de recolección de datos: Base madre de datos del laboratorio de Microbiología, donde se seleccionaron las variables de interés: Edad, género, cultivo, resistencia, lugar y año de extracción organizadas en una matriz tripartita. Los datos fueron analizados por el paquete estadístico Epi Info 7 (CDC, Atlanta). Se utilizó estadística descriptiva, las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y relativa porcentual; la variable cuantitativa fue expresada como media y desvío estándar.

Resultados: El 58% los cultivos de hisopado nasal para Staphylococcus aureus fue negativo y en un 42% fue positivo. En los años del estudio se pudo observar que en el 2014, 2015 y 2016 la prevalencia de Staphylococcus aureus meticilino resistente fue de 24,49%, 34,62% y 75,81% respectivamente, existiendo un aumento estadísticamente significativo (p<0,0001). En cuanto a la sensibilidad a otros antibióticos se pudo observar que las cepas eran resistentes a trimetoprim-sulfametoxazol en un 0,53%, a ciprofloxacina en un 1,59%, a gentamicina en un 5,82%, a clindamicina en un 11,64% y a eritromicina en un 12,7%. El 100% las cepas eran sensibles a vancomicina.

Conclusiones: La Vancomicina, el Trimetoprim-Sulfametoxazol y la Ciprofloxacina fueron los antibióticos que durante los 3 años presentaron los niveles más altos de sensibilidad. Por lo tanto deberían ser considerados como antibióticos empíricos de primera línea ante la sospecha de infecciones por Staphylococcus aureus.

C-08-02 // CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO EN INTERNACIÓN

MARTINEZ, J.; CANI, L.; MOLINERO, M.; LARZABAL, F.; VILELA, A.; MORELLI, F.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Objetivos: El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente y representa el 70% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias a nivel mundial, se estima que el 50% requieren hospitalización y entre el 30 y 40% cirugía. Al ingreso hospitalario cerca del 40% se diagnostica de forma errónea, su mortalidad global es del 10%, la cual se eleva al 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia.

Este síntoma ocupa un lugar importante en la práctica médica diaria, puesto que puede ser la manifestación de complicaciones de enfermedades preexistentes o de otras que se presentan con mínima o ninguna sintomatología. El síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo y asociado a múltiples padecimientos. Es difícil precisar la frecuencia de un síndrome de múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad, etc.

El abdomen agudo no siempre es quirúrgico; sin embargo, deben evitarse los procedimientos diagnósticos prolongados que pueden retrasar la solución quirúrgica o médica.

Materiales y Métodos: • objetivo general de la investigación es enumerar las causas prevalentes de abdomen agudo médico y quirúrgico según rango etario en el servicio de clínica médica en el período de junio a octubre en el año 2018.

• Mencionar los factores de riesgos que aumentan la morbilidad en el diagnóstico precoz de abdomen agudo

• Determinar si los métodos complementarios utilizados en el diagnóstico del abdomen agudo en las primeras 24 hs de la internación

• Describir las complicaciones, en el abdomen agudo médico ? quirúrgico sin diagnóstico posterior a las 24hs de internación

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo observacional de corte transversal en el que se seleccionaron todos los pacientes mayores de quince años que consultaron por dolor abdominal y se internaron en el servicio de clínica médica entre el período de junio a octubre de 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

• Pacientes ingresados a internación en sala de clínica médica con cuadro de abdomen agudo.

• Pacientes mayores de 15 años.

• Pacientes atendidos en el servicio de clínica médica en el período entre junio y octubre de 2018

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

• Pacientes internados por etiología diferente a abdomen agudo

• Pacientes con menos de 15 años

• Pacientes embarazadas

Resultados: En Proceso

Conclusiones: En Proceso

C-08-04 // PREVALENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (HHT) OSLER WEBER RENDU

SERRA, M.; ELIZONDO, C.; VAZQUEZ, F.; BENOZZI, P.; ULACIA, M.; RASTELLI, L.; TORRES GOMEZ, F.; PEUCHOT, V.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Introducción: El HHT es una rara displasia vascular autosómica dominante que afecta a 1/5000 individuos. Se caracteriza por telangiectasias frágiles a nivel mucocutáneas y malformaciones vasculares en cerebro, pulmones, hígado y tracto gastrointestinal. La clínica más frecuente es la hemorragia nasal y gastrointestinal, provocando anemia ferropénica o episodios hemorrágicos. Se postula que los eventos tromboembólicos en HHT podrían ser más frecuentes que en la población general probablemente debido a los altos niveles plasmáticos de Factor VIII, especialmente en condiciones clínicas como inmovilización prolongada debido a diferentes complicaciones. Por otro lado, casi todos los tratamientos médicos HHT generalmente utilizados para tratar hemorragias relacionadas con HHT podrían producir enfermedad tromboembólica. La anticoagulación en esta condición predisponente de sangrado es un desafío, sin embargo, casi el 50% puede tolerarse bien.

Objetivo: determinar la prevalencia de eventos tromboembólicos en los pacientes con HHT seguidos en el HIBA.

Materiales y Métodos: Se realizó una cohorte ambispectiva de adultos, basada en el Registro institucional de HHT. Se definió evento tromboembólico, como el primer episodio de tromboembolismo pulmonar y/o trombosis venosa profunda o progresión de un evento tromboembólico previo después de las primeras 48 horas.

Resultados: De 524 pacientes del registro, se incluyeron 394. La prevalencia de enfermedad tromboembólica fue del 4,6% (18/394, IC95% 2,7-6,8%), con una prevalencia de trombosis venosa profunda del 2,3% (9/394, IC95% 1,2-4,4%) y una prevalencia de tromboembolismo pulmonar 0,7% (3/394, IC95% 0,13-2%). De los pacientes con el evento, 13 (72%) eran mujeres. La mediana de edad de presentación fue de 67 años (IQR 25-75% 56-73).

Cinco pacientes (27%) estaban en tratamiento anticoagulante antes del evento, por fibrilación auricular, y 3 (18%) sufrieron un evento tromboembólico previo.

Los factores de riesgo más frecuentes fueron: hospitalización reciente en 8(44%), anemia ferropénica en 8(44%), inmovilización en 6(33%), cirugía reciente 3(18%), cáncer y viaje reciente 1(5%) en un paciente. Quince pacientes (83%) recibieron tratamiento, 10(55%) heparina de bajo peso molecular seguido de dicumarínicos, 3(30%) suspendieron anticoagulación por presencia de sangrado gastrointestinal y nasal mayor, 5(27%) se colocaron un filtro de vena cava, de los cuales 3 seguían bajo tratamiento anticoagulante al momento de la evaluación.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad tromboembólica en nuestro estudio fue significativamente más alta que la reportada en la población general a una edad similar. Sin embargo, la inclusión de pacientes HHT más sintomáticos y graves podría ser un sesgo de selección. Por otro lado, el bajo número de pacientes puede limitar la precisión de los resultados. La anemia ferropénica y la internación fueron las condiciones asociadas más importantes. La mayoría de los pacientes toleraron bien la terapia anticoagulante.

C-08-05 // EVALUACIÓN DEL RETRASO QUIRÚRGICO, ESTADÍA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN EL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA Y ANTICOAGULADO

ELIZONDO, C.; LOTTI, F.; BARLA, J.; GARCÍA TORO SOL, S.; GUILLERMET, A.; CARRETERO, M.; BOIETTI, B.; BENCHIMOL, J.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: **Introducción:** Es frecuente que aquellos ancianos que sufren una fractura de cadera sean pacientes con múltiples comorbilidades. Un grupo de estos pacientes utilizan medicación anticoagulante como tratamiento habitual. Este hecho podría estar asociado a retrasos en la intervención quirúrgica y aumento de las complicaciones intrahospitalarias y en el seguimiento a los 90 días.

Objetivos: Comparar tiempo a la cirugía de la fractura de cadera, las complicaciones intrahospitalarias y el seguimiento a los 90 días entre los grupos anticoagulados (A) y no anticoagulados (NA).

Materiales y Métodos: Se realizó una cohorte retrospectiva de pacientes >65 años con fractura de cadera aguda internados en un Hospital Universitario y que fueron incluidos en el Registro Institucional de Ancianos con Fractura de Cadera (RIAFC). Se realizó una evaluación estandarizada de los pacientes en la internación y una evaluación telefónica en el seguimiento a los 90 días. Se estimaron los OR (IC 95%) para complicación intrahospitalaria, se ajustaron los confundidores en un modelo multivariado de regresión logística. Se estimó el tiempo a reinternación y mortalidad en los pacientes a 90 días. Se reportaron los HR del modelo de riesgos proporcional de Cox.

Resultados: Se incluyeron 1058 pacientes con fractura de cadera. Fueron 614 (58.09%) fracturas laterales y 444 (41.99%) fracturas mediales, 124 pacientes estaban anticoagulados. El grupo A era más anciano que el grupo NA (87 Rango intercuartil (RIC) 84-89,5 y 85 85 RIC 80-90, p 0,006), sin diferencias en el sexo (84,68% mujeres en el grupo A y 85,76% en el grupo NA. El grupo A que presentó mayor hipertensión, accidente cerebro vascular y fibrilación auricular. Así mismo presentó mayor proporción de ancianos frágiles. Encontramos diferencias en el tiempo a la cirugía en el grupo A el tiempo fue una mediana de 26.35 horas (RIC 13.88 - 48) y en el grupo NA 24 horas (2.25 - 48) p 0,001. La estadía también resultó diferente en el grupo A (mediana 6 días RIC 5-10,5 versus 7 días RIC 5-9, p 0,000). En el grupo A se registraron 5 muertes intrahospitalarias (4.07%) y 13 muertes intrahospitalarias (1.41%) en el grupo de NA (p 0.033). El OR para mortalidad intrahospitalaria ajustado por edad, género, Charlson mayor a 2 y fragilidad fue 2,44 (IC95% 0,839-7,135, p 0,101). En el grupo A se registraron 20 complicaciones intrahospitalarias (16.13%) y 81 (8,67%) en el grupo NA (p 0,008). El OR para complicación intrahospitalaria ajustado por edad, género, Charlson mayor a 2 y fragilidad fue 1,85 (IC95% 1,082-3,176, p 0,025).

No hubo diferencias en el seguimiento a 90 días ni en mortalidad ni en reinternaciones luego del ajuste de confundidores.

Conclusiones: Si bien encontramos diferencias entre ambos grupos con respecto al tiempo a la cirugía y estadía hospitalaria, las diferencias podrían no ser clínicamente relevantes en la toma de decisiones. Cuando se operan pacientes anticoagulados se deberían tomar recaudos para evitar complicaciones intrahospitalarias.

C-08-07 // ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA PROVINCIA DE MENDOZA.

BRANZELLO, E.; MARTIN VUILLE, G.; CARRIÓ, M.; GARCIA, E.
Hospital Central De Mendoza. Mendoza, Argentina.

Objetivos: El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de morbilidad en la edad adulta. Presenta un impacto económico y social en relación a la discapacidad que conlleva. El conocimiento poblacional es limitado y hay pocos estudios a nivel nacional que evalúen la capacidad de respuesta a esta patología. Se plantea este estudio para definir la situación actual del medio local, en relación a la población afectada haciendo hincapié en lo relevante al ámbito social y económico, el tratamiento y la estancia hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes internados en el servicio de medicina interna del Hospital Central de Mendoza, durante el periodo del 15 de junio de 2017 hasta 31 de mayo de 2018 con diagnóstico de ingreso de ACV. Definiéndose el mismo como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral, con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular. Los pacientes fueron registrados a través de una ficha epidemiológica. Se indagaron datos de filiación y socio-económicos-culturales, factores de riesgo, estado neurológico, laboratorio, ECG, TAC de cerebro, tipo de ACV, tiempos de consulta, atención en guardia, tratamiento, complicaciones y estadía hospitalaria.

Resultados: Se registraron 86 pacientes, clara prevalencia del sexo masculino. La edad de presentación es menor a la media poblacional (54 años). El 63,9% provino del Gran Mendoza. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más prevalente en nuestra población (52,32%), seguido por la obesidad y el tabaquismo. Más de la mitad de los pacientes se encontraban activos económicamente, y el 27,9% se encontraban en informalidad o eran autónomos. La forma isquémica fue la mayoritaria (77,91%). El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas a la atención fue de 5,94 horas. El 21,4% de los pacientes con criterios de trombólisis fueron trombolizados. El promedio de estadía hospitalaria fue de 20,39 días para el tipo isquémico y 21,25 días para el hemorrágico. El tratamiento durante la internación se adecuó en base a cada situación en particular.

Conclusiones: La media poblacional fue menor que lo expuesto en la literatura, explicado por el bajo nivel socio-económico de los pacientes. Más de un cuarto de los pacientes se encontraban en situación de informalidad o eran autónomos, lo cual determinaría el cese de los ingresos o de una parte de ellos a la economía familiar. Será necesario un mayor esfuerzo, sobre todo hacia los grupos socio-económicos más desfavorecidos, para brindar un mejor manejo de los factores de riesgo, educación para el reconocimiento temprano y una terapéutica adecuada. Acompañado de un soporte a los pacientes y las familias que disminuyan sus recursos económicos al verse afectadas. Además, resultaría útil el uso de nuevas tecnologías para reducir la carga sanitaria sobre nuestro hospital y la capacitación permanente del equipo de salud.

C-08-06 // EL CELULAR: ¿UNA NECESIDAD O UNA ADICCIÓN?

VITALI, G.; OBERTI, R.; DELGADO, D.; GÓMEZ PORTILLO, J.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Conocer el grado de adicción al uso del celular en Mendoza, según score ya validado. Establecer la relación entre la adicción al uso del celular, el tiempo de uso y el gasto económico que implica en forma mensual. Identificar si la adicción al uso del celular se relaciona con el uso de este durante la conducción, y su relación con accidentes viales. Determinar la frecuencia de adictos según las variables demográficas como género, edad, nivel de instrucción y situación laboral.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y comparativo. El instrumento de observación fue una encuesta de 31 preguntas cerradas de opción múltiple. Dentro de las cuales se incluyeron 10 preguntas específicas del cuestionario validado SAS-SV (The Smartphone Addiction Scale-Short Version), traducida al español y validada en un trabajo que se realizó en Barcelona. El período en el que se llevó a cabo la recolección de encuestas fue de agosto a septiembre de 2018. Se incluyeron los pacientes mayores de 16 años, residentes en Mendoza y que dieron su consentimiento para participar de la investigación. Se excluyeron encuestas incompletas y analfabetos. Se utilizó Excel y Epi Info 7.2.2.6 para el análisis de datos.

Resultados: Se encuestaron 692 personas, de las cuales solo 547 cumplieron con los criterios de inclusión siendo el 65% mujeres, con un promedio de 34 años (rango 16-76, DS 11,56). El 44% del total cumplió con los criterios de adicción según el SAS-SV, siendo de estos 64% mujeres. El 37% del total presentaba alto riesgo de adicción y el 19% sin riesgo. Del total de encuestados considerados como adictos 71% se encontraban empleados y tenían nivel de instrucción universitario completo. Los encuestados con criterios de adicción mostraron asociación con el tiempo de uso mayor a 3 horas ya sea en día laboral como no laboral (mujeres p <0,001 para ambos y en hombres <0,005 día laboral y <0,001 día no laboral) y uso del celular al manejar (hombres p <0,001, mujeres p <0,05). En cambio, no se encontró relación con el gasto > \$600 mensuales (p > 0,05), así como tampoco con los accidentes viales (p > 0,1).

Conclusiones: El uso de los teléfonos celulares inteligentes ha aumentado exponencialmente en los últimos años, debido a la creciente oferta de servicios y funcionalidades que estos ofrecen. El exceso de esta tecnología ha llevado a generar dependencia de la población a estos dispositivos, siendo muy difícil definir y delimitar su posible carácter adictivo. Si bien este trabajo demuestra que el score es aplicable en nuestra población y tiene correlación con factores indirectos de dependencia como son el tiempo de uso diario o en situaciones de riesgo (durante el manejo de vehículos), es necesario aun realizar más estudios de investigación con un mayor número de encuestados y muestras más similares en cuanto a distribución etaria y socioeconómica de la población estudiada, destacando además la inclusión de variables psicológicas que permitan definir con mayor precisión los criterios compatibles con esta adicción.

C-08-08 // ETIOLOGIA Y RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS DE LA INFECCIÓN URINARIA EN ADULTOS MAYORES

NGIRO, M.; COOKE, B.; PIPET, D.; BUSETTO, G.; IRUSTA, L.; ALCORTA, B.; MYKIETIUK, A.; OBED, m.;

ROMANDETTA, A.; IBARRA, M.
Instituto Médico Platense. Buenos Aires, Argentina.

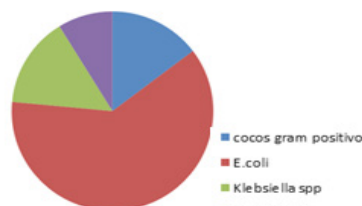
Objetivos: Describir la etiología de las infecciones del tracto urinario (ITU) en adultos mayores de 65 años que requieren internación. Valorar el uso apropiado de antibióticos en el tratamiento empírico

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional que incluye pacientes mayores de 65 años que requieren ingreso hospitalario por ITU en un hospital privado de la ciudad de La Plata entre agosto de 2017 y abril de 2018. Se realizó urocultivo, tipificación y antibiograma por discos para determinar la sensibilidad del uropatógeno. Se identificaron los mecanismos de resistencia por técnicas fenotípicas cuando estuvo indicado. Criterios de inclusión: edad mayor a 65 años, diagnóstico clínico de infección urinaria según el consenso nacional intersociedades para el manejo de la infección del tracto urinario y los criterios de Loeb, urocultivo positivo con recuento mayor a 105 ufc. Criterios de exclusión: hospitalización en los 30 días previos al ingreso, cirugía del tracto urinario o instrumentación de la vía urinaria en los últimos 3 meses, portadores de catéteres doble J y nefrostomías. Se documentó el tratamiento empírico indicado por el médico tratante y se valoró como apropiado o inapropiado según fuera sensible o no el patógeno aislado en el urocultivo de ese episodio

Resultados: Un total de 64 pacientes cumplieron con los criterios clínicoepidemiológicos de inclusión/exclusión. A continuación se presenta el análisis de los 34 pacientes que además tuvieron urocultivo positivo. Edad promedio 80 años (rango 67-95) el 56% fueron mujeres. La procedencia de los pacientes fue de la comunidad en 28 casos y de geriátricos en 6 casos. Los patógenos aislados fueron bacilos gram negativos (29 casos), cocos positivos (5 casos). La etiología de las infecciones urinarias se muestra en la figura 1. La sensibilidad antibiótica de los bacilos gram negativos se muestra en la tabla 1. El 34% de los BGN portaban BLEE (betalactamasas de espectro extendido); de estos 10 aislamientos, 7 pertenecían a pacientes de la comunidad. El tratamiento empírico fue apropiado en el 67% de los pacientes. En la tabla 1 se analizan los antimicrobianos utilizados. Los antimicrobianos más utilizados fueron ciprofloxacina y piperacilina-tazobactam

Conclusiones: Un importante número de pacientes internados con diagnóstico clínico de ITU no tuvieron urocultivo positivo. En aquellos con urocultivo positivo se observa alta prevalencia de resistencia a AMS y ciprofloxacina. Un tercio de los uropatógenos fueron productores de BLEE, es de destacar que la mayoría provienen de la comunidad. El conocimiento del patrón de sensibilidad de los uropatógenos en el ámbito local es una herramienta fundamental para seleccionar el tratamiento antibiótico empírico apropiado. Son necesarios estudios prospectivos para determinar factores asociados a resistencia y predictores clínicos de infección urinaria en esta población

Antimicrobiano	BGN n: 29	%Resistentes	E.coli n: 21	%Resistentes
Ciprofloxacina	18	62%	14	66%
Aminopenicilinas + IBL	17	41%	8	38%
Piperacilina/tazobactam	6	21%	3	14%
Aminoglucósidos	6	21%	4	19%
Nitrofurantoina	6	21%	1	5%
Carbapenems	0	0%	0	0%



C-08-09 // FUNGEMIAS EN PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

GUIZZO, D.; GISBERT, P.; SALVATORE, A.; GÓMEZ CENTURIÓN, S.; GÓMEZ PAGNOTTA, R.; LASCANO, S.; ATTORRI, S.; MATILE, C.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Analizar las características clínico-epidemiológicas de las fungemias en un hospital general de agudos.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo de episodios de fungemia internados en servicio de Clínica Médica, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, octubre 2005 a julio 2018. Fungemia: aislamiento de alguna especie fúngica en uno o más cultivos de sangre, mediante medio de cultivo automatizado BACTEC⁷. Origen en la comunidad: episodios ambulatorios o en las primeras 48 horas de hospitalización; el resto se consideró nosocomial. Análisis estadístico: Epi Info.

Resultados: Muestra: 30 fungemias, varones 19 (63.3%), edad media 53.8 ±17.1 años y >65 años 8 (26.6%). Media de estancia hospitalaria 30.2 ±22.3 días. Charlson 5.4 ±2.5 y APACHE 16.1 ±8.3. Las fungemias ocuparon el 6° lugar dentro de los microorganismos aislados en hemocultivos. Fueron nosocomiales 19 (63.3%). Aislamientos: *Candida albicans* 14 (46.7%); *Candida parapsilosis* 5 (16.7%); *Cryptococcus neoformans* 4 (13.3%); *Candida tropicalis* 2 (6.7%); *Krusei* 1 (3.3%); *Famata* 1 (3.3%); *Candida* no *albicans* sin tipificar 3 (10%).

Los factores de riesgo más frecuentes: antibióticoterapia previa 18 (60%), uso de catéter 11 (36.7%), VIH positivo 10 (33.3%), estadía previa UTI 6 (20%), cirugías 5 (16.7%) y uso de inmunosupresores o glucocorticoides 3 (10%).

Las comórbidas más frecuentes: malnutrición proteico calórica 14 (48.3%), diabetes mellitus 13 (43.3%), VIH positivo 10 (33.3%), neoplasias 5 (16.7%): oncohematológicas 1 (3.3%) y sólidas 4 (13.3%), EPOC e insuficiencia renal crónica en hemodiálisis 5 (16.7%) respectivamente y colagenopatías 3 (10%).

Se asociaron a: catéter 6 (20%), foco urinario 6 (20%), piel y partes blandas 6 (20%), neurológico 4 (13.3%), endocarditis infecciosa 1 (3.3%), abdominal 1 (3.3%) y no aclarado 6 (20%).

Presentaron: fiebre 20 (66.7%), encefalopatía 9 (31%), hipotensión arterial 7 (23.3%), hipotermia 7 (23.3%), oliguria 6 (20%). Desarrollaron sepsis 14 (46.7%), shock séptico 8 (26.7%) y fallo multiorgánico 7 (23.3%). Tenían: anemia 23 (79.3%), linfocitosis 13 (43.3%), trombocitopenia 10 (33.3%), trombocitosis 4 (13.3%), leucopenia 4 (13.3%), neutropenia 2 (6.7%), alteraciones en la coagulación (TP <50%, TTPK >45 segundos) 1 (3.3%), fallo renal 11 (36.7%): agudo 6 (54.5%) y crónico reagudizado 5 (45.5%). Rbdomiolísis 5 (16.7%). Hemodiálisis de urgencia 1 (3.3%).

Recibieron fluconazol 8 (26.7%), anidulafungina 7 (23.3%), anfotericina 5 (16.7%), fluconazol y anfotericina 2 (6.7%), no recibieron tratamiento 3 (10%) y desconocido 5 (16.7%).

Requirieron pase a UTI 4 (13.3%). La mortalidad global 10 (33.3%), las primeras 24 horas 2 (6.7%). El análisis comparativo no mostró diferencias significativas asociadas a la mortalidad.

Conclusiones: En nuestro medio, las fungemias se presentaron con mayor frecuencia en varones, con internación prolongada y origen nosocomial. La más frecuente fue *Candida* y un tercio de los pacientes fallecieron.

C-08-11 // FRECUENCIA DE RABDOMIOLISIS EN PACIENTES QUE REALIZAN SPINNING

ORTEGA, V.; LAMPONI TAPPATÁ, L.; MARUENDA, M.; DUARTE, L.; ROMANO, H.; BIAGGIONI, M.; ALTUBE, A.; GALLARDO, M.; MARBÁN, M.; CHIARVETTO PERALTA, M.; AYMAR, M.; TOMÁS, A.; DIETRICH, D.; PERTICONE, M.; HARTSTOCK, J.; PRIETO, L.; BORRA, L.; SIERRA, F.; MARINOVICH, J.; DEL VALLE, J.; PFEIFFER, C.; DURAN, L.; MANDOLES, M.
Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Conocer la frecuencia de rabdomiolisis en pacientes que realizan spinning. Describir las variables involucradas en su presentación.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, pre y post exposición. Incluye adultos entre 18 y 40 años que aceptaron participar mediante consentimiento informado a realizar una clase de spinning. Se realizaron 7 clases en un periodo de 14 meses, con una duración de 60 minutos en un gimnasio habilitado para tal fin. Previo a la clase y 48-72hs después se analizó CPK, ionograma, hepatograma, función renal y LDH. Se eliminaron pacientes con aumento basal de CPK y que no acudieran a realizarse la extracción sanguínea. Se definió rabdomiolisis como aumento mayor a 5 veces el valor límite superior del rango de referencia para el sexo. Análisis de datos en SPSS, calculando frecuencia de rabdomiolisis y comparando ese grupo con los pacientes que no la presentaron. Se realizó la prueba T para muestras independientes para calcular la diferencia de medias de las variables numéricas y la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados: Se reclutaron un total de 97 pacientes, se eliminaron 5 (pérdida del 5.2%), quedando conformada la población final por 92 personas. El 9.78% (9) presentó rabdomiolisis. En el análisis de subgrupos, dentro de los que tuvieron rabdomiolisis, el 100% (9) realizaba su primer clase de spinning (p=0,012), el 88% (8) presentó dolor muscular (p=0,032) y hubo una media de 6,44 puntos en la escala de percepción de intensidad del ejercicio (p=0,048), todos estadísticamente significativos con un IC 95%.

Conclusiones: La rabdomiolisis se asocia a spinning en los casos de primera clase y cuando la percepción de intensidad del ejercicio es elevada. Esto nos orienta a pensar medidas preventivas y a investigar qué consecuencias clínicas tiene la rabdomiolisis asociada al ejercicio físico intenso que no llegan a la consulta médica.

C-08-10 // AUTOMEDICACION CON ANTIBIÓTICOS

GAYDOU BORSOTTI, A.; CARLEN, M.; CROCCE, M.; REUS, V.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Se considera automedicación a adquirir fármacos sin receta médica, utilizar medicación prescrita anteriormente, obtener fármacos de círculos sociales cercanos, utilizar medicamentos acumulados en los domicilios, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir las dosis del tratamiento prescripto. No hemos encontrado en la bibliografía consultada publicaciones que hayan realizado el abordaje de esta problemática en la ciudad de Santa Fe, por lo que nos pareció que sería de gran utilidad realizar un trabajo para tratar de conocer cual es la dimensión del problema en nuestra comunidad.

Materiales y Métodos: En el año 2018, en la ciudad de Santa Fe, se realizó un estudio descriptivo, transversal, con recolección prospectiva de la información, para describir las características de la automedicación con antibióticos en la población. La población fue seleccionada de forma aleatoria, conformada por adultos entre 18 y 62 años. La modalidad de participación será voluntaria y anónima. El tamaño de la muestra fue de 300 personas.

Resultados: Al comparar la prevalencia hallada con las publicaciones revisadas como por ejemplo el informe de Castro J(2014) en su Proyecto Cali-Colombia realizado en usuarios de 22 droguerías que encuentra un 7%, la de Cordero (2014) cuya población fue más adulta >de 65 años con una muestra significativa de 668 personas, que encuentra un 11,7% y otras como la de Gama S(2017) en 116 estudiantes de enfermería que encuentra un 11,1% o la de MoreB en Francia realizado en 2017 que encuentra una prevalencia de 18%, se puede considerar que es alarmante el porcentaje encontrado, pero se podría poner en consideración que quizás existe un sesgo en la población que fue encuestada EN relación al análisis de las causas por las cuales la persona se automedica, solo puede también inferirse que quizás también tenga un sesgo estacional porque las causas mayoritariamente reveladas son las afecciones de vías aéreas superiores y considerando que la encuesta se realizaron en e mes de julio pleno invierno, se podría decir que quizás si la hacemos en enero las causas digestivas y/o abdominales puedan ser las mayoritarias.

Es interesante si, el análisis de la justificación de la acción, ya que lo expuesto probablemente atravesará cualquier época del año y quizás también sean comunes a todos los que se automedican.

Conclusiones: A manera de conclusión podríamos decir que a Automedicación con Antibióticos es una realidad que no puede negarse y que debe ser motivo de preocupación la alta prevalencia en nuestro país, que se refleja a pesar de los sesgos que pudiera tener la muestra poblacional analizada, en este muestreo al azar realizado en la ciudad de Santa Fe, y en esto el cumplimiento de la ley de prescripción debería ser una prioridad de las autoridades responsables del control de expendio en farmacias.

C-08-12 // EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS AA

AGUIRRE, M.; NUCIFORA, E.; SAEZ, M.; SORROCHE, P.; ZANELLA KURONUMA, A.; PETRIGLIERI, C.; VARELA, C.; GIUNTA, D.; BOIETTI, B.; POSADAS MARTINEZ, M.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: **Introducción:** El tratamiento con tocilizumab (anti IL 6) en la amiloidosis AA ha sido poco reportado en Latinoamérica.

Objetivos: Describir el pronóstico de AA en pacientes con tratamiento con Tocilizumab (TCZ).

Materiales y Métodos: Serie de casos de pacientes adultos con diagnóstico de amiloidosis AA que recibieron tratamiento con Tocilizumab, incluidos en el registro institucional de amiloidosis (RIA) en el periodo 2011-2017. Todos los pacientes fueron seguidos para evaluar mejoría de síntomas al diagnóstico, hematócrito, creatinina, SAA y muerte posterior al tratamiento.

Resultados: En el periodo de interés, de los 20 pacientes del RIA con AA se incluyeron 4 (20%) pacientes que recibieron TCZ, las enfermedades inflamatorias coexistentes fueron de Artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico y 2 idiopáticas. La mediana de edad fue de 52 años (Rango 12-61, RIC 50-54), el 75% (3) eran de sexo femenino, y la mediana de seguimiento fue de 53 meses (Rango 12-60, RIC 50-56). En 2 pacientes la enfermedad renal progresó, en los otros 2 se estabilizó. En el 100% de los pacientes presentó mejoría del hematócrito, y hubo alguna mejoría de la función renal. No se encontraron eventos adversos. Todos los pacientes están vivos al momento.

Conclusiones: El TCZ tiene un efecto beneficioso en los pacientes con AA, sin presentar intolerancia o toxicidades significativas. Su administración subcutánea es sencilla y puede quedar en manos del paciente y su familia. Lamentablemente, su acceso es limitado para los pacientes con AA.

C-08-13 // GASTO DE BOLSILLO DE PACIENTES DE MEDELLÍN Y MONTERÍA CON DIAGNÓSTICO DE DENGUE

HERNÁNDEZ SARMIENTO, J.; MARTÍNEZ, L.; VERA, S.; ROLDAN TABARES, M.; MORALES QUINTERO, N.;
HERNÁNDEZ RESTREPO, F.; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.; CORENA, F.; DORIA ROMERO, E.
Upb. Medellín, Colombia.

Objetivos: Conocer los gastos de bolsillo de los pacientes con diagnóstico de dengue en Medellín y Montería.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Se ingresan pacientes con dengue entre Julio de 2.016 y diciembre de 2.017 quienes completan una encuesta para conocer los gastos de bolsillo que tuvieron que asumir durante el diagnóstico y recuperación de la enfermedad.

Resultados: Ingresan 75 pacientes con edad promedio de 30 años. El 80% de los pacientes pertenecen a los estratos 0 y 3 y el 56% son afiliados al régimen contributivo. El 19% de los requirió hospitalización. Los gastos más frecuentes fueron transporte \$ 21.153, medicamentos \$ 71.625 y relativos a la hospitalización \$ 282.000; El dinero que se dejó de recibir por incapacidad laboral fue \$388.588. El gasto de bolsillo promedio en los pacientes del estudio fue \$ 361.477 en Medellín y \$ 344.936 en Montería.

Conclusiones: Teniendo presente que el 51% de pacientes que enferman por dengue en Medellín y Montería reciben un salario menor a dos SMLMV, los gastos de bolsillo en los que incurrir pueden representar entre el 9% y el 45% de su ingreso; lo que significa que para algunas familias el dengue se comporta como un evento catastrófico. Los principales costos que deben asumir los pacientes son cuando se requiere una hospitalización y el dinero que se deja de recibir a consecuencia de una incapacidad laboral.

C-08-15 // INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA POBLACIÓN INMUNOCOMPETENTE, EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA.

FINELLO, M.; GIORDANO, G.; CAEIRO, J.; LIPARI, F.
Hospital Privado De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Describir presentación clínica y alteraciones en laboratorio de la primoinfección por CMV en población inmunocompetente.

Evaluar número de consultas necesarias, necesidad de internación o uso de antibióticos previo al diagnóstico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, realizado en el Hospital Privado de Córdoba desde el 01/01/2011 al 31/12/2016.

Se seleccionaron historias clínicas (HC) con serología IgM reactiva para CMV.

Se excluyeron pacientes con condiciones asociadas a inmunosupresión.

Se revisaron las HC, se evaluaron variables sexo, edad, formas de presentación clínica, alteraciones en el laboratorio, número de consultas, necesidad de internación y uso de antibiótico.

El análisis estadístico se realizó con Infostat. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar, las categóricas como proporciones (porcentajes) y se analizaron con test Chi Cuadrado o test de Fisher. Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se obtuvieron 254 inmunocompetentes con IgM reactiva para CMV. 77% de los pacientes fueron hombres, la edad media fue 29.57 años ± 16.9 (mín 0, máx 78) y 76% fueron mayores de 18 años.

78% de los pacientes presentaron fiebre, 56 % astenia, 28% odinofagia, 22% esplenomegalia, 10% rash cutáneo y 10% diarrea. No se registraron muertes.

En el laboratorio 69% tenía linfocitos atípicos, 59% alteración en transaminasas, 13% trombocitopenia y 6% leucopenia.

La media de consultas previo al diagnóstico fue 3.96 ± 2.49 (mín 1, máx 18), 35% recibieron antibióticos y 7% requirieron internación.

Los pacientes internados presentaron mayor frecuencia (estadísticamente significativa) respecto a los ambulatorios para las variables odinofagia (53% vs. 26% $p=0.0153$), esplenomegalia (47% vs. 21% $p=0.0118$), trombocitopenia (41% vs. 11% $p=0.0005$) y antibióticoterapia (71% vs. 32% $p=0.0015$).

Conclusiones: A diferencia de otras series similares, se observó predominio de sexo masculino y edad mayor a 18 años en pacientes inmunocompetente con primoinfección por CMV.

Las formas de presentación clínica y analítica coinciden con la literatura.

Fueron usuales múltiples consultas previo al diagnóstico, se observó un alto uso de antibióticos (más frecuente en pacientes internados) y la tasa de hospitalización fue elevada.

C-08-14 // HABLEMOS DEL SUICIDIO

BIGATTI, D.; CENTENO, P.
Hza. Simplemente Evita. González Catán. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La Argentina es un país con alta incidencia de problemas de salud mental, evidenciado por la alta tasa de suicidios según la OMS. Es importante estudiar las distintas regiones y sus características para analizar las causas subyacentes. El objetivo fue analizar y visibilizar los casos de suicidio a nivel nacional y describir su epidemiología, jerarquizándolo como un serio problema de salud pública.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo de todos los casos de suicidio cargados en el período 01-01-2012 al 31-12-2017 en la base de datos SINTRA del INCUCAI. Se subdividieron por edad, sexo, tipo de suicidio, fecha, establecimiento y provincia de origen. Los datos fueron analizados y procesados mediante el programa Excel 2010. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas eliminándose todos los sesgos detectados. Para analizar la relación entre las variables se utilizó el test de chi2 y se tomó como grado de significación estadística un valor de $p < 0.05$. Para los eventos de frecuencia pequeña se utilizó la prueba exacta de Fisher. Para cuantificar la importancia de la asociación se utilizó el odds ratio y el correspondiente intervalo de confianza.

Resultados: En el período estudiado se hallaron 650 casos de suicidios (95 en el 2012, 102 en el 2013, 131 en el 2014, 98 en el 2015, 114 en el 2016 y 110 en el 2017), correspondientes al 1.41% del total de óbitos presentes en la base de datos SINTRA (46075 óbitos). El promedio de edad fue de 27.1 años, predominantemente varones (76.5%). Los métodos suicidas más frecuentes fueron el uso de arma de fuego y el ahorcamiento. El trimestre con más incidencia de suicidios es el otoño (de marzo a mayo inclusive.) La región particularmente afectada es la patagónica (73 casos) ($p < 0.0005$, OR 2, IC 95% 1.3 a 3.3), en especial la provincia de Tierra del Fuego (8 casos) ($p < 0.005$, OR 3.4, IC 95% 1.6 a 5). En contrapartida la CABA y la zona cuyana de La Rioja y San Juan tienen baja incidencia estadísticamente significativas. Neuquén y Corrientes son las provincias con $> 5\%$ de suicidio femenino. Córdoba y la provincia de Buenos Aires tiene una incidencia mayor a la media en suicidio pediátrico (< 16 años), mientras que en Santa Fe y Entre Ríos predomina el geriátrico (> 65 años).

Conclusiones: El suicidio es un serio problema de salud pública, en especial en población joven, estando dentro de las causas evitables de fallecimientos. Además, el suicidio resulta un buen parámetro para determinar la prevalencia de trastornos psicosociales en una población. Variables psiquiátricas, económicas, demográficas, migratorias, climáticas y hasta la deficiencia de luz solar influyen multidimensionalmente en su precipitación. Lamentablemente no es común su prevención y tampoco hay investigaciones frecuentes respecto al tema. Su visibilización y análisis epidemiológico es el primer paso. Estos datos pueden ser de utilidad para la toma de decisiones que favorezcan la salud integral de la población.

C-08-16 // COMPARACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE CONSULTORIO, CENTRAL Y AMBULATORIA EN LA PREDICCIÓN DE LA MASA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

APARICIO, L.; BAROCHINER, J.; NATOLI, P.; PEUCHOT, V.; GIUNTA, D.; MARTÍNEZ, R.; MORALES, M.; CUFFARO, R.; RADA, M.; WAISMAN, G.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Introducción: Determinar cuál es el método de medición de la presión arterial que predice de forma más adecuada la masa del ventrículo izquierdo suele ser controversial. Tampoco existe evidencia cierta que sostenga que la medición de la presión arterial central sea superior sobre la medición braquial de la misma. Objetivo: Comparar la asociación de los valores de PA obtenidos con los distintos métodos de medición, tanto en consultorio como ambulatorios, con la masa del ventrículo izquierdo (MVI) en pacientes con y sin tratamiento antihipertensivo.

Materiales y Métodos: Corte transversal. Se realizó una correlación entre la masa de ventrículo izquierdo y los valores de presión arterial braquial medidos tanto en consultorio como en forma ambulatoria y presión arterial central medida en consultorio y luego se realizó un análisis de regresión lineal.

Resultados: no se encontró diferencias en la correlación entre PA y MVI entre los diferentes métodos de medición. En el modelo no ajustado en pacientes no tratados, por cada aumento de 10 mmHg en la presión arterial sistólica domiciliar, se registró un aumento significativo en la masa del VI de 10g/m2 (IC del 95%: 3.3-17, $p < 0.01$, adjR2 0.20). Después de ajustar por edad, sexo y glucemia, esta asociación persistió (10 g / m2 [IC 95%: 3.7-17, $p < 0.01$, adjR2 0.38]). El MAPA 24 hs y la PAsT también mostraron ser estadísticamente significativas, pero con valores de R2 ajustados más bajos. La presión arterial braquial convencional y la presión arterial central medida en consultorio no demostraron una asociación significativa con la masa del VI.

En pacientes tratados, el método que mejor explicó la asociación fue el método de domiciliario. En el modelo no ajustado, por cada aumento de 10 mmHg en la presión arterial sistólica, se registró un aumento en la masa del VI de 3,5 g / m2 (IC del 95%: 1,8-5,3; $p < 0,01$; ajuste 0,02) y en el modelo ajustado por edad, sexo, diuréticos, fármacos antagonistas del receptor de la angiotensina II, bloqueantes de canales de calcio y alfabloqueantes se vio un aumento en la masa del VI de 2,3 g / m2 (IC del 95%: 0,76 a 3,9; $p < 0,01$; ajuste: 0,15). El resto de los métodos, también mostraron asociaciones significativas, con excepción de PA convencional en consultorio.

Conclusiones: La medición de la presión arterial en forma ambulatoria y el monitoreo de 24 horas demostraron ser mejores métodos para evaluar la asociación entre la presión arterial sistólica y la masa del ventrículo izquierdo que los utilizados en consultorio en pacientes tratados y no tratados. En las mediciones en consultorio no se demostró que la medición de la presión central fuera superior a la medición braquial.

C-09-01 // CARACTERIZACIÓN DE INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS SEGÚN LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA (SIVIGILA) DE BOYACÁ DURANTE EL 2009

SALCEDO, r.; WALTER RENÉ, Y.; GARCÍA ROJAS, S.; PAGANI, c.; JIMÉNEZ CORREA, J.; FERNANDEZ, A.; DUMO, S.; MIGNOLA, G.; SORIA, A.; GARRIDO, M. Velez Sarsfield. Córdoba, Argentina.

Objetivos: • Caracterizar los datos de la exposición a plaguicidas en el departamento de Boyacá. • Determinar si existe asociación entre el sexo y las intoxicaciones de tipo violento (suicidio, delitos) o accidental. • Determinar si existe asociación entre la actividad laboral y el tipo de intoxicación sufrida, ocupacional o accidental. • Dimensionar el odds ratio de cada actividad laboral para sufrir intoxicación sea de tipo ocupacional o de tipo accidental.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo, 1. criterios de inclusión: pacientes que sufrieron intoxicación aguda por plaguicidas y que fueron notificados al sistema de vigilancia epidemiológica de Colombia (SIVIGILA). 2. criterios de exclusión: personas no reportadas al sistema de vigilancia epidemiológica de Colombia. 3. tiempo: todas las intoxicaciones ocurridas en el 2009. 4. lugar: departamento (provincia) de Boyacá (Colombia).

muestreo consecutivo, número de casos 214 es el 100% de la población estudiada. se realizó utilizando el programa estadístico Infostat. asociación entre variables categóricas se determinó mediante test chi cuadrado de Pearson y los odds ratio con p significativa <0,05 sin grupo control; el estudio se realizó obteniendo los datos proporcionados al sistema de vigilancia epidemiológica de Colombia (SIVIGILA) que fueran exclusivos de intoxicación aguda por plaguicidas y que pertenecieran al departamento (Provincia) de Boyacá durante el año 2009

Resultados: 1. las edades más comunes La principal, se presenta entre 11 y 20 años 65 %, entre 21 y 30 56 %, entre 31 y 40, con 42 %. Los productos CAMPEON con un 20,2%, le sigue NEVUGON con el 13,6% y después FURADAN con el 13,1%. la intención suicida 68,5%, exposición accidental 17,4%.

La vía de exposición oral, con 83,1%, vía respiratoria con el 8%, dérmica con 7,5% y otras (desconocido, intravenosa) con 1,4% de casos. municipio con mas ocurrencia es Sogamoso con 28 casos, Aquitania con 21 casos, Chiquinquirá y Tunja con 16 y 15

2. chi cuadrado de Pearson $p < 0.0012$ con odds ratio 3 si es mujer y sufre intoxicación violenta 3. chi cuadrado de Pearson $p < 0.0039$ exposición accidental y actividad venta y servicios. 4. chi cuadrado $p < 0.0024$ intoxicación ocupacional trabajar en procesamiento de bienes y servicios.

Conclusiones: Se evidencia que el grupo etéreo con mayor número de casos es de 11-20 años, la intención más utilizada es la suicida, el producto con mayor participación fue campeón (organofosforado), la vía de exposición oral predomina, y los municipios del departamento más afectados son industrializados. Se evidencia que si las mujeres sufren intoxicación, tienen tres veces más riesgo de que sea en un hecho violento que en un hecho accidental.

Se muestra como hay asociación entre el tipo de exposición accidental y la actividad laboral venta y servicios.

A través del chi2 se demuestra que hay una P significativa entre el tipo de intoxicación ocupacional y el trabajar en procesamiento de bienes y servicios.

C-09-03 // PREMEDICACION EN ESTUDIOS CONTRASTADOS

ONETO, N.; LARZABAL, F.; VILELA, A.; AVALLAY, F.; ROCA, I.; HUERTA, P.; CASTRO, V.; MORELLI, F.;

MARTINEZ, J.

Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Objetivos: En los estudios tomográficos contrastados suelen usarse medio de contrastes iodados que pueden generar reacciones alérgicas de distinto tipo, desde leves a severas.

Los pacientes que han tenido una reacción de tipo alérgico o una reacción de tipo desconocido al medio de contraste tiene un riesgo 5 veces mayor a desarrollarla si se exponen a la misma clase de medio de contraste de nuevo.

Los pacientes con alergias no relacionadas, tienen un riesgo mayor de 2 a 3 veces; y no hay reactividad cruzada entre los distintos medios de cte.

La pre medicación previene las reacciones leves, pero carece de efecto en las reacciones moderadas y severas.

Las guías actuales se basan en estudios analíticos por lo que el valor de la evidencia no está claro. Nuestro propósito es evaluar la utilidad de la pre medicación de pacientes que se realizan estudios contrastados.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio de cohorte, analítico, prospectivo. Se realizó una inclusión consecutiva de pacientes a través de una randomización enmascarada formando dos grupos que se diferenciaban por la indicación de pre medicación o no antes de realizar la TC contrastada con iodo.

*Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años; que cursen internación en sala general; con indicación de TC con contraste endovenoso; y que tengan menos de dos de los siguientes criterios: Edad mayor a 70 años, estudios previos con contraste, reacciones menores con contraste, reacciones mayores con contraste, reacciones adversas a fármacos, enfermedades alérgicas, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 78 tomografías, dividiéndose a los pacientes en dos grupos. Grupo 1: sin premedicación (N.37) y el grupo 2: con premedicación (N.41). La edad media fue de 59 años (ds19), con edad mínima de 22 años y máxima de 98 años. La distribución de género fue similar (Fem 47.44%; Masc 52.56%). Entre los antecedentes hubo una distribución similar, siendo la HTA, Anemia y DBT las principales comorbilidades. Un 32 % del grupo sin premedicación y un 34 % del grupo con premedicación habían presentado estudios contrastados previamente. La mayoría de las tomografías se realizaron con intención diagnóstica, cerca del 10% para control y/o pronóstico, sin diferenciar entre grupos. Los territorios tomográficos más solicitados fueron , Tórax , Abdomen y Pelvis, aunque la realización de más de un segmento fue cercano a 90 %. (p<0.99). El 95% en el grupo sin premedicación y 93% del grupo con premedicación; no tuvieron reacciones adversas relacionadas al estudio tomográfico. Las sensaciones de Calor/frío fueron las más observadas sin predominio entre grupos.

Conclusiones: En nuestro estudio evidenciamos que no existe un claro beneficio en la premedicación previa a los estudios tomográficos con contraste, y que los efectos adversos observados son menores y con distribución similar en ambos grupos.

C-09-02 // EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE CHAGAS CRONICO CON BENZNIDAZOL

BELLONE CECCHIN, M.; CUNEO, A.; GOMEZ, A.; BEVACQUA KÖHLER, F.; TOLEDO, A. Hospital Rawson. Córdoba, Argentina.

Objetivos: La enfermedad de Chagas (ECH) es una enfermedad causada por el parásito protozoario Trypanosoma cruzi, cuya principal forma de transmisión es la vectorial. En el año 2010, 5 millones de personas fueron infectadas en Latinoamérica, siendo Argentina, Brasil y México los 3 países con el mayor número. La ECH presenta una fase aguda y una crónica, la cual cursa con parasitemia escasa y un curso clínico variable, desde ausencia de síntomas, hasta compromiso cardiovascular o digestivo. Se sugiere que la inflamación por presencia del parásito es el mecanismo implicado en el daño. El diagnóstico en la fase crónica se realiza con 2 de métodos serológicos. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) posee alta sensibilidad y especificidad para detectar la presencia del parásito en sangre. Actualmente se sugiere tratar a todo paciente con Chagas crónico sin cardiopatía demostrable de 18 a 50 años. La droga aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) recientemente es el benznidazol (BZ). Realizamos este trabajo para evaluar el resultado de PCR para T. cruzi cualitativamente después de 6 meses de terminado el tratamiento y determinar el porcentaje de efectos adversos asociados al mismo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal, en el cual se incluyeron pacientes entre 18 y 50 años de edad, con diagnóstico de ECH por dos métodos serológicos y que recibieron tratamiento con BZ. Se realizaron mediciones antes y después del tratamiento, para valorar reacciones adversas por el mismo, y se realizó PCR para T. cruzi a los 6 meses. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal y hepática, embarazadas y en período de lactancia, trastornos neurológicos graves, neoplasia activa e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) en estadio SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El análisis se realizó con el programa estadístico Infostat, midiendo promedio y desvío estándar para variables mesurables, y porcentaje para las categóricas.

Resultados: se analizaron datos de 67 pacientes, de los cuales el 60% fueron mujeres, con un promedio de edad de 37,96 % (DE $\pm 8,68$). El porcentaje de pacientes en los que la PCR para Chagas fue negativa posterior al tratamiento fue de 72% (49). Se presentaron reacciones adversas en 43 pacientes (63%), siendo las dermatológicas (43,05 %) y gastrointestinales (16,07%) las más frecuentes.

Conclusiones: El porcentaje de PCR negativa para T. cruzi fue considerable, lo que indica ausencia de ADN del parásito al momento del análisis y podría significar una disminución de la inflamación y progresión de la enfermedad. Deben hacerse controles posteriores para valorar estos hallazgos a largo plazo, y compararlo con pacientes no tratados para determinar el nivel de asociación con el tratamiento. Si bien el porcentaje de eventos adversos fue mayor, fueron raras las manifestaciones graves y el seguimiento personalizado favorece a la adherencia sin necesidad de suspensión del tratamiento.

C-11-01 // COMPARACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LAS ÚLTIMAS 2 DÉCADAS.

FERNANDEZ, M.; SOLAVALLONE, V.; LASCANO, S.; MATILE, C.; GISBERT, P.; SALOMÓN, S.; SALVATORE, A.; LLORET, M.

Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Comparar la hemorragia digestiva alta (HDA) en las últimas 2 décadas.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y comparativo de episodios de HDA desde 2009 a 2018 (grupo A) vs HDA desde 2000 a 2008 (grupo B). Criterio de exclusión: HDA sin endoscopia alta. Análisis estadístico: Epi Info, variables categóricas con χ^2 y numéricas con test de Student, error $\alpha < 5\%$.

Resultados: Se incluyeron 872 HDA: grupo A 333 (38.2%) y grupo B 539 (61.8%). Edad media 51.9 ± 14.5 años vs 55.9 ± 14.7 p < 0.001, >65 años 44 (12%) vs 151 (28%) p < 0.001 y varones 253 (76%) vs 382 (70.9%) p 0.09. Antecedente HDA previa 102 (32.1%) vs 237 (25.4%) p < 0.001. Comorbidades: enolismo actual 131 (61.7%) vs 135 (62.8%) p 0.8, cirrosis 166 (50.1%) vs 141 (27.1%) p < 0.001, tabaquismo 92 (27.8%) vs 193 (35.8%) p 0.01, HTA 85 (25.7%) vs 162 (30.1%) p 0.16, consumo de AINES 66 (20%) vs 198 (36.8%) p < 0.001, diabetes mellitus 60 (18.1%) vs 76 (14.1%) p 0.11. Permanencia hospitalaria: 5 (0-72) días vs 6 (1-60) p 0.04.

Causas: varices esofágicas 153 (45.9%) vs 165 (30.7%) p < 0.001; enfermedad ulcero péptica 124 (37.2%) vs 237 (44%) p 0.05, gastritis 108 (32.4%) vs 189 (35.1%) p 0.42, esofagitis 32 (9.6%) vs 69 (12.8%) p 0.15; duodenitis 18 (5.4%) vs 62 (11.5%) p 0.002; neoplasias gastrointestinales 16 (4.8%) vs 12 (2.2%) p 0.03.

Presentaron descompensación hemodinámica 284 (85.8%) vs 421 (85.9%) p 0.96, hematemesis 252 (75.7%) vs 362 (67.4%) p 0.009; melena 248 (74.5%) vs 453 (84.5%) p < 0.001, hipotensión 138 (41.4%) vs 202 (37.6%) p 0.26, alteración de la conciencia 71 (21.3%) vs 71 (13.2%) p 0.001 y shock hipovolémico 15 (4.5%) vs 37 (6.9%) p 0.1.

Presentaron complicaciones 71 (21.4%) vs 110 (20.4%) p 0.72: insuficiencia renal aguda 37 (11.4%) vs 20 (3.7%) p < 0.001, infecciones 20 (6%) vs 68 (12.6%) p 0.001 y shock hipovolémico 14 (4.2%) vs 31 (5.8%) p 0.32.

Terapéutica: terlipresina 141 (42.5%) vs 21 (4.5%) p < 0.001, somatostatina 1 (0.3%) vs 63 (11.7%) p < 0.001; IBP 306 (92.2%) vs 315 (58.7%) p < 0.001, ranitidina 19 (6.7%) vs 319 (59.4%) p < 0.001, colocación de SNG 138 (48.6%) vs 348 (64.8%) p < 0.001, colocación de sonda doble balón 15 (5.3%) vs 55 (10.2%) p < 0.001. Se realizó transfusiones 178 (61.2%) vs 330 (61.7%) p 0.84. Requirieron pase a UTI 14 (7.2%) vs 31 (5.8%) p 0.38.

Mortalidad cruda hospitalaria 39 (4.5%) sin diferencia entre grupos 16 (4.8%) vs 23 (4.3%) p 0.7. En el grupo A se asoció significativamente a edad media 53 ± 13.9 vs 65.3 ± 12 p 0.005; varices esofágicas 14 (87.5%) vs 11 (47.8%) p 0.01 y enolismo actual 11 (78.6%) vs 4 (40%) p 0.05.

Conclusiones: En la última década las HDA las sufren adultos de edad levemente más jóvenes, mayormente enolistas activos cirróticos produciendo que las várices sangrantes hayan desplazado a la enfermedad ulceropéptica y haya incrementado la terapéutica con terlipresina y omeprazol; siendo la complicación más frecuente la IRA. La mortalidad no ha variado, aunque se asoció a pacientes más jóvenes y enolistas activos de origen variceal.



C-11-02 // EVALUACIÓN DEL USO DE GASTROPROTECTORES EN PACIENTES INTERNADOS.

GOMEZ PAGNOTTA, R.; HOFFMANN, M.; FERNANDEZ, M.; GISBERT, P.; SALVATORE, A.; PEÑA Y LILLO, E.; LLORET, M.; GASULL, A.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Evaluar si la indicación de gastroprotección (GP) es adecuada en pacientes internados en un hospital general de agudos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, de cohorte transversal de pacientes internados en el Hospital Lagomaggiore (23-29 de Julio, 2018). La indicación de GP se evaluó según guías del Colegio Americano de Gastroenterología y American Society of Health system Pharmacist. Se consideró GP apropiada: cuando se cumplían las propuestas de las guías ya sea indicando o no gastroprotectores, en dosis y vía adecuada.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes. Internados en áreas clínicas 81 (70%) y quirúrgicas 40 (30%). Varones 66 (55.4%), edad media 48.6 ± 15.4 años; mayores de 65 años 15 (12.4%). Internación previa en UTI 12 (10%). Motivos de ingreso más frecuentes: infecciones 36 (30%), comórbida descompensada 22 (18%) y patología quirúrgica 18 (15%). Erán fumadores 50 (41%), consumidores de xantinas 38 (31%), usuarios de drogas ilícitas 14 (12%) y enolistas 7 (6%). Comórbidas más frecuentes: hipertensión arterial 41 (33.8%), obesidad 34 (28.1%), cardiopatía isquémica hipertensiva 17 (14%), diabetes mellitus 17 (14%). Patología gastrointestinal previa 21 (17.4%), las más frecuentes: vórices esofágicas 10 (47.6%), gastropatía de la hipertensión portal 8 (6.61%) y dispepsia 6 (4.1%). Recibían más de 3 fármacos en ambulatorio 35 (28.9%), inhibidores de bomba de protones (IBP) 17 (14%), antiinflamatorios no esteroideos (AINES) 8 (6.6%), corticoides 8 (6.6%), inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) 8 (6.6%), anti-H2 (ranitidina) 5 (4.1%), antiagregantes 4 (3.3%), acenocumamol 3 (2.5%). En la internación se prescribió más de 3 fármacos 83 (68.6%): AINES 35 (28.9%), corticoides 24 (19.8%) y heparina de bajo peso molecular 21 (95.4%). Se indicó GP a 86 (71%): anti H2 56 (65%) e IBP 30 (35%).

Del total de la muestra tenían indicación de GP 69 (57%); profilaxis de úlcera por estrés 49 (71%) y de úlcera por AINES 20 (29%). Tenían indicación de GP y no se les indicó 8 (12%).

Tuvieron GP apropiada 38 (31%); cumplían con la indicación de GP 12 (32%) y no tenían indicación de GP 26 (68%); eran de servicio clínico 29 (76%) y de servicio quirúrgico 9 (24%).

La GP fue inapropiada en 83 (68.6%); porque tenían indicación de GP y no la recibieron 7 (8%), porque tenían indicación de GP y la posología fue incorrecta 48 (58%) o porque se indicó cuando no era necesario 28 (34%). Erán de servicio clínico 52 (63%), donde el error más frecuente fue de dosis 35 (67%); eran servicios quirúrgicos 31 (37%), siendo más frecuente el error por falta de evidencia en la indicación 17 (55%).

Conclusiones: En nuestra institución se observó GP inapropiada en dos tercios de los pacientes, siendo el principal error la posología incorrecta y en los servicios quirúrgicos la falta de evidencia de beneficio en la indicación. Por dicho motivo se debiera realizar acción educativa sobre el uso racional de los mismos para disminuir eventos adversos y costos en salud.

C-12-01 // ANEMIA EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

PEREZ, H.; GUTIERREZ, I.; BANEGAS, A.
Sanatorio Del Salvador. Cordoba, Argentina.

Objetivos: Determinar predictores de anemia en adultos mayores hospitalizados según grado de deterioro en su capacidad funcional e indicadores de mala evolución clínica, y su relación con días de estadía y mortalidad global.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y analítico, sobre la base de datos del Servicio Clínica Médica del Sanatorio del Salvador, entre el 20 de Junio y el 20 de agosto del 2016, de todos los pacientes admitidos a nuestra unidad, mayores de 64 años, con niveles de Hemoglobina (Hb) menores de 13 mg/dl en varones y de 12 mg/dl en mujeres. Todos los pacientes admitidos, tuvieron al ingreso valoración de su capacidad funcional, a través de la Escala de Barthel e Índice de Lawson, categorizando la población en adultos mayores sanos, adultos frágiles y adultos geriatizados. Además se registró si estuvieron en su internación en terapia intensiva (UTI), si su filtrado glomerular fue menor de 60 ml/min/1.72 por eGFR al ingreso, si presentaron un deterioro agudo en su función glomerular luego de su ingreso, causas de internación categorizadas en 8 diagnósticos principales, nátrémia al ingreso y durante la internación, así como días de estadía y mortalidad intrahospitalaria. Se comparó la población anémica con una población control no anémica, buscando responder el objetivo del estudio. Se realizaron odds ratios para comparar proporciones con sus correspondientes valores de p, y test de student para comparar medias.

Resultados: En el periodo antes descripto, se hospitalizaron 142 adultos mayores, 53% mujeres, con una prevalencia de anemia del 64%, siendo la Hb media de 9,7 mg/dl, con un ds de 1,8, y un VCM media de 90,2 fl/ds 7,8. El 82,4% de la misma fue normocítica, siendo el resto posiblemente carencial. La población con anemia al ingreso de comparo con una población control, sin diferencias en media de edad, sexo, Hipertensión, Diabetes, Demencia, aunque sí diferente a favor de población anémica en ocurrencia de evento cv previo al ingreso. En relación a la comparación de la capacidad funcional, la población anémica estuvo relacionada positivamente con dependencia moderada a severa, 70,3%, odd ratio 2,3 (IC95% 1,04-5,4) y pacientes geriatizados, 61,4%, odd ratio 2,24 (IC95% 1,02-4,93). De todas las variables analizadas, solo el filtrado glomerular menor de 60 al ingreso se asoció positivamente en anémicos, con un 47,2% en comparación con no anémicos, odd ratio 2,68 (IC95% 1,14-6,29). No se evidenció diferencias en los días de estadía ni mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: La anemia en adultos mayores hospitalizados es muy prevalente y asociada a adultos mayores con mucho deterioro funcional, y a la insuficiencia renal al ingreso. En contraposición a lo sospechado normalmente, la mayoría presenta parámetros hematimétricos no compatibles con anemia carencial.

ANEMIA	NO ANEMIA				
CARACTERÍSTICAS POBLACION			ODDS RATIOS	(IC95%)	P
N	91	51			
EDAD MEDIA (DS)	70.9/7.5	70.7/7.9			
FEMENINO	53%	53%	0.99	(0.49-1.97)	NS*
HTA	57%	51%	1.5	(0.66-3.44)	NS
DBT	26%	20%	1.5	(0.63-3.97)	NS
DEMENCIA	10%	8%	1.32	(0.38-4.59)	NS
EVENTO CV PREVIO	21%	10%	2.43	(0.74-7.98)	NS
DEPENDIENTE	28.7%	17%	0.43	(0.19-0.95)	0.03
DEPENDENCIA MODERADA A SEVERA	70.3%	53%	2.3	(1.04-5.04)	0.03
ADULTO MAYOR SANO	17.1%	22%	0.73	(0.28-1.93)	NS
ADULTO FRAGIL	21.4%	37%	0.47	(0.20-1.11)	NS
ADULTO GERIATIZADO	61.4%	41%	2.24	(1.02-4.93)	0.04
CAUSAS DE INGRESO					
INFECCIOSA	50.5%	44.0%	1.3	(0.65-2.60)	NS
HEMORRAGICA	4.4%	0.0%	5.19	(0.27-98.4)	NS
EMBOLICA	2.2%	6.0%	0.35	(0.05-2.18)	NS
METABOLICA	2.2%	10.0%	0.2	(0.03-1.08)	NS
ANEMIA	4.4%	0.0%	5.19	(0.27-98.4)	NS
RENAL	3.3%	2.0%	1.67	(0.16-6.89)	NS
ISQUEMICA	17.1%	18.0%	0.82	(0.24-1.63)	NS
OTRAS	20.9%	20.0%	1.05	(0.44-2.48)	NS
CARACTERÍSTICAS AL INGRESO					
DETERIORO RENAL AL INGRESO	47.2%	26.0%	2.68	(1.14-6.29)	0.02
DETERIORO RENAL POSTERIOR AL INGRESO	5.7%	6.0%	1	(0.17-5.74)	NS
NA PROMEDIO INGRESO (MEDIA/DS)	137.8/6.9	136.7/6.7	1		NS*
HIPONATREMIA AL INGRESO	50.0%	31.0%	0.93	(0.44-1.87)	NS
HIPONATREMIA POSTERIOR AL INGRESO	10.8%	14.6%	0.7	(0.22-2.20)	NS
EVALUACION HOSPITALARIA					
ESTADIA EN TERAPIA INTENSIVA	18.7%	23.30%	0.75	(0.30-1.89)	NS
RESULTADOS					

C-11-03 // PANCREATITIS AGUDA EN LA INTERNACION GENERAL, EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

ROMERO, A.; CORDOBA, G.; COELLI, F.; FRANCO, G.; REBAK, J.; ROVEDA VERGES, G.; CASTRO, C.; MARCHETTI, P.; MARIOLI, G.; ELIAS, N.; TOMBINI, D.
Güemes. Caba, Argentina.

Objetivos: Determinar las características clínicas, comorbilidades, severidad, manejo y evolución de los pacientes internados con diagnóstico de PA y validar el Score BISAP (bedside index of severity in acute pancreatitis) como predictor de mortalidad en nuestra población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal de periodo donde se analizaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PA internados en sala general del Sanatorio Güemes; centro de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde enero de 2015 a junio de 2017. Se incluyeron todos los casos de PA por criterios de Atlanta y se evaluaron datos poblacionales, etiología, exámenes complementarios, tratamiento instaurado, gravedad según Score de BISAP y morbilidad del cuadro.

Resultados: 398 pacientes fueron internados con diagnóstico de PA: 211 (53,02%) mujeres y 187 (46,98%) hombres. La mediana de edad fue 51 (rango 33-67). La etiología biliar fue la principal en ambos grupos aunque con mayor frecuencia en el sexo femenino. Se encontró mayor frecuencia de pancreatitis alcohólica en hombres. La mediana de estadía hospitalaria fue de 6,5 días. El 16,33% requirió internación en Unidad de Cuidados Intensivos. Según el Score de BISAP 77,5% de los pacientes presentaron cuadros leves. La infección del tejido pancreático fue la complicación más frecuentemente reportada (6,78%). La mortalidad general fue de 7,2%. Las pancreatitis desencadenadas por infiltración neoplásica y post instrumentación de la vía biliar, principalmente por obstrucción neoplásica, fueron las que mostraron mayor mortalidad relativa. El score de BISAP presentó un Área bajo la curva de 0,871 mostrando una buena performance como predictor de mortalidad.

Conclusiones: La definición de severidad de pancreatitis es un tema de controversia ya que no existe un predictor ideal. Los scores de Ranson y Apache han caído en desuso por el retraso temporal en predecir severidad. En los últimos años el score de BISAP ha tomado relevancia por su sencillez y rapidez. El presente trabajo es el primer reporte en argentina de clasificación y evaluación del score. Se evidencio una elevada prevalencia de etiología biliar y baja frecuencia de alcohólica, lo cual resulto similar a la informada. A pesar de los avances tecnológicos en los métodos diagnósticos, persiste un elevado porcentaje de pancreatitis idiopáticas. Los tiempos de internación y la mortalidad reportada son similares a los reportados en trabajos previos. El presente estudio actualiza la casuística actual

C-12-02 // CAUSAS DE REINTERNACIÓN HOSPITALARIA AL MES EN PACIENTES FRÁGILES VS NO FRÁGILES MAYORES DE 65 AÑOS EVALUADOS POR UN PROGRAMA DE GESTIÓN EN GERIATRÍA EN UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE ARGENTINA.

TENAGLIA, Y.; BOIETTI, B.; LIZ, S.; OUTUMURO, M.; PINO, C.; MATTIUSI, M.; GIBER, F.; CÁMERA, L.; WAISMAN, G.; GARFI, L.; SCHAPIRA, M.; VALLEJOS, R.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Comparar la tasa de reinternación al mes en los pacientes adultos mayores frágiles contra los no frágiles que ingresaron a un Programa de Gestión en Geriatria (PGG) en el Hospital Italiano. Comparar las causas de la internación índice (II) y de la reinternación entre ambos grupos

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva, en adultos mayores de 65 años, que ingresaron al PGG durante su internación, tomando el periodo junio 2017 - junio 2018. Se les realizó una valoración geriátrica global para recabar características basales clínicas y geriátricas. Se utilizó la escala FRAIL para identificar a los pacientes frágiles. Las causas de internación fueron clasificadas según código ICD-10. El PGG se encarga de aplicar protocolos para lograr la adecuación de los tratamientos y cuidados, la prevención del síndrome confusional agudo, de escaras y cuidado de piel, evitar trastornos deglutorios, contención a la familia, la planificación temprana del alta y el seguimiento conjunto post alta hospitalaria con el programa de orientación socio-sanitario y medicina domiciliaria. Cada reinternación es detectada mediante un sistema de alerta automática al PGG, donde los pacientes son evaluados nuevamente

Resultados: Se incluyeron 971 pacientes, siendo frágiles el 72,9% (IC95% 70,1-75,7). Los frágiles son de mayor edad, tienen menor funcionalidad, siendo más dependientes, con mayor comorbilidad, que los no frágiles. La duración de la internación y tasa de mortalidad intrahospitalaria también fue mayor en los frágiles. La presencia de caídas en los últimos 6 meses previo al ingreso y el uso de medicación inapropiada fueron similares en ambos grupos.

La tasa de reinternación al mes fue superior para los pacientes frágiles: 12,5% de los frágiles vs 7,5% de los no frágiles (HR 1.69; IC: 1.04-2.76; p=0.033). La tasa de mortalidad al mes de la II fue significativamente mayor para los pacientes frágiles HR 4.80 (IC: 1.73-13.29; p= 0.002).

La principal causa de la II en los frágiles fue de origen respiratorio, especialmente por neumonía, mientras que en los no frágiles fueron las traumatológicas, principalmente por fractura de cadera. Al comparar ambos grupos, los frágiles se internaron más por causas respiratorias, renales y cardíacas, mientras que los no frágiles se internaron más por causas traumológica y psiquiátrica (p < 0,05).

Ambos grupos se reinternaron principalmente por causas respiratorias, seguidas de las renales, sin diferencias significativas entre ellos.

Conclusiones: Los pacientes frágiles se reinternaron más, tuvieron una mayor tasa de mortalidad intrahospitalaria durante la II, y una mayor tasa de mortalidad al mes de la II. La principal causa de la II en los frágiles fue de origen respiratorio, mientras que en los no frágiles fueron las traumatológicas. En la reinternación a mes ambos grupos presentaron causa principal la respiratoria.

C-12-03 // DISMINUCIÓN DE CAÍDAS MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE EN ADULTOS MAYORES FRÁGILES

PREVETTONI, M.; GUENZELOVICH, T.; ZOZAYA, E.; GIARDINI, G.; BARBARO, C.; MARTINEZ INFANTINO, V.; ABDUL RAHMAN, D.; RAMOS, R.; GELMAN, J.; ARROYO, J.; GARFI, L.; HORNSTEIN, L.; SCHAPIRA, M.; OUTUMURO, M.; GIBER, F.; MATTIUSI, M.; PINO, C.; CÁMERA, L.; WAISMAN, G.; FIORENTINI, F.; SMETNIANSKY, M.; SAIMOVICI, J.; GALLO, C.; SCOZZAFAVA, S.; CUNHA FERRE, M.; KOPITOWSKI, K.; MORESCO, M.; QUINTAR, E.; PERMAN, G.
Hospital Italiano Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Disminuir caídas en adultos mayores frágiles (AMF) que reciben una intervención sistémica multicomponente.

Materiales y Métodos: Estudio cuasi-experimental antes-después con propio individuo control. Ámbito: domicilio de residencia de los pacientes incluidos, en la Ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana. Período de reclutamiento del 1 de Octubre de 2017 al 31 de Abril de 2018. Se realizó una evaluación basal integral y un seguimiento a los 3 meses, dentro de un programa de atención sociosanitaria multicomponente. Criterios de inclusión: mayores de 75 años con criterios de fragilidad según médico tratante. Criterios de exclusión: rechazo de intervención. Intervención: un orientador socio-sanitario evaluó sistemáticamente en domicilio e intervino en aspectos de seguridad ambiental, eventual indicación y capacitación en uso de apoyos de marcha, ejercicios de fortalecimiento, y discusión interdisciplinaria para ajuste de medicación. La variable de resultado final fue el cambio en el porcentaje de personas con caídas en el último mes. Se analiza por intención de tratar. Se comparó la diferencia antes y después de la intervención multicomponente utilizando el test de McNemar.

Resultados: Un total de 108 personas cumplieron con los criterios de inclusión y son los que se reportan. Edad promedio 85,2 (DE 6,2), sexo femenino 79,6% (IC95% 71,1-86,1). Barthel promedio 50,5 (DE 35,9). El 56,8% de los pacientes tenían dependencia severa o total. El 29,6% de los pacientes tenían diagnóstico de demencia. El 30,5% de los pacientes estaban institucionalizados. El 82,4% de los pacientes tomaba 4 o más medicamentos, y el 15,7% tomaba 10 o más. 86 pacientes (79,6%, IC95 71,1-86,1) tenían alto riesgo de caídas por escala Downton.

En la evaluación inicial tuvieron caídas 36 personas (33,3%, IC95% 25,2-42,7). Luego de la intervención, sólo 15 personas (13,9%, IC95% 8,6-18,6), $p < 0,001$.

La cantidad promedio de caídas antes de la intervención fue de 0,5 (DE 0,87), y posterior 0,11 (DE 0,34), con una $p < 0,001$.

Se detectaron 44 pacientes (40,7%, IC95 31,9-50,1) tenían un ambiente inseguro para caídas, de los cuales 27 (61,3%, IC95 46,6-54,2) se mejoraron total o parcialmente. Con respecto a los cuidados, 16 pacientes (14,8%) que necesitaban apoyo en el cuidado y este era insuficiente en tiempo, de los cuales se resolvió total o parcialmente el 68,8%, 11 pacientes (10,2%) que el cuidado era inadecuado, de los cuales se resolvió total o parcialmente el 54,5%.

Conclusiones: Mediante una intervención multicomponente sistémica en AMF que tiene en cuenta aspectos biológicos y del entorno, mostró reducción de caídas en un 58,3%.

C-12-05 // PERFILES DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES SIN QUEJA SUBJETIVA EN CONTROL DE SALUD.

NUÑEZ VIVAS, J.; ACUÑA, F.; HERRERA, M.; MOSCA, M.; BLANCO, M.; SOSA, L.; ANDRIEU, F.; DACAL, P.
Hospital Alejandro Korn. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: El diagnóstico temprano y oportuno de las patologías cognitivas son importantes para el tratamiento y control evolutivo de cuadros tales como las demencias, pero en ocasiones los pacientes carecen de conciencia sobre los déficits cognitivos que presentan, no acuden espontáneamente al neurólogo, y los médicos de cabecera no indagan sobre ello, resultando en infradiagnóstico del deterioro cognitivo.

En el presente trabajo pretendemos establecer que áreas cognitivas son las que más frecuentemente se encuentran afectadas en un grupo de personas que no presentaron queja cognitiva subjetiva al respecto, y no consultaron a un especialista por ello.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional transversal, donde se seleccionó una muestra aleatoria de 130 pacientes (n: 130) que acudieron a la consulta de clínica médica por un control de salud, de entre 30-90 años, a los cuales se le realizaron una batería de test cognitivos entre los que se incluyeron MMSE, Benton, Boston abreviado, Test de reloj, y FAB.

Se excluyeron a los pacientes que presentaban antecedentes de consultas neurológicas y clínicas por trastornos cognitivos, enfermedades neurológicas graves y analfabetismo.

Resultados: Se evaluaron un total de 81 mujeres y 37 hombres. La edad promedio fue de 53,50 (el intervalo más frecuente fue de 50-60 años, encontrándose la mayoría entre los 40 y 70 años). El 30,7% (40 personas) presentaban escolaridad con secundaria inclusive completa; y el 53% (69 personas) presentaban primaria completa; el resto, primaria incompleta.

Las pruebas con mayor frecuencia de afectación fueron, en orden decreciente: nominación (84%, 109 personas), test del reloj (64,6%, 84 personas), recuerdo diferido (61,5%, 80 personas), conceptualización (54,6%, 71 personas), control de Inhibición (49,2%, 64 personas), flexibilidad (43%, 56 personas), lenguaje (41,5%, 54 personas), orientación (37,7%, 49 personas), interferencia (33%, 43 personas), atención (30,7%, 40 personas), copia de dibujo (30%, 39 personas), programación (19,2%, 25 personas), autonomía ambiental (4%, 5 personas), y fijación (0,8%, 1 persona).

Conclusiones: En nuestra muestra, las pruebas más afectadas fueron nominación, test del reloj, recuerdo diferido y conceptualización, afectando a más de la mitad de los pacientes evaluados. Creemos importante indagar sobre el estado cognitivo de los pacientes, realizando un estudio inicial a partir de los 40 años de edad en pacientes sin queja subjetiva.

C-12-04 // EVALUACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES BAJO UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

TREVISANELLO, L.; COUSILLAS, E.; CATALANO, H.; RUIZ, J.; CRINITI, J.; IPIÑA, M.; MANZOTTI, M.; TASSARA, A.; BECKER, R.; GIMENEZ, D.; STAM, S.; ESCUDERO, C.; CLASSEN, A.; GOTTIG, W.; CEIRANO, A.
Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Identificar situaciones de riesgo social de pacientes con seguimiento domiciliario de Programa de Vigilancia Preventiva (PVP) del Hospital Alemán (HA) y de los pacientes con soledad. Evaluar la asociación con el lugar donde viven, y otros factores sociales de importancia.

Materiales y Métodos: Se adaptaron cuestionarios diseñados y publicados para conocer la situación socio-sanitaria de los pacientes. Se utilizó el cuestionario de la Universidad de Los Ángeles California (UCLA) para conocer y valorar la soledad, evaluar el aislamiento social y calidad de vida de pacientes pertenecientes a PVP sin deterioro cognitivo. Las encuestas se construyeron en software en línea Google Forms.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados y se evaluó el grado de asociación entre las variables seleccionadas. Para esto se realizó la comparación de medias de dos grupos independientes mediante test t de Student con el software estadístico SPSS 23.

Resultados: Se realizaron encuestas a 105 pacientes, de las cuales 76 fueron de soledad; 7,9% presentó grado severo, 28,9% moderado y 63,2% bajo. Sólo 3 de 73 pacientes presentó situación urgente de riesgo social. La media en el puntaje de sensación de soledad fue significativamente menor (mayor sensación de soledad) en el grupo de pacientes que reside en geriátricos comparado con el grupo que reside en la casa (diferencia de media de 4,73 DE +/- 1,67 $p < 0,003$). La calidad de vida no se vio afectada por el lugar de residencia (diferencia de media en puntaje entre los grupos 1,78 DE +/- 1,5 $p = 0,239$).

Conclusiones: Se logró en este estudio realizar la primera evaluación de situación sociosanitaria de los pacientes de PVP del HA.

Se plantearon 3 hipótesis previa realización del estudio: si los pacientes que residían en geriátricos presentaban mayor sensación de soledad y/o menor calidad de vida que los que residían en sus casas y si los pacientes que estaban acompañados por un cuidador/a tenían mayor calidad de vida.

Se observó que 38,8% de esta población tenía grado moderado o severo de soledad, y los pacientes que residían en geriátricos tenían mayor sensación de soledad que los que residían en sus casas. Comparando con otros estudios, se observó un porcentaje mayor de soledad. Respecto a la calidad de vida, no se observaron diferencias en cuanto al lugar de residencia.

C-12-06 // PREVALENCIA DE ERRORES EN LA CONCILIACIÓN Y PROBLEMAS EN LA ADHERENCIA, Y SU MEJORA EN ADULTOS MAYORES FRÁGILES MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA SISTEMÁTICA.

PREVETTONI, M.; GUENZELOVICH, T.; ZOZAYA, E.; GIARDINI, G.; BARBARO, C.; MARTINEZ INFANTINO, V.; ARROYO, J.; RAMOS, R.; GELMAN, J.; GARFI, L.; HORNSTEIN, L.; SCHAPIRA, M.; PINO, C.; MATTIUSI, M.; GIBER, F.; OUTUMURO, M.; SAIMOVICI, J.; GALLO, C.; SCOZZAFAVA, S.; CUNHA FERRE, M.; CÁMERA, L.; WAISMAN, G.; KOPITOWSKI, K.; FIORENTINI, F.; SMETNIANSKY, M.; DI GIUSEPPE, L.; BERGMANS, A.; DONNANNI, I.; BELLOMO, M.; PERMAN, G.
Hospital Italiano De Bs. As. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de problemas en la conciliación y adherencia de medicación crónica en ancianos mayores frágiles (AMF), y su mejora a través de una intervención multicomponente.

Materiales y Métodos: Estudio cuasi-experimental antes-después con propio individuo control. Ámbito: domicilio de residencia de los pacientes incluidos, en la Ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana. Período de reclutamiento entre el 1/10/2017 y el 31/7/2018. Criterios de inclusión: Mayores de 75 años más algún criterio de fragilidad. Criterios de exclusión: Rechazo de intervención. Intervención: un orientador socio-sanitario realizó en el domicilio del paciente la conciliación de la medicación y de las últimas indicaciones médicas registradas en la historia clínica, a través de una reconstrucción de la historia farmacoterapéutica. La adherencia se midió con el test de Morisky-Green. Ante la detección de problemas se trabajó con el equipo médico tratante y se capacitó al paciente o red de cuidado para su resolución. Se realizó un seguimiento posterior para evaluar los cambios utilizando misma metodología.

Resultados: Se analizaron 414 pacientes, edad promedio 85,5 (DE 6,2), mujeres 74,0% (DE 69,5-78,0). Barthel promedio 50,7 (DE 35,6). De ellos, 116 personas (28,0%) tenían al menos un problema con la medicación. Consumían en promedio 6,2 (DE 2,5) medicamentos por persona. Se encontraron 133 problemas en total: 95 de conciliación (71,4%, IC95% 63,2-78,4); 26 de adherencia (19,5%, IC95% 13,7-27,1); 12 problemas de falta de supervisión (9,0% IC95% 5,2-15,1). Dentro de los errores en la conciliación, se encontraron como causas: 5,0% duplicidad; 29,2% omisión; 32,5% diferente dosis, vía o frecuencia de administración; 33,3% toma de medicación no indicada. En cuanto a problemas en la adherencia, 36,4% era por creencias o mitos; 27,3% por falta de comprensión; 9,1% por olvidos; 12,1% relacionados con el fármaco; y 15,2% por otros problemas.

De los problemas de conciliación (95) se resolvieron totalmente 84 (88,4%, IC95% 80,5-93,4); parcialmente 1 (1,1%, IC95 0,2-5,7); y no se resolvieron 10 (10,5%, IC95% 5,8-18,3). De los problemas de adherencia (26) se resolvieron totalmente 17 (65,4%, IC95% 46,2-80,6); parcialmente ninguno; y no se resolvieron 9 (34,6%, IC95% 19,4-53,8). De los problemas por falta de supervisión (12) se resolvieron totalmente 2 (16,7%, IC95% 4,7-44,8); parcialmente 5 (41,7%, IC95% 19,3-68,1); y no se resolvieron 5 (41,7%, IC95% 19,3-68,1). En términos generales, se resolvieron totalmente 103 problemas (77,4%, IC95% 69,6-83,7); parcialmente 6 (4,5%, IC95% 2,1-9,5); y no se resolvieron 24 (18,0%, IC95% 12,4-25,5).

Conclusiones: Mediante una intervención multicomponente sistémica en AMF se pudo demostrar la prevalencia y las principales causas en errores de la conciliación y problemas en la adherencia. El 77,4% de los problemas se resolvieron totalmente.

C-12-07 // SOBREVIDA A 1 AÑO EN PACIENTES ANCIANOS SOMETIDOS A TAVI (TRANS AORTIC VALVE IMPLANTATION) INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE MANEJO DEL RIESGO GERIÁTRICO

CAL, M.; SMIETNIANSKY, M.; RIGGI, M.; BOIETTI, B.; CHAROSKY, A.; SINIGAGLIA, F.; CÁMERA, L.; WAISMAN, G.
Hospital Italiano De Bs. As., Caba, Argentina.

Objetivos: la sobrevida al año de pacientes ancianos sometidos a TAVI

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo desarrollado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, desde enero de 2013 a diciembre de 2016, que incluyó pacientes mayores de 65 años. Todos los casos fueron discutidos en un Heart Team multidisciplinario y discutidos en el programa DRIPP, que consiste en una evaluación geriátrica integral para estratificar y generar un plan de manejo del riesgo perioperatorio, con integración transversal y longitudinal con otros servicios en el intrahospitalario, en domicilio y en consultorios externos para seguimiento de casos. Se excluyeron pacientes que no hubieran sido discutidos en el Heart Team o vistos por el programa DRIPP.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, edad promedio 83.7 (DE 4.6) y sexo femenino 65.6% (40). 45.9% tenían un Score de Charlson mayor de 2 (28), 36.1% (22) eran frágiles y 47.5% tenían un AVD menor que 6. La sobrevida global al año fue 84.9% (IC 95% 72.9-91.8), no frágiles 81.8% (IC 95% 65.5-90.8) y frágiles 90.2% (IC 95% 66.2-97.5).

Conclusiones: En esta cohorte latinoamericana de pacientes, encontramos que la sobrevida a 1 año fue de 84.9%, valor que alcanzó los estándares internacionales. Es de destacar que no había diferencias significativas en mortalidad entre frágiles y no frágiles. Una explicación posible para este hallazgo es la cuidadosa selección de pacientes por un equipo multidisciplinario, integrado y establecido en el programa TAVI-DRIPP, con una adecuada selección de pacientes.

C-13-01 // ANEMIA ADQUIRIDA EN LA INTERNACIÓN

SABUGO, S.; HEREDIA, C.; FANELLI, M.; LOPEZ ALBIS, M.; ECHAZARRETA, C.; HEREDIA, C.; HEREDIA, C.;

ELIAS, N.; TOMBINI, D.
Güemes. Caba, Argentina.

Objetivos: Correlacionar volumen y número de extracciones sanguíneas con el desarrollo de anemia en pacientes internados.

Materiales y Métodos: Se efectuó un estudio observacional, retrospectivo, cuasi-experimental de antes y después en adultos > 18 años con más de 5 días de internación en un centro de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante el período 01/04/2015 y 31/09/2017 se obtuvieron 982 registros de historia clínica seleccionados por muestreo aleatorio simple. Se excluyeron del análisis los pacientes quirúrgicos o con algún tipo de hemorragia y quienes recibieron transfusiones; pacientes onco-hematológicos o en quimioterapia, internados en áreas cerradas o con insuficiencia renal en diálisis. Definimos anemia según la OMS: Hb<12 g/dl en mujeres y Hb<13 g/dl en hombres. Se analizó volumen y frecuencia de extracción sanguínea comparado por sexo y edad. Además se contemplaron variables como mortalidad intrahospitalaria y tiempo de estadía sanatorial, estratificado por el uso de antibióticos por tratarse de poblaciones heterogéneas no comparables.

Resultados: De la población en estudio, 452 pacientes fueron incluidos en dos grupos según la utilización de antibióticos (ATB). De los 283 pacientes del grupo que recibió ATB, 60.4% ingresó a la internación con anemia y al alta el porcentaje ascendió a 76.3%. De los pacientes sin anemia que recibieron ATB, 50.89% egresaron anémicos. De los 169 pacientes que no recibió ATB, la tasa de anemia al ingreso de la internación fue 50.3% y 55.03% al finalizar la misma. En este grupo, 22.62% se internó sin anemia pero egresó anémico. En el grupo sin ATB se observó un descenso de 1,12% en el Hto y 0,45 g/dl en la Hb (p<0,0001); mientras que en el grupo ATB se detectó una caída de 2,22% y 0,88 g/dl (p<0,0001) respectivamente. La diferencia de Hto y Hb entre ambos grupos fue 1,10% (p<0,01) y 0,43 g/dl (p<0,001), no hallándose correlación entre flebotomías realizadas y desarrollo de anemia.

Conclusiones: La anemia adquirida en la internación es común. Globalmente se observaron más casos de anemia que pacientes con valores de Hto y Hb normales al finalizar la internación. El desarrollo de anemia fue aun mayor entre los que recibieron ATB. Esto no solo coincide con un mayor número de flebotomías sino también se corresponde al grupo de mayor mortalidad y permanencia sanatorial. A pesar del evidente aumento de la incidencia de anemia, no podemos asociar este resultado con el volumen o frecuencia de extracción sanguínea. Otros factores relacionados con su génesis requieren a futuro de un estudio más detallado.

C-12-08 // TASA DE REINTERNACIONES EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EVALUADOS Y EN SEGUIMIENTO POR UN PROGRAMA DE GESTIÓN EN GERIATRÍA

BOIETTI, B.; LOPEZ GONZALEZ, V.; TENAGLIA, Y.; LIZ, S.; GIBER, F.; PINO, C.; OUTUMURO, M.; MATTIUSI, M.; VALLEJOS, R.; GARFI, L.; CÁMERA, L.; WAISMAN, G.; SCHAPIRA, M.
Hospital Italiano Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Objetivo primario: Comparar la tasa de reinternaciones en pacientes con síndrome confusional con aquellos sin síndrome confusional evaluados por el Programa de Gestión en Geriatria (PGG), del Hospital Italiano de Buenos Aires. Objetivo secundario: determinar la incidencia de síndrome confusional agudo (SCA) en ancianos hospitalizados al ingreso y durante su estadía hospitalaria, así como los factores asociados y mortalidad.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva, en adultos mayores de 65 años, que ingresaron al PGG durante su internación, tomando el período junio 2015 - septiembre 2017. Durante dicha internación, y como parte del PGG, se les realizó una valoración geriátrica global para recabar características basales clínicas y geriátricas. Se utilizó la versión validada en español del Confusion Assessment Method para diagnosticar delirium. El PGG se encarga de aplicar protocolos para lograr la adecuación de los tratamientos y cuidados, la prevención del síndrome confusional agudo, de escaras y cuidado de piel, evitar trastornos deglutorios, contención a la familia, la planificación temprana del alta y el seguimiento conjunto post alta hospitalaria con el programa de orientación socio-sanitario y medicina domiciliaria. Cada reinternación fue detectada mediante un sistema de alerta automática al PGG, donde los pacientes son evaluados nuevamente.

Resultados: Se evaluaron 1507 pacientes, de los cuales 48,35% (IC 95%: 45,73-50,97) presentaron delirium: 8,10% (IC 95%: 6,67- 9,52) al ingreso y 40,25% (37,72-42,73) durante su estadía hospitalaria. Al comparar los grupos que presentaron SCA con aquellos que no lo presentaron, encontramos que la funcionalidad basal previa al ingreso fue menor en el grupo con SCA, presentaban historia de demencia, provenían mayormente de instituciones de tercer nivel y la supervivencia fue significativamente menor (p<0.0001).

No se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la reinternación a los 30 días en ambos grupos: sin SCA 18,18% (12,14-26,75), con SCA 26,27% (19,27-35,21); p 0,055. El riesgo de la reinternación al mes entre los pacientes con SCA fue HR1.73 (IC95% 0.97-3.08;p= 0.059)

Conclusiones: Con este trabajo hemos demostrado que no hay mayor riesgo de reinternarse al mes en los pacientes con SCA que fueron evaluados y seguidos por el PGG, lo cual nos indica que, en comparación con estadísticas internacionales, el programa de gestión a partir de su intervención multidisciplinaria, integral, temprana y continua ha logrado equiparar las reinternaciones en pacientes que presentaron SCA con respecto a los que no lo presentaron. Estos resultados, en sintonía con la tendencia mundial de la geriatría, nos alientan a continuar trabajando con un equipo coordinado y dirigido por geriatras, para seguir disminuyendo el número de reinternaciones totales y así lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes y fomentar finalmente una atención centrada en la persona a nivel ambulatorio.

C-13-02 // LA ANTICOAGULACIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

PANCIROLI, G.; RIVAROLA, J.; CASTAÑO, K.; DIMURO, V.

Clínica Pueyrredon. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Primario: Conocer la indicación de anticoagulación en los pacientes portadores de fibrilación o flutter auricular crónica al ingreso y al alta hospitalaria. Secundarios: Cuantificar la prevalencia de pacientes con FA institucionalizados por el servicio de clínica médica y los diagnósticos que motivan la misma. Conocer el porcentaje de los que están anticoagulados. Qué CHA2DS2-VASc y HAS-BLED puntúan. Qué tipo de anticoagulante utilizan.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo donde se evaluaron pacientes con fibrilación o flutter auricular (FA) al ingreso internados en Sala General de la Clínica Privada Pueyrredón de la Ciudad de Mar del Plata, durante un período de 3,1 años comprendido entre el 1° de junio de 2015 y 31 de julio del año 2018. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años con antecedentes de FA y aquellos con FA aguda de diagnóstico desconocido. Se excluyeron aquellos pacientes con FA aguda con reversión y aquellos que fallecieron en el transcurso de la hospitalización. El tipo de muestreo seleccionado fue consecutivo. El número de casos analizados fue de 61 pacientes sobre una población ingresada en mismo período de tiempo de 4779. Los datos fueron recolectados a través de la historia clínica. Los resultados estadísticos fueron analizados con los programas GraphPad Prism.

Resultados: La muestra analizada presentó una prevalencia de pacientes con FA del 1,27%. Se distribuyó por sexos en 61% femeninos y 39% masculinos con edad mediana de 77 años. La patología que con mayor frecuencia determinó la internación fue la FA de alta respuesta ventricular en un 67,2%. La muestra analizada presentaba pacientes con un puntaje CHA2DS2-VASc de alto riesgo, en un 93,4%. El riesgo estimado de sangrado evaluado por el score HAS-BLED fue alto en un 61%. Solo 37% de los pacientes estaba bajo tratamiento anticoagulante. Los fármacos indicados fueron antagonistas de la vitamina K (AVK) en un 91,3%. De los pacientes con AVK solo un 47,6% de los pacientes se encontraba en rango terapéutico. El factor de riesgo asociado más frecuente fue HTA seguido por insuficiencia cardíaca. La estadía hospitalaria tuvo de una mediana de 4 días. Se comparó el porcentaje de pacientes con alto riesgo de sangrado sin anticoagulación al ingreso y al egreso hospitalario y se observó que no fue un factor a tener en cuenta a la hora de decidir la anticoagulación.

Conclusiones: La FA es la arritmia sostenida más común y tiene una prevalencia mundial estimada de un 2,5% en mayores de 60 años. Esto coincide con nuestra muestra, en la cual el 90,1% de la misma es mayor a 60 años. Es más frecuente en hombres, por el contrario, en nuestro trabajo la mayor prevalencia estuvo dominada por el sexo femenino. La mayoría de los pacientes con FA se presentó de forma sintomática y fue la causa de su internación. Solo un 37% de los pacientes recibían anticoagulantes y un 19,6% de los pacientes se encontraba efectivamente anticoagulado.

C-13-03 // VALIDACIÓN PROSPECTIVA DEL SCORE DE PADUA PARA PREDECIR EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA EN ARGENTINA

IZCOVICH, A.; CATALANO, H.; LAVENA MARZIO, A.; SORRENTINO, L.; MENENDEZ, M.; ESPINOSA, F.; IPIÑA, A.; CEIRANO, A.; CID, C.; SAAVEDRA, E.; TREVISANELLO, L.; COUSILLAS, E.; CRINITI, J.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Objetivos: La eventos tromboembólicos venosos (TVP/TEP) representan una carga importante de enfermedad en pacientes internados. Existen medidas profilácticas efectivas para prevenir TVP/TEP pero estas se asocian a efectos adversos y tienen un costo importante. Por esta razón la principales guías de práctica clínica recomiendan indicar tromboprofilaxis sólo a aquellos pacientes con un riesgo suficientemente elevado de presentar TVP/TEP. El score de PADUA es una de las herramientas más utilizadas con este fin pero ha sido criticada porque uno de sus componentes más importantes, la inmovilidad, no está adecuadamente especificado y puede ser interpretado en forma subjetiva. En nuestro conocimiento este score no ha sido validado en Latino América. El objetivo del presente estudio es el de evaluar la capacidad del score de PADUA, definiendo específicamente la variable inmovilidad, de: 1) Discriminar pacientes internados con bajo y alto riesgo de eventos tromboembólicos (discriminación); 2) Identificar pacientes con riesgo suficientemente bajo como para no requerir tromboprofilaxis (calibración).

Materiales y Métodos: Entre Septiembre de 2017 y Julio de 2018 se registraron prospectivamente todos los pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Alemán por patología no quirúrgica y que eran candidatos a recibir tromboprofilaxis. Se excluyeron aquellos pacientes que estaban anticoagulados o con contraindicación para tromboprofilaxis. En todos los casos se calculó el score de PADUA al ingreso (considerando la variable inmovilidad como la capacidad de trasladarse por sus propios medios hasta el baño) y se registró la indicación de tromboprofilaxis y el hecho de haber presentado un evento tromboembólico durante la internación. Calculamos la tasa acumulativa de eventos tromboembólicos con sus respectivos intervalos de confianza en la población global de pacientes y en las subpoblaciones con riesgo bajo o moderado alto según el resultado del score de PADUA. Para evaluar la calibración, asumimos como adecuada una tasa menor al 1% en el subgrupo de pacientes con BAJO riesgo según score de PADUA.

Resultados: Se incluyeron 1302 pacientes de los cuales 880 (67.5%) recibieron tromboprofilaxis farmacológica o mecánica. De los pacientes incluidos, 388 (29.8%) presentaron un riesgo bajo de eventos tromboembólicos (score de Padua <4) y 914 (70.2%) un riesgo moderado o alto (score de Padua $\geq$ 4). La cantidad de pacientes que presentaron un evento tromboembólico fue de 3 (0.7% IC95% 0.15 - 2.35%) en el grupo de bajo riesgo y 39 (4.2% IC95% 3.1 - 5.8%) del grupo con alto riesgo alto riesgo, RR 0.18 (0.05 - 0.58). El área bajo la curva ROC fue de 0.62 (0.58 - 0.66).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio sustentan la utilización del score de PADUA como herramienta para determinar la indicación de tromboprofilaxis a pacientes internados no quirúrgicos en nuestro contexto. La capacidad de discriminación observada del score fue similar a la reportada en la literatura.

C-15-01 // REPRODUCIBILIDAD DE LA HIPERTENSIÓN NO CONTROLADA OCULTA DETECTADA POR MONITOREO DOMICILIARIO DE PRESIÓN ARTERIAL

BAROCHINER, J.; POSADAS MARTINEZ, M.; MARTINEZ, R.; GIUNTA, D.; WAISMAN, G.
Hiba. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Determinar la reproducibilidad de la hipertensión no controlada oculta (HNCO) detectada por Monitoreo Domiciliario de Presión Arterial (MDPA) en hipertensos adultos tratados.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional con reclutamiento prospectivo, en la Sección Hipertensión Arterial, Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires durante el período enero 2017-julio 2018. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial; edad comprendida entre 18 y 80 años; tratamiento antihipertensivo estable por al menos 4 semanas; indicación de realizar un MDPA, a criterio de su médico tratante; valor de presión arterial (PA) en consultorio, previo al ingreso al estudio, entre 130-159 mmHg de PA sistólica y/6 80 a 99 mmHg de PA diastólica (promedio de 3 lecturas, con intervalo de 1 minuto). Criterios de exclusión: negativa a participar o al proceso de consentimiento informado; PA en consultorio previo a la inclusión $>159/99$ mmHg (promedio de 3 lecturas, con intervalo de 1 minuto); imposibilidad técnica para la realización del estudio (ej: fibrilación auricular); crisis vitales o descompensaciones clínicas agudas de cualquier causa que pudieran alterar los valores de PA o requerir ajustes en la medicación; enfermedad oncológica activa o enfermedad terminal. Muestreo: Se realizó un muestreo aleatorio sistemático con punto de arranque en la fecha de inclusión del primer paciente y $k=1$. Procedimiento: se efectuaron en el mismo individuo (previo proceso de consentimiento informado) dos sets de mediciones independientes de PA (Omron 7200): en consultorio y por MDPA, con intervalo de una semana. El MDPA se realizó durante 4 días, con mediciones duplicadas por la mañana, tarde y noche. Se definió HNCO como PA en consultorio $<140/90$ mmHg y PA domiciliaria ≥ 135 y/u 85 mmHg. Se cuantificó el acuerdo respecto de la presencia de HNCO entre el primer y segundo set de mediciones a través del coeficiente kappa de Cohen. Se estimó un tamaño muestral de 100 sujetos, basado en el testeo de la hipótesis nula de ausencia de acuerdo, con un poder de 80% y un error alfa de 5%.

Resultados: Se incluyeron 103 sujetos (mediana de edad 58,6 [IC 45,6-67,2] años, 53,4% varones). La prevalencia de HNCO en al menos una ocasión fue 22,3% (IC95% 15,2-31,5%). La reproducibilidad de la HNCO fue escasa: kappa=0,19 (IC95% 0,002-0,38), $p=0,02$, lo cual indica un grado de acuerdo mínimo. Esto ocurrió fundamentalmente a expensas de la escasa reproducibilidad de la PA de consultorio, que fue inferior a la determinada por MDPA (kappa=0,21 [IC95% 0,03-0,39], $p=0,01$ y kappa=0,48 [IC95% 0,29-0,67], $p<0,001$, respectivamente).

Conclusiones: La reproducibilidad de la HNCO detectada por MDPA en hipertensos tratados es escasa, lo cual se debe fundamentalmente a la pobre reproducibilidad de la PA de consultorio. Futuros estudios deberán dilucidar si una estrategia de manejo basada en la PA domiciliaria mejora el pronóstico de los hipertensos no controlados ocultos.

C-14-01 // EVALUACIÓN DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN CIRRÓTICOS HOSPITALIZADOS Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD.

ANCI ÁLVAREZ, C.; VALLI CAPARROZ, D.; GISBERT, P.; LASCANO, S.; GASULL, A.; LLORET, M.; CARMINATI, G.; SALVATORE, A.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Caracterizar cirróticos hospitalizados que desarrollan injuria renal renal aguda (IRA) y factores relacionados; comparar evolución y riesgo de muerte.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, casos y controles.

Caso: cirrótico con IRA (aumento creatinina basal >0.3 mg/dl o creatinemia al ingreso >1.2 mg/dl sin fallo previo). Control: cirrótico sin IRA, incluyendo Insuficiencia Renal Crónica (IRC) estable. Ámbito: internación en clínica y terapia intensiva (UTI), Hospital Lagomaggiore de Mendoza (Junio 2017-Julio 2018). Se comparó variables demográficas, clínicas y bioquímicas.

Resultados: Muestra: 180 pacientes, 82 (45.6%) casos. Análisis comparativo casos vs controles: edad media 56.2 ± 10.8 años vs 53.2 ± 12.1 p0.08, varones 74 (90.2%) vs 72 (73.5%) p0.004, Charlson 6.6 ± 2.5 vs 5.2 ± 2.4 p<0.001, Apache II 19.2 ± 7.4 vs 10.8 ± 3.4 p<0.001. Child Pugh C 68 (83%) vs 50 (51%) p<0.001, MELDNa 31.3±8 vs 25.4±5.7 p<0.001. Permanencia >7 días 55 (67.1%) vs 50 (51%) p0.03; pase a UTI 22 (26.8%) vs 12 (12.8%) p0.01, de estos 2 (9.1%) requirieron hemodiálisis. Etiologías más frecuentes: alcohólica 58 (70.7%) vs 67 (68.4%) p0.7, viral 9 (11%) vs 15 (15.3%) p0.4, metabólica 13 (15.9%) vs 17 (17.4%) p0.8. Comórbidas: HTA 30 (39.6%) vs 25 (25.5%) p0.1, cardiopatía isquémica 9 (11%) vs 3 (3.1%) p0.03, diabetes mellitus 13 (15.9%) vs 22 (22.4%) p0.3, tabaquismo 44 (53.7%) vs 57 (58.2%) p0.5, IRC 14 (17.1%) vs 3 (3.1%) p0.001. Motivos de ingreso: síndrome ascítico edematoso (SAE) 29 (35.4%) vs 28 (28.6%) p0.3; encefalopatía 26 (31.7%) vs 23 (23.5%) p0.2; hemorragia digestiva alta (HDA) 19 (23.2%) vs 37 (37.8%) p0.03; infección 32 (39%) vs 23 (23.5%) p0.02; neumonía 8 (25%) vs 4 (17.4%) p0.5, peritonitis bacteriana espontánea (PBE) 8 (9.8%) vs 1 (1.0%) p0.007, piel y partes blandas 8 (25%) vs 5 (21.7%) p0.8. En relación con la IRA: recibieron diuréticos 36 (43.9%) vs 40 (40.8%) p0.7, HDA 20 (24.4%) vs 35 (35.7%) p0.1, infección 32 (39%) vs 23 (23.5%) p0.02 e infección nosocomial 15 (18.3%) vs 7 (7.1%) p0.02, síndrome hepatorenal 3 (3.7%) casos. TAM ingreso 75.6 ± 16.6 vs 86.2 ± 14.6 p<0.001, oliguria 43 (53.8%) vs 12 (12.4%) p<0.001 y encefalopatía 50 (64.1%) vs 34 (39.5%) p0.002. Fueron variables independientes para desarrollo de IRA, infección nosocomial OR 3.15 (1.12-8.9), TAM <70 OR 6.42 (2.6-16). Al alta persistieron con fallo renal 41 (59.4%), siendo factor independiente ingresar por SAE 18 (43.9%) vs 5 (17.9%) OR 5.5 (1.3-24.4). La mortalidad cruda hospitalaria fue 30 (16.7%); casos 25 (30.5%) vs 5 (5.1%) OR 8.15 (2.95-22.5).

Conclusiones: La mitad de los cirróticos desarrolló IRA, prolongando su internación e ingreso a UTI. Se caracterizaron por tener más comorbilidad y gravedad. La infección fue el motivo más frecuente de internación. La infección nosocomial y el shock resultaron variables independientes para IRA. Dos tercios persistieron con fallo renal al alta, siendo el SAE al ingreso el factor de riesgo independiente para su persistencia. Los que desarrollaron IRA tuvieron 8 veces más riesgo de morir.

C-15-02 // RELACIÓN ENTRE OBESIDAD, SARCOPENIA, OBESIDAD SARCOPÉNICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LOPEZ, J.; CAMACHO LOPEZ, P.; LOPEZ-JARAMILLO, P.
Unab. Santander, Colombia.

Objetivos: Evaluar la relación entre obesidad, sarcopenia y obesidad sarcopénica con hipertensión arterial (HTA) como indicador de enfermedad cardiovascular (ECV)

Materiales y Métodos: Estudio observacional, cohorte prospectiva. El estudio es un análisis secundario del estudio The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE). Los participantes fueron seleccionados de comunidades urbanas y rurales de 11 departamentos que comprenden el 51.2% de la población colombiana. Se registraron las características sociodemográficas, los factores de riesgo de ECV y se realizó un examen físico básico. La presión arterial (PA) fue medida utilizando un tensiómetro digital. Obesidad se definió por el índice de masa corporal (IMC). Se definió sarcopenia a los individuos cuyos valores de fuerza prensil (FE, medido en kilogramos) estuvieron entre los cuartiles 1-3. Se estimó la capacidad discriminatoria y la curva ROC de las estimaciones de la FE en relación a la presencia de HTA. Se realizó un análisis estratificado de la asociación de FE, la presencia de obesidad y la categorización de obesidad sarcopénica con una regresión binomial.

Resultados: Se analizaron 3456 adultos mayores de 50 años, 2192 (63.4%) fueron mujeres, la edad promedio fue de 58.7 ± 5.68 y 59.1 ± 5.89 en mujeres y hombres, respectivamente. El valor de fuerza de empuñadura (FE) neto fue mayor en los hombres (31.5 ± 9.2 Kg) que en las mujeres (20.8 ± 7.07 Kg; $P<0.001$). El IMC fue de 27.3 ± 5.24 en mujeres y de 25.4 ± 4.50 en hombres. Hubo una débil correlación negativa entre presión arterial sistólica (PAS) y FE/IMC [-0.039, $p<0.05$], una débil correlación positiva entre presión arterial diastólica PAD y FE [0.033, $p<0.05$] y una débil correlación positiva entre PAD y FE/IMC [-0.051 ($P<0.05$)]. En los individuos sin sarcopenia existe un riesgo significativamente menor de HTA [RR 0,913 (IC95%: 0,83-0,99; $p<0.001$)], mientras que la obesidad aumenta significativamente el riesgo de HTA [RR 1,293 (IC 95% 1,206 - 1,386 $p<0.001$)]. Al comparar el perfil no obeso/no sarcopénico con un obeso/sarcopénico no hubo un aumento significativo de riesgo para HTA [RR 1,09 (IC 95% 0,98-1,20)], mientras que en el perfil obeso/no sarcopénico hubo aumento de riesgo de HTA [RR 1,322 (IC 95% 1,107,1,58)] que fue marcadamente mayor en el perfil obeso/sarcopénico [RR 1,41 (IC 95% 1,26-1,58)].

Conclusiones: Los resultados demuestran que los individuos que tienen una FE en el mayor cuartil tienen menor riesgo de HTA, mientras ser obeso independientemente del valor de la FE se asocia con un mayor riesgo de HTA; sin embargo, el mayor riesgo para HTA se observa en los obesos sarcopénicos. Estos resultados pueden estar en relación a la propuesta realizada que la OS conlleva a un desbalance entre estado proinflamatorio/antiinflamatorio que produce alteraciones en la función del endotelio vascular y finalmente llevan a HTA. Sugerimos que en el manejo global y prevención de la HTA además del control del exceso de adiposidad, se debe intentar mantener una adecuada cantidad de masa y fuerza muscular.

C-15-03 // PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN UNA POBLACIÓN RURAL DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN (ARGENTINA)

SORIA DE GONZÁLEZ, A.; TEFAHA, L.; VAZQUEZ PAEZ, G.; GUBER, R.; ROMERO, C.; LIATTO DE NOGALO, A.; MARTÍNEZ, D.; TOLEDO, R.; ARAGON, F.; GARAY, I.
Universidad Nacional De Tucumán. Tucumán, Argentina.

Objetivos: En individuos de edades avanzadas la presión arterial sistólica (PAS) aumenta de forma progresiva, mientras que la diastólica (PAD) tiende a disminuir, siendo la causa más frecuente de este proceso la progresiva rigidez de las grandes arterias. Esto resulta en elevación de la presión de pulso (PP). El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de hipertensión e identificar factores de riesgo en una población rural de adultos en atención primaria de la salud.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo realizado en departamento Graneros, provincia de Tucumán (Argentina), 2016-2018 con consentimiento informado. Se consideraron como sujetos de estudio a todas aquellas personas de ambos sexos que residían en forma permanente, y que cumplieron con los criterios de inclusión: personas de ambos sexos de 40 años. Los criterios de exclusión fueron: personas que se encontraron de visita, mujeres embarazadas, con enfermedades agudas, personas con cardiopatías y los que se negaron a participar. El muestreo fue consecutivo e incluyó 217 personas. Se realizó historia clínica con datos epidemiológicos y control PA. Hipertenso: tres tomas con PAS $\geq$ 140 y/o PAD $\geq$ 90 mmHg; PP aumentada, cuando la diferencia entre PAS y PAD fue $\geq$ 75 mmHg. Según IMC se consideró normopeso (NP) 18-24,9; sobrepeso (SP) 25-29,9 y obeso (O) $\geq$ 30. Datos expresados en porcentaje. Medidas de dispersión IC95%. Análisis estadístico: SPSS 20.0 para Windows.

Resultados: La prevalencia de HTA encontrada fue de 51,9% (IC95% 45,3-58,5). El 17% (IC95% 12,0-22,0) de los participantes fueron menores a 50 años, 38,2% (IC95% 31,7-44,7) entre 50 y 60 años y 44,8% (IC95% 38,2-51,4) mayores a 60 años. Los promedios $\pm$ DS según edad fueron respectivamente. PAS: 135 $\pm$ 15; 140 $\pm$ 15 y 144 $\pm$ 17. PAD: 87 $\pm$ 12; 88 $\pm$ 10 y 88 $\pm$ 10. PP: 48 $\pm$ 8; 53 $\pm$ 9 y 59 $\pm$ 12. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre edad menor de 50 y mayor de 61 años para PAS y PP (p<0,004 y p<0,0001 respectivamente). Se analizó la población según IMC: el 29,5% NP, el 43,8% SP y el 26,7% O. No hubo diferencias entre las edades según IMC. Los promedios $\pm$ DS fueron: PAS: 134 $\pm$ 19; 139 $\pm$ 19 y 148 $\pm$ 19; PAD: 82 $\pm$ 8; 88 $\pm$ 11 y 91 $\pm$ 13; PP: 50 $\pm$ 12; 52 $\pm$ 13 y 57 $\pm$ 13 para NP, SP y O respectivamente. Hubo diferencias significativas entre NP y O para PAS, PAD y PP (p<0,0001, p<0,0001 y p<0,015 respectivamente).

Conclusiones: En la población estudiada se observó una alta prevalencia de HTA y de personas con SP u O. Se encontró asociación entre aumento de edad con PAS y PP y de PAS, PAD y PP con IMC. Si bien la edad es un factor de riesgo no modificable, es necesario que los profesionales de atención primaria sean conscientes de la importancia de aconsejar a la población para promover prácticas de vida saludable asegurando una vigilancia adecuada y continua que aseguren la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones en educación para la salud.

C-16-02 // DEFINIENDO LAS BACTERIEMIAS EN LA SALA DEL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL H.I.G.A PROF. DR. RODOLFO ROSSI

CAPUSELLI CONLON, M.; BAJO, J.; PALMA, M.; BARCOS, J.; CARLOS ORTIZ, A.; MARCELLAN, D.
Higa Dr Prof R Rossi. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: -Objetivo General:

Caracterización clínica de los pacientes internados en dicho Servicio que presentaron al menos un episodio de bacteriemia documentado entre 1/8/16 - 31/8/18.

-Objetivos Específicos:

- 1) Determinar la frecuencia relativa de los gérmenes responsables de las bacteriemias y el sitio de origen.
- 2) Correlacionar dicha frecuencia con la adquisición intra y extra hospitalaria de la bacteriemia.
- 3) Establecer el patrón de resistencia antibiótica con la adquisición intra o extra hospitalaria, así como el sitio de origen.
- 4) Conocer la concordancia entre el tratamiento empírico clínico y la sensibilidad antibiótica demostrada.
- 5) Correlacionar la evolución de los pacientes de acuerdo al germen aislado, sitio de adquisición y concordancia del tratamiento inicial.
- 7) Establecer la relación entre hemocultivos positivos el foco probable

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un trabajo de investigación retrospectivo y observacional, que analiza las bacteriemias entre el 01 de agosto de 2016 al 31 de agosto del 2018.

Para su realización se incluyeron pacientes mayores de 15 años internados durante 1/8/16-31/8/18 en sala general de clínica médica con hemocultivos. Se excluyeron embarazadas e internados en otros servicios de sala general o unidades cerradas.

Se recurrió a los resultados bacteriológicos brindados por Servicio de Bacteriología. Éstos fueron relacionados con cada paciente a través del análisis de su historia clínica, teniendo en cuenta el tratamiento empírico que se administró y la evolución clínica de cada uno de ellos.

Resultados: Se analizaron un total de 739 pacientes, de los cuales 105 tuvieron rescates bacteriológicos positivos. Los gérmenes más prevalentes fueron: E. Coli, S. coagulosa negativo, con menor frecuencia de S. pneumoniae, y K. pneumoniae. Determinamos que el foco más prevalente fue el respiratorio, seguido por el urinario y piel. Del 14,2% con bacteriemia confirmada, el 50% de tuvo buena evolución con alta hospitalaria, 45% requirió UTI/UCO y un 5% fallecieron. La evolución desfavorable estuvo determinada por la presencia de comorbilidades, múltiples intervenciones, internación prolongada y requerimiento de unidades cerradas. Demostramos que la mayoría de las bacteriemias fueron de causa intrahospitalaria con patógenos resistentes al tratamiento empírico inicial, lo que condicionó una evolución tórpida

Conclusiones: Concluimos que las capacidades médicas y de enfermería no son lo suficientemente efectivos en cuanto a los cuidados de bioseguridad para los paciente, lo que provoca un aumento de las bacteriemias intrahospitalarias.

Consideramos además que el tratamiento empírico en las bacteriemias de la comunidad fue efectivo por la buena evolución de los pacientes

C-16-01 // UROCULTIVO: UTILIDAD DIAGNOSTICA, TERAPÉUTICA E IMPACTO ECONÓMICO.

VEGA, V.; QUIROGA, R.; RUEDA, M.; FULLANA, M.; MASSA, J.; PANTANO, C.; CHUMBITA, L.; BARBANO, M.
Hospital Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Definir las condiciones de los pacientes internados a los que se les solicitó urocultivo. Calcular el impacto económico que implica el urocultivo solicitado de manera innecesarias

Materiales y Métodos: ESTUDIO CUANTITATIVO, RESTROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y LONGITUDINAL.

Recolectamos datos retrospectivos en la historia clínica digital de todos los pacientes mayores a 18 años internados; a quienes se solicitó urocultivo (UC). Durante un periodo de 13 meses.

Estudiamos las siguientes variables:

*datos filiatorios

*antecedentes patológicos

*motivo de internación

*diagnostico presuntivo por el medico de cabecera al momento del pedido de UC

*tratamiento antibiotico inicial dirigido o no a la sospecha de infeccion urinaria

Resultados: Recolectamos 734 urocultivos

• 225 (30%) fueron solicitados pos sospecha de infeccion urinaria (IU)

• 35 (4,7%) por indicacion pre-quirurgica

• 474 (64,5%) -->OTRO DIAGNOSTICO= de los cuales 31% era foco respiratorio

En total, 510 (69%) el tratamiento antimicrobiano inicial no estuvo dirigido a IU por lo tanto un total de \$112.400 es considerado como gasto innecesario implicando un 58% del gasto economico total

Conclusiones: Consideramos importante destacar que el pedido de UC en un gran porcentaje se realiza sin la sospecha de IU, hecho que conlleva a un gasto económico importante, que incluye tiempo de personal de salud e insumos. Optimizar estos métodos diagnósticos servirá para disminuir los gastos económicos en prestación de salud que podrían ser utilizados para otras técnicas de diagnóstico o tratamiento.

También es relevante tener en cuenta que el dato positivo del UC puede llevar a confusiones por parte del médico tratante al considerar una bacteriuria asintomática como IU y así instaurar un tratamiento antimicrobiano inadecuado, en el contexto de emergencia nacional sobre el uso racional de antibióticos.

C-16-03 // MOTIVOS DE INTERNACION EN PACIENTES VIH/SIDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

CHIARAMONTE, V.; CASTELLINO, M.; DELGADO, D.; ROJAS PIÑERO, M.; LEYTES, M.; GALLO, M.; GÓMEZ

PORTILLO, J.

Hospital Del Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar los motivos de internación de pacientes con diagnóstico previo de VIH o realizado durante la internación, valorando enfermedades marcadoras y no marcadoras en relación con el nivel de CD4, tratamiento antirretroviral y evolución clínica. Cuantificar tiempo de estadía hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años ingresados al servicio de Clínica Médica y Unidad de cuidados críticos (UCI) del Hospital El Carmen, Obra Social de Empleados Públicos, Mendoza, con diagnóstico previo de HIV o con diagnostico realizado durante la internación, desde Junio de 2014 a Agosto de 2018. Se consideraron criterios de exclusión menores de 18 años e historias clínicas incompletas. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados: Se revisaron 83 historias clínicas, de las cuales 45 (pertencientes a 32 pacientes) cumplieron con los criterios de inclusion.55.5% varones.Edad media 41.4 (SD 12.9).Forma de contagio: sexual 95.5%.100% internación en clínica médica, 17.7% requirió UCI. Con respecto a los motivos de internación:el 57.7% fue infeccioso (pulmonar 57.6%, genitourinario y piel y partes blandas 15.3%, sistema nervioso central:11.5%) y en el 42.2% no infeccioso (15.7% síndrome diarreico,15.7% síndrome convulsivo). El 88.8% presentaba diagnóstico de HIV al ingreso y 11.1% desconocía el diagnostico. El 82.5% con TARGA. Media CD4 260.75 (SD 373.62).60% tenía CD4 menor a 200 y de estos solo el 33% tenía profilaxis. 62.9% presentaba una enfermedad marcadora al ingreso.La candidiasis esofágica fue la más frecuente 31.5%, seguida por Linfoma 15.7%.36.8% presentaba más de 1 enfermedad marcadora.4.4% confección con hepatitis C y 2.2% con hepatitis B.En cuanto a la evolución 86.6% se fue de alta mientras que 13.3% óbito.La media de estadía hospitalaria fue 12.75 días(SD 11). Un 71.87% tuvo 1 internación,21.87% se internó 2 veces,3.129% 3 veces y 3.129%,llegaron a 5 internaciones.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, no existe una marcada diferencia entre los motivos de internación de causa infecciosa y no infecciosa. A pesar de los avances en el manejo de la infección VIH/sida, puede observarse en nuestra muestra que más de la mitad de los pacientes tenían menos de 200 CD4 y una alta prevalencia de enfermedades marcadoras. Se desprende de este análisis además el bajo porcentaje de pacientes que presentaba las profilaxis adecuadas al nivel de CD4. Consideramos como una limitante del estudio la muestra pequeña y la falta de datos del estado virológico, que nos impidió analizar la correlación de este con los motivos de internación. Destacamos la importancia de conocer las características de la población infectada por HIV en nuestro medio, lo que nos permitirá realizar un abordaje integral con eje en el seguimiento estrecho Y en el inicio precoz del TARGA para disminuir la morbimortalidad.

C-16-04 // EPIDEMIOLOGÍA DE LAS BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

GARCÍA ROJAS, S.; DUMO, S.; YACCUZZI, W.; FERNANDEZ, A.; MIGNOLA, G.; GARRIDO, M.
Clínica Privada Velez Sarsfield. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Conocer la epidemiología de nuestro centro formador. Principalmente, mortalidad, tipo de paciente según comorbilidades, microorganismos más frecuentemente aislados y resistencia antimicrobiana desarrollada por dichos gérmenes.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, que incluyó hemocultivos positivos con Bacilos Gram Negativos (BGN) extraídos en los pacientes internados de la Clínica Privada Velez Sarsfield, en sala general y unidades críticas. Fueron identificados a partir de los informes del laboratorio de Microbiología. Se analizaron datos demográficos, comorbilidades y condiciones asociadas, sitio de internación, tratamiento antibiótico y resistencia microbiana. Lo recabado fue procesado en el programa Infostat.

Resultados: Se reunieron 70 hemocultivos positivos con BGN. Los aislados con mayor frecuencia fueron *K. pneumoniae* (42.86%), seguido por *E. coli* (28.57%). La mayoría de pacientes se encontraron en unidades críticas, en donde se identificó que un 72% de los bacilos, fueron multiresistentes. El foco principal de la bacteriemia se localizó en el Aparato Urinario (37%). Respecto a los pacientes, el 60% fueron varones y el 40%, mujeres y la edad media fue de 65 años. Las condiciones asociadas más frecuentes fueron Insuficiencia renal (46%), Diabetes Mellitus (42%) y uso crónico de corticoides (40%). En cuanto a la mortalidad, se registró en un 54% del total de pacientes. En un 31% el ATB empírico no fue el adecuado según la sensibilidad del microorganismo. Los antibióticos a los que se desarrolló mayor resistencia, fueron Ampicilina Sulbactam, Cefalosporina de tercera generación, Gentamicina, Ciprofloxacina, Trimetoprim-sulfametoxazol.

Conclusiones: La presencia de bacteriemias por bacilos gram negativos, puede resultar en un desenlace mortal, sobre todo en pacientes con insuficiencia renal, diabetes, uso crónico de corticoides y en internados en unidades críticas. En estas situaciones, un alto porcentaje de BGN son multiresistentes, por lo que hay que sospechar su presencia para dirigir el tratamiento antibiótico y así disminuir la tasa de mortalidad.

C-16-05 // INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN PACIENTES INTERNADOS EN CLÍNICA MÉDICA. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

PERTICONE, M.; DURAN, L.; LENTA, M.; CHIARVETTO PERALTA, M.; DIETRICH, D.; MANDOLES, M.; AYMAR, M.
Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Determinar la frecuencia y las características epidemiológicas de los pacientes con IAC internados en Sala de Clínica Médica del Hospital Municipal Leónidas Lucero de Bahía Blanca, durante el período 01-01-2017 a 31-12-2017.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal, descriptivo. Se utilizaron historias clínicas en soporte papel, registros de Farmacia sobre el uso de catéteres y registros de Bacteriología sobre cultivos positivos que confirmen el diagnóstico de IAC. Población: pacientes internados en Sala de Clínica Médica con catéter venoso central. Criterios de inclusión: edad mayor a 18 años, disponibilidad de Historia Clínica completa, diagnóstico microbiológico de IAC. Criterios de exclusión: datos insuficientes para completar instrumento de recolección. Período comprendido entre el 01/01/2017 y 31/12/2017. Criterios diagnósticos de IAC: con remoción de catéter o sin remoción. Se recolectó la información en planilla preformada; se volcaron los datos en planilla de Excel y se analizaron en Software SPSS-IBM®.

Resultados: Se utilizaron 69 catéteres en 45 pacientes. Se diagnosticaron 12 IAC (75% con remoción, 25% sin remoción). El 50% de los pacientes presentó más de un factor de riesgo para IAC; sólo un paciente no tuvo factores de riesgo. El promedio de días de internación previos a la colocación del catéter fue de 11,58 (DS 20,59). La media de días que permaneció colocado el catéter fue de 7,58 días (DS 3,17). El germen más frecuentemente aislado fue *E. faecalis* (41,6%); en 25% un *S. aureus* (3/12), de los cuales un 66% (2/3) fueron resistentes a Meticilina. El antibiótico empírico más utilizado fue Vancomicina (50%) en asociación a otro antimicrobiano. El promedio de días de tratamiento fue 11 (DS 6,28).

Conclusiones: En los pacientes con catéteres centrales, la IAC es una entidad frecuente, relacionada con una elevada morbilidad y costos hospitalarios, además de ser un indicador de calidad de atención. La importancia de este estudio radica en el diagnóstico de la situación local sobre IAC, y las características epidemiológicas de los pacientes involucrados y bacteriológicas de los gérmenes involucrados, sentando las bases de un estudio prospectivo que se realizará en nuestro Servicio.

C-16-06 // INFECCIÓN URINARIA NO COMPLICADA: MICROBIOLOGÍA Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

FOIA, E.; SAAD, E.; ALBERTINI, R.; PEÑARANDA, G.; FINELLO, M.; ELLENA, F.; SUASNABAR, D.; PANCHUK, A.; DOMINELLA, F.; AMUCHASTEGUI, T.
Hospital Privado Universitario De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Determinar los agentes etiológicos de las infecciones urinarias (ITUs) no complicadas y su perfil de susceptibilidad antimicrobiana, en mujeres adultas atendidas en dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Córdoba.

Analizar las características microbiológicas de las ITUs en mujeres menores y mayores de 50 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico prospectivo en dos centros hospitalarios de tercer nivel de la ciudad de Córdoba. Se incluyeron todos los episodios de ITUs en mujeres de 18 años de edad o mayores, sin factores de riesgo asociados a ITUs complicadas. Se excluyeron urocultivos de menores de 18 años y aquellos solicitados en pacientes asintomáticos. Se dividieron las pacientes según edad, en mujeres de 50 años o más y menores de dicha edad.

Resultados: Se identificaron 610 episodios de ITUs no complicadas, de los cuales el 37,4 % se dieron en pacientes que tenían < 50 años. El 73,3 % (447 casos) fueron cistitis y 26,7 % (163 casos) pielonefritis. De las mujeres con cistitis, 59,1 % tenían ≥ 50 años ($p < 0,05$), y de aquellas con pielonefritis, 76,5 % correspondían a este grupo etario ($p < 0,05$). En el 89,2% de los episodios de ITUs se aisló *Escherichia coli*. Dentro del resto de los aislamientos, los más frecuentes fueron *Staphylococcus coagulans* negativo (4,1%) y *Klebsiella pneumoniae* (2%). En lo que respecta a *E. coli*, tuvo una resistencia menor al 20 % en los siguientes antibióticos: ciprofloxacina (18,4 % $p < 0,058$), cefalexina (15 % $p < 0,106$) y nitrofurantoina (1,7 % $p < 0,093$). Se aislaron 20 microorganismos (3,3 %) productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), de los cuales 65 % fueron identificados en el grupo de ≥ 50 años ($p < 0,723$). No se aisló ninguna *Klebsiella* productora de carbapenemasas.

Conclusiones: La mayoría de las ITUs se dieron en pacientes mayores de 50 años, demostrando además que la incidencia de pielonefritis aumenta en este grupo.

El germen más frecuentemente aislado fue *E. coli* y en segundo lugar *S. coagulans* negativo, concordando con la epidemiología global. El primero presentó una resistencia < 20 % a ciprofloxacina, cefalexina y nitrofurantoina.

El tipo de aislamiento y los espectros de susceptibilidad antimicrobiana en gérmenes no BLEE fueron similares en ambos grupos etarios.

C-16-07 // KPC ? LA EPIDEMIA SANATORIAL QUE TODOS PADECEMOS

SOTO, L.; SIROCCO, L.; GIMENEZ, L.; CACERES RINCON, H.; VARGAS, C.; RODRIGUEZ CABALLERO, A.; GORDILLO ORDÓÑEZ, A.; SIMISON, C.; CRIADO, L.; CASTAGNINO, J.; JIMENEZ, O.; CAMPS, F.; VEGA, M.; RODRIGUEZ, M.; FALABELLA, M.
Sanatorio De La Providencia. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Describir el trabajo de una institución ubicada en CABA con el objetivo de conocer la población portadora de enterobacterias productoras de carbapenemasas tipo KPC y medidas tomadas para el cuidado de los pacientes y prevenir la diseminación.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de cohorte. Se realizaron hisopados (nasal y rectal) de vigilancia infectológica para el aislamiento de gérmenes (SAMR, KPC) en guardia a todo paciente derivado de unidades de tercer nivel, instituciones de salud, pacientes que hayan permanecido más de dos horas en guardia de otras instituciones, aquellos que reciban internación domiciliar o que requieran de hemodiálisis. Rehisopados a todo paciente que permanezca en internación en unidad cerrada por más de 15 días en el período de enero de 2015 a enero de 2017.

Resultados: La población estudiada fueron pacientes ingresados a la institución y que permanecieron en internación en el período de tiempo anteriormente mencionado. Se tomó como muestra de estudio a los hisopados de ingreso y rehisopados. Se define como paciente colonizado a aquellos con aislamiento del patógeno en muestras de hisopados nasal y rectal de vigilancia, sin manifestación clínica; e infectados a aquellos con infección documentada y manifestación de la enfermedad. El número de muestras analizadas fue de 4049.

Durante el período de estudio se analizaron un total de 4049 muestras, resultando positivo para el aislamiento de enterobacterias productoras de carbapenemasas tipo KPC 3064; de las cuales 1674 fueron de origen extramuro.

De las 3064 muestras positivas, 507 corresponden con infección activa.

Las medidas tomadas fueron aislamiento por gérmenes y preventivos de pacientes; en áreas cerradas aislamiento universal. Desde 2016 limpieza con monopersulfato de potasio en áreas cerradas y servicio de guardia, a partir de 2018 se extendió a toda la institución. Lavado de manos con alcohol y jabón con clorhexidina al 2% en áreas críticas, cartelera explicativa de los 5 momentos de lavado de manos, Campaña de lavado de manos, charla de capacitación (hasta la actualidad). Desde 2016 baño con paños de clorhexidina a todo paciente en unidad cerrada y a pacientes colonizados en piso de clínica médica; Clorhexidina alcohólica para limpieza de la zona de punción de vías centrales y a partir de 2018 check list al momento de la colocación de vías centrales.

Conclusiones: El aumento de gérmenes multiresistentes asociados a cuidados de la salud pertenece a la realidad actual asistencial, la vigilancia activa, capacitación continua y la importancia del lavado de manos son de vital importancia para prevenir la propagación de nuevos brotes y el cuidado de nuestros pacientes. La vigilancia activa permite identificar portadores no detectados que sirven de reservorio para la transmisión.

Hisopados:	Total:	Colonizados:	Infectados:		
2015	1200	757	63.08%	68	5.66%
2016	1358	927	68.26%	106	12.22%
2017	1491	1380	92.55%	273	18.30%

C-16-08 // MORTALIDAD DE PACIENTES SÉPTICOS CRÍTICOS Y NIVELES DE COLESTEROL: HDL, LDL, TRIGLICÉRIDOS Y COLESTEROL TOTAL EN EL SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, ENTRE RÍOS

INCAHUANACO, L.; PACHECO, F.; SANDALY, O.
Sanatorio Adventista Del Plata. Entre Rios, Argentina.

Objetivos: Evaluar los niveles de colesterol HDL, LDL, Colesterol total y Triglicéridos en la mortalidad de pacientes críticos sépticos al egreso sanatorial.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional de abril del 2012 hasta enero del 2015. Incluyó pacientes mayores de 18 años, nueva infección comprobada o sospechada en la unidad de terapia intensiva y presencia dos de los siguientes criterios (GB >12000 o <4000 <ml, T >38°C o <36°C, FC >90/lpm, FR >20/minutos, o PCO2 <32mmHg). Se analizaron valores séricos del perfil lipídico los días 1, 3 y 5 del diagnóstico y estado vital al egreso sanatorial. Se utilizaron las pruebas K-S para determinar normalidad de las variables, Chi-cuadrado para las variables cualitativas, para variables cuantitativas se usó prueba T de Student, U de Mann Whitney y regresión multinomial con nivel de confianza de 95%.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, donde se observó que los niveles de triglicéridos fueron superiores en los pacientes fallecidos en los días 1, 3 y 5 encontrándose una diferencia estadística significativa en el día 3 [(143,0±65,9) (304,6±192,9) p=0.045]. Los valores de colesterol LDL fueron mayores en el grupo de los pacientes vivos en el día 5 [(81,98±32,97) (54,16±18,19) p = 0.048] y colesterol HDL en los días 3 y 5 [(20,6±11,6); (8,3±4,1) p=0.01 y (21,2±9,9); (10,8±4,4) p=0.01] respectivamente. Así también se observó que el nivel de triglicéridos en el día 1,3 y colesterol HDL en el día 3 son factores de riesgo de mortalidad respectivamente (1,00 [1,00-1,01] p=0,046); (1,01 [1,00-1,02] p=0,026); (1,40 [1,01-1,94] p=0,044). Y el nivel de colesterol HDL en el día 5 (0,65 [0,45-0,94] p=0,023) como factor protector de mortalidad para el egreso sanatorial.

Conclusiones: Se observó una relación entre los niveles elevados de triglicéridos, niveles disminuidos de colesterol LDL y colesterol HDL con la mortalidad en pacientes sépticos críticos al egreso sanatorial. Además se encontró que los niveles de triglicéridos y colesterol HDL en el día 1 y 3 son factores de riesgo; en cambio en nivel de colesterol en el día 5 es un factor protector para la mortalidad en pacientes sépticos al egreso sanatorial.

C-16-10 // EL VIH Y SU INCIDENCIA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA EN EL HOSPITAL INTERZONAL SAN JUAN BAUTISTA EN EL PERIODO 2015-2016.

FERNANDEZ ARCE, L.; PEPE, G.; APELLIDO, G.; CARRIZO, J.; CORZO, A.
Hospital Intersonal San Juan Bautista. Catamarca, Argentina.

Objetivos: Conocer cifras relativas y absolutas sobre la cantidad de pacientes internados en la sala de clínica médica del hospital San Juan Bautista que en exámenes de rutina o por sospecha diagnóstica, arrojaron resultados serológicos positivos para VIH. Diseño: realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, longitudinal con abordaje cuantitativo. En el Hospital Interzonal San Juan Bautista- San Fernando del Valle de Catamarca, la muestra está integrada por todos los pacientes con serología positiva para VIH diagnosticados ¿de Novo? en el servicio de clínica médica en el periodo de Enero de 2015 a Enero de 2016, pacientes mayores de 16 años, sin serología (+) previa al ingreso en el servicio. Principales variables: Número de pacientes, edad, sexo, resultado de la serología y tipos de patología asociada al diagnóstico de HIV.

Materiales y Métodos: Realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, longitudinal con abordaje cuantitativo.

Criterios de inclusión: Pacientes internados En el servicio de Clínica Médica desde el 1 enero de 2015 al 1 de enero de 2016. HISJB. Catamarca, sin serología previa para VIH, mayores de 16 años. Criterios de exclusión: Pacientes con serología + para VIH previa a la internación, menores a 16 años.

Muestra, Está integrada por 311 pacientes que estando internados en la sala de Clínica Médica del HISJB-Catamarca que por sospecha clínica se solicita serología (HIV) para llegar al diagnóstico del cuadro que lo llevo a la hospitalización en dicho periodo. Los datos fueron recabados del Centro Único de Referencia (CUR), como así también de los registros en las Historia Clínica. Métodos diagnóstico se utilizaron dos tipos de pruebas serológicas ELISA y WESTERN BLOT, con previo consentimiento informado.

Resultados: Resultados obtenidos por serología para VIH en los pacientes internados en dicho servicio del HISJB de dicha provincia, en dicho periodo. n: 311, donde el 21% arrojó resultados positivos. El cual (52%) fueron mujeres, TI (tasa de incidencia) de 0,1%. Se evidencio 24 pacientes entre 16-25 años DS:20,42 IC 95 IL 49,23- LS 53,79. El (68%) las causas infecciosas, 49% fueron a causa de NAC. El consumo de Sustancias identificadas 66% era de Marihuana. Según la procedencia 35 % de la capital, el 20% dep Andalgalá.

Conclusiones: Este estudio nos permitió conocer fehacientemente la tasa de incidencia de dicha patología en el servicio de Clínica Médica la cual fue de 0,1%, dejando en evidencia que no existen diferencias en relación al sexo, y que por cada paciente con serología positiva existen 2 con antecedentes de consumo de sustancias. También impulso al equipo medico del servicio de clinica medica a realizar serología para VIH de rutina a todos los pacientes que por su cuadro clinico al momento de su ingreso los hicieran sospechar en VIH, para así no perder tiempo valioso para su dx y tt. Consideramos prioritario promoción y prevención de la salud de manera integral con énfasis en métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual

C-16-09 // MOTIVOS DE INTERNACIÓN EN PACIENTES HIV/SIDA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE ROSARIO

GLOECER, D.; JAIME, M.; VIRGA, E.; ALBA, S.; MUJICA, N.
Hospital Intendente Carrasco. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: 1º-Determinar las causas de internación de los pacientes HIV+/SIDA que ingresaron a la sala de Clínica Médica del Hospital Intendente Carrasco (H.I.C) entre el 01/01/2013 y el 31/12/2013 en la era del TARGA y evaluar según estuvieran o no relacionadas con la condición de HIV/SIDA. 2º-1) Describir y analizar las características clínicas, epidemiológicas y socio-demográficas de los pacientes. 2) Analizar el grado de adherencia al TARGA y su impacto sobre el perfil de inmunidad. 3) Determinar la relación entre el grado de inmunidad de los pacientes al momento de las internaciones y los motivos de hospitalización.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo que se realizó en un hospital de segundo nivel de complejidad de la zona oeste de la ciudad de Rosario. Se revisaron y analizaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de HIV/SIDA que ingresaron a la sala del H.I.C en un año. Se confeccionó una ficha por cada internación. Aprobado por el Comité de Ética de la institución. Criterios de inclusión: adultos (>18 años), HIV+/SIDA. Criterios de exclusión: historias clínicas incompletas.

Resultados: De 1942 ingresos, 115 (5,9%) correspondieron a 77 pacientes con infección por HIV/ SIDA. 51,9% sexo masculino. Edad promedio 38,1± 9,3 años. 85,7% alfabetos. 48,1% con comorbilidades: VHC+ 40,5%; VHB+ 32,4%; 16,2% asma; 13,5% Sífilis; otros. De los 77 pacientes, el 74% consumían sustancias: 64,9% tabaco; 49,4% drogas inhalatorias; 29,9% alcohol; 6,5% drogas endovenosas. Linfocitos TCD4: en el 38,7% de las internaciones los pacientes tenían entre 50-199 células y en el 31,5%, menos de 50. Promedio 158,7. Categorías clínicas CDC: C3 (61,7%), 80,9% de los pacientes no adherían al TARGA. Relación estadísticamente significativa entre valores de CD4 y el recibir o no TARGA (p< 0,0001). Signos y síntomas: constitucionales (70,4%), digestivos (52,2%), cardio-respiratorios (45,2%), neurológicos (20,9%). Motivos de internación más frec: Neumonía aguda bacteriana (16,5%), N. Neumocystis jiroveci (12,2%), TBC (7,8%), Meningitis criptocócica (7%), Toxoplasmosis cerebral (7%). De las 115 internaciones, 60% relacionadas a la condición de HIV/ SIDA, 40% no relacionadas. Asociación estadísticamente significativa entre n° CD4 y la internación relacionada o no con la condición de HIV/SIDA (p<0,0001). Tiempo promedio de internaciones: 12,1 ±14,7 días. Internaciones por patologías relacionadas con el HIV/SIDA: más prolongadas que las no relacionadas, estadísticamente significativo (p=0,003).

Conclusiones: En nuestro medio, las enfermedades relacionadas a la inmunodepresión por el HIV/ SIDA (dentro de éstas, las infecciones), continúan siendo las causas principales de ingreso hospitalario. Consideramos importante conocer la epidemiología local, reforzar las acciones de pesquisa de HIV con el fin de arribar al diagnóstico en forma precoz, y de implementar medidas para una adecuada ins-tauración y seguimiento del tratamiento, reduciendo la mortalidad relacionada con esta enfermedad.

C-16-11 // NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, MORTALIDAD SEGÚN SCORES CLÍNICOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN.

RUEDA, M.; FULLANA, M.; PANTANO, C.; VEGA, V.; MASSA, J.; QUIROGA, R.; ROJAS, G.
Hospital Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Comparar CURB-65 y PSI en pacientes con diagnóstico de NAC. Conocer la frecuencia de vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes con NAC dentro del grupo de riesgo y evaluación de mortalidad. Determinar rendimiento diagnóstico de cultivos de sangre y esputo.

Materiales y Métodos: En un periodo de 5 meses se realizó una revisión prospectiva a partir de pacientes con NAC. Se acudió al llenado de fichas preestablecidas recabando datos filiatorios, comorbilidades asociadas, puntaje de PSI y CURB-65 al ingreso hospitalario, tratamiento antibiótico, vacunación y evolución. Criterios de inclusión: > 18 años, Internados en Clínica Médica, Diagnóstico de NAC. Criterios de exclusión: NIH, NACS y no cumplir criterios diagnósticos de NAC. Tiempo: Abril-18/ Agosto-18. Lugar: Hospital Marcial Quiroga - San Juan - Argentina

Resultados: El 54,8% correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 63 años, Min 21 Max 95 (DE:18,73). El 85,72% presentaron comorbilidades donde las más comunes fueron Hipertensión arterial y Diabetes con el 50,8% y 36,5% respectivamente. El 91,9% de los pacientes se encontraban dentro del grupo de riesgo para recibir vacunación, el 24,5% de ellos tenían Antigripal y 8,7% Neumococo, con una mortalidad en este grupo del 7,14%. La Mortalidad total fue del 24,2%. La media de edad fue de 76,73 años. La estancia hospitalaria fue de 10,6 días (DE: 8,12). CURB-65: 14,5% fue de bajo, 51,6% moderado y 33,9% alto riesgo, con una mortalidad del 9,37% y 57,14% para moderado y alto riesgo respectivamente, mientras que PSI: 43,56% fue bajo, 24,19% moderado y 32,25% alto riesgo, con una mortalidad del 3,7% , 20% y 55% para bajo, moderado y alto riesgo respectivamente. Se realizaron 30 Hemocultivos, en el 6,66% se obtuvo rescate de germen (Neumococo, Klebsiella). Además se tomaron 25 muestras no invasivas para cultivo de esputo el 8% obtuvo rescate (Neumococo, Acinetobacter).

Conclusiones: Se encontró predominante el sexo masculino. Al comparar los score CURB-65 y PSI como predictores de gravedad y mortalidad hospitalaria, se observó un rendimiento similar en ambos, la tasa de mortalidad fue semejante en los grupos de alto riesgo. También se encontró una baja tasa de vacunación en los candidatos a recibirla, lo cual se correlaciona con una mayor mortalidad en contraste con el grupo que si la había recibido. El rescate de gérmenes en hemocultivos fue 6,6% y en cultivos de esputo con método no invasivo fue del 8%. La tasa de mortalidad fue del 24,2%, la mayoría +65 años. Finalmente creemos que los score pronósticos analizados, son una herramienta útil como predictores de mortalidad, los cuales en la mayoría de los casos no son utilizados en los servicios de emergencia al momento de evaluar la necesidad de ingreso de los pacientes de alto riesgo a las unidades de cuidados críticos. Con respecto a la disminución de la mortalidad en el grupo vacunado creemos necesario aumentar el número de pacientes y valorar si es estadísticamente significativo.

C-16-12 // NEUTROPENIA FEBRIL. ANÁLISIS DE CASOS EN UN CENTRO DE 3° NIVEL DE ATENCIÓN

LOIUDICE, N.; VERDINELLI, C.
Hospital De La Asociación Médica De Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Objetivo principal: Identificar los agentes microbiológicos en pacientes con neutropenia febril internados en el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, en el período comprendido del 1/1/17 hasta el 31/12/17 y su sensibilidad y resistencia antimicrobiana. Objetivos secundarios: Determinar el porcentaje de rédito de los diferentes cultivos. Determinar la frecuencia de los gérmenes y su sensibilidad de acuerdo a patología de base.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes > de 18 años, a los cuales se les solicitaron distintos cultivos en el laboratorio central del hospital cuyo diagnóstico de solicitud fue neutropenia febril. Criterios de exclusión: pacientes con recuento de neutrófilos > a 500/mm³ o > de 1000/mm³ cuando se predice una caída a menos de 500/mm³ en las próximas 48 hs, sin fiebre, al obtener datos de la historia clínica. Pacientes que no hayan sido hospitalizados. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y de registros informatizados del laboratorio de nuestro hospital.

Resultados: Se analizaron 52 episodios de 49 de pacientes. De los 49 pacientes el 55% fueron hombres. 21% tenían entre 20 y 50, 38% entre 51 y 70 y 41% entre 71 y 90 años. Un 54% tuvieron tumores sólidos, 36% oncohematológicos y 8% enfermedades no neoplásicas. Un 48% fueron posterior al tratamiento con quimioterapia, un 35% debidos a una infección y un 17% fueron debidos a otras causas. En los pacientes que recibieron quimioterapia el 31% de los episodios ocurrieron entre 8 a 15 días post tratamiento. En 94% no se había administrado antibiótico previo. El 69% de los cultivos fueron negativos. En 15% se aisló E. coli, en 8% S. aureus, en 4% P. aeruginosa, 2% enterobacter y en 2% E. faecalis. Sensibilidad antibiótica: E. coli en 87,5% fue sensible a aminoglucósidos y fluoroquinolonas, 62,5% a betalactámicos + IBL y cotrimoxazol. La resistencia fue de 50% para betalactámicos, 37,5% a betalactámicos + IBL, cefalosporinas de 1° generación y cotrimoxazol. La sensibilidad para S. aureus fue de un 100% para cefalosporinas de 1° generación. La sensibilidad para E. faecalis fue de 100% para aminoglucósidos, fluoroquinolonas y nitrofurantoina. La sensibilidad para Enterococo fue de 100% para betalactámicos + IBL y nitrofurantoina. La sensibilidad para P. aeruginosa fue de 100% para fluoroquinolonas, aminoglucósidos, cefalosporinas de 3° generación.

Conclusiones: Se pudo observar que la mayoría de las infecciones fueron causadas por bacterias Gram(-), siendo E. coli el principal agente causal seguido de P. aeruginosa. Dentro de los gérmenes Gram(+) el principal agente encontrado fue S. aureus. La mayor parte de los episodios ocurrieron en pacientes con tumores sólidos. Casi la mitad de los episodios fue posterior al tratamiento con quimioterapia. La mayoría en las 2 primeras semanas posteriores. El mayor rédito se obtuvo en hemocultivos. La mayor parte de los gérmenes encontrados fueron sensibles a la terapéutica empírica utilizada en nuestro hospital.

C-16-14 // SOSPECHA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE LA COMUNIDAD (ITUC) EN MUJERES ASISTIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIA: ¿CUANTAS SON VERDADERAS? ¿EL EMPÍRISMO ANTIMICROBIANO ESTÁ BIEN INDICADO?

OTRERAS, A.; PINAZO, J.; FERNÁNDEZ, S.; PASTORELLO, C.; BRESOLIN TUDURI, D.; ORMAZABAL, J.; ALFONSO, C.; FLORENTIN, S.; SANCHEZ, P.
Hospital Santojanni. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir posibles episodios de ITUC, su etiología, patrones de resistencia y el empirismo antibiótico (ATB) empleado.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo realizado en un servicio de urgencias de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período entre 1/8/2016 al 1/8/2017. El criterio de inclusión fue mujer mayor de 15 años que presentó dos o más síntomas compatibles con infección urinaria: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, fiebre, dolor hipogástrico, hematuria y puño percusión positiva. Se excluyeron las pacientes que presentaron uno o más de los siguientes puntos: infecciones urinarias recurrentes (definida como más de 2 episodios en los últimos 6 meses o 3 en un año) y criterios de ITU complicada: diabetes mellitus, litiasis renal, infección por virus de inmunodeficiencia humana, cáncer, tratamiento con corticoides alteración anatómica del riñón o la vía urinaria, diálisis y pacientes con sonda vesical. A todas se les informó del estudio haciéndoles firmar un consentimiento. Se tomó muestra de orina para sedimento y cultivo según normas empleadas del C.S.I.

Resultados: Se enrolaron 179 pacientes con sospecha de ITUC con una media de edad de 27,7 años. La clínica más común fue: disuria 133/179 (74,3%), dolor hipogástrico 118/179 (65,9%), polaquiuria 96/179 (53,6%), tenesmo 88/179 (49,1%), puño percusión lumbar positiva 78/179 (43,5%), fiebre 64/179 (35,7%) y hematuria 43/179 (24%). Del total de los cultivos, 91/179 (50,8%) fueron positivos y 88/179 (49,2%) negativos. El aislamiento observado fue: 60/91 (65,9%) E. coli, 16/91 (17,5%) Staphylococcus coagulasa negativo, 10/91 (10,9%) aislamiento polimicrobiano (APM), 2/91 (2,1%) Klebsiella spp, 2/91 (2,1%) Proteus spp y 1/91 (1,09%) Enterococcus spp.

Del total de los urocultivos positivos 66/91 (65,9%) fueron ITU bajas y 25/91 (27,4%) ITU altas. 179/179 (100%) recibió empíricamente tratamiento ATB, siendo cefalexina el 71,6%, ciprofloxacina 26,6% y nitrofurantoina el 1,6%, los más prescritos.

Conclusiones: En tiempos de emergencia de microorganismos resistentes (consecuencia por el uso irracional de ATB), nos hace replantear a menudo muchas conductas médicas. Sabiendo que las ITU representan una entidad frecuente en la práctica médica diaria y por lo observado en nuestro ensayo nos obliga a proponer varios interrogantes ocasionando así una discusión y dilema si debe emplearse el empirismo en las ITU no complicadas de la comunidad. Un punto en cuestión es con respecto al valor pre-test del 80% de corresponder a una ITU en caso de presencia de disuria acompañada de polaquiuria o urgencia miccional en ausencia de síntomas vaginales. Según nuestra experiencia: ¿esto debería ser así?, ¿deberíamos recomendar esto con tanta aseveración?; postulamos que son interrogantes que deberíamos aclarar de mejor manera. También se observó un incremento de la resistencia al cotrimoxazol y la ampicilina-sulbactam lo que cuestiona su uso, sobre todo si se considera el empirismo.

Antibiótico/Sensibilidad (E.coli)	No Probado	Resistente	Sensible
Ampicilina	6,6%	26,6%	66,6%
AMS (ampicilina-sulbactam)	0%	15%	85%
Cefalotina	0%	1,6%	98,4%
TMS (cotrimoxazol)	0%	25%	75%
Nitrofurantoina	0%	0%	100%
Ciprofloxacina	0%	3,3%	96,7%

C-16-13 // RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN INFECCIONES URINARIAS ALTAS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD

BURGOS, M.; RUANI, I.; LABARONNIE, E.; MARQUÍNEZ, L.; LAGRUTTA, M.; PARODI, R.; GRECA, A.
Hospital Centenario Rosario. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: En Argentina los niveles de resistencia a trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) superan el 30%, esto ha provocado que la ciprofloxacina sea el antibiótico más utilizado en el tratamiento empírico de ITU. El uropatógeno responsable del mayor número de casos es Escherichia coli (60-85% en mujeres jóvenes).

Los objetivos de este trabajo son determinar el porcentaje de resistencia de Escherichia coli a ciprofloxacina en nuestro medio y analizar el grado de adecuación de tratamiento empírico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico donde se analizaron en forma consecutiva aquellos pacientes con infección urinaria alta internados en sala general del Hospital Provincial del Centenario entre Julio de 2012 a Julio de 2017. Se incluyeron 103 pacientes de los cuales 71 (69%) fueron de sexo femenino y 32 (31%) de sexo masculino y cuyas edades variaron entre 17 y 95 años siendo la mediana igual a 52 años (RIQ=24). Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban ITU intrahospitalaria, internación en el mes previo a la admisión, urocultivo (UC) negativo, no ingresado o contaminado y los que poseían historias clínicas incompletas o desaparecidas.

Resultados: Del total de los pacientes, 57% presentaron Escherichia coli en UC, el 60% resultó resistente a ciprofloxacina. Se compararon los pacientes con Escherichia coli resistente a ciprofloxacina y los pacientes con microorganismos sin dicha resistencia con respecto a edad, antecedentes personales, de uso de antibióticos, de intervenciones previas y de características de la ITU. Los pacientes que habían recibido ATB en los 3 meses previos a la internación presentaron significativamente mayor porcentaje de Escherichia coli con resistencia a ciprofloxacina que los pacientes que no habían recibido ATB (46% vs 17%, p=0,047). Los pacientes con Escherichia coli resistente a ciprofloxacina y los pacientes sin dicha resistencia no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a requerimiento de internación en UTI, días de internación y evolución. En nuestro estudio un 69% de las infecciones se presentó en mujeres y el microorganismo hallado con mayor frecuencia fue Escherichia coli, al igual que en otras series. Observamos una tasa general de resistencia a ampicilina de 82% y a ciprofloxacina y TMS de 60%, más elevada que en otras series. En cuanto a la presencia de Escherichia coli resistente a ciprofloxacina en nuestra serie fue del 60%, casi el doble de lo reportado por otros estudios.

Conclusiones: Se observó relación entre el uso de antibióticos en los tres meses previos a la consulta y la resistencia de Escherichia coli a ciprofloxacina. Identificar en nuestra población la asociación con posibles factores de riesgo nos permite seleccionar a aquellos pacientes con mayores probabilidades de presentar microorganismos resistentes y así poder plantear tratamiento empírico adecuado. La alta tasa de resistencia a varios antibióticos da cuenta de la importancia de contar con datos locales.

C-16-15 // COLONIZACIÓN POR SAMR DE LA COMUNIDAD EN UN GRUPO DE RECLUTAS INGRESANTES A UNA BASE NAVAL

CHEDRESE, P.; MAURIZI, D.; MUTTI, S.; PELOZO, P.; AYALA, N.; BLANCO, G.; MICUCCI, N.; SOUBELET, M.;

ARANDA, J.; GOMEZ, N.; DEMARCO, A.; AVENDAÑO, F.
Hospital Naval Puerto Belgrano. Puerto Belgrano, Argentina.

Objetivos: Conocer la prevalencia de Staphylococcus aureus resistente a la metilicina adquirido en la comunidad (CA-MRSA) o Intrahospitalario (HA-MRSA) en los soldados que ingresan a la Base Naval Puerto Belgrano. Determinar los factores predisponentes para la colonización por SAMR.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se incluyeron al azar la mitad de los soldados ingresantes a la Base Naval Puerto Belgrano, se realizó un muestreo de tipo probabilístico sistemático: de la lista total se seleccionaron los números pares. Se tomó una muestra de hisopado nasal en dos días consecutivos, se sembró en medios de enriquecimiento y selectivos, tipificando la cepa según métodos validados en conjunto con la realización del antibiograma por método manual. La cepa se definió según el antibiograma como:

*Cepa salvaje: sensible a todos los antibióticos (SAMS)

*Cepa comunitaria metilicina-resistente: resistente a oxacilina o ceftioxita, con o sin resistencia a macrólidos y sensible al resto de los antibióticos (CA-MRSA)

*Cepa hospitalaria metilicina-resistente: resistente a oxacilina o ceftioxita, y resistencia a gentamicina, cloranfenicol, eritromicina, con sensibilidad variable al resto de los antibióticos (HA-MRSA).

Además se realizó una encuesta sobre los posibles factores predisponentes para la colonización por SAMR. La toma de muestra y la encuesta fueron realizados por el médico a cargo del examen físico de ingreso de los reclutas.

Resultados: De un total de 700 soldados ingresantes se incluyeron 346 (49%), de los cuales 143 (41%) fueron mujeres, y 203 (59%) varones, entre 18 y 25 años y de varias provincias del país. Ninguno de ellos se encontraba cursando una infección de piel o partes blandas al momento del examen.

El número de soldados colonizados por SAMR fue de 27 (8%), de las cuales el 100% fueron cepas de la comunidad.

Del total, 10 fueron mujeres (37%, p=0,85) y 17 varones (63%, p=0,87).

Los factores que mostraron mayor asociación con la colonización por SAMR fueron el antecedente de forunculosis previa (RR 2,34, p=0,06) y el antecedente de un conviviente con forunculosis (RR=2,8, p=0,027). Se obtuvieron asociaciones con resultados relevantes y menor significación estadística con el antecedente familiar de forunculosis (RR=2,46, p=0,6), y la práctica de deportes de contacto (RR=1,3, p=0,67).

Conclusiones: La prevalencia de colonización nasofaríngea por SAMR de la comunidad en jóvenes sanos de diferentes provincias del país fue de un 8% en este estudio. Es posible que la prevalencia se encuentre subestimada debido a que entre un 12% de personas colonizadas en faringe no presentan cultivos nasales positivos para SAMR (Arch Intern Med. 2009;169(2):172). Se logró asociación estadísticamente significativa con la presencia de forunculosis previa y la convivencia con personas que hayan tenido forunculosis.

	Total	SAMR	noSAMR	%SAMR	RR	valor p=
Forunculosis previa SI	45	7	38	16%	2,341	0,0654
Eccema	11	0	11	0%	0,000	1
Depilacion con Track	322	24	298	7%	0,596	0,4177
AF Forunculosis	43	7	36	16%	2,466	0,601
Conviviente	32	6	26	19%	2,804	0,0279
ATB últimos 6 meses	72	6	66	8%	1,087	0,8078
Deportes de contacto	224	19	205	8%	1,294	0,67561
Comparte toallas	136	8	128	6%	0,650	0,3128

C-16-16 // UTILIDAD DE LOS CRITERIOS SIRS, SOFA Y QSOFA COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN INTERNACIÓN DE PACIENTES CON SEPSIS.

ACOSTA, M.; LUHNING, S.
Hospital Nacional De Clínicas De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Comparar los scores de SOFA, qSOFA Y SIRS recomendados como predictores de gravedad para sepsis, en los pacientes ingresados con diagnóstico de infección activa. Describir las características demográficas de los pacientes. Determinar principales causas de infección. Demostrar la incidencia de mortalidad en este grupo.

Materiales y Métodos: Trabajo observacional, descriptivo y transversal, retrospectivo.

Criterios de inclusión:

Mayor de 18 años. Internación con diagnóstico de proceso infeccioso. Ingreso hospitalario desde Guardia Central.

Criterios de exclusión:

Pacientes en quienes se desestime la presencia de proceso infeccioso sospechado al ingreso.

Criterios de eliminación:

Pacientes no valorados por clínica médica durante su estadía en Guardia Central. Embarazadas.

La técnica utilizada para la recolección de datos es un muestreo consecutivo de historias clínicas correspondientes al periodo comprendido entre febrero y marzo de 2018. El lugar donde se desarrolla es el servicio de Guardia Central del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Se analizaron sexo, edad, comorbilidades, origen de la infección, SIRS, SOFA, qSOFA, pase a unidades críticas (UTI), Cuidados Críticos (asistencia respiratoria mecánica (ARM), diálisis, inotrópicos), y Mortalidad. Se calculó la frecuencia absoluta y relativa de las variables cualitativas, y la media y desviación estándar de las cuantitativas. Se utilizaron el test Chi Cuadrado de Pearson y el estadístico exacto de Fisher, así como la prueba de T de Student y Prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Muestra n=83 con edad media de 71 años se distribuyó en 44 mujeres (53.01%). El 66.26% presentó comorbilidades, siendo las más frecuentes neoplasia crónica (18.07%), diabetes (22.89%) y demencia (25.3%). El principal origen de infección fue el ap. respiratorio (n=43), seguido de vías urinarias (n=28) y piel y partes blandas (n=20).

El 25,3 % (n=21) requirió cuidados en UTI, de los cuales el 66.67% necesitó inotrópicos, 42,86%, ARM y 4,76%, hemodiálisis. Todos ellos presentaron promedios de score mayores que los que no requirieron cuidados especiales, pero esta diferencia fue significativa sólo para el score SIRS (p<0,05). Asimismo, quienes requirieron pase a UTI presentaron promedios de score mayores que los que no lo hicieron en todos los casos (p<0,05).

Con una mortalidad final del 18.07% (n=15), con promedios de score mayores que los que no lo hicieron (p<0,05), siendo solo SIRS>2 y qSOFA>2 estadísticamente significativo.

Conclusiones: Los 3 scores analizados tienen utilidad tanto como predictores de complicaciones como de mortalidad, sin embargo se han demostrado más útiles el score de SIRS y qSOFA que SOFA para este fin.

C-16-18 // FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE SAN JUAN.

PANTANO, C.; CHUMBITA, L.; FULLANA, M.; MASSA, J.; RUEDA, M.; QUIROGA, R.
Hospital Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Conocer factores de riesgo de infección por CD en nuestro Centro.

Materiales y Métodos: Descriptivo, Observacional, Retrospectivo-Prospectivo.

Se analizaron historias clínicas de pacientes con dosaje de toxina para CD desde enero 2017 a septiembre 2018. Los datos se cargaron en planillas Excel y se analizaron en programa Epiinfo.

Resultados: Total de 64 toxinas, 30 fueron positivas (TP) y 34 negativas (TN). La edad media en general fue de 54 años. Las comorbilidades más frecuentes que presentaron ambos grupos fueron HTA y DBT. El diagnóstico de ingreso más frecuente en TP fue NAC y en TN fue diarrea crónica. La indicación de ATB fue adecuada al diagnóstico en un 85% en TP vs 82% en TN. Vancomicina fue el más utilizado en TP vs Ampicilubactam en TN. El 51% tenían 2 o más ATB en TP vs 34% en TN. En ambos grupos el protector gástrico más utilizado fue Ranitidina. (TP: 24, TN: 31). Se usó un segundo esquema ATB en el 56% de TP vs 50% de TN. El total de días de internación para TP fue de 38 vs 21 días para TN. El 13,35% de TP requirió de pase a UCC vs el 8,8% de TN. La mortalidad fue del 23,3% en TP vs 11,76% en TN.

Conclusiones: Factores de riesgo asociados a un aumento de ICD fueron: sexo masculino, edad entre 41-70 años, uso de Vancomicina, uso de 2 o más ATB, infección respiratoria, uso de segundo esquema ATB. Tuvieron no solo prolongación de estancia hospitalaria con mayor requerimiento de pase a UCC sino también aumento de la mortalidad. Consideramos importante conocer los factores más prevalentes en nuestro medio para poder lograr disminución no solo de la mortalidad de nuestros pacientes sino también el costo económico por internaciones prolongadas.

C-16-17 // INFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. ESTUDIO RETROSPECTIVO ACERCA DE FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES SECUNDARIAS A BACTEREMIAS

BEGHETTI, M.; LEYTES, M.; MAGNE SEGOVIA, L.; ROJAS PIÑERO, M.; DELGADO, D.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Identificar factores de riesgo y comórbidas asociadas a infecciones por Staphylococcus Aureus (SA). Conocer la prevalencia en nuestro medio de las infecciones por SA Meticilino sensible (SAMS) y resistente (SAMR). Describir los diferentes esquemas antimicrobianos utilizados, su duración y efectividad. Identificar focos primarios de infección más frecuentes. Comparar la mortalidad a los 30 días de SAMS vs SAMR.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de corte transversal.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con bacteremias por S.A durante su internación en el Hospital El Carmen (sala general, UTI y UCO), con diagnóstico de ingreso o durante la internación, desde 01 de enero del año 2014 al 01 de Junio del 2018.

Resultados: Se analizó una muestra de 83 pacientes, se obtuvieron 91 rescates bacteriológicos por SA. Predominó en varones en un 63%, edad promedio de 68 años. El factor de riesgo más frecuente fue haber presentado hospitalizaciones previas, seguido por la presencia de procedimientos invasivos. Las comórbidas asociadas con mayor frecuencia son hipertensión arterial, seguido de insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardíaca. El germen aislado más frecuente fue SAMS (68%), cuyo foco infeccioso más prevalente fue neumonía (26%). La asociación entre focos más frecuente fue neumonía e infección asociada a catéter en seis pacientes. El esquema antibiótico empírico más frecuente fue Piperacilina Tazobactam- Vancomicina, con una duración promedio de 11,7 días. Estancia hospitalaria promedio fue de 21 días. Se obtuvo una mortalidad global intrahospitalaria del 24%, mortalidad a los 30 días por SAMS 75% y SAMR 15%.

Conclusiones: Coincidiendo con estudios retrospectivos realizados en Latinoamérica, nuestro trabajo demostró que el germen aislado más frecuente fue SAMS. Sin embargo la mortalidad en nuestra serie fue mayor por SAMS y no por SAMR. La duración de la estancia hospitalaria no tuvo diferencias significativas en ambos grupos pero al compararlo con otros estudios se observó una diferencia significativa en cuanto a SAMR, siendo menor en nuestro hospital para ambos gérmes. En cuanto a la mortalidad observamos que el SAMS fue el que predominó tanto en intrahospitalaria y como a los 30 días. La baja mortalidad por SAMR podría estar asociada al esquema empírico inicial utilizado.

C-19-01 // ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON ADENOPATÍAS

SOLA, M.; MARTINEZ, M.; BUSO VANRELL, A.; GIARDULLO, C.; CALDAS, M.; GARCÍA, R.; EGAN, P;

BARRIOS, p.; CORREA, I.; SOUSA MATÍAS, D.; VILLALVERDE, M.
Hospital Nacional Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las adenopatías son un motivo frecuente de consulta, siendo relevante el diagnóstico etiológico precoz, ya que pueden significar enfermedades cuyo tratamiento mejore el pronóstico y/o la calidad de vida. El Consultorio de Atención Inmediata concentra los pacientes con adenopatías del Hospital Posadas, que requieran diagnóstico y/o seguimiento ambulatorio.

Materiales y Métodos: OBJETIVO: Describir las características clínicas, los procedimientos y los diagnósticos arribados de los pacientes que son derivados al CAI por adenopatías entre enero 2016 a diciembre 2017.

Estudio retrospectivo, descriptivo con diseño serie de casos.

Análisis de los datos: Se incluyeron 198 pacientes, 47,5% mujeres y 52,5% hombres, con una mediana de edad de 29. Los diagnósticos por categorías fueron: infecciones 56,6% (reactivas, sífilis, TBC), neoplasias 32,3% (linfomas principalmente), autoinmunes 1% y misceláneas 9,6%; los pacientes menores de 40 años presentaron más frecuentemente causa no neoplásica (85,7%) y los mayores de 40 causa neoplásica (63,9%) (p<0,0001). La localización en cabeza y cuello fue predominante, como también la presentación como poliadrenopatías. El 81,8% presentó otras manifestaciones asociadas. En los pacientes con neoplasia, el tiempo de evolución previo a la consulta tuvo una mediana de 90 días y una mediana de tiempo entre la primer consulta y el inicio del tratamiento específico de 65 días para oncohematológicos y 77 para tumores sólidos. El tiempo hasta el diagnóstico y para inicio de tratamiento específico en neoplasias fue de 30 y 67 días respectivamente, siendo menor comparando con patología no oncológica (p<0,0001). De los 61 pacientes que presentan PAAF y biopsia, el diagnóstico de ambos métodos fue discordante en 33 casos (linfomas 71%, TBC 40% y metástasis 33%).

Conclusiones: Encontramos menos casos de síndrome retroviral agudo y más de toxoplasmosis aguda como causas de síndromes mononucleosiformes; y más casos de adenitis tuberculosa con respecto a la bibliografía. La patología oncológica aumenta con la edad, constituyendo el principal diagnóstico en nuestra serie en mayores de 40 años. La PAAF se acepta como un método rápido, mínimamente invasivo y seguro para la evaluación inicial. Se calcula una sensibilidad mayor al 90% para metástasis de carcinomas y del 70% para linfomas, aunque en nuestro relevamiento este procedimiento no arrojó resultados satisfactorios. Resulta fundamental proponerse optimizar los tiempos de diagnóstico y de inicio de tratamiento para las enfermedades neoplásicas, ya que mejora la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes. Se necesitan campañas de educación para poner en conocimiento a la población sobre síntomas de alarma, así como también la creación de redes institucionales para garantizar la derivación urgente a centros de alta complejidad con profesionales idóneos en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

VARIABLE	TOTAL	NEOPLASIAS	NO NEOPLASICO	test
EDAD	n= 198	64	134	<0,0001
	mediana	29,0	52,0	22,5
	10-30	20-49,3	36,3-63,8	19-35,3
Edad_dicot.	<40AÑOS n(%)	120(63,6)	19(28,1)	10(880,6)
SEXO	F 94(47,5)	28(49,3)	66(43,8)	0,468
	M 104(52,5)	36(50,7)	68(66,2)	
DIAGNOSTICO	n(%)	113(57,1)		
	Infeccioso	64(32,3)		
	Neoplásico	2(1)		
	Autoinmune	2(1)		
	Miscelánea	19(9,6)		
LOCALIZACION	n(%)			
	Cab y Cuello	140(70,7)	43(60,7)	97(69,3)
	Arterial	40(20,2)	19(27,5)	21(25,5)
	supraclavicular	37(18,7)	23(32,2)	14(17,8)
	inguinal	72(36,4)	30(41,7)	42(48,3)
	Intratorácica	12(16,2)	23(71,9)	9(28,1)
	adrenales	26(13,1)	23(88,5)	3(11,5)
POLIADENOPATIA	n(%)	118(59,6)	48(75)	70(47,8)
	no	80(40,4)	16(25)	64(52,2)
TIEMPO_SINTOMAS	mediana	31	90	22
	10-30	14-91,25	48,25-132,5	8,75-63
TIEMPO_AL DIAG.	mediana	6,5	30	1
	10-30	0-35	5,25-56	0-25,75
TIEMPO_AL TTD.	mediana	20	67	4
	10-30	2-49,75	40-123,25	0-20
PAAF-BIOPSIA	n(%)	61(30,8)		
	DISCORDANTE	33(54,1)		

C-19-02 // EFECTIVIDAD DEL CONTROL LUEGO DEL EGRESO HOSPITALARIO PARA REDUCIR EL RIESGO DE REINTERNACIÓN

TREVISANELLO, L.; COUSILLAS, E.; CATALANO, H.; CRINITI, J.; IZCOVICH, A.; RUIZ, J.
Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Determinar si el control médico luego del egreso hospitalario reduce la tasa de reinternaciones. Determinar si existen diferencias cuando el primer contacto luego del egreso hospitalario lo realizan los médicos clínicos u otras especialidades.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cohorte retrospectiva. Se incluyeron todas las internaciones en sala general durante el año 2017, cuyo servicio líder fue Clínica Médica. Para cada internación se evaluó sexo y edad del paciente, si el motivo de internación era clínico o quirúrgico, duración de la internación, si pertenecía al Plan Médico del Hospital Alemán (PMHA), y la fecha y especialidad del profesional con quien consultó por primera vez luego del egreso. Se clasificaron los profesionales de la siguiente manera: clínicos, especialidades clínicas, servicio de emergencias y especialidades quirúrgicas. Se realizó un análisis univariado y multivariado, mediante un modelo de Cox, considerando como desenlace la reinternación dentro de los 180 días del egreso, y como exposición el haber tenido un control. Luego se realizó un análisis similar para determinar diferencias entre las distintas especialidades en el mismo período de tiempo.

Resultados: Se incluyeron 1962 internaciones en 1550 pacientes, con una edad media de 69.66 (DS 18.48) años, de los cuales 890 (45.36%) eran hombres y 1048 (53.41%). El motivo de internación fue clínico en 1815 (92.51%) ocasiones, y la estadía hospitalaria fue menor o igual a una semana en 1206 (61.47%) casos. En el análisis univariado la edad más joven ($p < 0.01$) y la internación menor a una semana ($p < 0.01$) se asociaron con mayor tasa de controles. En el análisis multivariado se observó que tener un control, ajustado por edad y duración de la internación, se asoció con menor riesgo de reinternarse (HR 0.84 (IC 95% 0.71 - 0.99)) en los 6 meses siguientes. Comparados con aquellos evaluados por un médico clínico, quienes tuvieron la primera consulta luego del egreso con un médico de una especialidad clínica presentaron mayor riesgo de reinternarse (HR 1.38 (IC 95% 1.04 - 1.84)). En aquellos casos que fueron evaluados en el servicio de emergencias (HR 1.36 (IC 95% 0.93 - 1.99)) o por una especialidad quirúrgica (HR 1.32 (IC 95% 0.86 - 2.04)) se observó una tendencia similar, aunque sin significancia estadística.

Conclusiones: En nuestra experiencia, tener contacto con el sistema de salud, independientemente de la especialidad del profesional, disminuye el riesgo de reinternarse dentro de los 6 meses. Considerando solamente los pacientes que concurren a control, aquellos cuya primera visita luego del egreso fue con un médico clínico tuvieron menor probabilidad de reinternarse. Estos hallazgos deberían ser confirmados considerando las comorbilidades de cada individuo. Esta información no sólo permite conocer mejor las características y actitudes de los pacientes, sino que además permitirá desarrollar racionalmente programas para mejorar desenlaces relevantes para los pacientes, mejorando el continuo de atención.

C-19-04 // PREVALENCIA DE HIPERTENSION EN CONSULTORIO EXTERNO

ROMERO, C.; BUENO, D.
Romerosalud. Jujuy, Argentina.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de Hipertensión Arterial en Consultorio Externo

Materiales y Métodos: Se realizó evaluación en consultorio externo de Hipertensión Arterial entre los meses de junio y julio del año 2018. Se examinaron 100 pacientes (Masculinos:39 Femeninos:61) con la edad promedio de 42 años a quienes se le realizó dos tomas de Presión Arterial. Se tomó como parámetro de Presión Arterial todo paciente que presentaba presión Arterial mayor a 140 y/o 90 mmHg con o sin medicación.

Resultados: Se evaluaron 100 pacientes en consultorio externo encontrando 38 pacientes con Hipertensión arterial (38%) de los cuales el 60 % era de sexo femenino y el 40% sexo masculino. De los pacientes con Hipertensión 20 estaban tratados y controlados y 18 estaban tratados y no controlados. El 30% de los pacientes desconocían que tenían Hipertensión Arterial. El 10% de los pacientes conocían de su enfermedad pero no se trataban.

Los pacientes controlados tomaban 2 o más medicación mientras que los pacientes no controlados tomaban una medicación en forma irregular o aislada.

Al interrogatorio se encontró poca información de normas higiénico dietéticas con factores de riesgo importante.

Conclusiones: Se encontró alta prevalencia de Hipertensión Arterial en consultorio Externo, 38%. Se observó incumplimiento de toma de medicación y falta de información de normas higiénico dietéticas.

C-19-03 // PROGRAMA DE CONTROL TEMPRANO LUEGO DEL EGRESO HOSPITALARIO ? RESULTADOS PRELIMINARES

TREVISANELLO, L.; COUSILLAS, E.; CATALANO, H.; SORRENTINO, L.; MENENDEZ, P.; LAVENA MARZIO, A.; ESPINOSA, F.; CRINITI, J.
Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Presentar los resultados preliminares de un programa de control temprano luego del egreso hospitalario.

Materiales y Métodos: Se consideraron para el estudio todos los pacientes internados en sala general, cuyo servicio líder fuera Clínica Médica. A criterio del médico tratante, se les ofreció a determinados pacientes la posibilidad de realizar un control temprano luego del egreso hospitalario con un médico residente. Al momento de entregar la epícrisis se le asignó un turno según las preferencias del paciente y su familia, y la disponibilidad de turnos. Se hizo hincapié en la necesidad de hacer el control dentro de los 15 días del egreso. Las consultas, realizadas por médicos residentes de 4to año, se centraban en determinar la adecuada evolución clínica del paciente, evacuar dudas del individuo y su familia, conciliar la medicación y realizar controles de laboratorio, principalmente.

Resultados: Durante los dos meses que transcurrieron desde que se implementó el programa se realizaron 61 consultas en 48 pacientes, de un total de 52 citados. De aquellos que concurren al control el 54.16% eran hombres, y la edad media fue de 67.09 (+/- 16.77) años. Pertenecían al PMHA el 41.67% de los individuos, y el 91.49% de las internaciones fueron exclusivamente de resorte clínico. El promedio de tiempo transcurrido desde el egreso hospitalario hasta el control fue de 8.75 (+/- 4.11) días. En el mes siguiente al egreso, once (22.91%) pacientes debieron ser controlados más de una vez y cuatro (8.33%) volvieron a internarse.

Conclusiones: Esta experiencia piloto demuestra que la implementación de un programa de control temprano post egreso hospitalario es factible y aceptada por los pacientes. Creemos que el desarrollo del programa les brindará a los pacientes la posibilidad de sentirse contenidos, al mismo tiempo que podría reducir las consultas no programadas a otros sectores del hospital y, en última instancia, evitar internaciones innecesarias y no demorar aquellas que si lo sean. Estimamos que el uso de criterios objetivos para decidir qué paciente requiere controles tempranos mejorará el impacto del programa..

C-19-05 // EVALUACIÓN DE HIPERTENSO EN CONSULTORIO EXTERNO

ROMERO, C.; BUENO, D.
Romerosalud. Jujuy, Argentina.

Objetivos: Evaluación de pacientes hipertensos en Consultorio Externo

Materiales y Métodos: Se evaluaron 50 pacientes (Masculino: 20 Femenino:30) hipertensos en consultorio externo entre los meses Abril a Julio del año 2018. La edad promedio de los pacientes evaluados fueron 45 años. Se tomó como parámetro de Hipertensión Arterial la Guía de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Se evaluó toma de medicación, tipo de medicación, Peso, Altura y Hábitos higiénico dietéticos.

Resultados: De los 50 pacientes evaluados 7, (14 %) no conocían su patología, 15 (30%) conocían pero no se trataban.

El resto de los pacientes tomaban medicación en forma irregular y/o aislada. De la población estudiada el 50% presentaba sobrepeso y/o obesidad, el 70% consumía alta dosis de sal, el 30% presentaba diagnóstico de Diabetes, el 10% manifestó que tomaba bebidas alcohólicas en forma aislada y solo el 30% se habría realizado en alguna oportunidad control de laboratorio de dislipemia. El 100% no conocía las normas higiénico dietéticas o las conocía parcialmente.

Conclusiones: De los Pacientes Hipertensos evaluado se observó un porcentaje elevado de pacientes que no conocían su enfermedad y/o no se trataban. Tampoco cumplían con las normas higiénico dietéticas por falta de conocimiento total o parcial de las mismas.

C-19-06 // IMPACTO DEL TRABAJO NOCTURNO EN LA SALUD DE LOS MÉDICOS DE SANTA FE

GAYDOU BORSOTTI, A.; CORTE, M.; PRALONG, M.; MARIANO IACOK, P.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: -Describir las consecuencias ocasionadas en la salud de los médicos que desarrollan su trabajo en horario nocturno, analizar si el trabajo nocturno sumado a mayor cantidad de horas semanales afecta la atención y la calidad de la consulta.

-Conocer el tipo de sustancias utilizadas por los médicos para mantenerse despierto durante las jornadas laborales, y por último,

-Analizar si el trabajo nocturno repercute en la salud gineco-obstétrica de las mujeres.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo, en médicos de 25 a 70 años que trabajan en horarios nocturnos en Hospital J.M. Cullen y J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fé. Datos procesados por el programa Windows SPSS V23 FCM. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, analizadas utilizando el Test Chi cuadrado y Test Fisher. Significancia $\geq 0,05$. Se utilizó una encuesta basada en la "Escala analógico visual de adaptación al turno de trabajo" 10 modificada para este fin.

Resultados: La muestra se compuso de 62 médicos, distribuidos en forma equitativa en ambos hospitales. Todos menores de 50 años. El 72,6% (n=45) de los médicos trabajan más de 70 horas semanales. El 91,93% (n=57) de los médicos duerme menos de 8 horas diarias. El 80% (n=36) de los médicos que trabajan más de 70 horas refieren alteración en la calidad del sueño ($p=0,003$), el 68,9% (n=31) manifestó deterioro en su rendimiento laboral ($p=0,046$), un 66,7% (n=30) refirió afectación negativa de su estado emocional ($p=0,008$), y el 93,3% (n=42) presentaron sensación de atención inadecuada en sus consultas ($p=0,003$); Además el 77,8% (n=35) de los médicos refieren presentar disminución de la memoria en el transcurso del día ($p=0,06$), el 86,7% (n=39) de los médicos presentan dificultad para pensar ($p=0,001$). Se halló asociación significativa al comparar todas estas variables con la carga laboral mayor a 70 horas semanales. Respecto a afectación gineco obstétrica: el 56,5% (n=13) de las mujeres presentan alteraciones en su ciclo menstrual ($p=0,011$). Dentro de las sustancias consumidas para mantenerse despiertos, las más utilizadas fueron mate, café y té. Seguidas de Modafinilo y tabaco.

Conclusiones: Con la información obtenida se puede concluir que el trabajo nocturno es un factor de riesgo para múltiples trastornos orgánicos. Siendo los más frecuentes las alteraciones en la calidad y cantidad del sueño diario, repercusiones negativas en el rendimiento laboral, alteraciones ginecoobstétricas y el excesivo consumo de diversas sustancias para mantenerse despierto durante la jornada laboral.

C-20-01 // SATISFACCIÓN LABORAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

BRAVIN, F.; TEJADA, S.; ROJAS PIÑERO, M.; LEYTES, M.; SANTONOCITO, M.; DELGADO, D.; GÓMEZ

PORTILLO, J.; ZIZZIAS, S.

Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Establecer mediante una encuesta no validada el grado de satisfacción laboral (SL) en un Hospital de tercer nivel.

Objetivos Secundarios:

-Conocer si existe relación entre el grado de satisfacción, desarrollo de enfermedades crónicas y consumo de fármacos.

-Relacionar el grado de SL con la percepción de toma de decisiones personales.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal mediante encuestas tipo Likert, no validado, basado en el cuestionario Font-Roja, de carácter anónimo y auto administradas al personal de salud del Hospital El Carmen. Criterio de inclusión: profesional de salud -médicos, enfermeros, bioquímicos, técnicos, licenciados, otros- trabajando en el Hospital El Carmen (HEC) con antigüedad mayor a 60 días, que trabajen más de 8 horas semanales. Criterios de exclusión: personal jerárquico y personal de salud que realice actividades administrativas.

Resultados: En nuestro estudio se encuestaron 312 personas dedicadas al trabajo asistencial de un total de 1092, siendo una muestra estadísticamente significativa con un intervalo de confianza superior al 95%.

62% son mujeres, edad media de 38 años. Solteros 39%, casados 35%, 14% vive en concubinato. 60% tiene hijos: 26% 2 hijos, 19% 1 sólo hijo, 15% 3 o más. 45% son médicos, 30% enfermeros. 58% ha trabajado durante 1 y 10 años. Trabajan 40 horas semanales 30%, más de 44 horas el 26%, siendo todos ellos residentes. 44% no realiza guardias, 32% hace 12 horas. 56% tiene dedicación exclusiva. 54% nunca fumó, 22% abandonó, 19% fuma. Sólo el 1% tiene pensado dejar. 44% no realiza actividad física, 31% realiza menos de 150 minutos semanales. 54% no posee enfermedades crónicas conocidas, 12% es hipotiroideo, 10% hipertenso. En cuanto al entorno físico de trabajo, 25% se mostró muy satisfecho, 37% satisfecho y 27% poco satisfecho. El equipamiento de trabajo es satisfactorio en el 47%. El 77% consideró su trabajo relevante o muy relevante. 81% consideró que puede llevar a cabo todas las actividades siempre o casi siempre. 56% piensa que sus pares valoran su trabajo, la percepción de la valoración por sus superiores inmediatos es muy buena o excelente en el 46%. 87% no sufrió nunca o casi nunca maltrato de familiares, 13% se siente maltratado al menos una vez por semana. 55% nunca o casi nunca ha valorado dejar su puesto actual, 10% analiza casi siempre o siempre. 82% cree que sólo en algunas oportunidades o nunca, el bienestar de los empleados es una prioridad para la institución.

Conclusiones: Los trabajadores sienten que se cuenta con la infraestructura y el material adecuado para realizar las actividades diarias. El maltrato no es un problema frecuente. Sin embargo, un gran porcentaje considera que su trabajo no es valorado por sus pares o superiores y la institución no tiene en cuenta su satisfacción laboral como prioridad. Se deberían detectar los motivos que llevan a esta situación para poder tomar medidas para contrarrestarla y así lograr mayor contención del trabajador y aumentar el grado de satisfacción laboral.

C-19-07 // BARRERAS DE ACCESIBILIDAD QUE LLEVAN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO A LA CONSULTA TARDIA.

GAYDOU BORSOTTI, A.; REUS, V.; DÍAZ PARODI, G.; ORTIZ, V.; CARRERA, L.; TALIMONIUK, I.
Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: El Pie diabético es un síndrome clínico y complicación crónica de la diabetes mellitus. Realizar evaluaciones completas del riesgo del pie diabético y llevar un cuidado de los pies basado en la prevención, la educación y un enfoque que incluya a un equipo multidisciplinario, reduce las complicaciones de los pies y las amputaciones. **Objetivos:** Reconocer barreras de accesibilidad del paciente con pie diabético que asiste al Hospital J.M. Cullen, Samco Esperanza y Samco Recreo, y analizar las posibles falencias del equipo multidisciplinario que lo abordan.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un trabajo de carácter observacional, de corte transversal, en los meses de marzo a septiembre de 2018. Los datos fueron recolectados por medio de encuestas para los pacientes y para los profesionales de salud. Los datos fueron capturados en una base de datos Microsoft Excel y se analizaron mediante los paquetes estadísticos GNU PSP versión 1.0.1-g818227, software for statistical analysis y; EPI INFO 7.2.2.2. Para las variables cuantitativas, se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión y, para las variables cualitativas se emplearon medidas de frecuencia y porcentaje, medidas de asociación OR e intervalos de confianza al 95%, medidas de asociación no paramétricas como Chi2. El nivel de significancia seleccionado fue de $p < 0,05$.

Resultados: Las barreras de accesibilidad más prevalentes fueron aquellas asociadas a la disponibilidad y a la aceptabilidad sociocultural. Menos de la mitad de los profesionales conoce el test del monofilamento y solo un tercio conoce el instrumento para realizarlo. Se determinó que un tercio de los pacientes refirieron haber padecido una úlcera en el pie y el 18.33% requirieron una amputación del mismo, estos datos se pueden corroborar por medio de la revisión bibliográfica, la cual expresa que un 25% de los pacientes diabéticos presentarán una úlcera en el pie durante su vida, y el 30% requerirán una amputación. Es importante identificar que el déficit de educación diabetológica fue la barrera de accesibilidad más prevalente en la población estudiada.

Conclusiones: El pie diabético es una complicación grave de la diabetes mellitus, que puede ser prevenible. Una correcta identificación de las barreras de acceso al servicio de salud, la educación diabetológica y el reconocimiento de los signos precoces son los medios para una buena adherencia y automanejo de los pacientes con pie diabético.

C-20-02 // EL MÉDICO Y LA ERA DIGITAL, ¿UNA RELACIÓN DE USO, ABUSO O DE DEPENDENCIA?

GARCIA, N.; SALOMÓN, S.

Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Conocer para que usan los médicos los dispositivos inteligentes y determinar si se ha vuelto un hábito peligroso. Comparar si existen diferencias entre los médicos clínicos y el resto de las especialidades a la hora de su uso.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y transversal a través de una encuesta autoadministrada, anónima y validada, vía internet, con preguntas tipo múltiple choice sobre la utilización que tiene el médico de las redes sociales e internet y la necesidad de servirse de éstas herramientas en su vida diaria. Se incluyeron médicos de diferentes especialidades de nuestro nosocomio. Se comparó los Clínicos (CM) vs No Clínicos (nCM). Análisis estadístico: EpiInfo, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, chi cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados: Se encuestaron 112 profesionales, 55% mujeres; edad promedio 32.2 (DS±9) años. El 46% correspondían a médicos clínicos. El 34% sólo se desconecta de su red social cuando duerme, siendo que el 78% lee sobre temas médicos en la noche, de los cuales 52% son CM ($p < 0,02$). El 70% afirmó que no se desvela por navegar en redes sociales. El 65% revisa sus redes sociales desde que se levanta, siendo 55% CM ($p < 0,04$). El 38% afirma no poder estar más de 30 minutos sin revisar los mensajes de su WhatsApp. Un 64% utiliza su dispositivo móvil para buscar información de índole general, 62% lo utiliza para redes sociales y un 34% para buscar artículos. El 65% tiene más de 2 aplicaciones médicas en su celular, siendo 55% CM ($p < 0,007$). Un 25% no las ha utilizado todas. Sin contar WhatsApp, Facebook fue la red social más utilizada con un 51%. Solo el 23% tiene más de 2 redes sociales, siendo mayoría hombres 61% ($p < 0,04$). El 27% utiliza las redes sociales para compartir información médica. Al 82% no lo siguen? pacientes en sus redes sociales. Durante el consultorio el 95% de los médicos utilizan su celular, el 44% destinado a buscar nombres comerciales de fármacos, el 29% para buscar costos. El 95% utiliza whatsapp para consultar a sus colegas. El 61% toma conducta acerca de lo que pregunta por whatsapp. El 42% responden consultas de sus pacientes por whatsapp. El 46% afirma que las redes sociales son un beneficio para el ámbito profesional. El 80% sostiene no sentirse inseguro si no consulta permanentemente a internet para ejercer su profesión con predominio nCM ($p < 0,03$). A la hora de buscar información médica solo un 8% acude a los libros de referencia. Se le dio a elegir a los médicos sobre que sería más importante entre estar un mes sin sexo y un mes sin celular, el 78% sostiene que estaría sin celular, siendo estadísticamente significativo en el sexo femenino ($p < 0,04$) y en el grupo nCM ($p < 0,021$).

Conclusiones: El uso de Whatsapp muestra ser la herramienta de más frecuente uso entre colegas y con los pacientes para resolver problemas. Los médicos clínicos son los que más tiempo están conectados y más aplicaciones emplean. Es evidente que la era digital ha logrado un progreso en la medicina, pero dado que genera cierta dependencia tenemos que aprender a usarla responsablemente.

C-20-03 // ¿CUÁL ES LA REALIDAD LABORAL DE LAS RESIDENCIAS DE CLÍNICA MÉDICA EN MENDOZA?

HOFFMANN, M.; SALOMÓN, S.; LASCANO, S.; GISBERT, P.; PEÑA Y LILLO, E.; FERNANDEZ, M. Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar las características laborales de las residencias (Re) de Clínica Médica (CM) en la provincia de Mendoza y comparar la situación entre Re públicas (Pu) y privados (Pri).

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, observacional y comparativo; a través de una encuesta validada, autoadministrada y anónima a residentes (R) y jefe de residentes (JR) de CM de hospitales públicos y privados de Mendoza. Se incluyeron datos sociodemográficos, conformación del servicio, condiciones laborales, y conformidad de los R con su institución. Análisis estadístico: Epi info: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, test exacto de Fisher, ANOVA.

Resultados: Encuestas 86. Mujeres 69%, edad 28 ±3.4 años, eran R1 39%, R2 21%, R3 19%, R4 16% y JR 6%. Solteros 71%. Hijos 13%. Viven con su familia 42%. Institución (In) Pu 88%. Beca: provincial 85%. Su In tiene: control infecciones 94%, comité (Co) docencia e investigación 84%, Co ética o bioética 48%, Co ética en investigación 46%, médicos de planta (MP) 100%, instructor de residentes (IR) 95% y JR 87%. Rotaciones obligatorias y optativas 100%, rotación comunitaria 93% y guardias en servicios de urgencias 89%. N° máximo de camas evolucionadas/día 12.6 ±7.6 y mínimo 3.3 ±2.1. Condiciones laborales: reciben remuneración 99%, media 27171 ±7074 pesos. Tipo de relación contractual: beca 73.5%. El hospital provee: alimento 100%, cobertura de salud 83%, ART 77%, aguinaldo 57%, aportes jubilatorios 55% y seguro médico 27%. Cuentan con 1 día libre/sem. 78%. Descanso postguardia 66%. Trabaja >80hs/semana 48%. Duerme 35-45hs/semana 55%. Guardias: R1 realizan 8 67%, R2 8 17%, R3 4 75% y R4 no realiza 43%. Trabaja fuera de la Re 24%, guardias 62%. Tienen 30 días de vacaciones/año 92%. Evaluación de su Re: clima de trabajo e interrelación con otros R: conformes 49%, condición laboral: conformes 50%. Volvería a elegir su profesión 93%; su especialidad 83.5% y su Re 88%. Del análisis comparativo: R Pri vs R Pu: camas máximas evolucionadas/día 8.3 ±7.7 vs 12.6 ±2.2 p=0.0001; media de remuneración en pesos 15328 ±4315.4 vs 28576 ±7329.2, p=0.00001; horas de trabajo, descanso postguardia, clima de trabajo y trabajo fuera de la Re fueron NS. Condición laboral: conformes (pNS). Volverían a elegir: hospital (pNS), especialidad 60 vs 87% p=0.05 y profesión 70 vs 96% p=0.01.

Conclusiones: Un alto porcentaje de R recibe remuneración y becas por su trabajo; las coberturas esenciales se contemplan en la mayoría de los casos. Sin embargo 1 de cada 2 R trabaja >80hs/semana y duerme menos de 35hs/semana, a pesar de esto el 66% tiene descanso postguardia. Los R de In Pri reciben menor remuneración. Cabe destacar que la mitad de los R se encuentran conformes con el clima laboral, el compromiso y dedicación de los MP y la formación y condiciones laborales. Además cerca del 90% refirió que volvería a elegir la profesión, la especialidad y su In.

C-21-02 // ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA, FACTORES DE RIESGO Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

VILLANI, C.; FORTUNA, J.; MEZZAPELLE, M.; MOYANO, G.; VALENTI, F. Clínica Pueyrredon. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La enfermedad vascular periférica (EVP) es secundaria a diferentes factores de riesgo, siendo los más relevantes el tabaquismo, hipertensión (HTA), diabetes (DBT) y dislipemia (DLP), por lo que deben considerarse de alto riesgo para sufrir eventos vasculares. Entre 1990 y 2010, la mortalidad por EVP se incrementó un 229%, en Argentina la prevalencia en mayores de 70 años es de 4.7%, es más frecuente en hombres (4:1), mayores de 60 años y en territorio de miembros inferiores. La manifestación principal es la claudicación intermitente.

En el siguiente trabajo, el objetivo principal fue analizar la prevalencia del evento que determinó la amputación del miembro inferior: secundario a infección de piel, partes blandas y osteomielitis y/o isquemia arterial aguda. Como objetivos secundarios fue determinar factores de riesgo más frecuentes, prevalencia de sexo, edad media de amputación en nuestra institución y comparar con los datos actuales en Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo a partir de datos obtenidos de historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por el S. de Traumatología. Todos con diagnóstico de EAP y con tratamiento de los factores de riesgo. Se excluyeron dos pacientes que no presentaban EAV y que requirieron amputación secundaria a causa traumática. Se analizó cuál fue el evento por el cual requirieron cirugía de amputación.

Resultados: Se analizó en el programa SPSS. Las variables analizadas fueron edad, sexo, HTA, DBT, tabaquismo, isquemia arterial aguda e infección de piel, partes blandas y osteomielitis.

El período analizado fue desde el año 2015 al 2018, un total de 28 cirugías. El 75% fueron masculinos, la edad promedio de amputación fue de 69 años, el 75% era tabaquista o ex tabaquista, el 61% eran hipertensos y diabéticos, el 17.8 % eran sólo hipertensos, el 14.3% sólo diabéticos, mientras que el 3.6% presentaba el tabaquismo como único factor de riesgo. Por último en el 39.2% la causa de amputación fue secundaria a isquemia arterial aguda, mientras que el 60.8% fue por infección de miembro inferior (piel, partes blandas y osteomielitis).

Conclusiones: La edad promedio de amputación se correlaciona con los estudios realizados en Argentina. La causa principal para la cirugía de amputación fue la infecciosa, y el tabaquismo el factor de riesgo más prevalente.

C-21-01 // ANÁLISIS DEL USO DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR (FVCI) EN UN SANATORIO PRIVADO DE CABA

TORRES, N.; ROSALES OSTRIZ, M.; RAMÍREZ, R.; PTASKIN, M.; FREUE, J.; SCAPELLATO, J.; CAMPESTRI, R. Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Objetivos: El uso de FVCI se ha incrementado, principalmente a expensas de filtros removibles, a pesar de sus discutidos resultados en la morbilidad de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Su principal indicación sigue siendo ETV aguda (2-4 sem) con contraindicación de anticoagulación (AC) y el retiro de los mismos se deberá realizar en el momento adecuado junto con el reinicio de AC. Otras indicaciones no tienen evidencia suficiente. Por tal motivo decidimos evaluar el uso de FVCI en pacientes internados en un sanatorio privado.

a) Evaluar número y tipo de FVCI colocados en pacientes hospitalizados entre 01/06/2013 y 31/12/2016. b) Determinar indicaciones, complicaciones asociadas a colocación y remoción, número de FVCI retirados y causas de permanencia. c) Medir la mortalidad de la población estudiada al 31/07/17.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se usaron datos del registro de compras del departamento de farmacia e historias clínicas.

Resultados: Se colocó FVCI en 45 pacientes (0.13% de 32339 pacientes internados). 16 mujeres (35.6%) y 29 varones (64.4%). La mediana de edad fue de 45 años.

Los factores de riesgo de ETV fueron en su mayoría neoplasia activa (40%).

24 pacientes (53.5%) diagnóstico de TVP, 8 (17.7%) TEP y 13 (28.8%) TVP/TEP.

En el 100% de los casos se usó filtros recuperables marca J&J.

En 34 pacientes (75.5%) el FVCI fue colocado dentro de las 2 semanas del diagnóstico de ETV, en 6 (13.3%) 3-4 semanas y en 5 (11.2%) se desconoce.

La indicación de FVCI fue en 32 pacientes (70.5%) contraindicación de AC y en 13 pacientes (29.5%) complicación hemorrágica asociada a AC.

Se intentó extracción del FVCI en 10 pacientes (19.5%) con éxito en el 100%. En 35 pacientes (77.3%) no se realizó extracción, 24 (68.5%) persistía contraindicación de AC, 1 (2.9%) falta de material, 1 (2.9%) no se indicó la extracción a pesar de tener indicación y 9 (25.7%) se desconoce. La mediana de permanencia del FVCI fue 35 días; 1 paciente 74 días (presentó hematoma retroperitoneal asociado a la extracción).

37 pacientes (82.2%) egresaron vivos, 8 (17.8%) fallecieron, 1 (2.5%) por complicación hemorrágica, el resto por otras causas. Al 31/07/17 vivían 17 pacientes (37.8%) y 20 (62.2%) fallecieron.

Conclusiones: Se colocaron FVCI en 45 pacientes, la mayoría entre 40 y 60 años y más del 40% con neoplasia activa (indicación controvertida). En más de dos tercios no se realizó la remoción (a pesar de colocarse filtros removibles en el 100%) y no hubo complicaciones asociadas remarcables de la colocación ni de la extracción (excepto 1 paciente con hematoma pos extracción a los 74 días). El 62% de los pacientes falleció a la fecha del estudio.

Si bien los FVCI son una buena herramienta terapéutica, se debe considerar estrictamente las indicaciones y hacer un control exhaustivo para realizar la extracción del mismo en caso de que esté indicado antes del día 30 a 50, y así evitar la necesidad de la AC a largo plazo y las complicaciones de la permanencia del FVCI.

C-21-03 // EFECTO DE LAS ESTATINAS EN EL DESARROLLO DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA

PERONI, H.; VAZQUEZ, F.; GRANDE RATTI, M.; IVÁN, R.; ALONSO SERENA, M.; POSADAS MARTINEZ, M.;

QUIROS, F.; GIUNTA, D.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Una de las complicaciones crónicas más relevantes luego de la Trombosis Venosa Profunda (TVP) es el Síndrome Postrombótico (SPT). Está reportado con una incidencia acumulada a los 2 años del 50%, siendo el resultado de la hipertensión venosa que sigue al desarrollo de la incompetencia valvular, al reflujo y a la obstrucción venosa. Dado que en estas fases actúan diferentes componentes inflamatorios como determinantes y las estatinas presentan un potente efecto pleiotrópico, nos propusimos evaluar la asociación entre el consumo de estatinas y el desarrollo de SPT.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo conformado por pacientes con primer episodio de TVP entre el 06/2006 al 12/2017, incluidos en el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica (RIET) del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Se consideró exposición al consumo de estatinas (CE) entre los 30 días previos y hasta 180 días posterior al diagnóstico de TVP. Se definió SPT según constaba este dato en la base de seguimiento del RIET. Se evaluó el desarrollo de SPT con un modelo de riesgos proporcionales de Cox, se reportaron los HR crudos y ajustados. Se consideró la confusión por indicación del consumo de estatinas y se utilizó un propensity score para el ajuste del riesgo estimado. Se reportan los HR con sus intervalos de confianza 95%, se consideró estadísticamente significativa las p < 0.05.

Resultados: De un total de 1393 pacientes, se incluyeron 905 para el análisis, de los cuales 273 fueron consumidores de estatinas (CE) y 632 no consumidores de estatinas (NCE). La prevalencia de SPT al seguimiento fue: 6.59% (18) en el grupo CE y 8.07% (51) en grupo NCE, con p=0.412. El HR crudo del consumo de estatinas fue de 0.78 (IC95% 0.43-1.41; p=0.414) para el desarrollo de síndrome postrombótico. El HR del consumo de estatinas ajustado por edad, sexo, Aines, corticoides, inmovilidad, tratamiento anticoagulante, HTA, DBT, dislipidemia, IRC, enfermedad coronaria, ACV, ICC y enfermedad oncológica fue de 0.45 (IC95% 0.13-1.5; p=0.196) para el desarrollo de síndrome postrombótico. El HR del consumo de estatinas ajustado por edad, sexo, Aines, corticoides, inmovilidad, tratamiento anticoagulante, enfermedad oncológica y propensity score fue de 0.52 (IC95% 0.17-1.66; p=0.272) para el desarrollo de síndrome postrombótico.

Conclusiones: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de estatinas y el desarrollo de SPT, aunque hubo escaso número de eventos detectados en ambos grupos.

C-21-04 // INTERVENCIONES ENDOVASCULARES POR TROMBOSIS EN GRANDES VENAS: ENTRENAMIENTO DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

COSTANTINI, R.; TELAYNA, J.; TELAYNA, J.; COLIMODIO, P.; ARIS CANCELA, M.; PAGANINI, M.
Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: **Introducción:** La estrategia de anticoagulación sistémica para trombosis venosa profunda (TVP) aguda mejora los síntomas, disminuye la probabilidad de tromboembolismo de pulmón y eventos trombóticos recurrentes. Sin embargo, rara vez es suficiente para disminuir la carga trombótica, particularmente en eje iliaco femoral. El tratamiento endovascular combinado de angioplastia farmacomecánica (trombolíticos, tromboaspiración y angioplastia) es capaz de reestablecer la permeabilidad del vaso con elevada preservación de las válvulas venosas y disminuir la probabilidad de síndrome posttrombótico. La conformación de un grupo colaborativo multidisciplinario puede aportar ventajas múltiples para la identificación y tratamiento de esta patología con elevada morbilidad. **Objetivo:** Analizar los resultados clínicos de procedimientos endovasculares de angioplastia farmacomecánica en la misma sesión en pacientes con síndrome trombotico venoso agudos y la evolución temporal tras la conformación de un equipo multidisciplinario para esta patología.

Materiales y Métodos: Población: de 52 intervenciones venosas consecutivas globales fueron seleccionadas 47 pacientes intervenidos por cuadro de trombosis venas de grandes venas. De ellas 38 fueron realizadas luego de asistencia inicial a eventos académicos dedicados particularmente. Las características basales fueron: edad 38,1 ± 15 años; mujeres 26 (55%); hipertensión arterial 8 (17%); tabaquismo 8 (17%); dislipidemia 2 (4%); diabetes 2 (4%); anticonceptivos 9 (19%); antecedentes hereditarios familiares 1 (2%); cáncer asociado 11 (23%); viaje prolongado 4 (8%); posoperatorio reciente 9 (19%); tiempo promedio síntoma agudos ? tratamiento 10.8±10.4 días; síndrome vena cava 8 (17%); trombosis venosa profunda 36 (76%); TEP asociado 13 (28%); FVC previo intervención 21 (45%). Venas comprometidas: miembros superior - humeral/axilar/subclavia/tronco braquicefálico 17 (36%); vena cava inferior 6 (13%); iliaco 18 (38%) - síndrome de May Thurner 11(23%); femoral y poplitea 11 (23%). Angiografía y Procedimiento: circulación colateral 30 (64%); acceso femoral 26 (55%); acceso femoral y popliteo 5 (11%); acceso popliteo 13 (28%); Acceso 5 - 8 Fr 18 (38%); 9 - 24 Fr 30 (64%); tromboaspiración 30 (64%); tromboaspiración Penumbra® 4 (8%); trombolíticos locales 27 (57%); rTPA 26 (55%); trombolisis prolongada 4 (8%); angioplastia sólo con balón 12 (25%); implante de stent 24 (51%); tiempo de sala 142 ± 59 min; material de contraste 183 ± 78 ml; tiempo de fluoroscopia 29 ± 16 min.

Resultados: **Resultados:** Los resultados fueron: éxito del procedimiento 43 (91%); embolia pulmonar clínica o sangrado mayor 0; muerte periprocedimiento 0; requerimiento transfusional 2 (4%); anticoagulación crónica extendida 42 (89%).

Conclusiones: Es factible y seguro la técnica de reperfusión venosa (angioplastia farmacomecánica) en la misma sesión en los pacientes con trombosis venosas profundas agudas. La conformación de un team multidisciplinario puede elevar no sólo el diagnóstico y tratamiento de esta patología sino además asegurar que los pacientes de alto riesgo no sean perdidos, como así también elevar los conocimientos y experiencias en el estándar de cuidado.

C-21-06 // MIGRAÑA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES DOS EXPRESIONES DE UNA MISMA ENFERMEDAD

GAYDOU BORSOTTI, A.; GASPARI, R.; PIANTINO, E.; CRUELLAS, M.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: La Migraña es una forma de expresión de cefalea primaria con una prevalencia de 10-15% en la población mundial.

La hipótesis de acuerdo a lo consultado en la evidencia es que existiría una correlación estadísticamente significativa entre la aparición de Migraña a edades tempranas y la aparición de eventos cardiovasculares.

Uno de los objetivos de este trabajo es establecer el grado de relación existente entre Migraña y evento cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio transversal, prospectivo, por conveniencia, basado en la recolección de datos mediante una encuesta voluntaria y anónima

Resultados: Los resultados obtenidos de una muestra al azar de 90 pacientes, 58 de sexo masculino y 32 femenino, ingresados a dos establecimientos hospitalarios uno de salud pública y otro de medicina privada.

Se encontró una mayor número de pacientes con antecedente de Migraña con Accidente Cerebrovascular 65,9% (p=0,01), que con Infarto Agudo de Miocardio y o Tromboembolismo venoso o isquemia arterial periférica

Conclusiones: El hallazgo de una relación frecuente entre Migraña y Accidente Cerebrovascular, en la población analizada en este trabajo, nos lleva a considerar la posibilidad que el diagnóstico de Migraña a temprana edad pueda ser un marcador precoz de daño endotelial y predictor de evento cerebrovascular.

C-21-05 // LA PROGRESIÓN DE LA ATROSCLEROSIS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

PEREZ, H.; ABALLAY, L.; ARMANDO, L.; GARCIA, N.
Inicsa Conicet. Córdoba, Argentina.

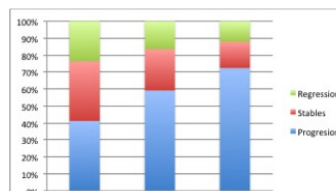
Objetivos: Se investigó la relación entre el grado de deterioro de función renal y el área total de la placa carotídea (TPA) en pacientes con función renal normal (FRN) y en la etapa 2 (IRC2) y 3 de insuficiencia renal (IRC3).

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de Cohorte, analítico. Las evaluaciones clínicas, bioquímicas y el Área de Placa Total Carotídea (TPA) se determinaron en el tiempo 0 y después de 1 año. El TPA se midió usando ultrasonografía carotídea como ha sido descrito previamente. Se utilizó la fórmula de MDRD-4 para estimar el filtrado glomerular (eGFR). El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional y cada paciente dio su consentimiento. Test ANOVA y un modelo lineal generalizado multivariado con la distribución gamma fueron utilizados cuando era apropiado.

Resultados: Filtrado Renal Normal (FRN) (46 ± 2 años) tenía eGFR 84±6 ml / min, presión arterial (PA) 135 ± 3/82 ± 2 mmHg, IMC 31 ± 1, LDL113 ± 11 mg / dl, HbA1c 6,7 ± 0,4% y el TPA más bajo 31,8 ± 6,3 mm2. La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) estadio 2 (52 ± 1 años) presentó eGFR 70±1 ml/min, PA 132±1/81±1 mmHg, LDL 131±11 mg/dl, HbA1c 6,2±0,1% y TPA 53±6 mm2, mientras que la IRC3 (59±1 años) tenía eGFR 56±1 ml/min, PA 139 ± 2/83 ± 1, LDL130±3 mg/dl, HbA1c 6,2±0,1% y TPA 72±10 mm2 (p< 0.05, FRN vs IRC2). El grupo IRC2 tuvo la mayor progresión en 1 año. El modelo lineal generalizado indicó que el TPA aumentó con la eGFR más baja sólo en pacientes diabéticos (p<0,008), y ni la edad ni la medicación concomitante influyeron en la progresión de TPA.

Conclusiones: La TPA basal y la progresión de TPA fue mayor con función renal reducida, especialmente en DM II, y no se relacionó con LDL, niveles de triglicéridos ni edad. Sugerimos que otros mecanismos distintos de los clásicos factores de riesgo son responsables del exceso observado de enfermedad cardiovascular en la IRC. TPA debe medirse para evaluar los efectos de la terapia anti-aterosclerótica, con el fin de disminuir la tasa de eventos cardiovasculares muy alta observada en pacientes con IRC.

G1 (n=17)	G2 (n=122)	G3 (n=58)	G4 (n=51)
Edad/hombres	46±2(377%)	52±1(68%)	60±1(51%)*
IMC (kg/m2) (%)	30±1.0 0.3±1	31±0.4 1.1±0.4	30±0.5 1.5±0.7
eGFR (ml/min) (%)	105±4 -20±4*	71±1* -1±2	53±1* 6.5±2
Tabaquismo (%)	17	18	19
DM (%)	30	21	34
HTA (%)	33	37	56
TAS/TAD (%)	135±4/82±2 -4.1±2/0.7±1	133±1/81±1 0±1/-0.5±1	139±2/83±1 -4.9±1/-2.3±1
Col LDL (mg/dl) (%)	113±12 1.4±5	131±11 0.8±3	130±5 -3.2±4
Col HDL (mg/dl) (%)	47±3 -2.1±3	47±1 2.9±3	51±1 -2.2±4
Trig (mg/dl) (%)	178±34 36±16*	156±7 7.9±3	165±13 5.4±6
HbA1c (%) (%)	8.1±0.6 7.9±6	7.2±0.2 0.8±3	6.8±0.3 9.6±3
TPA (%)	63±41	150±38*	132±40*



C-21-07 // SEGUIMIENTO INTENSIVO DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOMETABOLICO DURANTE 8 AÑOS, EN UNA OBRA SOCIAL DE CORDOBA, ARGENTINA.

PEREZ, H.; TORALES, S.; ARMANDO, L.; GARCIA, N.
Inicsa Conicet. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Evaluar el efecto de un Modelo de Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas (MCC) en el control de factores de riesgo (FR) de pacientes (ptes) con alto riesgo cardiovascular (ARCV).

Materiales y Métodos: El periodo de evaluación (2008-2015) incluyó >18 años de la OSPLYF Cba. Primero medimos el riesgo CV con el Score de Framingham (FRS) con índice de masa corporal (IMC). Aquellos con un FRS<10% seguían con el médico de cabecera (MC), aquellos con un FRS>10% se determinó el área total de aterosclerosis carotídea para re-estratificación de riesgo, y aquellos con FRS>10% eran asistidos a consultorio de ARCV, los demás al MC. Dos programas de estímulo cuando los ptes tenían FR controlados, al médico (pago extra) y al pte (medicación gratis). El seguimiento fue monitoreado por variables clínicas, actividades educativas, uso de chat con agente sanitario, programa de peso ideal, actividades deportivas y recreativas. Definimos ptes con FR controlados cuando la HbA1c<7%, Col<200mg/dl, TA<130/70 mmHg. Se usaron las recomendaciones de la SAM para cada patología. Retrospectivamente la incidencia de eventos CV fue evaluada.

Resultados: En 2008 se evaluó el 27% de la población, llegando al 72% en 2015. La inclusión de hipertensos (HTA) y diabéticos (DM) aumentó, como el control de los HTA en 2010 a 2015 (48% y 77% respectivamente). En 2015 el 76% de los DM presentaban una HbA1c<8%. En 2010 el 66% tenían un LDL<120mg/dl y en 2015 el 71%. Igual, en DM el 70% presentaba un LDL<100mg/dl (2015). El IMC no varió significativamente. El análisis retrospectivo de eventos CV mostró una reducción de 48%, 1,90% en 2011 vs 0.99% en 2015.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que implementar y sostener un MCC es efectivo para el control de FR y posiblemente la disminución de eventos CV. Esfuerzos por medio de las prestadoras de salud es necesario para optimizar control de FR en nuestra comunidad.

C-21-08 // OPINIÓN DE ACTORES CLÍNICOS RELEVANTES EN ARGENTINA ACERCA DE LAS GUÍAS ACC/AHA 2017 SOBRE MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

VALDEZ, P; WACKER, J.; LEFF, D.; CÁMERA, L.; PARODI, R.; BROSIÓ, D.; CATALANO, H.; SABIO, R.; MILIONE, H.
Hospital Vélez Sarsfield. Caba, Argentina.

Objetivos: Cuantificar opiniones acerca de las nuevas conductas que sugieren las guías ACC/AHA 2017 sobre manejo de la hipertensión arterial, en especial sobre cifras para inicio farmacológico. Aplicar el sistema GRADE a los resultados de dicha encuesta.

Materiales y Métodos: Cuestionario autoadministrado a los miembros de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Medicina y a los integrantes del Foro Argentino de Medicina Clínica, y contactos clínicos de los referidos miembros.

Resultados: Respondedores: 469. Varones: 52% Edad y antigüedad profesional respectivamente 47.98 ± 0.53 y 21.58 ± 0.55 años. El 75% tiene actividad hospitalaria. El 50% realiza docencia de grado, siendo profesor el 15%. Asimismo el 50% hace docencia de posgrado. El 58% ha participado en investigaciones. El 31% ha participado en programas en entidades oficiales gubernamentales. El promedio de hipertensos atendidos mensualmente es 86.29 ± 3.93 (40470 hipertensos). Un 65% considera que el automonitoreo tiene utilidad para diagnóstico y seguimiento. El 71% considera que el apego estricto a las guías en general puede afectar la relación médico paciente. El 32% no está de acuerdo con el objetivo a alcanzar que proponen las guías ACC/AHA 2017, y el 41% propone individualizar cada caso. El 50% piensa que el riesgo de efectos adversos por tratamiento en cifras límite, puede superar los beneficios que plantea la guía. El 28% considera que las recomendaciones que propone ACC/AHA 2017 NO cumplen con criterios que las catalogan como de bajo riesgo de sesgo. El 46% opina que el equilibrio siempre deseado de tener beneficios para la salud pública y beneficios individuales NO es tan claro con estas nuevas guías. El 50% inicia tratamiento con IECA, y el 25% lo hace individualizando.

La mediana de PS/PD a partir de los cuales considera comenzar con fármacos es 140/90 en general y 130/85 para diabéticos o vasculares.

Aplicando el GRADE: el problema es prioritario pero las metas a alcanzar se sustentan en pruebas de baja certeza, con resultados deseables pequeños, efectos adversos importantes y, a pesar de que lo propuesto es viable, no es aceptable por todos los participantes en la decisión siendo además variables los valores y preferencias de los usuarios. Se fundaron en ensayos clínicos que usaron técnicas de medición poco reproducibles en nuestro medio.

Conclusiones: Los encuestados establecen 2 puntos de corte para empezar a tratar con drogas, que dependen del riesgo de base y no de la edad. Dichos valores son más elevados que los sugeridos por AHA/ACC.

Se recomienda condicionalmente en contra de seguir las guías de la AHA para el tratamiento de la hipertensión arterial.

C-22-01 // EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN EL MEDIO PÚBLICO Y PRIVADO DE LA CIUDAD DE SANTA FE.

FERNANDEZ ESCOBAR, J.; FAINBERG, M.; UBIERGO, L.; MARSILI, S.
Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Determinar los factores que influyen sobre la calidad de vida de los enfermos renales crónicos en 3 centros de la Ciudad de Santa Fe.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo observacional, transversal y prospectivo en pacientes de ambos sexos, de entre 18 y 70 años, con diagnóstico de ERC, que concurren a la consulta/diálisis durante el año 2018 en los establecimientos privados "Sanatorio Garay" y "Fresenius Medical Care", y en la institución pública "Hospital J.B. Iturraspe" de la provincia de Santa Fe. Criterios de exclusión: quienes tuvieran algún deterioro cognitivo diagnosticado o trastorno depresivo severo que les impidiera la realización de la encuesta. La recaudación de datos se realizó a través de historias clínicas y de la aplicación autoadministrada del cuestionario KDQOL-36. A este último se lo comparó con los siguientes factores: tabaquismo, cobertura asistencial, tratamiento dialítico, anemia, hipertensión arterial, hiperfosfatemia.

Resultados: En la base de datos se analizó un total de 96 pacientes, 46 mujeres (47.9%) y 50 hombres (52.1%). El promedio de edad fue 51.71±13.16 años, con 58.4% laboralmente inactivo. De la totalidad de la muestra, 55.3% no contaban con cobertura médica y el 44.8% restante sí. Al momento del estudio 54 pacientes se encontraban en tratamiento dialítico (56.3%). La causa de la IRC más frecuente fue nefropatía diabética (34.4%) y otras (30.2%) en las que se incluyeron Glomerulopatías secundarias, Tumores, Síndrome urémico hemolítico, etc. La población en su mayoría resultó hipertensa (75%), no fumadora (68.8%) y con un consumo diario de 5 fármacos, es decir, PM moderado (37.2%).

De los 6 factores evaluados, se obtuvo una relación estadísticamente significativa (p<0,05) en 4 de ellos. El de mayor impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la muestra fue la atención recibida según la cobertura en servicios públicos o privados. En cuanto a la salud general, en los sujetos que concurren al servicio público se halló mayor deterioro en su MCS (Público 41,79 ± 12,46 vs Privado 46,94 ± 10,72; p=0,035) y CPS (Público 38,91 ± 11,02 vs Privado 43,45 ± 9,8; p=0,039). En cuanto a los restantes factores, los pacientes con hipertensión, con anemia y con hiperfosfatemia obtuvieron peores puntajes en la mayoría de las subescalas, como se observa en la Tabla 3. Con respecto al análisis de la población en tratamiento dialítico contra aquellos que no lo realizan, los primeros presentaron mayor Carga de ERC (43,24 vs 55,26; p=0,035).

Conclusiones: Para los pacientes, presentar ERC influye negativamente en la percepción de su salud en general y en su salud mental, así como en ciertas funciones de índole social, rol físico, rol emocional y energía. Los pacientes que provienen del medio público reflejaron mayor impacto en su calidad de vida al igual que los pacientes con hipertensión y anemia asociada.

VARIABLE	SUBESCALA		N	PUNTAJE	p
HTA	Síntomas**	NO	24	84.13 ± 10.76	0.035
		SI	72	78 ± 15.26	
	MCS**	NO	24	49.74 ± 10.59	0.007
		SI	72	42.22 ± 11.84	
	PCS**	NO	24	45.27 ± 9.08	0.022
		SI	72	39.5 ± 10.93	
ANEMIA	PCS	NO	34	43.76 ± 11.74	0.005
		SI	61	39.67 ± 10.96	
	Carga***	NO	34	75 (rango 100)	0.028
		SI	61	50 (rango 100)	
	Rol Físico****	NO	34	62.50 (rango 100)	0.011
		SI	61	25 (rango 100)	
HIPERFOSFATEMIA*	Síntomas	NO	34	75 (rango 95)	0.005
		SI	61	55 (rango 100)	
HIPERFOSFATEMIA*	Síntomas	NO	20	85.17 ± 9.63	0.054
		SI	31	78.79 ± 12.18	

C-21-09 // OPINIÓN DEL FORO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA (FIMI) ACERCA DE LAS GUÍAS AHA/ACC 2017 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

VALDEZ, P; WACKER, J.; LEFF, D.; CÁMERA, L.; SABIO, R.; HIZA RIBERA, R.; HERNÁNDEZ AYAZO, H.; ARIAS, C.; DÍAZ SILVERIO, S.; GUZMAN MELGAR, I.; DÍAZ SALAZAR, L.; RODRIGUEZ GARCIA, J.; BARRIOS, J.; ARAUJO, T.; PENNY, E.; ORMAECHEA, G.; DURAN, M.; CASARIEGO VALES, E.
Hospital Vélez Sarsfield. Caba, Argentina.

Objetivos: Cuantificar opiniones acerca de las nuevas conductas que sugieren las guías ACC/AHA 2017 sobre manejo de la hipertensión arterial, en especial sobre cifras para inicio farmacológico.

Materiales y Métodos: Cuestionario autoadministrado a los miembros del Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI), y contactos clínicos de los referidos miembros.

Resultados: Respondedores: 334. Varones: 64% Edad y antigüedad profesional respectivamente 46.59 ± 0.66 y 25.64 ± 5.87 años. El 84 % tiene actividad hospitalaria. El 66% realiza docencia de grado, siendo profesor el 36%. Asimismo el 55% hace docencia de posgrado. El 57% ha participado en investigaciones. El 44% ha participado en programas en entidades oficiales gubernamentales. El promedio de hipertensos atendidos mensualmente es 94.66 ± 6.31 (31616 hipertensos). Un 61% considera que el automonitoreo tiene utilidad para diagnóstico y seguimiento. El 66% considera que el apego estricto a las guías en general puede afectar la relación médico paciente. El 25% no está de acuerdo con el objetivo a alcanzar que proponen las guías ACC/AHA 2017, y el 46% propone individualizar cada caso. El 50% piensa que el riesgo de efectos adversos por tratamiento en cifras límite, puede superar los beneficios que plantea la guía. El 36% considera que las recomendaciones que propone ACC/AHA 2017 NO cumplen con criterios que las catalogan como de bajo riesgo de sesgo. El 46% opina que el equilibrio siempre deseado de tener beneficios para la salud pública y beneficios individuales NO es tan claro con estas nuevas guías. El 29% inicia tratamiento con IECA, y el 27% lo hace con ARA2, individualizando el 36%. El 36% inicia con monodroga. El 58% utiliza en su consulta calculadoras de riesgo cardiovascular (las más usadas: Framingham, ASCVD).

La mediana de PS/PD a partir de los cuales se considera comenzar con fármacos es 140/90 para pacientes sin diabetes ni daño vascular (independiente de la edad), o para diabéticos y vasculares de 65 y más años. Para población diabética o vascular de hasta 65 años se propone 130/85 como punto de corte para iniciar fármacos.

Conclusiones: Los miembros del FIMI establecen 140/90 para empezar a tratar con drogas, excepto en menores de 65 años con riesgo basal, donde proponen 130/85. Dichos valores son más elevados que los sugeridos por AHA/ACC.

C-22-02 // PROTEINURIA EN RANGO NEFRÓTICO EN LA INTERNACIÓN, EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN UN SANATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE CABA

CABEZAS MARQUEZ, K.; REBAK, J.; MARCHETTI, P.; MARIOLI, G.; ELIAS, N.; TOMBINI, D.
Güemes. Caba, Argentina.

Objetivos: Con el siguiente trabajo se describe la experiencia en 2 años en la internación general del Sanatorio Güemes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina en cuanto a diagnóstico, mortalidad y descripción de la población.

Materiales y Métodos: Se utilizaron datos de las historias clínicas electrónicas de pacientes internados entre el 1 de Abril de 2015 y el 31 de Marzo de 2017. Se seleccionaron pacientes con proteinuria de 24hs mayor a 3,5 gramos por 1,73 m2 por día en la internación, se excluyeron pacientes menores de 16 años o con patologías obstétricas causantes de proteinuria, se excluyeron pacientes ambulatorios. Se recolectaron variables demográficas, comorbilidades, características clínicas y mortalidad.

Resultados: Se recolectaron datos de 50 pacientes en total. Solo 3 de ellos (6%) presentaron síndrome nefrótico completo. La tasa de mortalidad en la internación fue de 62% observando que la enfermedad renal crónica previa al diagnóstico de SN se asoció a una menor mortalidad. En el 54% de los pacientes se tomó biopsia renal, siendo la Glomerulonefritis membranosa la causa anatomopatológica más frecuente (36,8%). aquellos pacientes que presentaban antecedentes de Insuficiencia renal crónica 4 27,5% (n=11) presentaron menor mortalidad en la internación (n: 2 p<0,001)

Conclusiones: En Argentina son escasos los reportes epidemiológicos respecto de esta patología. En nuestra casuística la distribución en las lesiones anatomopatológicas es similar a la reportada a nivel internacional. La elevada tasa de mortalidad en la internación demuestra la severidad de la condición clínica y debe advertirse como potencial indicador de mal pronóstico. Es notoria la observación que los pacientes con enfermedad renal crónica previa al diagnóstico de síndrome nefrótico han tenido una mortalidad menor. Estos hallazgos podrían ser directriz de futuras investigaciones. El presente trabajo busca actualizar la casuística local.

C-22-03 // TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ESTIMADA CON LA DEPURACIÓN DE CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS

MARTÍNEZ, L.; VARELA TABARES, D.; RESTREPO LOZADA, M.; RUIZ, A.; ROLDAN TABARES, M.; URIBE BETANCUR, J.; GUARIN, M.; LAMBIS LOAIZA, L.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Introducción: La prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) continúa creciendo en el mundo. En Colombia, la prevalencia se encuentra alrededor del 10% de la población. La Tasa de Filtración Glomerular Estimada (TFGe) se realiza para clasificar su estadio; actualmente se usan ecuaciones como Cockcroft-Gault (CG), la Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal (MDRD) y la Colaboración de Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica (CKD-EPI).

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 961 pacientes de 18 a 70 años sin proteinuria, quienes consultaron del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017, con estadios entre 1 a 4; se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para establecer la correlación entre las fórmulas CG, MDRD y CKD-EPI con la depuración de orina de 24 horas.

Resultados: Los pacientes tenían una edad promedio de 56 años, 561 mujeres (58.4%) y 400 hombres (41.6%). El peso promedio fue de 69.6 Kg. La distribución por estadios fue la siguiente: 33% estadio 1, 41.2% estadio 2, 13.2% estadio 3a, 7.2% estadio 3b y 5.4% estadio 4. La depuración de creatinina promedio en orina de 24 horas fue de 76.4 mL/min/1.73 m², mientras que la calculada por las cuatro fórmulas fue de 72.2 mL/min/1.73 m² por CG, 69.6 mL/min/1.73 m² por MDRD y 79.4 mL/min/1.73 m² por CKD EPI. Se obtuvo una correlación más fuerte con la fórmula de CKD-EPI, con un rho de correlación de 0.68.

Conclusiones: Las fórmulas de la TFGe en la población colombiana tiene una correlación regular comparadas con la depuración en orina de 24 horas con muestra confiable y sin proteinuria, estas fórmulas deben ser ajustadas a nuestra población.

C-22-04 // ¿USO DE AMINOGLUCÓSIDOS E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN LOS SERVICIOS DE CLÍNICA MÉDICA Y CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HMALL.?

ESTUDIO DESCRIPTIVO
HARTSTOCK, J.; SOFIO, M.; DODERO, R.; DEL VALLE, J.; DURAN, L.; PFEIFFER, C.; LENTA, M.; ORTEGA, V.; TOMÁS, A.; PRIETO, L.; MANDOLESI, M.; AYMAR, M.; MAURIZI, D.; DIETRICH, D.; ALTUBE, A.; CHIARVETTO PERALTA, M.; GALLARDO, M.; MARBÁN, M.; LAMPONI TAPPATÁ, L.
Hospital Municipal Leonidas Lucero. Buenos Aires, Argentina

Objetivos: conocer la frecuencia de insuficiencia renal en pacientes que reciben aminoglucósidos y los factores asociados a su aparición.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyeron pacientes internados en los Servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica que recibieron tratamiento o profilaxis antibiótica con aminoglucósidos. Las variables de análisis fueron las características basales del paciente, valor de creatinina al inicio, durante y posterior al uso del antibiótico, tipo de aminoglucósido utilizado, dosis, días de tratamiento, asociación con otros fármacos nefrotóxicos y estado hemodinámico del paciente al ingreso y a las 48 hs. Se definió insuficiencia renal al aumento de creatinina plasmática de 0,3 mg/dl con respecto al valor basal previo al inicio de antibiótico.

Resultados: se analizaron datos de 143 pacientes que recibieron aminoglucósidos. El 55% pertenecieron al sexo femenino y la media de edad fue de 54,35 años (rango de 18 a 94 años). La comorbilidad predominante para insuficiencia renal hallada con más frecuencia fue diabetes mellitus en el 24% de los pacientes. El 95% recibieron al menos otro fármaco nefrotóxico. Al inicio del tratamiento el 50% de los pacientes presentaba deshidratación, el 14% tenían presión arterial menor a 90/60, y el 31% cumplían criterios de sepsis. A las 48 horas de tratamiento, solo 8 (6%) persistían con sepsis. El 91% de los pacientes recibieron gentamicina, siendo la dosis más frecuente indicada de 240 mg (79%). El 9% recibieron amikacina, mayormente a dosis de 1 gramo (69%). La media de uso de aminoglucósido fue de 4.95 días, con rango de 1 a 15 días. El 12% de los pacientes presentaron insuficiencia renal aguda, siendo 5,6% (8) durante el tratamiento y 6,3% (9) luego de finalizado el mismo.

Conclusiones: la frecuencia de insuficiencia renal asociada al uso de aminoglucósidos hallada en este estudio resultó similar a la reportada en la bibliografía.

C-23-01 // PROBABILIDAD DE SUFRIR APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN UNA POBLACIÓN DE CÓRDOBA.

ALCARAZ, m.; CHOQUET, C.; CORTES, J.; BELLONE CECCHIN, M.; LEMOS, L.
Hospital Rawson. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Objetivo general: Identificar a los pacientes con alta probabilidad de desarrollar AOS según la aplicación del cuestionario de Berlin en una población de Córdoba.

Objetivos específicos: Describir los resultados obtenidos según la clasificación por IMC.

Correlacionar los individuos con IMC > 25, con el riesgo de padecer AOS calculado por el cuestionario de Berlin.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo, correlacional y transversal, utilizando datos extraídos del Cuestionario de Berlin, realizado a personas que participaron de la «Jornadas de Salud Cardiovascular» durante el mes de agosto 2017 organizadas como actividad de extensión por las Cátedras de Clínica Médica de UNC y residentes de carrera de especialistas en Clínica Médica del Hospital Rawson. Se trató de individuos mayores de 17 años, que asistieron a Centros de Participación Comunal por distintas gestiones que no tenían que ver con cuestiones de salud. Se realizaba un cuestionario de riesgo cardiovascular y el cuestionario de Berlin y se realizaba control de la tensión arterial.

Se analizaron los cuestionarios de Berlin, con el objetivo de estimar la probabilidad de padecer AOS.

Criterios de Inclusión: Individuos con residencia habitual en la provincia de Córdoba que participaron en dicha jornada y que contestaron el cuestionario de Berlin. Criterios de Exclusión: Cuestionarios incompletos.

Se analizaron las variables obtenidas en cuestionario de Berlin.

Aspectos Éticos: Los investigadores se comprometieron a mantener la confidencialidad de los datos. El proyecto fue evaluado por el Comité de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital Rawson.

Resultados: Cálculo de la Muestra 385. Se analizaron un total de 461 cuestionarios.

La edad promedio fue de 49 años. En la muestra analizada se observa un ligero predominio del sexo masculino.

Tienen alta probabilidad de desarrollar AOS, 273 (59.29 %) participantes. Gráfico 1.

Del total de participantes, 332 (72%) tienen un IMC mayor o igual a 25.

Se realizó análisis entre variables y en la tabla N° 1 se observa la relación entre IMC > 25 y Probabilidad de padecer AOS. También correlacionamos la Obesidad y Probabilidad de AOS, en donde un 98% de la población con obesidad determinada por IMC, presenta alta probabilidad de sufrir AOS.

Conclusiones: Se determinó que la población estudiada sufre alta probabilidad de padecer AOS.

Se encontró mayor prevalencia del sobrepeso, con respecto a la obesidad.

Este instrumento es útil para seleccionar a aquellos pacientes que deben acceder a los métodos diagnósticos.

A pesar de los hallazgos de alta probabilidad, no se recomienda utilizar modelos de predicción clínica como único método diagnóstico, ni adoptar conductas terapéuticas específicas en base solamente a ellos, por lo que solo constituyen indicadores de acceso a otros métodos.

Este cuestionario permite seleccionar los pacientes candidatos para polisomnografía, favoreciendo la utilización adecuada de recursos.

tabla 1 correlación IMC/ Probabilidad de AOS según cuestionario de Berlin

I M C / Prob	Probabilidad alta %	probabilidad baja %	total
IMC <25	38 (29.45)	91 (70.55)	129
IMC >25	235 (70.78)	97 (29.22)	332
TOTAL	273	188	461



C-23-02 // TOMOGRAFÍA COMO MARCADOR DE MORBI-MORTALIDAD EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

MARIÑO CAMACHO, G.; VILELA, A.; CASTRO, V.; LARZABAL, F.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Objetivos: Introducción: La NAC es la causa más frecuente de morbi-mortalidad, en argentina la incidencia global es de 1.26 por cada 1000 habitantes. El diagnóstico clínico de NAC basado exclusivamente en criterios clínicos se ve dificultado por la gran variabilidad de signos focales del examen del tórax entre distintos observadores, es así que para complementar su diagnóstico la sociedad americana de tórax y la IDSA recomiendan solicitar radiografía de tórax a los pacientes con sospecha de NAC. Estudios sobre la utilidad de la TAC de tórax son limitados, pero sin embargo estudios pequeños con número reducido de pacientes demostró que en pacientes con síntomas leves sugestivos de NAC la tomografía identificó un porcentaje más elevado de imágenes patológicas.

Objetivos: Demostrar la importancia de la tomografía como marcador de morbi-mortalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad evaluando los tipos de hallazgos radiológicos, tratamiento y complicaciones. Hipótesis: La utilidad de la TAC como marcador, predictor de morbi mortalidad en el paciente de neumonía identificando patrones no visualizados por radiografía así como complicaciones y eventual toma de conductas terapéuticas ya sea en sala general o pase a UTI.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo.

Población: 1) Criterios de inclusión: edad mayor de 16 años, clínica compatible con neumonía, hallazgos radiológicos característicos de neumonía. 2) Criterios de exclusión: neumonía intrahospitalaria o aspirativa, inmunosupresión, enfermedad oncológica, HIV/SIDA, tratamiento con corticoides.

Resultados: En la realización del trabajo, durante el periodo del 1 de Junio del 2018 al 28 de Septiembre del 2018 se registraron un total de 1130 pacientes de los cuales 25 con diagnóstico de NAC. La población presenta una edad promedio de 68 años (DS: 05.20), con edad mínima de 16 años y máxima de 91 años, con una media de 40 (DS: 05.31) para el sexo femenino y 60 (DS: 05.023) para el sexo masculino. Las comorbilidades de la población siendo la HTA 44 (05.050) y tabaquismo 44 (05.050) quien predomina seguido de enfermedad coronaria 24 (05.044), dislipidemia 12 (05.034), deterioro cognitivo crónico 12 (0.33), asma 12 (05.033), ICC 8 (05.029), IRC 8 (05.028), DM 8 (05.030), enfermedad onco-hematológica 4 (05.020). Con lo que respecta a síntomas de presentación la tos + expectoración 92 (0.27) predomina, seguido de fiebre 56 (0.50), disnea 36 (0.49), dolor torácico 4 (0.2), confusión 0. En cuanto a la edad para el grupo comparativo la media fue de 67 años (20 DS) y para el grupo de riesgo la media fue de 76 años (14 DS). Los patrones radiográficos predominantes son el alveolar 48 (0.50), intersticial 36 (0.49) y Borramiento de ángulos costo diafragmáticos y cardíaco frénicos fue de 0. Los patrones topográficos el que predomina es el empedrado 48 (0.51) seguido de vidrio esmerilado 44 (0.51) y derrame pleural 8 (0.27).

Conclusiones: La TAC no demostró diferencia en morbi-mortalidad, pase a unidad cerrada o complicaciones.

C-23-03 // VALIDEZ DEL NÚMERO DE AÑOS DE EXPOSICIÓN A BIOMASA PARA EL DIAGNÓSTICO DE EPOC

BASTIDAS GOYES, A.; CHAUSTRE, J.; CARDONA MONTES, C.; PINZÓN SAAVEDRA, A.; RINCÓN SALAZAR, A. Universidad De La Sabana. Cundinamarca, Colombia.

Objetivos: Determinar la validez del antecedente de exposición al humo de leña para el diagnóstico de EPOC.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal con análisis de prueba diagnóstica en pacientes que asistían a consulta externa en una clínica de tercer nivel de atención en Colombia, a quienes se les realizó un cuestionario de para obtener información sociodemográfica y de antecedentes de exposición al humo de biomasa, además de antecedentes de tabaquismo, nivel educativo y síntomas respiratorios. Se realizó a los pacientes espirometría y curva flujo volumen pre y post B2 siguiendo las recomendaciones de la ATS (American Thoracic Society) el criterio de EPOC se consideró como una relación VEF1/CVF <0,7 post B2. El cálculo de tamaño muestral se realizó considerando una sensibilidad de 90%, especificidad del 70%, prevalencia 26,7 y precisión de 5 un número mínimo de 521 sujetos. Se realizó el cálculo de riesgo y de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, razón de verosimilitud positiva, razón de verosimilitud negativa y área bajo la curva de características operativas del receptor con el número de horas expuesto a humo de leña en promedio al día y el número de años de exposición.

Resultados: Ingresaron al análisis final un total de 613 sujetos, 101 (16,5%) con EPOC, el promedio de edad fue 61 años (DE:15,5), 351(57,3%) de sexo femenino, 189 (30,8%) con primaria completa, 298 (48,6%) con antecedente de tabaquismo y 309 (50,4%) con antecedente de exposición al humo de biomasa, el promedio de edad de inicio de síntomas respiratorios fue 53,2 años (DE: 19,7), el antecedente de exposición al humo de biomasa mostró un riesgo de 1,8 (IC95%:1,16-2,8) para EPOC, el ACOR para años de exposición al humo de leña fue de 0,583(IC95%:0,496-0,670)(p=0,044) y el ACOR para horas de exposición fue de 0,498(IC95%:0,416-0,580)(p=0,955), para la exposición mínima al humo de leña de un año se encontró un riesgo de 0,5(IC95%:0,09-2,81)(p=427) para EPOC, para 5 años de 1,11(IC95%:0,46-2,66)(p=0,813), 10 años 1,33(IC95%:0,73-2,39)(p=343), para 15 años 1,62(IC95%:0,93-2,83)(p=0,085) y para 20 años de 2,68(IC95%:1,49-4,84)(p=0,001), para una exposición mayor 20 años la sensibilidad fue de: 62,4(IC95%:52,3-72,3), especificidad 51,9(IC95%:47,5-56,4), VPP: 20,4(IC95%:15,7-25,0), VPP:87,5(IC95%:83,6-91,4), LR+: 1,3(IC95%:1,09-1,55), LR-:0,72(IC95%:0,56-0,94).

Conclusiones: El número de años expuesto al humo de leña muestra una relación con el diagnóstico de la EPOC, teniendo un mayor riesgo y mayor rendimiento diagnóstico cuanto este es mayor de 20 años de exposición, el número de horas de exposición día no se encontró en relación con el diagnóstico de EPOC.

C-24-01 // ACV ISQUÉMICO, QUE PODEMOS MEJORAR

ROJAS, G.; TANTEN, R.; FULLANA, M.; RUEDA, M.; ESCUDERO, A.; MASSA, J.; CHUMBITA, L.; DA SILVA, G.; MENGUAL, D.; ESQUIVEL, M. Hospital Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Contabilizar el número de pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular (ACV) isquémico, registrar el número de pacientes que consultan dentro del periodo de ventana, conocer los motivos de la demora en el diagnóstico, contabilizar los días de estancia hospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. La población comprende a pacientes internados en el servicio de clínica médica del hospital marcial Quiroga de la provincia de San Juan. La muestra comprende a todos los pacientes con diagnóstico de ACV isquémico que ingresaron desde el 01/06/16 hasta el 31/12/16. La recolección de datos se llevó a cabo, a través de una planilla de Excel cargada al momento del ingreso y egreso del paciente. En la cual se recabó el puntaje de escala de NIHSS al ingreso, el motivo por el cual el paciente no llega en periodo de ventana, días de estancia hospitalaria, y mortalidad. Se utilizaron medidas de dispersión, IC 95% y desvío Estándar. El análisis estadístico se realizó a través de EpiInfo.

Resultados: De 44 pacientes, 28 (63,63%) fueron hombres, la edad promedio fue 66.15 años (DE 14.02) con rango entre los 40 y 95 años. El promedio de internación fue de 7.86 días (DE 6.73). Del total de pacientes, 35 (79.55%) consultaron fuera del periodo de ventana, de los cuales 6 (17.17%) fue por demoras en la atención, 28 (80%) por falta de conocimiento de la síntomas, y 1 (2.86%) por error diagnóstico. La mortalidad fue 4 (9.09%) con una escala de NIHSS entre 7 y 24.

Conclusiones: Debido a que la mayoría de los pacientes analizados no consultaron dentro del periodo de ventana y que el principal motivo fue el desconocimiento de los síntomas de alarma sugestivos de ACV, consideramos importante implementar campañas publicitarias, para instruir a la población en el reconocimiento temprano del cuadro.

C-23-04 // VALIDACION DEL CUESTIONARIO CDQ PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC

BASTIDAS GOYES, A.; ORTIZ RONACILLO, L.; CORREA GALLEGOS, J.; FAJARDO MURIEL, L.; PULIDO ARDILA, L.; RINCÓN SALAZAR, A. Universidad De La Sabana. Universidad De La Sabana, Colombia.

Objetivos: Determinar la validez del puntaje CDQ para el diagnóstico de EPOC en Colombia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectiva con análisis de prueba en mayores de 40 años que asistían a la realización de espirometría en el servicio de Consulta Externa en la Clínica Universidad de la Sabana, Chía, Colombia, se aplicó el cuestionario CDQ en la versión en español, que consta de ocho preguntas: 1. Edad, 2. Tabaquismo en Paquetes/año, 3. Indicó de masa corporal 4. ¿El clima afecta la tos?, 5. ¿Con el frío presenta tos y expectoración?, 6. ¿Usualmente presenta tos y flema en la mañana?, 7. ¿Presenta Sibilancias?, 8. ¿Ha tenido alergias? La valoración de la validez se desarrolló en dos momentos; la espirometría se realizó inmediatamente posterior a la realización del cuestionario inicial cumpliendo los criterios de ATS (American Thoracic Society), el criterio de EPOC se consideró como una relación VEF1/CVF <0,7 post B2. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizaron los datos de una revisión sistemática donde se incluyeron cuatro estudios para meta análisis se encontró que para un punto de corte mayor o igual a 19,5, con sensibilidad de 64,5% y especificidad de 65,2%, prevalencia 26,7% y precisión del 10%. Se requirió un mínimo de 330 sujetos.

Resultados: Ingresaron en total 544 sujetos, de los cuales 90 (16,5%) se diagnosticó EPOC por criterio espirométrico, el promedio de edad fue 64,3 años (ds:12,1), 311 (57,2) % de sexo femenino, 188 (34,6%) con primaria completa, 270 (49,6%) con antecedente de tabaquismo, 257 (52,8%) con antecedente de exposición humo de leña, IMC mayor a 29.5: 125(23%), ¿afecta el clima la tos? 311 (57,2%) , Presencia de tos y expectoración con el frío 254 (46,7) , tos y flema en la mañana 180 (33,1%) , sibilancias muy frecuentes 157 (28,9%) , alergias 117 (21,5%).

La sensibilidad para el punto de corte de 19,5 fue de 65,6% (IC95%:55,2-75,9) especificidad de 60,6 % (IC95%:55,9-65,2%), valor predictivo positivo de 24,8% (IC95%:19,1-30,5%), valor predictivo negativo de 89,9% (IC95%:86,3-93,4), razón de verosimilitud positiva de: 1,66 (IC95%:1,38-2,01), razón de verosimilitud negativa 0,57 (IC95%:0,42-0,76), el área bajo la curva de características operativas del receptor (ACROC) fue de 0,681(IC95% 0,625-0,737) (p<0,0001)

Conclusiones: El cuestionario CDQ tiene una sensibilidad y especificidad regular para el diagnóstico de EPOC. Se requieren estudios clínicos que comparen diferentes cuestionarios para determinar el de mejor rendimiento en la detección de la EPOC.

C-24-02 // HALLAZGOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CEREBRO EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

HERNANDEZ, M.; SCHAEER, A.; ALBA ABREGU, M.; SALAME, N.; BERTOLA, O.; DEL VALLE, J.; TORRICO, A.; DOZORETZ, D.; CORTEZ, A.; DI BIASI, B.; DAMIN, C. Hospital J A Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Describir los hallazgos en resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro en pacientes que cursaron internación por consumo problemático de alcohol en la sala de toxicología del Hospital J. A. Fernández en el período enero 2011 a junio 2018.

Materiales y Métodos: Se analizaron 91 historias clínicas de pacientes internados por consumo problemático de alcohol en la sala de toxicología del Hospital J. A. Fernández, con RMN de cerebro como estudio de screening, en el período enero 2011 a junio 2018. Todos los pacientes eran mayores de 18 años, con consumo problemático de alcohol, de ambos sexos (17 mujeres; 74 hombres), con y sin consumo de tabaco, con y sin asociación con otras Sustancias Psicoactivas

Resultados: El 72,5% de los pacientes consumía únicamente alcohol, 45% de éstos presentaba consumo de tabaco y 24% hepatopatía alcohólica. En este grupo se observó la mayor variedad de imágenes, siendo los patrones de atrofia los más frecuentes, con un franco predominio en la población mayor a 40 años y consumo mayor a 20 años, sin diferencias por hepatopatía o tabaquismo. Se observó lesiones hemorrágicas o isquémicas en casos aislados.

En los consumidores de alcohol y cocaína (14,28%), 53% consumía tabaco y 1 caso aislado con hepatopatía alcohólica, se observó patrones de atrofia, y casos aislados de lesión en cuerpos mamilares, así como atrofia mixta (Cortical, cerebelosa y leucoaraiosis).

Entre los consumidores de alcohol y múltiples sustancias (13,18%), 75% presentaba consumo de tabaco y 41% hepatopatía, se observó mayor prevalencia de atrofia de múltiples estructuras, como cuerpo calloso, cerebelo, leucoaraiosis, isquemia secular, hematoma subdural. (33% vs 15 % en las otras poblaciones)

Conclusiones: Los datos observados coinciden con los descriptos en la bibliografía. Se observaron lesiones más avanzadas en consumo de múltiples sustancias, así como también en los casos con antecedentes de más de 20 años de consumo y pacientes mayores de 40 años. Estamos realizando actualmente las evaluaciones neurocognitivas con una batería de test para complementar el estudio de estos casos.

C-25-01 // CÁNCER DE MAMA: ¿CUÁNTO IMPACTA EN LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTRAS PACIENTES?

ELASKAR, M.; SOLAVALONE, V.; SALOMÓN, S.; GISBERT, P.; SOLA, A.; LASCANO, S.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar calidad de vida en pacientes con cáncer de mama (CaMm) durante el tratamiento (tto) oncológico actual, no paliativo.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, a través de encuesta validada, dirigida y anónima. Se incluyeron pacientes con CaMm, en tto actual, no paliativo de la provincia de Mendoza (PCMm). La encuesta incluyó datos sociodemográficos, características del tumor, estadio y tto actual, se analizó calidad de vida basándose en score FACT-G modificado. Análisis estadístico con EpiInfo7, medidas tendencia central, dispersión (IC95%), test exacto de Fisher y Anova. Criterio de significación error $\alpha < 5\%$.

Resultados: Se analizó 56 PCMm. Edad x 54.2 años. 43% amas de casa, 34% administrativas y docentes; 27% jubiladas; 41% casadas, 23% solteras; 55% convivían con familia, 18% con hijos, 16% solas. Principales comórbidas: HTA 34%, tabaco 29%, obesidad 23%, hipotiroidismo 20%. CaMm más frecuente: ca ductal infiltrante 55%; estadio I 12.5%, II 62% y III 23%; tto con QT 91%, RT 4%, hormonoterapia 5%, cirugía 79%; complementarios 7%, psicoterapia 20%, psicofármacos 30%. Esferas FACT-G: BIENESTAR FÍSICO: 1/3 sienten falta de energía, la mayoría no tienen náuseas ni problemas para satisfacer necesidades familiares. Más de 50% sienten poco dolor y 73% les molestan poco los efectos adversos del tto. 1 de 4 han pasado tiempo en cama y más de 75% no se sienten enfermas. BIENESTAR SOCIAL: casi 50% se sienten cerca de amigos. Más de 85% sienten apoyo familiar y de pareja y 60% están satisfechas con su vida sexual. BIENESTAR EMOCIONAL: 1/4 se sienten tristes. Casi 80% están satisfechas en cómo afrontan enfermedad y no pierden la esperanza. 1 de 4 se sienten nerviosas. Más de 50% no les preocupa que la enfermedad/tto pongan en riesgo su vida. 2 de 3 no les preocupa que situación empeore. BIENESTAR FUNCIONAL: más de 60% pueden trabajar. 2 de 3 disfrutaban su vida y aceptan enfermedad. 40% están contentas con su calidad de vida. Casi 40% con problemas para dormir. 1 de 3 con dificultad para realizar esfuerzos y se han sentido débiles. 1/3 refiere dificultad para concentrarse y recordar cosas. Casi 20% han tenido problemas económicos. 1 de 4 le preocupa la imagen que genera y 65% no se han sentido menos atractiva ni femenina. Más de 50% no se sienten preocupadas por el futuro. Al 73% se les cayó el cabello, la mitad refiere que no les preocupó. Al valorar estado de salud en la última semana (1 a 10) x: 7.84 y calidad de vida x: 8.2.

Conclusiones: A pesar de la gravedad del CaMm, las pacientes subestiman malestares, la mayoría refiere no sentirse enferma, estar esperanzadas y satisfechas en cómo han afrontado su enfermedad con el apoyo de sus seres queridos, sin embargo la enfermedad y tto han afectado su calidad de vida, reflejándose en las esferas evaluadas. El CaMm es hoy un desafío: prevenirlo, diagnosticarlo a tiempo, tratarlo adecuadamente, prolongando la expectativa de vida sin afectar la calidad de la misma, debe ser el reto a solucionar en el presente y en el futuro cercano.

C-28-01 // ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: OTRA COMPETENCIA CLÍNICA

PARISI, Y.; BENAVENTE, A.; RODRIGUEZ, L.; CACERES RINCON, H.; CASTAGNINO, J.
Sanatorio De La Providencia. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: - Establecer estándares de conducta y manejo del paciente en etapa de fin de vida comprendiendo la muerte del mismo como una experiencia vital constitutiva del clínico en el acompañamiento al paciente y sus familiares en un desenlace digno. - Demostrar que, basados en herramientas comunicacionales y en los principios éticos básicos de la medicina, es posible un abordaje más humanitario tanto para el médico, el paciente en etapa de fin de vida y sus seres queridos. - Afirmar que es la "adecuación", y no la "limitación", de los esfuerzos terapéuticos lo que permite que el paciente pueda afrontar con dignidad y autonomía los momentos de fin de vida. - Demostrar que la decisión tomada en conjunto con familiares o con el paciente mismo no implica el cese terapéutico, exponiendo aquellos casos que luego de cumplir los objetivos terapéuticos lograron la extenuación.

Materiales y Métodos: Se realiza un estudio observacional y retrospectivo de los casos registrados correspondientes a pacientes de sala de Clínica Médica del sanatorio de la Providencia, internados durante el período del 01/03/18 hasta 01/07/2018 con diagnóstico de enfermedades terminales o demencias avanzadas. Se excluyeron a todos los pacientes que no cumplieran con los requisitos antes mencionados.

Se conformó una cohorte inicial de 20 pacientes que firmaron la "adecuación de esfuerzos terapéuticos" incluyendo también a aquellos que por incapacidad fue necesario relegar dicha decisión a familiares a cargo.

Resultados: Con un total inicial de 20 casos registrados (n=20) se obtuvieron los siguientes datos:

El promedio de edad de los pacientes fue de 78,7 años (Me=82)

Un 55% (n=11) tenían entre sus antecedentes (o enfermedad actual) diagnóstico de demencia y un 45% (n=9) no padecía dicha condición.

50% (n=10) de los casos presentó enfermedad neoplásica activa contra 50% (n=10) sin enfermedad neoplásica.

El 10% (n=2) presentó demencia + enfermedad oncológica activa al momento de la decisión de adecuación de esfuerzo terapéutico.

Dentro de los incluidos en el protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico, el 45% (n=9) falleció en el transcurso de la internación y el 55% (n=11) restante, logró la extenuación pudiendo transitar el final de su vida en su domicilio o en cercanía con sus familiares.

Conclusiones: El final de la vida es un hecho natural e inevitable en el que los médicos clínicos nos encontramos ligados estrechamente y no hemos sido formados para vivir este proceso junto a los pacientes. La incapacidad de asumir esta realidad se evidencia de manera muy contundente en los momentos finales de nuestros pacientes y la necesidad de tomar decisiones de importancia médica que no cambian el final de la historia.

Una actitud Proactiva impacta fuertemente en la experiencia vital del paso de la vida a la muerte y la dignidad con que ellos y sus familias pueden vivirla junto a nosotros.

Debería incluirse en la currícula de formación profesional de la especialidad el acompañamiento a una muerte digna y las estrategias para una la misma.

C-25-02 // CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE SCREENING DE CÁNCER COLORECTAL

GAYDOU BORSOTTI, A.; RAMIREZ, D.; RUIZ MORENO, P.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Medicas Uncuyo. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: El Cáncer colorrectal (CCR) es en Argentina la segunda causa de muerte por cáncer. El 75% de los CCR son esporádicos y se desarrollan en personas que no presentan antecedentes personales ni hereditarios y el 25% corresponden a personas con riesgo adicional. La lesión precursora progresa a carcinoma invasivo tras 10 años. Las medidas de detección precoz son fundamentales, y las posibilidades de curación son superiores al 90 % cuando es detectado en fase temprana.

Uno de los pilares fundamentales en la prevención son los médicos de APS. En este trabajo de investigación, se plantea la importancia del conocimiento e implementación del screening de CCR por los médicos de APS, para realizar prevención.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal a médicos clínicos y generalistas, mediante una encuesta cerrada, anónima y de carácter presencial en centros de salud de la ciudad de Santa Fe y Paraná. Obteniendo una muestra significativa de 30.

Resultados: La muestra obtenida de 30 médicos clínicos y generalistas, arrojó que los 30 conocen el screening de cáncer colorrectal y lo aplican a sus pacientes, en los que tienen factores de riesgo 18 de los médicos le solicita SOMF, 8 le solicita Colonoscopia y el 4 % no le solicitan ningún método de screening. A pacientes sin factores de riesgo el 12 le solicita SOMF, el 4 le solicita Colonoscopia y el 14 restante no le solicita ningún método de screening.

Conclusiones: De los resultados obtenidos, pudimos establecer que los médicos tienen conocimiento y realizan el screening de CCR, aplicando distintos métodos según si son pacientes de alto o bajo riesgo. De los cuales la mitad han obtenido alguna vez un resultado positivo, siendo fundamental para realizar derivación oportuna y prevención de CCR.

C-28-02 // LA OPINIÓN MÉDICA Y EL PROYECTO DE LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

BULLONE, C.; VAN DEN BOSCH, N.; ROJAS PIÑERO, M.; LEYTES, M.; DELGADO, D.; SANTONOCITO, M.; ZIZZIAS, S.; GÓMEZ PORTILLO, J.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales médicos con respecto al proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, tratado en Argentina en agosto de 2018.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, tipo de muestreo no probabilístico. Se realizó a través de una encuesta auto administrada y anónima, en formato digital y papel, durante el período comprendido entre el 31 de julio de 2018 al 07 de agosto de 2018. Criterios de inclusión: profesionales médicos de hospitales públicos y privados de Mendoza. Criterios de exclusión: profesionales de otros ámbitos. Se utilizó encuesta preformada. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados: Se encuestaron 610 médicos, con una media de edad de 37.16 años, mediana de 33 (DS 11.18). 64.8% eran mujeres. El 70.5% desempeñaba sus funciones en el sector público. El 59.20% no estaba de acuerdo con el proyecto de ley, manifestándose a favor un 33.6%, siendo el sector predominante de este grupo los profesionales pertenecientes al área de pediatría (58.33%). El 68.5% había leído el proyecto de ley, considerando al aborto como un tema de salud pública el 73.3%, y un derecho de la mujer el 35.4%. El 52.6% consideraba que el aborto clandestino existía por negocio, mientras que el 14.3% consideraba que era porque la justicia no investigaba apropiadamente, siendo las mujeres de clase baja las que corrían mayor riesgo de realizarse esta práctica (89.2%) al no ser contenidas adecuadamente por el sistema de salud (83.9%). Un 33.8% consideraron que las tasas de aborto en caso de aplicación de la ley van a aumentar, mientras que un 44.4% consideraron que no era posible evaluar las variaciones en esta tasa, debido a que actualmente se realiza en la clandestinidad; sin embargo un 45.4% consideró que las tasas de mortalidad materna disminuirían con la implementación de esta ley. Los médicos consideran que la inapropiada aplicación de la ley de educación sexual (85.9%) es una de las falencias para que existan embarazos no deseados, proponiendo como solución para disminuir el aborto el incremento de las campañas de educación sexual (92.5%), la anticoncepción de emergencia (36.1%), y una mayor participación de las familias (69%) y entidades religiosas (15.9%) en temas de sexualidad.

Conclusiones: Destacamos que si bien en la población encuestada la mayoría se manifestó en contra del proyecto de ley, muchos lo contemplaron en determinados casos, demostrando esto la controversia existente acerca de este tema, aun en el ambiente médico. A pesar de que el proyecto fue rechazado, más del 70% considera el aborto clandestino un tema de salud pública, evidenciando la necesidad de continuar el abordaje del tema dentro de las políticas de salud reproductiva de la Argentina.

C-28-03 // MUERTE DIGNA. LA VISION DESDE UN HOSPITAL DE AGUDOS

BUSQUETS, J.; CIVIT, M.; MORICCHETTI, C.; ELÍAS, C.; BRANZELLO, E.
Hospital Central De Mendoza. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Realizar un análisis de situación, evaluando en el personal algunos conceptos ligados a muerte digna.

Materiales y Métodos: En este estudio, llevado a cabo en el Hospital Central de Mendoza durante agosto de 2017, se buscó describir los conceptos y experiencias de los profesionales que integran nuestro equipo de salud, a través de una encuesta escrita semiestructurada. La muestra fue no probabilística y los encuestados fueron voluntarios.

Resultados: El trabajo tuvo un total de 63 encuestados, personal médico en un 76% y no médico en un 24%, entre ellos enfermería (13%) y personal de kinesioterapia (11%). El 44% fueron hombres y el 56% mujeres. El promedio etario fue de 33 años, con una moda de 27 años. Al hablar de formación en bioética sólo 4 (6%) contó con formación. Cuando se analizaron los años de ejercicio se observó que el 43% tenían menos de 5 años y el 43% entre 5 y 15. Cuando se interrogó si el equipo discutía situaciones que involucraban a personas en cuidados de fin de la vida, el 81% contestó que sí. En el análisis de percepción sobre si se involucraba a la familia en la toma de decisiones, un 30% respondió que siempre, un 29% muy frecuentemente, un 19% frecuentemente, sólo un 22% contestó que a veces. Según los encuestados, la institución estimula siempre la presencia de la familia junto a los pacientes terminales en un 37%, en un 16% muy frecuentemente, mientras que el 30% consideró que a veces. Cuando se preguntó si la preparación con la que cuentan es suficiente para el seguimiento de un paciente en la última etapa de su vida, el 35% consideró que sí estaba preparado y el 63% que no. En su estudio de grado, sólo un 21% tuvo formación en cuidados paliativos. En cuanto al conocimiento de la Ley que asegura la autonomía de cada paciente, el 63% tenía conocimiento sobre su existencia. En la experiencia diaria, el 78% ha contactado al servicio de Cuidados Paliativos, mientras que el 21% no. Cuando se solicitó que nombraran aquellos factores tenidos en cuenta para tomar conductas en un paciente terminal, el 31% consideró la enfermedad de base, seguida por la edad en un 18% y los antecedentes personales en un 17%. Analizando las prioridades que se deberían tener en cuenta en el proceso de morir con dignidad, se encontró que el acompañamiento y evitar el dolor o sufrimiento del paciente son los factores mayormente considerados en un 31% cada uno.

Conclusiones: Como conclusión es interesante analizar cómo trabajando en un ámbito en donde la muerte es tarea frecuente, más de la mitad del personal no se siente capacitado a lidiar con ella y más de un tercio no se encuentra en conocimiento sobre la existencia de la ley que regula el cómo se debe proceder. Lo cual denota que en la carrera de grado no se cuenta con suficiente formación en este ámbito; siendo que más del 80% de los profesionales no tiene más de 15 años de experiencia. Sería conveniente para nuestro hospital proponer actividades o charlas para la capacitación en estos aspectos.

C-31-01 // ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES INTERNADOS

PEÑARANDA, G.; FINELLO, M.; FOIA, E.; AMUCHASTEGUI, T.; SUASNABAR, D.; PANCHUK, A.; DOMINELLA, F.; ALBERTINI, R.; ELLENA, F.; SAAD, E.
Hospital Privado De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Determinar la frecuencia de las infecciones urinarias adquiridas en la comunidad (ITU?AC) que requieren internación y de las infecciones urinarias asociadas a atención de la salud (ITU-AAS), los factores de riesgo asociados, aislamientos microbiológicos y espectros de susceptibilidad antimicrobiana.

Materiales y Métodos: Estudio analítico y prospectivo en dos centros hospitalarios de tercer nivel. Se incluyeron todos los urocultivos positivos de los pacientes que cumplieran con la definición de ITU-AAS y aquellos que se encontraban internados por ITU-AC en el periodo de 13/11/2016 al 31/10/2017. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar, y la comparación de las mismas se realizó con el test de Mann-Whitney. Las variables categóricas se expresaron como número y porcentaje, y se analizaron con el test de chi cuadrado o exacta de Fisher de acuerdo a las frecuencias esperadas. Se consideró como significativo un valor de probabilidad <0,05.

Resultados: Se incluyeron 283 episodios de ITU en pacientes hospitalizados, de las cuales 181 correspondieron ITU-AC y 102 a ITU-AAS. La edad promedio fue de mayor de 59 años en ambos grupos y en más del 55% de los casos fueron mujeres. Las ITU-AC se asociaron con mayor frecuencia a trasplante renal, uso de inmunosupresores en los últimos 3 meses, enfermedad renal crónica e ITU recurrente. Las ITU-AAS se relacionaron con instrumentación de la vía urinaria en el último mes y presencia de sonda vesical ($p < 0,001$), siendo el motivo de internación inicial más frecuente en estos pacientes la causa quirúrgica. El microorganismo aislado más frecuentemente fue *Escherichia coli* (62,4% de las ITU-AC y 55,9% de las ITU-AAS), seguido por *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa*. El 32% de los bacilos gram negativos fueron bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y 3,9% productoras de carbapenemasas (KPC), siendo más frecuentes en el grupo de ITU-AAS. Entre los aislamientos de *Escherichia coli*, se observó una elevada resistencia antimicrobiana a betalactámicos no carbapenémicos y a ciprofloxacina en ambos grupos. Los gérmenes BLEE se asociaron con alteración de la vía urinaria, antibiótico en los últimos 3 meses, internación en el último año e ITU previa y recurrente ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los episodios de ITU-AC fueron más frecuentes que ITU-AAS. En ITU-AAS en más del mitad de los casos se asociaron a cateterización de la vía urinaria en los últimos 30 días. El aislamiento microbiológico más frecuente en ambos grupos fue *Escherichia coli*, siendo el 32% de los casos bacterias productoras de BLEE. Es de gran importancia para nuestras instituciones conocer el espectro de susceptibilidad antimicrobiana de las infecciones más frecuentes en el medio.

C-28-04 // ESTUDIO MULTICÉNTRICO ACERCA DE CONFLICTOS ÉTICOS EN MEDICINA INTERNA

VALDEZ, P.; PEÑALBA, M.; PARODI, J.; CARRIZO, E.; CAMO, N.; DEL CERRO, E.; IZUS, M.; PANIGADI, C.; DAHER, J.; CENTENO, P.; KUSCHNER, P.; VILELA, A.; VALDEZ D'STEFANO, L.; VENDRAMINI, P.; RUIZ VALDE-PEÑAS, B.; BLANCO PORTILLO, A.
Hospital Vélez Sarsfield. Caba, Argentina.

Objetivos: Conocer cuáles son los principales conflictos éticos (conflicto de valores) a los que se enfrentan los internistas en la práctica cotidiana, la frecuencia de los mismos, como impactan en la práctica cotidiana y la manera de resolución. Comparar según género, años en el sistema laboral y según rol en el mismo.

Materiales y Métodos: Encuesta administrada a través de coordinadores en servicios de clínica médica de los Hospitales públicos Argerich, Durand, Santojanni y Vélez Sarsfield (GCBA), Ramón Carrillo, Paroissien y Simplemente Evita (PBA), y Sanatorio Santa Isabel (CABA).

Resultados: Hubo 156 respondedores (62,82% mujeres). Edad $36,10 \pm 0,80$ años. Años de ejercicio profesional $10,06 \pm 0,79$ años. Situación laboral: jefatura 17,30%, staff 28,84%, residente 43,58% y otros 10,25%. Escenario: internación 97,43%, ambulatorio 37,17%, urgencias 20,51%.

En su práctica diaria, el 71,79% encuentra con frecuencia conflictos éticos. Los conflictos éticos que encuentra, en el 41,01% le dificultan su práctica diaria, y en el 62,38% se lo dificultan en alto grado. El 68,33% resuelve satisfactoriamente los conflictos éticos.

Respecto al hallazgo de conflictos éticos: mujeres > varones 75% vs 64% ($P < 0,005$), P NS entre staff y profesionales en formación y P NS a menor hallazgo de conflictos con mayor antigüedad profesional en análisis de regresión lineal ($p < 0,056$, alta tendencia).

En relación a dificultad en la práctica diaria generada por los conflictos hallados:

mujeres > varones 45% vs 35% ($P < 0,03$), P NS entre staff y profesionales en formación y P NS para diferente antigüedad profesional en análisis de regresión lineal.

Grado de dificultad: mujeres > varones 64% vs 58% ($P < 0,01$), P NS entre staff y profesionales en formación. P NS para diferente antigüedad profesional en análisis de regresión lineal.

Resolución satisfactoria de conflictos: varones > mujeres 69% vs 52% ($P < 0,02$), staff > profesionales en formación 72% vs 46% ($P < 0,005$), mayor antigüedad profesional en análisis de regresión lineal ($P < 0,0019$).

El nivel de satisfacción respecto a la resolución de los conflictos: P NS para género, P NS staff y profesionales en formación, P 0,03 para mayor antigüedad profesional en análisis de regresión lineal. La forma más común de resolver conflictos éticos es la consulta a compañeros 71% vs 29% el resto de las opciones ($P < 0,00001$), pNS entre varones y mujeres.

El 32,05% desconoce la presencia del comité de ética en su hospital, la consulta real es muy baja (88,34%), así como la consulta potencial (92,00%).

Los conflictos más frecuentes e importantes son: RCP, limitación de esfuerzos, cuidados paliativos y comunicación.

Conclusiones: Más de la mitad encuentra conflictos importantes en su práctica. El hallazgo de conflictos es mayor en mujeres quienes ven más dificultada su práctica por los mismos. La resolución satisfactoria de conflictos es mayor en varones que en mujeres, mayor en planta vs residentes y mayor según aumenta la antigüedad profesional.

C-31-02 // CLÚSTER DE MULTIMORBILIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS MÉDICOS: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA

CASARIEGO VALES, E.; MATESANZ FERNÁNDEZ, M.; IÑIGUEZ VÁZQUEZ, ?.; RUBAL BRAN, D.; VENTURA VALCÁRCEL, P.; PIÑERO FERNÁNDEZ, J.; ROMAY LEMA, E.; SÚAREZ GIL, R.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo, España.

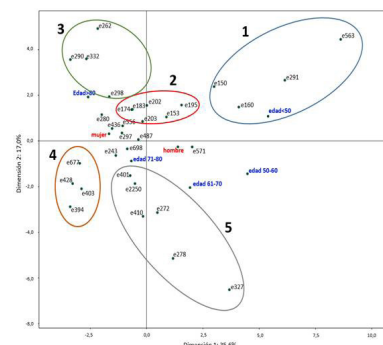
Objetivos: Determinar si existen clústeres de enfermedades crónicas entre los pacientes hospitalizados y definir sus características clínicas.

Materiales y Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes ingresados en el área médica del Hospital de Lugo entre 2000 y 2015. El CMDB hospitalario fue la fuente de datos en las dos matrices en estudio: ingresos y pacientes. En la confección de los clústeres de multimorbilidad se utilizó el análisis de correspondencias. En la comparación entre los mismos se usaron chi al cuadrado y ANOVA, según se tratase de variables cualitativas o cuantitativas.

Resultados: Se definieron cinco clústeres de multimorbilidad relacionados con sexo y edad: Clúster 1: hepatopatía alcohólica, síndrome de dependencia alcohólica, neoplasia maligna de pulmón y neoplasia maligna de aparato digestivo, asociadas a edad inferior a 50 años. Clúster 2: neoplasia maligna de intestino grueso, linfoma, mieloma, neoplasia maligna de próstata, neoplasia de mama y otras neoplasias malignas. Clúster 3: desnutrición, enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento, demencia y otros trastornos mentales asociados con edades superiores a 80 años y en su mayor parte mujeres. Clúster 4: fibrilación auricular/flutter, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, valvulopatía, con mayoría de mujeres y edad entre 70-80 años. Clúster 5: asociado al rango de edad entre 60 - 80 años y predominantemente sexo masculino, hipertensión/cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, dislipemia, obesidad, apnea del sueño. Se apreciaron diferencias significativas entre ellos en cuanto a la distribución por sexo, edad, número de patologías crónicas, número de reingresos y mortalidad durante la estancia hospitalaria ($p < 0,001$ en todos los casos).

Conclusiones: Hemos demostrado la existencia de 5 clústeres de multimorbilidad entre pacientes ingresados en servicios médicos hospitalarios que presentan un comportamiento clínico y pronóstico diferenciados.

Figura 1: Análisis de correspondencias incluyendo edad y sexo





C-31-03 // DISEÑO DE UN PORTAL DE SALUD PARA PACIENTES INTERNADOS

GIRALDO FRANCO, L.; CORREA, E.; SIMÓN, M.; SOMMER, J.; PLAZZOTTA, F.; LUNA, D.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: El desarrollo de Portales Personales de Salud ha generado la participación del paciente principalmente en entornos de atención domiciliar y ambulatoria, una de las áreas en las que históricamente ha sido limitado el uso de la herramienta es cuando el paciente se encuentra internado. La falta de acceso a la información y la participación activa en su atención hospitalaria hace que los pacientes y sus familias se sientan alienados, inseguros y ansiosos.

Objetivo: Describir el desarrollo y sus funcionalidades de un Portal para pacientes internados asociado al Portal Personal de Salud.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de dicha experiencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Para el desarrollo se contó con un grupo de expertos del Departamento de Informática en Salud, que incluyó como metodología el Diseño Centrado en el Usuario (DCU).

Resultados: El portal de Internados se encuentra asociado al Portal Personal de Salud, a través del cual los usuarios que se encuentran en internación pueden acceder, visualizar, administrar y compartir a terceros su información personal de salud con previa autorización, en un entorno privado, seguro y confidencial. De esta manera los pacientes y sus familias pueden interactuar con los sistemas de atención de salud, involucrándose en el proceso de toma de decisiones médicas y lograr así mayor empoderamiento. Esta aplicación tiene funcionalidades que han sido diseñadas no sólo para la visualización de datos clínicos, sino también permite que el paciente registre información de interés relacionada con su estado de salud. En "Apertura de mi Internación", puede registrar motivo de consulta, alergias, antecedentes, medicación habitual, así mismo en "Datos de Mi Internación" permite visualizar datos de su internación relacionados con el sector, cama, fecha de ingreso y días de internación. Otra de las funcionalidades se relaciona con "Mi Equipo Tratante", en la cual puede consultar los integrantes del equipo a cargo, y puede enviar preguntas, las cuales son respondidas de forma presencial durante la ronda médica. En el apartado de "Mi Salud" permite visualizar los últimos signos vitales, la dieta, estudios solicitados y resultados y el registro de información relacionada con aspectos sociales, recreación, creencias y valores. También cuenta con un apartado de Entretenimiento e Información Útil.

Conclusiones: Esta herramienta proporciona a los pacientes y sus familias el acceso a información de cuidado de la salud y facilita la comunicación con el equipo de atención médica y de enfermería. Pacientes y familiares desean conocer su condición y reconocen el valor en las herramientas y aplicaciones tecnológicas que les ayudarán a comunicar sus objetivos, problemas, inquietudes y preferencias de atención.

C-31-05 // FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE DROGAS POTENCIALMENTE INAPROPIADAS SEGUN CRITERIOS DE STOPP Y BEERS EN ADULTOS MAYORES EN EL INTERNADO EN DOS HOSPITALES DE CÓRDOBA

WEBER, J.; KAPLAN, R.
Hospital Privado Centro Medico De Cordoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Conocer la frecuencia de prescripción de drogas potencialmente inapropiadas según criterios de BEERS y STOPP en adultos mayores durante la internación y al momento del alta. Establecer qué tipo de droga son las que se prescriben en forma inadecuada con mayor frecuencia en esta población.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, observacional, descriptivo, que incluirá los pacientes de edad igual o mayor a 65 años internados por más de 24 hs y por cualquier causa en abril de 2018. La información de cada paciente será recabada de Historia Clínica Electrónica. Se registrarán los medicamentos que el paciente declaró consumir al ingreso, que recibió durante la internación, y los que se indicaron al alta. Los datos a relevar serán: edad, sexo, comorbilidades que posee, número de fármacos, tipo de drogas, dosis y posología de los medicamentos que el paciente consume. Los criterios utilizados para medir la prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos serán los Criterios explícitos de BEERS, utilizando y los Criterios de STOPP. Se utilizaron como medidas de dispersión el IC 95%. El análisis de significancia se realizó a través del test T. Se considerará significativa una $p < 0.05$ con un IC 95% distinto de 1.

Resultados: La muestra $n = 272$ distribuida en 125 mujeres (49%) y 127 hombres (51%) con edad promedio de 76 años (DE $\pm 7,32$). El promedio del Índice de Charlson fue de 1,73 (DE $\pm 1,34$). 227 tomaban sus medicamentos en dosis adecuadas (90%), 7 pacientes consumían al menos un fármaco en dosis infraterapéutica (3%) y 3 pacientes recibían fármacos en dosis supratrapéuticas. 104 pacientes (41%) tenían al menos una prescripción inadecuada según los Criterios de BEERS. La comparación de medias de los criterios de BEERS utilizando el Test T para variables independientes en relación al Índice de Charlson resulta estadísticamente significativo, con una $p = 0,004$, para una media de 1,53 (DE $\pm 1,55$). En relación a los criterios de STOPP, con una media de 1,98 resulta con escasa significancia estadística, con una $p = 0,05$ (DE $\pm 1,47$). En la comparación de la media de la edad, utilizando el Test T, para los criterios de BEERS, resultó no significativo, con una media de 76,26 (DE $\pm 7,12$) con una $p = 0,805$. De igual manera, para los criterios de STOPP resultó estadísticamente no significativo, con una media de 76,93 (DE $\pm 7,26$) con una $p = 0,193$.

Conclusiones: Los pacientes más añosos tienen mayor riesgo de tener prescripciones inapropiadas, coincidente con lo reportado en la bibliografía, donde también se encontró que aumenta el riesgo de polifarmacia y de reacciones adversas. La prevalencia de PIM en la población estudiada es del 35 al 39%, dependiendo la herramienta. Este valor es similar al reportado en otros países y menor que en otros estudios de nuestro país. Los datos de este estudio pueden servir para programar estrategias que mejoren la detección de PIM y así lograr la reducción de eventos adversos que estas traen aparejados.

C-31-04 // EL MEDICO CLINICO ANTE LA CONSULTA PREOPERATORIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EVALUACION PREQUIRURGICA INTEGRAL EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS ?DR. LEONIDAS LUCERO?

SOFIO, M.; DODERO, R.; NIGRO, M.; PRINCIPE, G.
Hmali. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La Evaluación Prequirúrgica Integral propone un cambio de modelo, basándose en la valoración global del paciente por el Médico Clínico. En nuestro país no existen mayores estudios de esta modalidad de atención. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes que concurren durante un año al Consultorio de Evaluación Prequirúrgica Integral, en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leonidas Lucero (H.MALL).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal desde el 01/03/2017 al 28/02/2018. Se incluyeron pacientes adultos que hayan finalizado la evaluación en este período. Se recolectó información de la base de datos del Consultorio de Evaluación Prequirúrgica Integral y de historias clínicas. Se utilizó para el análisis el programa IBM SPSS Statistics 20. Se evaluaron características epidemiológicas, hábitos tóxicos y antecedentes patológicos, estado de vacunación antitetánica, diagnóstico de nuevas patologías, intervenciones realizadas y el riesgo Clínico-Quirúrgico.

Resultados: Cumplieron con el criterio de inclusión 868 pacientes. La mediana de la edad fue de 43 y la mayoría fueron mujeres (57,9%). Se halló que 361 (41,6%) tenían antecedentes y 41 (11,3%) no cumplían tratamiento. El Índice de Masa Corporal mostró que 310 (39,2%), IC95 36%-43%) presentaban algún grado de obesidad. Se indicó el refuerzo de vacuna DTa a 369 (44,9%), IC95 41%-48%).

Se realizaron 276 hallazgos diagnósticos, 162 se trataron de patologías no cardiovasculares. En 191 pacientes (22%) se realizaron intervenciones clínicas para tratamiento y/o control de enfermedades. El riesgo Clínico-Quirúrgico fue habitual en 746 pacientes (85,9%), intermedio en 104 (11,9%) y alto en 18 (2,1%).

Conclusiones: Constatamos obesidad en el 39,2% de los pacientes, superando ampliamente la descripta en la población Argentina (20,3%). En casi la mitad de los pacientes se completó el esquema de vacunación. Se realizaron 162 diagnósticos de patologías que no hubieran sido rastreadas en una consulta meramente cardiovascular. El 22% de la población requirió alguna intervención clínica con el fin de optimizar el estado de salud de los pacientes frente al acto quirúrgico, constituyendo esta evaluación una oportunidad única para identificar factores de riesgo o patologías desconocidas.

Diagnóstico de patología cardiovascular	Diagnóstico de patología no cardiovascular
HTA	Ansiedad prequirúrgica
Alteraciones del ECG	Glucemia alterada en ayunas
Soplo/Valvulopatía	Diabetes
Insuficiencia cardíaca	EPOC/Bronquitis crónica
Hipertrofia del ventrículo izquierdo	Anemia
	Alteraciones de la coagulación
	Insuficiencia renal
	Dolor
	Otros
Total	Total
114 (13,1%)	162 (18,6%)

C-31-06 // RABDOMIOLISIS: PRESENTACIÓN DE CASOS EN HOSPITAL CÓRDOBA

POGGI, J.; QUAGLIA, M.
Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: describir las características clínicas y analíticas de los pacientes con rabdomiólisis, determinar antecedentes predisponentes y las causas. Relacionar las manifestaciones clínicas, las causas y los días de internación con los niveles de CPK.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se registraron 16 casos en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Córdoba. Se recolectaron datos de historias clínicas de mayores de 18 años, ingresados con rabdomiólisis. Se analizaron sexo, edad, antecedentes personales patológicos (APP); exacerbantes; tipo de ejercicio; presencia de mialgia, hematuria y proteinuria; causa; CPK (UI/l) al ingreso, 48 Hs y al egreso; Estadía hospitalaria (en días). Se dividieron los niveles de CPK del ingreso en 3 grupos: el 1° < 5000 UI/l, el 2° > 5000 y < 50000 UI/l y el 3° > 50000 UI/l. Los datos se analizaron con Infostat

Resultados: De los 16, 10 fueron hombres. De los APP 3 miopatía inflamatoria y 3 hipotiroidismo. De los factores desencadenantes, tóxicos 4 por tabaco; 3 abandonaron la medicación de base; 3 hipopotasemia (1 por diuréticos y 2 por ejercicio); 2 por infección. La CPK al ingreso fue de 45105 UI/l; a las 48hs de 48798,91 UI/l; al egreso de 6423,50 UI/l. Se encontró relación entre CPK al ingreso y hematuria, el abandono de medicación de base y ejercicio, no ocurrió lo mismo con los diferentes tipos de ejercicio ni entre el sexo y niveles de CPK. No se encontró significancia entre CPK < 5000 UI/l con las diferentes causas. Por otro lado, se evidenció relación entre CPK > 50000 UI/l y proteinuria. Se encontró diferencia entre días de internación y CPK entre 5000 - 50000 UI/l.

Conclusiones: Es mayor en sexo masculino, no existe diferencia entre CPK y sexo que concuerda con nuestro trabajo. La edad fue de 37,8 años; siendo el ejercicio la causa más frecuente en jóvenes, coincide con las publicaciones. Se estableció relación entre CPK y el abandono de medicación de base, dato que no se encontró en la bibliografía. Las causas más frecuentes fueron ejercicio y miopatía inflamatoria, coincide con lo publicado. También se apoya en la bibliografía, la relación entre CPK y el ejercicio. Los niveles de CPK ascienden a 48hs luego de iniciado el cuadro, que se vio reflejada en nuestro trabajo. En cuanto a valores de CPK, no se encontró diferencia entre grupo 1 y las distintas causas. Se determinó relación entre el grupo 2 y los días de internación, como también entre el grupo 3 y la proteinuria, sin datos en la bibliografía. Se encontró relación entre CPK y hematuria.

C-31-07 // SEGURIDAD DEL PACIENTE INTERNADO Y OCURRENCIA DE EVENTOS NO DESEADOS

ABDALA, B.; BELFER, m.; SAGARDOY, L.; ARGENTE, L.; BONIFACIO, C.; RODAS RECALDE, G.; ROGANI, P.; FINUCCI CURI, B.; BALANÁ, M.; RODRIGUEZ, M.
Hospital Provincial De Rosario. Rosario, Argentina.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de eventos no deseados en relación a los cuidados de la salud ocurridos en pacientes internados en sala general. Eventos no deseados: A) caídas de la cama, B) pérdida de accesos venosos, C) pérdida o retiro sin indicación de sonda nasogástrica (SNG) o vesical, D) pérdida de turnos para estudios, E) falta de administración de medicamentos. Reconocer cuáles fueron los eventos más frecuentes y en qué horarios ocurrieron. Identificar si durante el evento se encontraban solos o acompañados. Evaluar la ocurrencia de eventos según edad, sexo y días de internación. Determinar características epidemiológicas de la población en estudio.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, de corte transversal, observacional, analítico, que incluye todos los pacientes ingresados consecutivamente al servicio de clínica médica del Hospital Provincial de Rosario desde el 15/06/2018 al 15/07/2018.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes, 81 hombres y 46 mujeres, edad media de 49 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (27.6%), HTA (35.4%) y EPOC (15%). 15.7% presentaban factores psicosociales asociados. Se observaron 78 eventos no deseados que ocurrieron en 58 pacientes (45.7%). De los 58 pacientes que presentaron eventos, 37 eran varones, y 49 eran menores de 65 años. De 10 pacientes con SNG y 23 con sonda vesical, se perdieron o retiraron sin indicación en 6 y 7 ocasiones respectivamente. De 127 pacientes con turnos solicitados para estudios, 18 perdieron alguno de los mismos. De 216 accesos venosos, se constató retiro por el paciente o pérdida involuntaria en 34 casos. Del total de eventos, 8 fueron falta de administración de al menos un medicamento en las indicaciones correspondientes a un día de internación. Hubo 5 caídas de la cama. 29 pacientes presentaron eventos en horario de 18h a 06hs. Al momento del evento 18 pacientes se encontraban solos, y 40 se encontraban acompañados, $p=0.19$. 35 pacientes que sufrieron eventos tenían menos de 2 semanas de internación (41%) y 23 tenían más de 2 semanas de internación (56%), $p=0.34$.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes presentaron al menos un evento no deseado. El más frecuente fue la pérdida de turnos para estudios y pérdida de accesos venosos o sondas. No hubo diferencias en la ocurrencia de eventos en relación al horario, días de internación, edad ni sexo. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes, HTA y EPOC.

C-31-09 // EVALUACIÓN DE ESTADÍAS HOSPITALARIAS ¿CÓMO ESTAMOS EN CLÍNICA MÉDICA?

MOREA, G.; LASCANO, S.; SALOMÓN, S.
Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Caracterizar la adecuación de la hospitalización (AHp) de la población internada en un servicio de clínica médica de un hospital general de agudos. Analizar determinantes de la salud socio-económico-ambientales implicados en la misma.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y transversal. Incluyó parámetros demográficos, características del ingreso hospitalario (fecha, origen y motivo de ingreso), escolaridad, situación laboral, condiciones habitacionales y convivientes, subsidios, Charlson, APACHE, y Actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se evaluó la AHp mediante el Appropriateness Evaluation Protocol modificado. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, ANOVA y χ^2 . Significancia $p<0.05$.

Resultados: Se analizaron 124 estadías, 53% género masculino, edad media (x) 52.5 años (± 15.2), 43% solteros y 38% casados. Con cobertura social 12%. Vivían en Gran Mendoza 88.5%. El 86% de las admisiones se realizaron durante un día laboral, 96% por motivos clínicos (disnea 19%, trastorno de conciencia 16% y fiebre 10%). Ingresó 5% de pacientes asintomáticos. 50% de pacientes ingresados provenían de guardia, 33% de consultorios externos y 18% pasés de otros servicios. Analfabetos 5%, primario completo 22%, secundario completo 14% y universitarios 2%. Tenía trabajo 25%, solo 15% presentaba estabilidad laboral. Jubilados 6%. Referían alguna pensión 28% (10% por discapacidad). Recibían un plan social 14%. Vivían solos 13%. Eran sostén de familia 21%, presentando menores a cargo 20%, x de 1.7 menores (± 1.1), y discapacitados a cargo 5%. En situación de calle 2%. Sin conexión a red de agua potable 8%, y 17.5% sin conexión a red cloacal. Charlson x 4 puntos (± 2.1); APACHE x 11.5 puntos (± 6.1); ABVD x 4 (± 2.1) y AIVD x 4 (± 2.5).

El 33% de las estadías hospitalarias fueron inadecuadas (grupo AdIn) al nivel asistencial ofrecido en nuestra institución. Podrían haberse llevado a cabo en institución de menor complejidad 71%. La observación clínica en 36.5%, falta de consolidación en el tratamiento y persistencia del cuadro clínico en 17%, fueron las causas más frecuentes, seguidas por situación de calle, espera de procedimiento quirúrgico y material ortopédico, falta de medicación ambulatoria, espera de realización de examen complementario y adecuación de esfuerzos terapéuticos. Del análisis comparativo de AdIn vs No AdIn, presentar APACHE más alto ($p<0.01$), vivir fuera de la región metropolitana de Gran Mendoza ($p<0.05$), y tener bajo nivel de instrucción ($p<0.01$) fue significativamente más frecuente en pacientes AdIn.

Conclusiones: La tasa de estadías hospitalarias inadecuadas en nuestro medio fue 33%. Presentar APACHE más alto, vivir fuera de la región metropolitana de Gran Mendoza y tener bajo nivel de instrucción, fue significativamente más frecuentes en pacientes AdIn. La búsqueda de eficiencia en gestión hospitalaria debe motivar el empleo de indicadores de gestión que permitan detectar estadías inadecuadas.

C-31-08 // TROMBOPROFILAXIS CON HEPARINA EN PACIENTES INTERNADOS: ¿HACEMOS LO CORRECTO?

MASIERO, M.; CARÓN, N.; ELASKAR, M.; GISBERT, P.; SALVATORE, A.; GASULL, A.; LASCANO, S.; PEÑA Y LILLO, E.; DROMI, L.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Evaluar la indicación adecuada de profilaxis antitrombótica con heparina en pacientes internados en servicios clínicos y quirúrgicos.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, comparativo y de corte transversal. Criterios de inclusión: pacientes internados >48 hs en servicios clínicos y quirúrgicos, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, del 18 al 23 Julio 2018. Criterios de exclusión: paciente anticoagulado, suspensión de profilaxis antitrombótica para procedimientos y pacientes en terapia intensiva. Se consideró alto riesgo para indicar profilaxis con heparina a las patologías clínicas con score Padua ≥ 4 y score Caprini modificado ≥ 3 en quirúrgicas. Se consideró manejo correcto de la indicación de profilaxis con heparina cuando teniendo alto riesgo por scores la recibieron y cuando no teniendo riesgo elevado o teniendo una contraindicación no la recibieron. Plaquetopenia: $<75000/\text{mm}^3$. Análisis estadístico: Epi info.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes. Factores de riesgo para trombosis: reposo parcial 79 (60%), tratamiento quirúrgico 45 (34%), reposo total 33 (25%) e ingreso previo UTI 23 (14%). Ingresaron por patología clínica 103 (78%), Padua ≥ 4 73 (71%); por patología quirúrgica 29 (22%), Caprini ≥ 3 15 (52%). Tenían indicación de tromboprofilaxis con heparina 87 (66%). Tuvieron un correcto manejo 82 (62.1%): indicada por alto riesgo 43 (49%), no indicada por riesgo bajo o contraindicación 39 (86.7%). Tuvieron un manejo incorrecto 50 (37.9%): por indicación innecesaria de heparina en sujetos de bajo riesgo 6 (14%) y por no indicar heparina cuando tenían riesgo elevado 44 (50.6%). Por patología clínica recibieron tromboprofilaxis y tenían score Padua ≥ 4 39 (53%); tenían score Padua <4 y no recibieron tromboprofilaxis 24 (80%). El manejo fue correcto en 63 (61%). Por patología quirúrgica recibieron tromboprofilaxis y tenían score Caprini modificado ≥ 3 4 (27%); no recibieron tromboprofilaxis y tenían score Caprini modificado <3 14 (100%). El manejo fue correcto en 18 (62%).

Se indicó medidas mecánicas: 12 (9%), KTM 6 (50%) y movilización temprana 10 (83%), ninguna de estas medidas fue indicada en pacientes con score Caprini modificado <3 .

Como factor de riesgo de sangrado recibían AAS 7 (6%) y tenían fallo renal 15 (11%). Tenían trombocitopenia 5 (4%) y no se les indicó profilaxis. Se evidenció hematomas en sitio de colocación de heparina 18 (14%).

El análisis comparativo entre score Padua ≥ 4 vs <4 fue más frecuente: movilidad reducida 73 (100%) vs 17 (23%), $p<0.001$, cáncer activo 8 (11%) vs 0, $p=0.05$ y obesidad (IMC ≥ 30) 21 (29%) vs 3 (19%) $p=0.04$.

Conclusiones: En nuestra institución se pudo observar que dos tercios de los pacientes tuvieron un manejo correcto de la indicación de tromboprofilaxis con heparina, sin embargo en el grupo de alto riesgo solo la recibieron la mitad de los pacientes clínicos y un tercio de los quirúrgicos. Los pacientes clínicos de alto riesgo se asociaron con mayor frecuencia a patología oncológica, movilidad reducida y obesidad mórbida.

C-31-10 // ESTUDIO MULTICÉNTRICO. REGISTRO DE HIPERGLUCEMIA EN INTERNACIÓN EN MEDICINA INTERNA (REGLUMI)

VALDEZ, P.; WACKER, J.; LEFF, D.; ODZAK, A.; CAMERA, L.; FIORI, M.; CHINEN, J.; DAHER, J.; CARAVELLO, O.; FERNÁNDEZ, D.; CRUCIANI, A.; PEREZ, C.; VANZETTI, C.; CALVO, M.; KUSCHNER, P.; PANIGADI, C.; RUSSO, M.; CANTILLO GARCIA, A.
Sociedad Argentina De Medicina. Caba, Argentina.

Objetivos: Determinar prevalencia de hiperglucemia en pacientes internados en clínica médica, a fines de estimar prevalencia de diabetes e hiperglucemia de estrés. Cuantificar tipos de tratamientos antihiperglucémicos durante la internación y al alta.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo-observacional-longitudinal-analítico. Se incluyen pacientes internados en sala de clínica médica o en salas de internación indiscriminada. Estudio multicéntrico en 42 centros, con 2 años de reclutamiento. Muestreo consecutivo.

Resultados: Se registraron 5925 pacientes. Género masculino 50.3%. Edad 60.66 ± 0.25 años. Cobertura por OS 59.4%. Principal procedencia desde la guardia 73%. Estadía 12.61 ± 0.24 días, mayor en quirúrgicos (15.45 ± 0.67 vs 11.76 ± 0.23 , $p < 0.00001$). El 23% recibió tratamiento quirúrgico. Principal nivel educativo: secundario completo 21.6%. Dificultades económicas: 20%. Mortalidad 9.26%. Prevalencia de dislipemia, diabetes e hipertensión: 22.53%, 29.40% y 51.86% con 507 nuevos diagnósticos en dichas patologías. IMC: 27.88 ± 0.65 . El 41.4% presentó hiperglucemia en más de una oportunidad. Media glucemia más alta: 163.50 ± 1.23 (en DBT 2: 255.39 ± 3.04 ; en DBT 1: 199.81 ± 15.12). La mortalidad fue superior con glucemia mayor de 140 (11.18% vs 8.94% , $p < 0.00001$). Requirió Insulina: 31.37%. Uso corticoides: 25.40%. Los corticoides se asociaron a mayor uso de insulina (35.34% vs 30.02% , $p < 0.0001$) y a más infecciones (45.98% vs 42.01% , $p = 0.007$). Hb glicosilada: 7.92 ± 0.08 (8.44 ± 0.09 en diabéticos conocidos y 9.63 ± 0.31 en no conocidos). El 46% se categorizó normoglucémico, 4% de estrés, 21% no se tipificó, 29% diabetes. El uso de insulina se asoció a más hipoglucemia sintomática (3.44% vs 0.44% , $p < 0.00001$) y asintomática (6.13% vs 1.72% , $p < 0.00001$). Respecto al ingreso, al alta aumentó el número de pacientes medicados con insulina e IDDP4, y se redujo en el resto. Charlson global 2.09 ± 0.02 y en óbitos 3.84 ± 0.11 . La media de patologías por paciente fue 2.14 ± 0.01 y aumentó con la edad (P valor regresión lineal < 0.00001). Considerando 12 problemas de salud, en el multivariado los predictores de mortalidad fueron: patologías cardiovasculares ($p = 0.0412$), respiratorias ($p < 0.00001$), infectológicas ($p < 0.00001$), oncológicas ($p < 0.00001$), neurológicas ($p < 0.00001$), metabólicas ($p < 0.00001$) y nefrológicas ($p = 0.001$). Diabetes: pNS. Los pacientes con hiperglucemia de estrés y con diabetes tuvieron más infecciones que aquellos con normoglucemia ($p < 0.00001$). Deterioro cognitivo en el 17% al egreso, en correlación con mayor Charlson (< 0.00001 en regresión lineal). El 60.20% de las altas PAMI requiere cuidador vs $< 30\%$ en otros sistemas ($p < 0.00001$).

Conclusiones: La prevalencia de hiperglucemia es del 54%, con 170 diagnósticos nuevos de diabetes, en el 21% no se logró diferenciar diabetes de estrés. Al alta aumentó el número de pacientes medicados con insulina e IDDP4, y se redujo para metformina y sulfonilureas. La diabetes no se mostró predictora de mortalidad en el multivariado.



C-31-10 // COAUTORES E INSTITUCIONES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. REGISTRO DE HIPERGLUCEMIA EN INTERNACIÓN EN MEDICINA INTERNA (REGLUMI)

VALDEZ, P.
Sociedad Argentina De Medicina. Caba, Argentina.

Objetivos:

Coautores: Fernandez Guillermo; Lovera Pablo; Torres Natalia Lorena; Mantello Carlos; Pancaldo Maria Florencia; Arcondo Florencia; Annetta Veronica; Staltari Paola; Milioto Esteban; Vilela Andres; Armenteros Christian; Silva Lorena; De los Santos Ernesto; De Dios Alejandro; Gauna Jimena; Salvo Carolina; Maddalena Natalia; Raffo Violeta; Fiamengo Jorge; Soria Natalia; Fornasari Leticia; Gonzalez Juan Joaquin; Torres Veronica; Faura Maria Victoria; Del Mazo Abel; Gomez Jaime; Porcelli Vanesa; Quarleri Marina; Fernández Escobar Juan Pablo; Motta Sandra; Di Rado Maria Julia; Rodriguez Pablo Daniel; Wachs Lionel; Carricaburu Pedro Alberto; Sosa Julio; Iturralde Eugenio Jose; Sanchez Diego Daniel; Pietracci Lilian; Suarez Ayalas Silvina; Guerrero Emilia; Sosa Viviana; Alonso Romina; Cordoba Lanus Mercedes; Armesto Graciela; Torres Cristina; Simoiz Fernando; Santander Veronica; Calvano Maria Laura; Roxana Iglesia; Quintero Ana; Lamacchia Rafael; Perez Veronica; Diaz Maria de los Angeles; Criado Lucio; Cani Laura Romina; Vera Franca; Maldonado Ana Luz; Cepeda Priscila; Benitez Rosana Carolina; Cruz Luis Americo; Hautecover Lucia; Valladolid Juan José Vega; Garnica Ivana Elizabeth; Ratti Mónica; Gomez Jonathan; Huerta Paola; Madoery Roberta; Santillan Robles Juan Carlos; Topalian Juan Martin; Rodriguez Alberto; Caporale Juan Carlos; Gonzalez Barbara; Ortiz Diaz Carmen Lucia; Falcon Jesus; Mir Hugo Emilio; Muñoz Nieva Mayra; Avera Fernanda; Gaydou Alejandra; Figueroa Fredy; Cáceres Pallavidino; Silvera Tomás; Aliaga Ahmed; Cobos Silvia; Molina Marcelo; Silvia Cobos; Cavallera Noelia; Figueredo Maria Antonia Acosta; Varela Gabriela; Corzo Luis; Jorge Sebastian; Iglesia Roxana Griselda; Sadir Matias; Sarmiento Eliana; Sierra Facundo; Chelin Daniela; Gomez Edgardo.

Materiales y Métodos:

Instituciones: Hosp Santojanni; Clínica la Pequeña Familia; Hosp Velez Sarfield; Hosp Argerich; Casa Hosp San Juan de Dios; Hosp Universitario UAI; Hosp Tornú; Sanatorio Julio Mendez; Hosp Durand; Hosp Italiano de Córdoba; Hosp Regional de Ciudad del Este; Sanatorio Nuestra Señora del Rosario (Jujuy); Hosp Diego Paroissien; Sanatorio Modelo de Caseros; Hosp General de Luque (Paraguay); Sanatorio Anchorena; INCOR (La Rioja); Sanatorio San Jorge (Ushuaia); Clínica AMEBPBA; Hosp Zonal Alvear - Comodoro Rivadavia; Hosp Municipal de Vicente López; Hosp Zonal Provincial Dr.E.E. Erill (Escobar); Hosp Manuel Belgrano (San Martín); Hosp Británico; Hosp de Clínicas (Montevideo); Hosp Zenon J Santillan (Tucumán); Sanatorio Garay (Santa Fe); Unidad Asistencial Dr. César Milstein; Hosp Dr Ramon Madariaga (Misiones); Hosp Lencinas (Mendoza); Hosp Saint Bois (Montevideo); Clínica Santa Isabel; Sanatorio Ramón Cereijo; Hosp Churruca Visca; Sanatorio de La Providencia; Hosp Diego Thompson (San Martín); Clínica del Angelo de Formosa; Hosp Provincial del Centenario (Rosario); Hosp Zubizarreta; Centro Médico Otorrino (República Dominicana); Hosp Italiano La Plata; Hosp Juan Bautista Alberdi (Tucumán).

Resultados:

Conclusiones:

C-32-02 // EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

FURFERI, G.; ROJAS PIÑERO, M.; LEYTES, M.; DELGADO, D.; SANTONOCITO, M.; GALLO, M.; GÓMEZ PORTILLO, J.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva en población entre 16 y 21 años, conocer si existen falencias en el mismo, conocer el acceso a educación sexual integral y la conformidad del contenido recibido.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, corte transversal. Incluyó alumnos entre 16 y 21 años de instituciones educativas de nivel secundario de la provincia de Mendoza, Argentina desde 1 julio al 30 de agosto de 2018. Encuesta semiestructurada de opción múltiple, anónima, preguntas cerradas, de diseño propio. Se excluyó a mayores de 21 años y encuestas con errores de llenado o incompletas. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados: Se encuestaron 585 personas, edad promedio 17.16, 62.22% de sexo masculino. El 65.81% ha comenzado con prácticas sexuales (media 15.49 años de edad de inicio en ambos sexos). Dentro de este último grupo, 20.77% no utilizó método anticonceptivo en su primera relación sexual, el 44.30% los utiliza en todas sus relaciones sexuales. 55.69% no usan medidas de anticoncepción en todos sus encuentros sexuales, 66.97% los usa más de la mitad de veces y 24.65% menos de la mitad. Las razones: 41.37% no disponía de ningún método anticonceptivo en el momento, 32.75% le resultaba más cómodo realizarlo, 17.24% consideró no necesario por mantener una pareja estable, 3.44% no había posibilidad de embarazo y 1.29% no había posibilidad de transmisión de enfermedades. Respecto al uso de método anticonceptivos en todas las relaciones sexuales, 90.94% contestó que consideraba importante utilizarlos. Dentro de los métodos de anticoncepción destacan: preservativo 98%, pastillas anticonceptivas 89.91%, y diafragma 58.97%. Conocimiento de qué enfermedades considera de transmisión sexual: HIV/SIDA 97.09%, Sífilis 76.41%, Herpes virus 74.01%. Por último, cabe destacar que el 20.68% no recibió educación sexual integral; del 77.94% que la recibió, el 73.67% se encuentra entre poco conforme y muy disconforme con el contenido recibido. El 78.97% creen importante involucrar a los padres en educación sexual y reproductiva, el 66.66% considera que las instituciones deberían instruir y actualizar a los padres en dichos temas.

Conclusiones: Si bien un alto porcentaje de encuestados inició las relaciones sexuales a edades tempranas, se evidencia falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Destaca la necesidad de hacer hincapié en el uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual a través de la aplicación de educación sexual integral, debido al desconocimiento acerca de enfermedades de alto impacto tanto en morbilidad, como en lo social y económico. Se debe reforzar la participación del seno familiar, que constituyen el primer educador en temas de estas características.

C-32-01 // EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

MORENO, C.; ROJAS PIÑERO, M.; LEYTES, M.; DELGADO, D.; ZIZZIAS, S.
Hospital Del Carmen. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar porcentaje de estudiantes que recibieron ESI en sus escuelas, así como conocimiento de la ley 26150, abordaje de género, violencia de género, abuso sexual, derechos sexuales, embarazo no deseado, aborto, prevención de ITS -infecciones de transmisión sexual-, uso de MAC -métodos anticonceptivos-consumo problemático alcohol y sustancias ilícitas y satisfacción con la ESI implementada.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, corte transversal desde 1 julio al 30 de agosto de 2018. Encuesta auto-administrada, anónima, preguntas cerradas y abiertas, de diseño propio a través formulario en Google Drive e instituciones educativas. Incluyó estudiantes universitarios y secundarios de 15 hasta 30 años. Se excluyeron encuestas incompletas o con errores de llenado. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados: Se encuestaron 560 personas, promedio 20 años, DS 5. Femeninos 67%. Secundarios 50.3%. 63% instituciones privadas, 64% no religiosas. 45% no recibió o no está recibiendo ESI. De los que recibieron, 68% considera que no fue eficaz. Lo abordó como espacio curricular aparte el 45%. No trataron la ESI en las familias 57% del total de universitarios y 39% de secundario. No reconocieron participación activa de la familia con los colegios en 94%. Con respecto a la ley de ESI 47% desconoce su existencia. Se abordó en mayor porcentaje: aparato reproductor (AR) 59%, 45% MAC, 43% ITS, 25% consumo problemático de alcohol y sustancias ilícitas, 16% embarazo no deseado (END) y aborto. 53% vivió algún caso de END, donde 68% siguió estudiando, 24% abandonó y 8% se cambió de institución; 68% no lo abordó en el curso con el docente, y sí entre compañeros en un 45%, 51% vivió un caso de discriminación por orientación sexual (OS) o identidad de género de los cuales 83% siguió estudiando, 3% abandonó los estudios y 14% se cambió de institución; 75% no lo discutió en el curso con el docente, sí entre sus compañeros en un 48%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una deficiente ESI en la población estudiada, que coincide con los estudios nacionales. Más de la mitad considero la ESI como ineficaz, lo que refleja la necesidad de una correcta aplicación de la ley N° 26150, la cual es desconocida en un alto porcentaje, haciendo hincapié en el abordaje integral en todos los espacios curriculares con participación activa de las familias. Es destacable que un alto porcentaje vivió una situación de END o discriminación por OS y la mayoría no lo trató con el docente en el curso, aunque sí con compañeros. Por lo que concluimos que, debido a la alta incidencia de problemáticas asociadas al desconocimiento de la ESI, se debería replantear la aplicación de la misma que está lejos de ser efectiva, a fin de garantizar el derecho a la ESI en todos los niveles educativos.

C-32-03 // PREVALENCIA DE OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DEL CESAC 12

PRONSKY, L.; AMOR, M.; TAPIA, M.; SARCONA, E.; PORTELA, M.; QUIROGA, L.; RASO, N.; FLORIO, M.; ROMERO, H.; CHIESA, M.; WILLI, J.; CASTELLA ESPLUGAS, C.; JAUNSOLO, M.
Cesac 12. Caba, Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años que concurren a realizar el apto físico escolar en el Centro de Salud y Acción Comunitaria 12 (CeSAC 12) CABA, Argentina entre los meses de febrero y mayo 2018.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se obtuvieron los datos de 381 adolescentes entre 15 y 19 años que concurren al CeSAC 12 a realizar el apto físico escolar entre febrero y mayo de 2018. Se recabaron los siguientes datos: edad, sexo biológico, peso, talla, perímetro de la cintura a nivel de las crestas ilíacas, según se miden habitualmente y con instrumentos calibrados. Se consideraron las siguientes definiciones: sobrepeso: índice de masa corporal (IMC) entre los percentilos 85 y 96, obesidad: IMC mayor o igual al percentilo 97, perímetro de cintura aumentado (PCA): percentilo > 90.

Resultados: Se obtuvieron los datos de 381 adolescentes entre 15 y 19 años de edad, con una edad media de 16.5 años ± 1.2, las mujeres representaron un 53% (n=202). Respecto al estado nutricional el 66.9% (n=255) fueron normopeso, el 22.3% (n=85) sobrepeso, y el 10.8% (n=41) presentaron obesidad. La prevalencia de PCA fue del 19.4% (n=74).

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio muestran correlación con el aumento de valores de sobrepeso y obesidad de la región y del país. Las enfermedades cardiovasculares tienen inicio en edades tempranas de la vida así como las conductas tanto de alimentación como de actividad física. Resulta importante entonces promover hábitos alimentarios y actividad física diaria en todas las consultas de los adolescente incluso desde la primera infancia involucrando a todo el núcleo familiar. Desde el primer nivel de atención y de manera interdisciplinaria, se debe favorecer la accesibilidad de esta población a la consulta y tomar como desafío los valores obtenidos para pensar acciones para revertirlos.

C-32-04 // ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD E ITS EN ADOLESCENTES. UN ESTUDIO REALIZADO POR ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UBA.

VALDEZ, P.; VENDRAMINI, P.; VENDRAMINI, N.; VALDEZ D'STEFANO, L.; DIAZ, A.; WACKER, J.; LEFF, D.
Hospital Vélez Sarsfield. Caba, Argentina.

Objetivos: Identificar conocimiento entre adolescentes acerca de infecciones de transmisión sexual (ITS), de su prevención, y mitos acerca de los mismos. Conocer conductas de riesgo. Cuantificar datos epidemiológicos sobre actividad sexual. Explorar presencia de educación sexual en enseñanza media y en otros dispositivos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal y analítico. Encuesta por formulario de google a adolescentes de entre 16-26 años a través de redes sociales.

Resultados: Se reclutaron 741 respondedores. Mujeres 78.13%. Edad 21.37 ± 0.10 años. Status medio autoreportado: 80.43%. El 73.41% con estudios universitarios en curso o concluidos al igual que el 55.87% de los jefes de hogar. El 13.90% presenta dificultades económicas. Las preguntas sobre ITS fueron contestadas con un rango de error del 2.51% al 19.83%. El preservativo es citado como preventivo de ITS por el 70.98%. El 5.26% desconoce al sexo anal como fuente de ITS. El 16.46% ha presentado una ITS, siendo la más frecuente el HPC con 53.91% (p valor X2: 0.009). El 43.72% se ha realizado un test VIH, con una media de 2.38 ± 0.11 tests. El inicio de relaciones sexuales (RS) ocurre en promedio a los 16.65 ± 0.07 años, habiendo un 6.20% que aún no las ha iniciado (mujeres 5.87% vs varones 7.40%, p valor X2: 0.02). El 54.11% tiene en la actualidad pareja estable. La cantidad de parejas estables es 1.91 ± 0.05 . El número total de contactos sexuales es 8.80 ± 0.45 . La cantidad de veces que hubo relaciones paralelas fue 1.97 ± 0.25 . La frecuencia semanal de RS es 2.24 ± 0.07 . El 37.69% responde que siempre se cuida y el 31.36% dice usar preservativo durante toda la RS. No se usa preservativo en el 43.16%, 14.67% y 93.66% de las relaciones anales, vaginales y orales respectivamente. Recibió educación sexual en el colegio el 63.02%, con contenidos de anatomía/fisiología en el 44.39%, prevención de enfermedades de transmisión sexual en el 56.81%, prevención de embarazos no deseados en el 45.88% y respeto por la diversidad de preferencias sexuales en el 12.95%. La información sobre ITS provino de padres (56.50%), amigos (69.67%), internet (88.66%); televisión (31.85%), profesionales de la salud (70.59%), iglesia (0.91%) y colegio (50.68%).

Conclusiones: El rango de error autoreportado es inferior a las conductas de riesgo relatadas en esta población. La educación sexual en la enseñanza media dista de ser completa. Los adolescentes buscan otros canales de información, que no siempre son los más adecuados.

PC-01-01 // MIOCARDIOPATÍA CHAGASICA Y ACV ISQUEMICO

GAYDOU BORSOTTI, A.; GARRIDO, M.; CARRERA, L.
Facultad De Ciencias Médicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El Accidente Cerebrovascular Isquémico (ACVI) es la segunda causa de muerte neurológica y la primera en generar discapacidad en la edad adulta, por lo que genera una carga significativa de enfermedad y años de vida saludable perdidos.

En Argentina se estima una prevalencia de 868 casos/100.000 habitantes. Dentro de los ACVI el 20 % corresponde a origen cardioembólico.

La presunción clínica de ACVI de origen cardioembólico se apoya en la presencia de una cardiopatía embolígena en ausencia de lesiones ateromatosas cerebrovasculares significativas, en conjunción con hallazgos clínicos y de imágenes que de alguna manera son distintivos, aunque no exclusivos, de ACV cardioembólico.

La Miocardiopatía Chagásica por otro lado, de alta prevalencia, sumado a inacción en detección y terapéutica con tiempos suma la probabilidad de generar discapacidad en personas jóvenes.

Caso: Paciente femenina de 45 años, nacida en Chaco, obesa, tabaquista 40 paq/años con antecedentes de asma bronquial y miocardiopatía dilatada, Chagas +, ingresa por presentar debilidad en hemitrueno izquierdo con trastorno en articulación de la palabra de horas de evolución. Se decide internación para diagnóstico y tratamiento por sospecha de ACVI. Al examen físico presenta signos vitales conservados con una tensión arterial de 190/100 mmHg, Glasgow de 15/15, debilidad e hipostesia en hemitrueno izquierdo, con respecto a los pares craneales se encontró hemianopsia homónima izquierda, motilidad ocular conservada, pupilas isocóricas reactivas y paresia facial central izquierda. Los reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, signo de Babinski positivo en pie izquierdo. Presenta disartria leve-moderada. Los exámenes de laboratorio realizados al momento del ingreso (Hemograma, Función renal, Ionograma, Coagulograma y Hepatograma) se hallaban normales. Se realizó TAC de cráneo, la cual mostró un área hipodensa localizada en lóbulo parietal derecho compatible con zona de penumbra isquémica. Se considera diagnóstico más probable un ACVI de origen cardioembólico debido a su Cardiopatía Chagásica.

La evolución es favorable con secuelas neurológicas. Se propone rehabilitación con fisioterapia, intervención con servicio de cardiología para estudio y actualización del tratamiento de su Miocardiopatía y corrección de factores de riesgo.

Comentario: Se plantea la evolución a discapacidad en una paciente joven, ya que la paciente presentaba múltiples factores de riesgo, no contemplados en su seguimiento sumado a un parcial abordaje de la miocardiopatía chagásica conjugan el plafón de un evento tromboembólico como el que afectó a esta paciente.

Conclusión: La elección del caso se basa en evidenciar, a través de esta paciente en particular, cómo una patología estructural cardíaca y factores de riesgo cardiovasculares conjugados y librados a su evolución natural pueden derivar en una complicación grave, mortal o invalidante.

PC-01-03 // SÍNDROME ASCÍTICO EDEMATOSO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE AMILOIDOSIS CARDÍACA

ESTEVAN GILI, J.; GRASSI, L.; GUERRERO, N.; TARIFA, A.; FUNES, G.
Hospital Teodoro J. Schestakow. Mendoza, Argentina.

Introducción: La amiloidosis cardíaca es la consecuencia del depósito amiloide en el tejido cardíaco, ya sea en el contexto de una afección sistémica o de una forma localizada, siendo la única etiología de las miocardiopatías restrictivas en la que se altera la función sistólica en los estadios terminales. Su diagnóstico es tardío y la falla cardíaca congestiva es la manifestación clínica inicial.

Caso: Paciente masculino de 55 años, tabaquista (IPA 5), sin otros antecedentes personales de importancia, familiares desconocidos, con cuadro de curso progresivo e insidioso de debilidad generalizada a lo que se añade un mes previo, edema de miembros inferiores, disnea CF IV, ortopnea y distensión abdominal. Se interna en noviembre de 2017 por síndrome ascítico-edematoso e insuficiencia cardíaca descompensada. Regular estado general, Sat 94 % AA, FR 26/min, FC 98/min, TA 140/90 mmHg, afebril. Edema infrapatelar, simétrico, godet III/IV. Hipoventilación en bases pulmonares, R1 y R2 hipofonéticos, silencios libres, presencia de R3, pulso regular. Ingurgitación yugular II/IV. Abdomen globoso, doloroso en hipogastrio. Hígado palpable a 5 cm del reborde costal, doloroso. Ascitis grado III. ECG: eje desviado a la derecha, bloqueo incompleto de rama derecha, complejos QRS de bajo voltaje en derivaciones del plano frontal, falta de progresión de ondas R en derivaciones precordiales. Rx de tórax: aumento del índice cardíaco-torácico y derrame pleural bilateral. Ecografía abdominal: hepatomegalia, líquido libre en cavidad abdominal. Comienza tratamiento con restricción hídrica, diuréticos, y paracentesis evacuadora (GASA 1.7. Cultivo: negativo, extendidos negativos para células neoplásicas). Ecocardiograma: disfunción sistólica del VI de grado moderado con severa hipocinesia del SIV. Severa hipertrofia concéntrica del VI con patrón miocárdico moteado fino. Dilatación severa de la AI. Función diastólica del VI: patrón de llenado transmitral restrictivo. VD hipertrofico, no dilatado con función sistólica deprimida. Dilatación severa de AD. Derrame pericárdico moderado. Estudio sugestivo de amiloidosis cardíaca. Biopsia de grasa abdominal: en tejido subcutáneo depósito de material amorfo vinculable con amiloide. Coloración de rojo Congo, se ponen en evidencia dichos depósitos. Impresión diagnóstica: Amiloidosis. Difícil manejo del paciente, egresa en forma voluntaria. No acude a los controles. Reingresa en enero de 2018 descompensado hemodinámicamente falleciendo ese mismo día.

Comentario: El diagnóstico de amiloidosis requiere la demostración histopatológica de los depósitos de amiloide. La aspiración de grasa abdominal puede sustituir la biopsia de los órganos involucrados.

Conclusión: La amiloidosis cardíaca se caracteriza por hallazgos típicos en la ecocardiografía. Debe sospecharse en todo paciente con miocardiopatía restrictiva, ya que desarrollan disfunción diastólica temprana y anomalías no específicas en el sistema de conducción. Las modalidades terapéuticas disponibles son sólo medidas de soporte.

PC-01-02 // TUMOR CARDÍACO VS HVD, A PROPOSITO DE UN CASO

RODRIGUEZ, G.; OVEJERO, L.; ZAMBANINI, P.; CHAMORRO, L.; DI BARTOLO, A.; VALLET, P.; LUNA, A.;

FLEITA, A.; RIVERO, A.; PERIOLLO, A.
Clínica Privada Caraffa. Córdoba Capital, Argentina.

Introducción: Aunque son de baja incidencia, los tumores cardíacos primarios pueden afectar a una población limitada de pacientes en la consulta diaria. tenerlos presentes entre los diagnósticos diferenciales podría resultar fundamental para arribar al diagnóstico correcto.

Caso: paciente de sexo femenino de 17 años de edad, con antecedentes personales patológicos de luxación de ambos codos en parto distócico. Consulta en 4 ocasiones por síncope que requirieron respectivas internaciones. Durante la segunda internación se constata ECG con supra-desnivel de ST en cara inferior, de concavidad superior. Se realiza ecocardiografía doppler que demuestra cavidades cardíacas normales, con IP mínima e IT leve, Fey conservada. Se concluye en estudio sin valor patológico. Enzimas cardíacas normales en todas las internaciones. Persistiendo el cuadro que motivó las repetidas consultas, y manteniendo el trazado electrocardiográfico descripto, se decide realizar cardiorresonancia. Se objetiva allí tumoración en cara septal del ventrículo derecho.

se coloca a la paciente en plan de cardiocirugía para realizar reparación plástica de dicha cavidad.

Comentario: aun con ecodoppler normal, el estado clínico de la paciente y su registro electrocardiográfico se impusieron para sospechar la presencia de alguna causa que no estaba siendo considerada. de allí que la solicitud de la cardio resonancia fue fundamental para conocer la razón de las reiteradas consultas de la paciente, y llegar así al diagnóstico definitivo.

Conclusión: el alto índice de sospecha de los tumores cardíacos continua siendo un factor fundamental al momento de efectuar un correcto diagnóstico.

PC-01-04 // FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ACV CRIPTOGÉNICO CEREBELOSO

GREBLO, F.; ZAMBRANA, M.; CARDENAS VENEGAS, B.; TABOADA QUIROZ, R.; SALAZAR JALDIN, C.; DECKER, V.; GRIESSI FORTES, F.; LABUR, R.; CORTÉS VALDÉS, J.; KAPOR, N.; FERNANDEZ VARGAS, M.;

ALVAREZ DREXLER, C.; PERNICONE, M.; SANCHEZ, N.; MAIORINO, C.
Hospital Eva Perón De Merlo. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El foramen oval permeable (FOP) es una cardiopatía congénita producto de la falta de fusión del septum primum y el secundum después del nacimiento. Tiene una incidencia de un 25% sin repercusiones clínicas en la mayoría de los casos. Se lo vincula a diversas enfermedades como migraña, enfermedad por descompresión, platipnea-ortodexia y el ictus criptogénico en adultos jóvenes por embolia paradójica. En este caso, la circulación posterior es la más afectada, con el pasaje de micro émbolos de derecha a izquierda a nivel intracardíaco, favorecidos aún más por la presencia de aneurismas del septum interauricular con consecuente flujo turbulento y ectasia.

Caso: Varón de 54 años, profesor de educación física, antecedente ACV isquémico cerebeloso en 1994 sin secuelas. Consulta por vértigo, inestabilidad postural, dificultad en el habla y dismetría braquial derecha de 12hs de evolución. Ingresó con disartria, ataxia troncal con base de sustentación, TA 120/80mmHg, FC: 67lpm.

ECG con ritmo sinusal. Laboratorio de rutina normal. TC de encéfalo: lesión hipodensa en hemisferio cerebeloso izquierdo y en menor medida del derecho de aspecto vascular crónico secular. RMN de encéfalo con difusión: imágenes de alta señal en T2 y Flair en hemisferio cerebeloso izquierdo, vermis y región corticoparietal izquierda de aspecto secular vascular, imagen de alta señal en T2 y Flair a nivel del sector superior y paramediano del vermis cerebeloso que presenta restricción en la difusión y señal isodensa en el mapa de la ADC, característico de una lesión isquémica en fase aguda-subaguda. AngioRMN de vasos extracraneales normal, angioRMN de vasos intracraneales con ateromatosos difusa, sin lesiones estenosantes.

Ecocardiograma transtorácico: movimiento batiente amplio de septum interauricular de carácter aneurismático, con estudio con burbujas con evidencia de FOP con pasaje de derecha a izquierda en magnitud significativa representando alto riesgo de embolia paradójica. Se realiza ETE que confirma el diagnóstico. Ecodoppler venoso de MMII sin trombos. Troponina: negativa, HIV negativo, FAN negativo. Látex AR no reactivo, TSH: 3,28, T4L: 0,96, homocisteinemia: 5.

El paciente evoluciona con recuperación neurológica a las 12hs de la internación. Tratamiento: atorvastatina 80mg y anticoagulación. Egresó con seguimiento por cardiología para evaluar cierre percutáneo del FOP.

Comentario: En la actualidad no se cuenta con evidencia suficiente para recomendar el cierre sistémico del FOP en contexto de ictus criptogénico. Está justificado en pacientes jóvenes con ACV recurrente con evidencia de trombosis venosa o anomalías de alto riesgo (shunt derecha-izquierda grave, y aneurisma del septo interauricular o válvula de Eustaquio, entre otros).

Conclusión: Ante un paciente joven con foco neurológico de fosa posterior debe considerarse siempre al FOP como probable fuente embolígena siguiendo un protocolo de estudio el cual debe incluir al ETE, siendo este el método de elección para valorar dicha patología.

PC-01-05 // MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES EN EL HIPERTIROIDISMO

ALTAMIRANO, R.; CASTILLO, A.; MOHAMED, S.; BURNA, K.; LOPEZ GODOY, R.; PETRONI, J.; REY, O.; GONZALEZ, C.; QUESADA, M.
Hospital José María Penna. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La enfermedad tiroidea tiene una prevalencia del 9% al 15% en la población adulta. Las manifestaciones cardiovasculares son frecuentes en la presentación clínica del hipertiroidismo. Se destacan el aumento del gasto cardíaco en reposo y el aumento de la contractilidad miocárdica y de la frecuencia cardíaca. Estos cambios pueden agravar una enfermedad cardíaca preexistente, o directamente conducir a una enfermedad cardíaca tirotóxica. Aproximadamente el 6 % de los pacientes presentan signos y síntomas de insuficiencia cardíaca como cardiomegalia, disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna (DPN), ortopnea, edemas periféricos, ingurgitación yugular, tercer ruido, entre otros. Estos hallazgos en conjunto con la falta de aumento de la fracción de eyección (FEY) con el ejercicio indican una posible miocardiopatía hipertiroides.

Caso: Paciente de sexo femenino de 46 años sin antecedentes patológicos, que ingresa por disnea progresiva de clase funcional I ? II, DPN y palpitaciones, de 2 meses de evolución, de instauración insidiosa, misma que progresa a clase funcional IV por lo que ingresa a la guardia del hospital. Se la constata a su ingreso con ortopnea, taquicárdica, taquipneica, afebril, se advierte la presencia de crepitantes en ambas bases pulmonares, eretismo cardíaco, edema periférico infrapatelar bilateral además de temblor fino distal y alopecia difusa. Laboratorio: dentro de parámetros normales. ECG: taquicardia sinusal. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico de 0.5, signos de redistribución de flujo e hilos congestivos. Recibe tratamiento de sostén, con mejoría clínica aunque persiste taquicárdica con episodios de palpitaciones. Se realiza Ecocardiograma Doppler que informa diámetros de cavidades y función sistólica del ventrículo izquierdo conservadas, sin alteraciones valvulares; FEY estimada 68%; flujograma mitral con patrón de relajación prolongado. Con sospecha diagnóstica de hipertiroidismo se solicita perfil tiroideo que resulta: TSH <0.01, T4 >24.68 ug/dl, T4L >7.77 ng/dl, T3 >6.51ng/ml. Se inicia tratamiento con danantizol ? propanolol. Presenta buena evolución clínica y rápida respuesta a diuréticos. Se externa continuando tratamiento y control evolutivo en forma ambulatoria.

Comentario: La presentación de este caso pretende dar relevancia a la sospecha diagnóstica de etiología hormonal ante la presencia de manifestaciones clínicas cardiovasculares a fin del inicio precoz del tratamiento pertinente, ya que el estado eutiroideo deviene en la normalización de la patología cardiovascular en la mayoría de los casos.

Conclusión: Dar relevancia al diagnóstico etiológico temprano y al tratamiento precoz para mejorar el pronóstico.

PC-01-07 // SINDROME TAKOTSUBO

ARTUNDUAGA, O.
Uai, Medicina Interna, Trabajo Smiba. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome de Takotsubo es una entidad clínica que simula un síndrome coronario agudo (SCA) y se distingue por tener clínica de síndrome coronario agudo, enzimas cardíacas elevadas (troponina y ckMB), ECG con alteración del ST, cinecoronariografía con ausencia de obstrucción coronaria, y ecocardiografía que evidencia discinesia apical o antero apical con hipercinesia de los segmentos basales.

Caso: caso clínico, mujer 76 años, antecedentes de hipercolesterolemia en tratamiento con dieta, osteoporosis en tratamiento con calcio y vitamina D. Que luego de una situación de estrés emocional, presenta dolor torácico y epigástrico tipo peso, asociando náuseas y vómito de 10 minutos de duración, por lo que acude por urgencias en otra institución donde la tratan como una epigastralgia y luego la remiten al domicilio con analgesia. Al día siguiente reaparece el dolor de mayor intensidad en reposo, la paciente acude a la institución donde se le realiza ECG que evidencia supra ST en la cara anterior extensa y lateral alta, enzimas cardíaca troponina y Ck Mb elevadas, se realiza cinecoronariografía la cual identifica tronco coronario izquierdo, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha sin lesiones significativas. Ventriculograma VI con discinesia apical, acinesia septum anterior, bases hipercontractiles, se calcula FEVI 35%; Paciente con evolución hacia la mejoría, ecocardiograma de control con recuperación de la función ventricular izquierda.

Comentario: El síndrome Takotsubo es una cardiomiopatía de causa desconocida caracterizada por discinesia apical del ventrículo izquierdo, clínica y ECG de síndrome coronario, puede ser secundario en el 44% a un estrés emocional. El pronóstico de la enfermedad es bueno, recuperación FEVI dentro del primer mes.

Conclusión: El síndrome de Takotsubo debe ser considerado como un diagnóstico posible en todos los pacientes que presentan clínica compatible con IAM y coronarias normales, la aplicación de protocolos que permitan dirigir adecuadamente el estudio tratamiento de estos pacientes enfocado en mejorar su pronóstico y sobrevida.

PC-01-06 // ENFERMEDAD DE EBSTEIN EN PACIENTE ADULTO

CERESOLE, A.; SANTAMARIA, K.; MALLO, S.; RAMOS, K.; YAGUAS, M.; PACHECO, A.
Sanatorio Urquiza. Quilmes Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La anomalía de Ebstein (AE) es una enfermedad cardíaca congénita que afecta a la válvula tricúspide (VT). Representa 1/20000 recién nacidos vivos 1, 2 o 0.3% de todas las cardiopatías congénitas 2-4. Descrita por Wilhelm Ebstein en 1866, se caracteriza por el desplazamiento e inserción anómala de la VT en la cámara de entrada del ventrículo derecho (VD), provocando diversos grados de insuficiencia tricúspide. Las valvas septal y posterior están adosadas a la pared del VD y por consecuencia, se desplaza el orificio funcional sin alterar la posición del anillo anatómico, por lo que parte del VD está funcionalmente integrado a la aurícula derecha (AD), lo que se conoce como atrialización.

La lesión asociada más habitual es la comunicación interauricular y en menor frecuencia: estenosis o atresia pulmonar y conducto arterioso persistente.

La alteración hemodinámica predominante es la insuficiencia tricúspide, por lo que aumenta la presión en la AD. Se origina un cortocircuito de derecha a izquierda a través del agujero oval o la comunicación interauricular con desaturación sistémica y cianosis.

Caso:

Paciente femenina de 58 años conocida por el servicio en junio de 2018, ingresa con diagnóstico de enfermedad de ebstein realizado en 1974. By pass atriopulmonar (1996), fibrilación auricular ACO con warfarina, úlcera varicosa con toilette qx, insuficiencia cardíaca (2000). Medicación habitual urosemida 40x2, diltiazem 60 x1, digoxina x1

Ingresó al servicio de urgencias con cuadro clínico de disnea clase 2/3, asociado a accesos de tos no productiva, con edemas generalizados y taquicardia, dolor costal derecho, astenia, adinamia y alzas térmicas no cuantificadas. Al examen físico: encontramos paciente lúcida, orientada afebril, con reagitación manifestada por síndrome ascítico edematoso con derrame pleural derecho y ascitis a tensión. Signos vitales dentro de parámetros: ta: 120/80 mmHg, fc: 85 fr: 16 satO2: 93% sin O2. c/p: r1r2 en 4 focos, con murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, abdomen: blando, depresible, con presencia de hematomas en región umbilical, g/u: diuresis positiva por sonda vesical, extremidades: edema grado III, snc: sin signos de irritación meníngea, ni déficit de sensorio.

Comentario: Lo llamativo del caso es la infrecuencia de esta patología en adultos con una sobrevida larga.

Conclusión: Ante un síndrome ascítico edematoso con disnea cf IV debe pensarse en los causales de la insuficiencia cardíaca. En este caso es la enfermedad de Ebstein es la causa y se concluye que con un manejo estricto del cuadro la sobrevida puede prolongarse.

PC-01-08 // TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN CONTEXTO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

FLEITAS, M.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es un trastorno generalizado del metabolismo del calcio y del fósforo por aumento de secreción de la hormona paratiroidea. Es la principal causa de hipercalcemia en pacientes ambulatorios, y la segunda en internados, seguida de la tumoral. Se calcula que la incidencia anual de la enfermedad es de hasta de 0.2% en personas mayores de 60 años. Los tumores paratiroideos se encuentran más a menudo como adenomas aislados sin otro endocrinopatía, en un 80% se trata de adenomas solitarios. La hipercalcemia per se induce un estado de hipercoagulabilidad según estudios realizados en animales y se han descrito casos de trastornos trombóticos en relación con el hiperparatiroidismo primario agudo.

Caso: Paciente de 87 años, hipertensa, con antecedente de enfermedad de Paget ósea, consulta por cuadro de disnea clase funcional 3, interpretándose como insuficiencia cardíaca. Se realizan estudios complementarios, evidenciándose en ecocardiograma transtorácico trombo en tránsito asociado a dilatación de cavidades derechas. Recibe tratamiento trombolítico local con ultrasonido y anticoagulación con heparina. Al laboratorio de ingreso se evalúa perfil fosfo cálcico, en contexto de enfermedad de base, con evidencia de parathormona intacta de 1000 pg/mL (V. N.: 10- 55 pg/ mL), vitamina D 6.8 ng/mL (VN: 20- 50 ng/mL), calcio total 10.2 mg/dL, corregido 11.25 mg/ dL. Como parte de la evaluación y búsqueda de un factor protrombótico predisponente para tromboembolismo pulmonar, se realiza estudio tomográfico donde se evidencia lesión heterogénea en lóbulo tiroideo izquierdo, con centro hipodenso y realce tras la administración de contraste, sin poder descartar compromiso paratiroideo. Se descartan trombofilias hereditarias.

Durante la internación intercorre con alteración del nivel de conciencia. Laboratorio con calcio corregido aumentado de 14.24 mg/dL, fosfato y magnesio en límite inferior, creatinina 0.8 mg/dL. Se interpreta como hipercalcemia secundaria, por lo que se administra hidratación parenteral, plan amplio con cristaloides, calcitonina subcutánea.

Ecografía de paratiroides donde se evidencia: masa sólida de 49 milímetros en borde externo del lóbulo tiroideo izquierdo, que podría corresponder a lóbulo tiroideo o paratiroideo.

Centellograma y ecografía cervical coincidentes para masa funcionante paratiroidea. Realiza cinacalcet, calcitonina, pamidronato endovenoso, citrato de calcio, calcitriol y magnesio. Posteriormente paratiroidectomía. Anatomía patológica compatible con adenoma paratiroideo izquierdo.

Comentario: El hiperparatiroidismo primario presentará al laboratorio hipercalcemia con PTH aumentada, fósforo sérico bajo o normal, calciuria y fosfatúria elevadas. Encontraremos con mayor frecuencia: nefrolitiasis, úlcera péptica, pancreatitis, osteítis fibrosa quística, gota, afectación neuromuscular y cardiovascular (hipertensión, dislipemia, intolerancia a la glucosa). En el caso de nuestra paciente, alteraciones protrombóticas que desencadenaron un tromboembolismo pulmonar. Esto está relacionado con aumento del inhibidor del activador del plasminógeno PAI-1, disminución del inhibidor de la vía del factor tisular (TFPI), produciendo un estado de hipercoagulabilidad.

En cada situación particular, se evalúa el tratamiento quirúrgico vs médico (hidratación/ bisfosfonatos/ calcitonina/ calcio miméticos) según determinados parámetros clínicos y de laboratorio.

Conclusión: Resulta un caso interesante debido a que habitualmente no se suele pensar en el diagnóstico de hiperparatiroidismo en contexto de tromboembolismo pulmonar.

La alteración del sistema fibrinolítico generada por esta alteración metabólica termina siendo un factor de riesgo para la enfermedad trombótica.

PC-01-09 // PERICARDITIS PURULENTE POR NEUMOCOCCO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

MARCOVECCIO, c.; MARCOVECCIO, c.; DOMINGUEZ, M.; BARTOLUCCI, C.; SZPAK, A.; MERLO, A.; PORTILLO, M.
Higa Gandulfo. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La pericarditis purulenta es una patología de presentación poco habitual más aun aquellas de etiología neumocócica, ya que las pocas que se diagnostican ocurren en el contexto de una complicación, el taponamiento cardíaco. En la actualidad la causa más frecuente de pericarditis es la ideopática o viral, por otro lado la pericarditis purulenta suele ser provocada por bacilos gram negativos, staphylococcus aureus, el neumococo es una causa infrecuente en el paciente adulto y se asocia a procesos infecciosos pleuro pulmonares.

Caso: Paciente de 58 años sin antecedentes de relevancia ingresa por presentar un cuadro de 2 días de evolución caracterizado por dolor precordial localizado de inicio súbito, de intensidad 10/10, de tipo opresivo que se exacerba con la inspiración, que cede parcialmente con la toma de analgésicos asociado a episodio de sudoración sin registros febriles objetivados. Al examen físico presentaba taquipnea con respiraciones cortas y superficiales, frote pericárdico taquicardia ingurgitación yugular 2/3. En el laboratorio evidenciaba 16.300 leucocitos/mm³, troponina 175, cpk 1235, cpk mb 41 que ascienden a 11222, 1088 y 64 respectivamente presentando en ECG taquicardia sinusal 110 lpm con supra st en DI, DII, DIII, AVL, V2, V3, V4, V5 y V6 con infra st en AVR y V1 y un ecocardiograma que evidenciaba derrame pericárdico moderado. Se diagnostica miopericarditis aguda de probable etiología ideopática por lo que se indican AINES para manejo del dolor y control térmico estricto. Se decide pase a UCO por presentar registro de ta 80/60 asociado a ingurgitación yugular y ruidos cardíacos hipofonéticos, para control y seguimiento donde intercorre con taponamiento cardíaco por lo que se realiza pericardiocentesis de lo que se obtienen 400 ml de líquido purulento con cultivo positivo para Streptococcus Pneumoniae sensible a cefotaxima, ceftriaxona, penicilina, vancomicina asociado a derrame pleural de tipo exudado de causa paraneumónica por lo que inicia tratamiento con ceftriaxona para lo que cumple 30 días y posteriormente se externa.

Comentario: La pericarditis neumocócica es de presentación infrecuente sobre todo en edad adulta, generalmente va acompañada de infecciones pleuro-pulmonares, empiema pleura habitualmente. El diagnóstico etiológico se realiza con rescate de germen en cultivo de líquido pericárdico obtenido en el contexto de pericardiocentesis de un derrame severo. El tratamiento es inicialmente antibiótico según la sensibilidad del neumococo algunos pacientes pueden requerir pericardiectomía o realización de ventana pericárdica.

Conclusión: La pericarditis por neumococo es de diagnóstico difícil por la forma de presentación, por su infrecuencia y es fundamental el tratamiento antibiótico oportuno

PC-01-10 // SÍNDROME DE EISENMENGER SECUNDARIO A TRONCO ARTERIO-SO EN PACIENTE ADULTO

SPESSOT CELI, M.; FALVELLA, M.; BRUNO, M.; GALINDEZ, M.; GARCIA, M.; FACCIOLI, F.; URBAN, I.
Hospital Zonal Bariloche "dr. Ramón Carrillo". Río Negro, Argentina.

Introducción: El tronco arterioso se caracteriza por la presencia de un vaso arterial único que emerge de la base del corazón, del cual se origina la circulación sistémica, coronaria y pulmonar, resultante de un fallo embriológico. Coexiste generalmente con una comunicación interventricular que ocasiona un cortocircuito de izquierda a derecha. Esta entidad representa del 1% al 3% de las cardiopatías congénitas; tiene un pronóstico grave que exige una reparación quirúrgica precoz, recomendándose practicarla antes de los 30 días del nacimiento. De no ser corregida, menos del 10% de los pacientes superan el primer año de vida. Si la enfermedad progresa, usualmente desarrollan hipertensión pulmonar (HTP) severa e inversión del cortocircuito interventricular con hipoxemia refractaria a terapia con oxígeno, conocido como síndrome de Eisenmenger (SE). Alcanzada esta situación, la cirugía cardíaca está contraindicada, siendo el trasplante cardiopulmonar la única posibilidad terapéutica definitiva.

Caso: Mujer de 30 años, reside en medio rural. Antecedentes de soplo sistólico en la primera infancia, cianosis central desencadenada por esfuerzos leves, fatiga y bajo peso. Sin adecuado seguimiento médico. A los 9 años de edad fue derivada a un centro de mayor complejidad para cirugía reparadora con diagnóstico de Tetralogía de Fallot (TDF). Durante la evaluación en dicho centro se replantea el diagnóstico a Tronco arterioso tipo II, con displasia e insuficiencia moderada de la válvula troncal, CIV subtruncal e HTP severa, confirmada por cateterismo cardíaco. Por decisión unánime de los especialistas se desaconsejó la resolución quirúrgica como opción terapéutica, por presentar SE. Por progreso de la sintomatología, a los 14 años se planteó el trasplante cardiopulmonar como posibilidad terapéutica, sin adherencia por parte de la familia. Sin controles cardiológicos desde entonces, ingresa a sala en posoperatorio inmediato de peritonitis secundaria a EPI. Al examen presenta cianosis peribucal, saturación de O₂ 75% que no corrige con aporte, disnea CF III, soplo sistodiastólico, normotensión y regular perfusión periférica. FSVI 35%. Siendo este su estado clínico habitual se decide alta hospitalaria sin tratamiento farmacológico por no presentar signos de falla de bomba ni mejoría clínica con la administración de O₂.

Comentario: Debido a la baja prevalencia de esta entidad en la adultez no contamos con protocolos de actuación, por lo que la estrategia terapéutica se basa en experiencia de especialistas.

Conclusión: Destacamos la sobrevida de esta paciente cuya patología cardíaca congénita no fue corregida, dado que el 90% fallece durante el primer año de vida y quienes sobreviven desarrollan síndrome Eisenmenger. La expectativa de vida es de 10 a 20 años desde el diagnóstico, siendo la muerte súbita (30%), las hemorragias (hemoptisis 15%) y la insuficiencia cardíaca (30%), las causas de muerte más frecuentes.

PC-01-11 // TRATAMIENTO ABLATIVO DE LAS TPSV, A PROPÓSITO DE UN CASO

RODRIGUEZ, G.; ZAMBANINI, P.; PERIOLLO, A.; FLEITA, A.; RIVERO, A.
Clínica Caraffa. Córdoba, Argentina.

Introducción: las taquicardias supra ventriculares se refiere a latidos del corazón anormalmente rápidos. se originan sobre la aurícula o nódulo aurículo ventricular. ocurre cuando los impulsos eléctricos que coordinan los latidos del corazón no funcionan correctamente. la mayoría de las personas que padecen episodios pocos frecuentes de taquicardia supraventricular tienen sus vidas saludables sin restricciones. para otras personas los tratamientos y los cambios en el estilo de vida a menudo pueden controlar o eliminar los latidos del corazón rápidos.

Caso: paciente masculino de 40 años de edad, con antecedentes personales patológicos de sobre peso. consulta por dolor precordial, disnea, náuseas y sensación de muerte. luego de tres consultas para lo cual requirió transitar cerca de 40 km en su automóvil, arriba a hospital regional donde le realizan un ECG que indica una FC de 300 LPM. le administran 300 mg de amiodarona en carga. se repite el electro mostrando ya ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca de 100 LPM y sin signos electrocardiográficos agudos. es derivado a nuestra institución. ingresa asintomático, sin movilización de enzimas cardíacas. ECG de características normales, no repite episodio de dolor. se le solicita electrofisiológico que informa presencia de doble vía nodal. se otorga el alta con bisoprolol. se programa ablación se solicita holter +ergometría post ablación normales.

Comentario: la taquicardia paroxística supraventricular ocupa un pequeño porcentaje del total de arritmias, ante la emergencia, el tratamiento debe ser cardioversión eléctrica

Conclusión: ante la ocurrencia de casos en los que el electro presenta complejo QRS ANCHO el tratamiento es la cardioversión

PC-01-12 // MIOCARDIOPATÍA DE TAKOSUBO

RIVERO, M.; MÁS, V.
Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La miocardiopatía de takotsubo (TTC) corresponde a una entidad que clínica, analítica y electrocardiográficamente mimetiza un infarto agudo de miocardio. Se distingue del mismo debido a la ausencia de obstrucción del árbol coronario y a la resolución total de la contractilidad cardíaca en la evolución.

Caso: Mujer de 76 años, hipertensa, diabética tipo 2 y dislipémica, que cursa un suceso vital estresante. Refiere ángor típico de dos meses de evolución clase funcional (CF) II de la Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS).

Consulta por ángor CF IV de la CCS luego de situación familiar estresante. Examen físico: hemodinámicamente estable, ritmo cardíaco regular de 75 cpm, sin elementos de falla cardíaca. Presión arterial: 160/70 mmHg. Electrocardiograma: supradesnivel de ST de 0,5mm en derivaciones DII y aVF, infra-desnivel de ST en DI y aVL e inversión simétrica de onda T de V2-V6. Curva de biomarcadores positiva y ascendente (troponinas: 943/1143). Cineangiografía coronariografía (CAG) de urgencia: árbol coronario sin lesiones. No se realiza ventriculografía. Ecocardiograma transtorácico (ETT): FEVI 45%, hipertrofia ventricular izquierda, derrame pericárdico leve, contractilidad conservada a nivel medio-basal y aquinesia de los segmentos apicales. Patrón de llenado del VI prolongado. Hallazgos compatibles con TTC. Centellograma de perfusión miocárdica (99 mTc-MIBI) en situación basal: alteraciones de la perfusión miocárdica a nivel apical.

Se realizó tratamiento con betabloqueantes y control de factores de riesgo cardiovascular. Asintomática en la evolución; 99 mTc-MIBI de control al mes, basal y en esfuerzo: sin alteraciones de la perfusión miocárdica.

Comentario: La miocardiopatía de takotsubo (TTC) se caracteriza por una falla cardíaca aguda acompañada de una distintiva alteración de la contractilidad sectorial del ventrículo izquierdo (VI) y de una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) significativamente reducida. Se presenta, en la mayoría de los casos, en mujeres posmenopáusicas como un síndrome coronario agudo desencadenado por estrés emocional o físico, o ambos, sin lesiones coronarias angiográficamente significativas. La causa es desconocida, pero se plantea la hiperactividad simpática y el exceso catecolaminérgico como factores implicados. El tratamiento y las complicaciones no difieren de los de otras miocardiopatías.

Conclusión: La TTC representa el 2% de los pacientes sometidos a CAG de urgencia. Corresponde a una patología poco prevalente que suele presentarse en mujeres posmenopáusicas y debe siempre sospecharse ante síndromes coronarios en ausencia de obstrucción coronaria.

PC-01-13 // A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA SECUNDARIA A ENFERMEDAD CELÍACA

QUATTROCCHIO, B.; VIGNAU, C.; BIANCHI PINTOS, d.; DOURS, J.; MACALUSO, J.; ALVAREZ PRAT, R.; MACALUSO, M.
Hospital Municipal Dr. Angel Pintos. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad celíaca se caracteriza por poseer un compromiso generalmente intestinal. No obstante, se ha asociado a múltiples patologías sistémicas. Una de ellas es la miocardiopatía dilatada, cuyo sustrato es la miocarditis autoinmune. Se presenta a continuación un caso clínico de un paciente celíaco con insuficiencia cardíaca por miocardiopatía dilatada.

Caso: Paciente de sexo masculino, de 18 años de edad, que consulta en la guardia por disnea, palpitaciones y tos con esputo hemoptoico de siete días de evolución. Antecedentes: Celiaquía sin adherencia a la dieta sin gluten. Anemia ferropénica (transfusiones). Al examen, taquicárdico y taquipneico. Soplo sistólico mitral. Rales crepitantes en base pulmonar derecha. Sat. O₂: 90 % A.A. Hipotensión. Se solicita hemograma, que arroja una anemia severa (Hb: 4.8 g/dl. Hto.: 17 %. VCM: 70 fl). La radiografía de tórax muestra cardiomegalia armónica, con un infiltrado en la base pulmonar derecha. Electrocardiograma con taquicardia sinusal y extrasístoles ventriculares aisladas. Se decide internación en sala de cuidados mínimos bajo los diagnósticos de insuficiencia cardíaca descompensada, neumonía y anemia. Plan terapéutico: Transfusiones de glóbulos rojos y hierro parenteral. Antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam. Diuréticos. Ecocardiograma: dimensiones aumentadas del VI con hipoquinesia global. FEVI: 37 %. Dilatación severa de la AI. Insuficiencia mitral severa. Insuficiencia tricuspídea leve. Insuficiencia pulmonar fisiológica. Serologías negativas. Interconsulta con Cardiología: sospecha de miocardiopatía dilatada por autoinmunidad. El paciente evoluciona favorablemente y se le otorga el alta hospitalaria con dieta sin gluten, hierro, carvedilol, furosemida, espironolactona, digoxina y enalapril. Sin embargo, el paciente empeora, por lo que concurre nuevamente a la guardia dos meses después (luego de varias consultas previas por tos), presentando mayor deterioro del estado general: disnea, tos, fiebre, diarrea y edemas de miembros inferiores. Hipotensión arterial. Sin anemia. Se interna en Terapia Intensiva con necesidad de dobutamina. Se efectúa un nuevo ecocardiograma que muestra mayor deterioro de la función ventricular izquierda: FEV: 25 %; además, se informa hipertensión pulmonar. Ante la evolución tórpida y el rápido descenso de la fracción de eyección, se decide derivación a centro de mayor complejidad con unidad de trasplante cardíaco. Allí se diagnostica por biopsia endomiocárdica y cardioponancia miocarditis linfocítica. Se ajusta tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca, con respuesta satisfactoria.

Comentario: La falta de adherencia a la dieta sin gluten en pacientes celíacos acarrea un sinnúmero de complicaciones orgánicas, muchas de ellas graves, como sucede con la miocardiopatía dilatada. El paciente mejoró su estado clínico gracias a la dieta sin gluten y la farmacoterapia de la insuficiencia cardíaca.

Conclusión: La celiarquía no se limita al intestino delgado; es una patología sistémica.

PC-01-15 // PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.

GÓMEZ, A.; VARGAS, E.; WERNICKE, P.
Hospital Julio C. P. Errando. Resistencia Chaco, Argentina.

Introducción: La pericarditis tuberculosa (PT) es una manifestación extrapulmonar rara, que se encuentra en aproximadamente el 1% de las autopsias por tuberculosis y 1-2% de casos de Tuberculosis pulmonar. En el presente trabajo, se describen los hallazgos clínicos y morfológicos de un paciente inmunocomprometido con diagnóstico de PT constrictiva efectuado en el Htal. J. C. Errando, Resistencia, Chaco.

Caso: Paciente de sexo femenino de 39 años, tabaquista de 22 paquetes/año, con antecedentes de pérdida de peso 30 kg con orexia disminuida durante el último mes, episodios reiterados de náuseas y vómitos y disfgia a sólidos. Consulta por disnea clase funcional III en el mes de Octubre de 2017 a Hospital de su localidad, siendo derivada a Centro de mayor complejidad. Ingresa al Servicio de Guardia y Emergencias con descompensación hemodinámica, rales crepitantes en ambas bases pulmonares, ruidos cardíacos hipofonéticos y hepatomegalia palpable, presentando fibrilación auricular en electrocardiograma. Se realiza expansión con soluciones cristaloides e inotrópicos. Posteriormente Ecocardiograma Doppler: Ventrículo izquierdo no dilatado con Fracción de eyección conservada (60%), disfunción diastólica y derrame pericárdico severo. Tomografía axial computarizada tórax: derrame pleural bilateral a predominio derecho, adenomegalias mediastinales y hepatomegalia. ELISA + HIV. Evolución febril, con mal patrón ventilatorio, taquicardia, taquipneica, desaturación por oximetría de pulso. Se realizan hemocultivos y cultivo de esputo, se inicia Piperacilina tazobactam + Trimetoprima sulfametoxazol + Anfotericina B desoxicolato 50mg. Se realiza pericardiocentesis que informa exudado linfocitario, GRAM urgencia negativo. Se constata baciloscopia +++ en muestra de esputo y líquido pericárdico y se inicia tratamiento tuberculostático.

Comentario: El compromiso pericárdico ocurre generalmente por diseminación linfática retrógrada del M. tuberculosis, desde linfonodos peritrapeales, peribronquiales y/o mediastínicos o por diseminación hematológica desde un foco pulmonar primario; siendo infrecuente que la afectación ocurra por vía hematológica.

Clinicamente existen tres formas de presentación: derrame pericárdico, pericarditis constrictiva y forma mixta. Los síntomas incluyen tos, disnea, dolor torácico, sudoración nocturna, ortopnea, edema y pérdida de peso, síntomas presentes en nuestro paciente. En cuanto a los signos, la cardiomegalia, frote pericárdico, fiebre, taquicardia, pulso paradójico, hepatomegalia, ingurgitación yugular y derrame pleural son mayormente reportados.

Conclusión: Podemos concluir que la pericarditis tuberculosa es una entidad clínico-patológica poco frecuente, que debe ser sospechada en todo paciente con derrame pericárdico, mas aún si se asocia a estados de inmunodepresión; donde el oportuno diagnóstico y precoz inicio del tratamiento farmacológico permitirían la mejoría clínica

PC-01-14 // ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA TRICÚSPIDE SECUNDARIA A CELULITIS

BARRIOS, E.; BARAVALLE, F.; CUEVAS ZAPATA, L.; AQUINO PENAYO, F.; CALDEROLI, I.; FALCON, J.; CASTILLO RUIZ, A.
Hospital General De Luque. Luque, Paraguay.

Introducción: La endocarditis infecciosa conlleva un alto riesgo de mortalidad y complicaciones graves a pesar de las mejoras en su manejo, la afectación de las cavidades derechas son las menos frecuentes, reportándose solo en el 5-10% de los casos; habitualmente asociados a usuarios de drogas endovenosas, dispositivos cardíacos, HIV y cardiopatías congénitas, en donde se ha aislado a *Staphylococcus aureus* como agente causal en el 60-90%. Se citan como causas infrecuentes: celulitis, forunculosis, osteomielitis y piomiositis, cuya fisiopatogenia se centra en la tromboflebitis a partir de donde se desarrollan bacteremias.

Caso: Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, refirió historia previa de disnea progresiva, por lo que consultó en nosocomio donde le realizaron venoclisis y medicación parenteral que no supo referir y fue dada de alta. 24 horas antes del ingreso presenta acentuación de disnea que llega al reposo más asntenia por lo que es llevada a nuestro servicio.

A su ingreso presión arterial: 60/40, frecuencia cardíaca: 53x', signos de sobrecarga cardíaca, en analítica laboratorial presenta Globulos Blancos de 15760 con fórmula desviada a izquierda; catalogada como Shock cardiogénico vs séptico con foco indeterminado, se indican inotrópicos y cobertura empírica con Ceftriaxona. En ecocardiografía al ingreso: Cardiopatía hipertensiva con funcionalidad conservada.

Al 2do día de internación llama la atención lesión tumoral con signos inflamatorios en dorso de la mano en relación a venoclisis anterior; por lo que se agrega clindamicina a la pauta antibiótica.

Al 3er día se presente lesión con las mismas características iniciales en pie izquierdo.

En el 7mo día de internación la lesión presenta fluctuación por lo que es drenada y se corrobora abundante salida de material purulento que se envía a cultivo, y retorna negativo.

Persiste febril, la lesión evoluciona tórpida, constatándose nueva lesión de mismas características en el pie derecho.

Al 10mo día de internación presenta nuevamente registro febril por lo que se rota nuevamente de ATB (Vancomicina + Ciprofloxacina) previo policultivo, no aislándose agente etiológico en dichos estudios. En su 16to día de internación se corrobora soplo en foco mitro/aórtico, en Ecocardiografía se informa masa móvil sobre válvula tricúspide; se policultiva y inicia triple esquema terapéutico: vancomicina, gentamicina, ceftriaxona. Los cultivos retornan negativos.

A las 2 semanas del diagnóstico se realiza nueva Ecocardiografía de control donde se corrobora 2 masas vegetantes móviles sobre mitral más perforación de valva posterior, además de vegetación móvil sobre tricúspide sin disminución de tamaño. En reunión conjunta de cardiología clínica y cardiocirugía se indica cirugía de recambio mitral y plastia de la tricúspide.

Comentario: Los estudios de imágenes y laboratoriales se encuentran a disposición según las quiera corroborar.

Conclusión: Éste caso ilustra una patología común, en localización poco frecuente, cuya etiología es aún más infrecuente. Existen pocos casos reportados, causados por lesiones cutáneas, por lo que consideramos importante la socialización del mismo.

PC-01-16 // AMILOIDOSIS CARDIACA, REPORTE DE UN CASO

LOVERA, A.; GAMARRA, J.; BOGARIN, D.; RADICE, R.; ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; GONZALEZ, F.; MOREL, B.; COLMAN TORRES, A.; OCAMPOS, S.; SOSA, P.
Departamento De Medicina Interna. Fundacion Tesai. Ciudad Del Este, Paraguay.

Introducción: La amiloidosis es el depósito extracelular de fibrillas de una variedad de proteínas séricas de distintos órganos. Hay tres tipos más comunes de amiloidosis. La frecuencia y pronóstico de la afectación cardíaca varía entre los tipos, siendo mayor y con alta mortalidad en la amiloidosis de cadena ligera. El tratamiento de la afección cardíaca es doble, terapia de insuficiencia cardíaca (IC) y tratamiento de la enfermedad subyacente.

Caso: Paciente masculino de 91 años, traqueostomizado, por antecedente de Ca de Laringe hace 29 años, con fibrilación auricular crónica en tratamiento con amiodarona 200mg/día, HTA en tratamiento con Enalapril 20 mg/día, ICC FE 48% en tratamiento con furosemida 40mg/día, portador de ERC E4, además consume aspirina 125 mg/día. Ex tabaquista hace 29 años 15 paq/año. Acude por dificultad respiratoria, fatigabilidad, intolerancia al esfuerzo y síntomas congestivos. Examen físico al ingreso, aparato cardiovascular, ruidos cardíacos normofonéticos, ritmo irregular, sin soplos ni galopes. Mucosas secas, hipocoleadas, palidez terrosa, godet dos cruces en miembros inferiores. En el electrocardiograma, se constata qs en V1 y V2 y complejos pequeños. Ecocardiograma doppler con patrón restrictivo, por cuadro clínico, se sospecha de amiloidosis, se realiza biopsia de grasa abdominal que informa, dermis con material hialino, congofilo (rojo Congo positivo) y bi refringente a la luz polarizada; hallazgos compatibles con amiloide, el mismo recibe tratamiento sintomático, con el cual presenta mejoría del cuadro.

Comentario: Los signos de alarma principales que aumentan la sospecha clínica son la característica multisistémica de la enfermedad y el engrosamiento concéntrico del VI en la ecocardiografía, en ausencia del aumento de voltaje en el ECG. A diferencia de otras causas de insuficiencia cardíaca, el tratamiento de apoyo se centra principalmente en la terapia diurética.

Conclusión: El diagnóstico en las amiloidosis no debe basarse exclusivamente en la clínica, siendo imprescindibles la confirmación histológica y la caracterización del tipo de amiloide. El diagnóstico temprano y preciso del tipo de depósito es crucial en el pronóstico y en la elección del tratamiento, que variará según la proteína precursora de amiloide.

PC-01-17 // TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL EN PACIENTE CON OSTEOSARCOMA.

FOGAR, C.; ACOSTA, M.; WEISS, A.; PIZZATTI, F.; RAFFO, V.; CANULLAN, M.
Hospital Municipal B. Houssay De Vicente López. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la obstrucción del flujo sanguíneo arterial pulmonar por embolias desde sitios distales de la vasculatura. La embolia tumoral es infrecuente, su incidencia en autopsias es del 5% al 26% de los pacientes con tumores sólidos, más frecuentemente de mama, estómago y pulmón; estudios previos han demostrado que sólo 8% de la morbilidad o mortalidad se relacionó con esta patología.

La presentación clínica mas frecuente es disnea de evolución aguda o subaguda, entre 60% a 100% de los pacientes. Los mismos pueden presentar tos, dolor torácico o abdominal como signos inespecíficos de sobrecarga derecha. La presencia de disnea en un paciente con cáncer nos lleva a descartar causa infecciosa, efecto adverso de drogas quimioterápicas, pero dado el mecanismo fisiopatológico en común y la frecuencia del mismo, el tromboembolismo trombotico es el principal diagnóstico diferencial a tener en cuenta.

Caso: Paciente sexo masculino de 29 años de edad con antecedentes personales de tabaquismo y osteosarcoma en rodilla izquierda diagnosticado 18 meses atrás que requirió amputación supracondílea por fractura de fémur patológica 30 días previos. Ingresa a guardia hospitalaria por disnea clase funcional III-IV de una semana de evolución asociado a registro febril y tos seca. Al examen físico se constata paciente taquicárdico, taquipneico, afebril con desaturación por oxímetro de pulso, regular mecánica ventilatoria, buena entrada bilateral de aire. Se solicita laboratorio que informa EAB a FIO₂ 0,21 en insuficiencia respiratoria tipo I y anemia ferropénica. Radiografía de tórax que no evidencia imágenes patológicas. Se solicita angiogramografía axial computarizada de tórax que evidencia TEP de ambas arterias pulmonares, por lo que se inicia anticoagulación. Se realiza ecocardiograma doppler transtorácico que evidencia hipertensión pulmonar de 63 mmHg, ecografía doppler venosa de miembros inferiores que descarta trombosis venosa superficial (TVS) y profunda (TVP), no encontrándose así focos embolígenos siendo como causa probable émbolos tumorales. Se solicita anatomía patológica de biopsia ósea de rodilla izquierda que informa osteosarcoma condroblástico por lo que inicia tratamiento quimioterápico con doxorubicina y cisplatino con buena tolerancia. El paciente evoluciona favorablemente y se decide su alta hospitalaria continuando control ambulatorio con Hematología y Oncología.

Comentario: Cualquier tumor maligno tiene probabilidades de resultar en émbolos tumorales. El riesgo es mayor en cáncer de mama, estómago, pulmón, con una presentación infrecuente en otras enfermedades malignas como el osteosarcoma, motivo por el cual que se decidió la exposición del presente caso clínico.

Conclusión: Los tromboembolismos pulmonares de causa tumoral son raras manifestaciones de malignidad, que tienen un mal pronóstico. Se destaca la importancia de la sospecha diagnóstica y reconocimiento para iniciar de manera oportuna el tratamiento adecuado y disminuir la morbilidad.

PC-01-19 // INSUFICIENCIA CARDIACA POR CARDIOPATIA CONGENITA EN EL ADULTO

CRISTANCHO SIERRA, D.; VALVERDE, M.; ORMAECHEA, G.
Hospital De Clinicas Dr Manuel Quintinela. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La detección e intervención temprana de las cardiopatías congénitas en el niño, han llevado a un aumento en la incidencia de pacientes en edad adulta portadores de este tipo de condición. De acuerdo a estadísticas en Europa, Estados Unidos y Canadá, aproximadamente 85% de las personas con cardiopatía congénita reparada en la infancia sobreviven en la edad adulta, con una tendencia creciente. Esto ha generado la necesidad de la creación de consensos, para un seguimiento e intervención precoces debido a la complejidad de estos pacientes, y el aumento de complicaciones asociadas a su patología de base que podrían considerarse prevenibles.

Caso: Paciente masculino de 62 años de edad, con antecedente personal de corrección de CIV a los 8 años de edad controlado hasta los 14 años. Fibrilación auricular en manejo con carvedilol con adecuada tasa de bloqueo, anticoagulado con warfarina con INR dentro de rangos. Consultó por cuadro clínico de 72 horas de edemas en miembros inferiores. En la emergencia se encontraba estable, apirético, a la auscultación cardiaca se encontró un ritmo irregular de 80cpm sin soplos, edemas gravitacionales de miembros inferiores. Se realizó un electrocardiograma que constató fibrilación auricular con respuesta ventricular de 70cpm, sin otros hallazgos patológicos, curva de troponinas negativa y NT-proBNP 1600. Se inició manejo deplectivo con evolución clínica satisfactoria. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que informó ventrículo izquierdo dilatado con movimiento anómalo del septum por sobrecarga de cavidades derechas e hipoquinesia global. A nivel perimembrano evidencia una CIV restrictiva con gradiente de VI-VD de 61mmHg, FEVI 35%. Se decidió realizar un cateterismo cardiaco con cineangio arteriografía coronaria izquierda en la que no se encontraron lesiones angiográficamente significativas, y derecha que reportó hipertensión pulmonar tipo 2 (PSAP 32mmHg), CIV restrictiva con QP/QS 1.26. No se consideró manejo quirúrgico, se continuó manejo de insuficiencia cardiaca y seguimiento.

Comentario: Es necesaria la divulgación de protocolos y creación de clínicas especializadas en el seguimiento de pacientes adultos con cardiopatía congénita. Debido a complicaciones como endocarditis, insuficiencia cardiaca e incluso arritmias; debe insistirse en un control periódico para detectarlas a tiempo e instaurar tratamientos precoces que puedan evitar desenlaces fatales.

Conclusión: Debido a la tendencia creciente de pacientes adultos con cardiopatía congénita, se deben adaptar protocolos para la atención y seguimiento integral de los mismos, con el fin de evitar complicaciones prevenibles.

PC-01-18 // UN CASO DE PERICARDITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE CON VIH

CENTENO, P.; AVILÁN, E.; RINCÓN AVELLA, F.; CAMINITI, N.; VILLALBA SANCHEZ, J.
Hza Simplemente Evita. González Catán. Gonzalez Catan, Argentina.

Introducción: La pericarditis tuberculosa puede presentarse en un 67 a 92% en paciente VIH seropositivos, con una mortalidad de casi el 90%. La sintomatología es inespecífica; tos, disnea, dolor torácico, diaforesis nocturna, ortopnea y pérdida de peso. En el diagnóstico el ecocardiograma juega un papel muy importante. El diagnóstico se determina con la confirmación del microorganismo en el líquido pericárdico mediante cultivo, examen directo o ADA mayor de 50 UI/l, la presencia del bacilo de Koch o histopatología característica en la biopsia pericárdica. La terapia antituberculosa disminuye la mortalidad en 17 a 34% y la progresión a pericarditis constrictiva en pacientes VIH seropositivos. Hay estudios que indican que el tratamiento con corticosteroides no tiene un efecto significativo en la mortalidad de estos pacientes, y que incluso pueden aumentar el riesgo de cáncer relacionado con la enfermedad, específicamente Sarcoma de Kaposi. Sin embargo, en todos los casos, los corticosteroides promueven una mejoría clínica y de la frecuencia de las hospitalizaciones y disminuyen la progresión a pericarditis constrictiva.

Caso: Masculino de 30, polituado, consumidor de drogas y etilista, institucionalizado en centro penal, con cuadro de 3 meses de evolución de astenia, adinamia, hiporexia y dolor en miembros inferiores, que lo llevó a la postración. Consulta por tos, disnea, toracodinia y fiebre. Dificultad respiratoria leve, adenomegalias cervicales, con ruidos cardíacos hipofonéticos y frote pleural. Laboratorio: leucopenia y anemia, test rápido de VIH reactivo. Rx de Tx: cardiomegalia, mediastino ensanchado y derrame pleural bilateral leve predominio izquierdo. ETT: derrame pericárdico organizado severo (material purulento y/o hemopericardio), sugestivo de derrame pericárdico crónico y una FEY de 41%. Pericardioectomía. Se va de alta voluntaria. Viene GeneXPERT en líquido pericardico positivo. Reingresa un mes después con exacerbación de la sintomatología, en malas condiciones generales, con posterior inestabilidad hemodinámica y deterioro del sensorio, requiriendo RCP y UTI, donde fallece.

Comentario: La pericarditis tuberculosa es una manifestación frecuente y de elevada mortalidad en pacientes VIH seropositivos. Dado su cuadro insidioso e inespecífico se convierte en un reto diagnóstico, pero que debe descartarse en pacientes con clínica sugestiva. El diagnóstico confirmatorio se basa en el estudio microbiológico del líquido pericárdico. El tratamiento antituberculoso disminuye la mortalidad en un 17 a 34% y la progresión a pericarditis constrictiva. Los corticosteroides aunque no disminuyen la mortalidad, promueven la mejoría clínica, disminuyen la frecuencia de hospitalizaciones y la progresión a pericarditis constrictiva en pacientes VIH seropositivos.

Conclusión: El diagnóstico y tratamiento en etapas tempranas es importante para disminuir la progresión de la enfermedad y así evitar las complicaciones de la misma incluida la muerte.

PC-01-20 // CIA TIPO SENO VENOSO

CATTAINO, I.; AMARILLA, V.; CHIAPPE, M.; GOLLUSCIO, J.; GIARDINO, A.; SCHROH, V.; PADILLA DURÁN, L.; SANCHEZ, G.; CASTRO SANDOVAL, F.
Hospital Penna. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La comunicación interauricular (CIA) es un defecto del tabique que separa ambas aurículas, provocando un cortocircuito de izquierda a derecha y produciendo sobrecarga volumétrica del lado derecho del corazón. La CIA de tipo seno venoso es poco frecuente y representa 5-10% de las mismas. Debe sospecharse en pacientes con dilatación de cavidades derechas y sospecha clínica de CIA.

La cirugía está indicada: en casos de evidencia de sobrecarga y dilatación de cavidades derechas, hipertensión pulmonar, cuando produce síntomas o arritmias.

Caso: Paciente femenina de 68 años de edad con antecedentes de tabaquismo severo, enolismo, hipertensión pulmonar severa de 90 mmHg, neumonía aguda de la comunidad en 2016, que consulta por cuadro de tres semanas de evolución de progresión de disnea habitual clase funcional I a clase funcional III, tos productiva efectiva con expectoración mucopurulenta y equivalentes febriles. Al examen físico se ausculta soplo holosistólico intensidad 3/6 de regurgitación en foco tricuspídeo y soplo de intensidad 3/6 en foco pulmonar con refuerzo de R2; ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio, edemas 3/6 pedios y perimaleolares hasta raíz de muslo, hepatomegalia congestiva dolorosa. En Rx tórax se evidencian múltiples infiltrados alveolares, es internada con diagnóstico presuntivo de Insuficiencia cardiaca derecha descompensada por síndrome canalicular bronquial.

Durante su internación se repite Ecocardiogramatrasntoracico que evidencia: función sistólica del VI conservada, severa dilatación de cavidades derechas, desplazamiento del septum IV hacia el VI (signo de hipertensión pulmonar severa), shunt de izquierda a derecha en región superior auricular, insuficiencia tricúspide moderada a partir de la cual se estima una PSAP de 74 mmHg. Ante la sospecha de CIA se realiza Ecocardiograma Transesofágico que informa solución de continuidad en septum interauricular a nivel apical, compatible con CIA tipo seno venoso bidireccional, con doppler color compatible con Eisenmenger y dilatación de vena pulmonar superior izquierda, y prueba de la burbuja positiva. La paciente rechaza la conducta quirúrgica, por lo que se otorga alta hospitalaria con seguimiento por consultorios externos.

Comentario: El diagnóstico ecocardiográfico de la CIA tipo SV es difícil debido a que el defecto se encuentra en situación posterior, por lo que se ha propuesto su diagnóstico mediante ecocardiografía transesofágica, que presenta mayor sensibilidad (cerca del 100%).

Conclusión: Se presenta una patología relativamente infrecuente, de difícil diagnóstico a partir de estudios complementarios tradicionales. Requiere enlazar la clínica con los hallazgos en estudios complementarios para su sospecha y confirmación mediante ecocardiograma transesofágico. La posibilidad de cierre quirúrgico del defecto debe ser evaluada previamente mediante la infusión de vasodilatadores pulmonares.

PC-01-21 // CIRROSIS CARDÍACA EN PACIENTE CON CIRUGÍA FONTAN K

INES FRUCTUOSA, C.; GIUDICHE, M.; BERTON, C.; SÁNCHEZ MORA, N.; GARCÍA, J.; MARINO, C.; VALDEZ CHUQUIPIONDO, Y.; GUERRA GUTIÉRREZ, M.; BRAVO, N.
Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad hepática relacionada con cirugía de Fontan hace referencia a un amplio abanico de alteraciones estructurales y funcionales en el hígado, causadas por los cambios hemodinámicos surgidos tras la cirugía de Fontan.

Caso: Paciente femenina de 27 años con antecedentes de HIV diagnosticado en 2007 (CD4 27, carga viral 3400 copias/ml de junio del 2018), cardiopatía congénita con ventrículo único con requerimiento de cirugía de Fontan-Kreutzler; Tuberculosis ganglionar en 2017 con tratamiento inadecuado, estitista, ascitis en estudio con GASA para Hipertensión Portal y proteínas altas. Consulta al Servicio de Infectología por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por progresión de su disnea habitual hasta clase funcional III, ortopnea y aumento del diámetro abdominal; acompañado por tos con expectoración. Niega fiebre o equivalentes. A su ingreso desaturando al aire ambiente. Presenta edemas de miembros inferiores 2/6 Godet positivo, regular entrada de aire bilateral pulmonar por hipoventilación bibasal, y semiología de ascitis. Laboratorio con tricitemia, coagulopatía, hiperbilirrubinemia, ProBNP elevado. Electrocardiograma con ritmo de Fibrilación Auricular y bloqueo completo de rama derecha. Ecocardiograma transtorácico con FSVI 70%, ventrículo único con bypass total y aurícula única, Comunicación Interventricular, signos de sobrecarga ventricular con disfunción leve a moderada. Inicialmente se interpreta cuadro de origen infeccioso respiratorio versus Insuficiencia Cardíaca Congestiva Descompensada. Se toman cultivos de sangre e inicia tratamiento antibiótico y balance negativo con diuréticos. Tomografía Axial Computarizada de tórax con derrame pleural escaso, cardiomegalia; en cortes superiores de abdomen, esplenomegalia, ascitis, bordes hepáticos irregulares. Se cubre Tuberculosis multiresistente. Para estudio de su ascitis, se realiza Laparotomía exploradora, tomando muestra de líquido ascítico para cultivo y biopsia hepática. La anatomía patológica realiza diagnóstico de Cirrosis hepática. Se decide suspender antifímicos y continuar con tratamiento de consolidación, descartando causa infecciosa de ascitis (cultivos negativos). Se inicia balance negativo con diuréticos con buena respuesta. Termina interpretándose el cuadro como cirrosis secundaria a enfermedad cardíaca.

Comentario: La ascitis en una manifestación tardía de la cirrosis hepática y se asocia con menor supervivencia y deterioro de la calidad de vida.

Conclusión: Es la descompensación clínica hepática más frecuente y su prevalencia oscila entre el 2 y el 17% de los pacientes con Cirugía de Fontan.

PC-01-23 // COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**AGUDA**

GIMÉNEZ, N.; RECALDE OLAVARRIETA, I.; RAMOS, C.; LEZCANO, H.; ZARZA, M.; CALDEROLI, I.; PÉREZ, A.; FLORES, V.; CENTURION ADLE, C.; RODRIGUEZ, M.; FALCON, J.; CRISTALDO, N.
Instituto Nacional De Cardiología Prof. Dr. Juan A. Cattoni. Fernando De La Mora, Paraguay.

Introducción: El desarrollo de un accidente cerebrovascular (ACV) en el período inmediato después de un infarto agudo de miocardio (IAM) es una complicación devastadora y se asocia con un riesgo significativo de morbimortalidad. El ACV y el IAM comparten una serie de factores de riesgo predisponentes como la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la diabetes y la edad avanzada. El ictus luego de un IAM se da en 2% de los casos, siendo isquémico el 1,4%, hemorrágico 0,21%; es más común en IAM sin elevación del segmento S-T (IAMSEST).

Caso: Paciente masculino de 70 años, hipertenso tratado con enalapril 20 mg/día, diabético tratado con glibeipirida 2 mg/día. Acude por cuadro de 4 días de dolor retroesternal, tipo opresivo de intensidad moderada, sin irradiación de 24 hs. de evolución.

Ingresó con 132/62 mmHg., 55 latidos por minuto, 21 respiraciones por minuto, 36° C. de temperatura axilar, 97% de saturación por oxímetro de pulso respirando aire ambiental.

Al examen físico sin particularidades. Al electrocardiograma presenta infradesnivel del segmento S-T de V1 a V6, troponina I ultrasensible pico de 27 µg/L, con hipoquinesia de septum distal y apico lateral, 40 mm de aurícula izquierda, fracción de eyección 64% por Simpson. Se realiza carga antiisquémica en contexto a infarto agudo de miocardio. 8 hs. luego del ingreso presenta crisis hipertensiva con hemiplejía y hemihipoestesia braquiocrural derecha, disartria, afasia expresión, parálisis de la mirada a la izquierda, parálisis facial derecha de manera brusca. En TAC de cráneo simple se observa signo de la arteria cerebral media izquierda hiperdensa. Se interpreta caso como ictus isquémico, con NIHSS de 22 y ASPECT alto, desestimándose trombólisis farmacológica por alto riesgo de sangrado, suspendiéndose antiagregantes. Al 2do. día de internación, deteriora estado de conciencia y presenta afasia global motivo, se repite TAC simple de cráneo, observándose transformación hemorrágica en área de isquemia con hemoven-trículo bilateral, con conducta neuroquirúrgica y negación de familiares a craniectomía, con posterior evolución tórpida.

Comentario: El infarto agudo de miocardio es un factor de riesgo predictivo de accidente cerebrovascular post-IAM, se asocia con una morbilidad y mortalidad mucho más altas.

Conclusión: La frecuencia de transformación hemorrágica clínicamente significativa en el ACV isquémico en ausencia de tratamiento del 1,5%. El sexo femenino, edad ? 65 años, raza negra, comorbilidades cardiovasculares, fibrilación auricular e IAMSEST se asocian con mayor riesgo de ictus post IAM. Hay evidencia incontrovertible sobre el beneficio de la aspirina en ACV isquémico agudo. La transformación hemorrágica (TH) se relaciona predominantemente con el ACV cardioembólico, hasta el 37.5% frente a ACV de origen aterotrombótico. Esto es por producción de oclusión de las ramas principales del polígono de Willis, con infartos de gran tamaño y edema cerebral precoz. En la actualidad no existe evidencia que soporte el uso de anticoagulación en pacientes con IC y disfunción ventricular.

PC-01-22 // MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

SARMIENTO, R.; PONTELLO, G.; GRILL, P.; GUZMAN, G.; CROTTI, C.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Caba, Argentina.

Introducción: La miocardiopatía de takotsubo (MCT) o miocardiopatía por estrés fue descrita por primera vez en 1990 en Japón, y se caracteriza por la disfunción regional transitoria del ventrículo izquierdo, que simula un infarto de miocardio, en ausencia de lesiones coronarias, y se asocia a estrés emocional o físico. Presentamos dos casos de MCT.

Caso: CASO 1

Mujer de 72 años, hipertensa, diabética tipo 2 no insulino dependiente. Internación prolongada hace 2 años por fractura de L2 con posterior espondilodiscitis por SAMS a punto de partida de tromboflebitis de antebrazo izquierdo, para lo que completó tratamiento antibiótico. Ingresó por absceso pulmonar en LID y espondilodiscitis L2 con absceso epidural y colección de músculos paraespiniales, psos e ilíacos. Cursó en dicha internación con dolor precordial opresivo de intensidad 9/10 clase funcional IV con ECG donde se observa supradesnivel del segmento ST en cara anterolateral. Se estudió con CCG con lesión leve proximal de DA, resto sin lesiones. Ecocardiograma: FSVI con deterioro moderado (FEY 44%) con hipoquinesia apical e hipercontractilidad de segmentos basales. Se interpretó como miocardiopatía de takotsubo complicada con shock cardiogénico, por lo que se realizó tratamiento con vasodilatadores, inotrópicos y diuréticos con buena respuesta. Se realizó control con ecocardiograma: Fracción de eyección 64% sin asinergias regionales.

CASO 2

Mujer de 57 años, hipertensa, hipotiroidea, diagnóstico reciente de síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis membranosa. Ingresó por abdomen agudo quirúrgico en contexto de trombosis mesentérica que requirió laparotomía con enterectomía y bi-iliostoma, complicado con absceso peristomal y bacteriemia por SAMS. Cursó en dicha internación con shock séptico a foco abdominal secundario a absceso esplénico que requirió esplenectomía de urgencia. Evoluciona 24 horas posteriores con insuficiencia cardíaca a predominio izquierdo. ECG: Infradesnivel del ST en cara anterior. Troponina HS 60. Ecocardiograma: FSVI con deterioro severo (FEY 19%) con hipoquinesia global con hiperquinesia septobasal. Interpretándose como miocardiopatía de takotsubo. Se inició tratamiento médico con diuréticos endovenosos y titulación de vasodilatadores con buena respuesta. Se estudió con nuevo ecocardiograma: FEY 60% sin asinergias regionales.

Comentario: Desde su descripción se han reportado grandes series de casos consolidándola como entidad independiente, a tal punto que en el año 2006 la American Heart Association la incorporó en su clasificación de miocardiopatías. En nuestros casos ambas fueron mujeres postmenopáusicas que son el grupo de mayor riesgo, y se encontraban en estado crítico por sepsis, uno de los casos simuló un infarto de miocardio y el otro se manifestó por insuficiencia cardíaca.

Conclusión: Los pacientes con MCT representan un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en los síndromes coronarios agudos, ya que constituyen un 1-2% de estos pacientes.

PC-01-24 // MIOCARDIO NO COMPACTO

GATTI, J.; CERUTI FERRARI, M.; ZÁRATE BARTOLOMEO, V.; CORTES, M.; MURO, R.; ELIAS, V.
Hospital José María Penna. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La miocardiopatía no compactada, también conocida como espongiiforme y descrita por primera vez en 1926, es una entidad heterogénea caracterizada por un prominente trabeculado ventricular, recesos intertrabeculares y un miocardio con dos capas bien diferenciadas, una compacta y la otra no. Típicamente compromete el ápex del Ventrículo Izquierdo aunque se han descrito casos de afección aislada de Ventrículo Derecho y biventriculares.

Caso: Paciente masculino de 49 años de edad con antecedentes de enolismo, ex tabaquista que consulta por dolor torácico derecho de tipo puntado de costado, episodios de hemoptisis autolimitados asociado a disnea clase funcional II que progresa a III-IV y tos productiva efectiva. Exámen físico: hemodinámicamente estable con semiología de insuficiencia cardíaca más derrame pleural derecho. Laboratorio (Hto 37,3 - Hb 12,3 - GB 9350 - NS 70%, dímero D positivo, resto normal), radiografía de Tórax que evidencia derrame pleural derecho), TAC de Tórax con protocolo para trombo embolismo de pulmón no concluyente por derrame, toracocentesis compatible con trasudado y ecocardiograma que evidencia severa dilatación del VI con dilatación leve del VD, FEY 15% por Simpson, hipoquinesia global severa, TAPSE de 17 mm, PSAP 50%, insuficiencia mitral y tricuspídea leve, trombo septoapical de 16 x 14 mm. Se inicia anticoagulación. Ante los hallazgos ecocardiográficos, se realiza panel viral cardiotropo(negativo) y cardioRMN que evidencia dilatación severa del VI con compromiso severo de la función sistólica del mismo, fenómenos de no compactación en parte del tercio medio y del tercio apical de mismo afectando el segmento anterior, lateral e inferolateral, hipoquinesia severa generalizada de todos los segmentos. El paciente presenta buena evolución con el tratamiento farmacológico instaurado, indicándose implante de Cardio Desfibrilador Implantable para prevención primaria de Muerte Súbita. Es dado de alta en seguimiento por consultorios externos de Electrofisiología.

Comentario: La miocardiopatía no compactada es una entidad heterogénea y compleja de la que existen todavía muchas dudas por resolver. Mientras que la American Heart Association la incluye entre las miocardiopatías de origen genético, la Sociedad Europea de Cardiología la considera como una miocardiopatía no clasificada.

Conclusión: La presencia de insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares y episodios embólicos forman parte del espectro clínico de presentación. La ecocardiografía y la cardio RMN son esenciales para su diagnóstico.

PC-01-25 // CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANOTICA EN ADULTO JOVEN. A**PROPÓSITO DE UN CASO**

RODRIGUEZ, M.; CALDEROLI, I.; FALCON, J.; VITALE, A.; REYES DÍAZ, M.; VARGAS BARRIOS, L.; GALEA-NO, J.; OCAMPOS V., R.; MELGAREJO PEREIRA, M.; ZARZA, M.
Hospital General De Luque. Luque, Paraguay.

Introducción: El síndrome de Eisenmenger define una vasculopatía obstructiva pulmonar secundaria a un importante cortocircuito izquierda-derecha preexistente que hace que las presiones arteriales pulmonares se aproximen a las presiones sistémicas y que el flujo sea bidireccional o de derecha a izquierda. Las cardiopatías congénitas cianóticas del adulto al tener repercusiones multisistémicas constituyen un reto diagnóstico teniendo en cuenta los síntomas inespecíficos por lo cuales se consultan. Se relata a continuación el caso de una paciente sin antecedentes conocidos que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal y sensación de falta de aire con diagnóstico final de síndrome de Eisenmenger.

Caso: Femenino de 22 años, sin patologías de base ni hábitos tóxicos, acude al servicio de urgencias por un cuadro de dos horas de dolor abdominal de moderada intensidad, tipo cólico, acompañado de sensación de falta de aire. Niega otros síntomas y refiere cuadros anteriores coincidentes con inicio del ciclo menstrual.

Al ingreso: PA: 100/60 FC: 105 FR:28 T: 36.5 SatO₂: 78%, cianosis peribucal y en zonas acras, respiración superficial. Ruidos cardíacos con desdoblamiento del segundo ruido, soplo sistodiastólico 2/6 en foco pulmonar. Llama a la atención dedos en palillo de tambor.

Laboratorialmente Hb: 17, Hto: 50, gasometría arterial pO₂: 50, satO₂: 81%, resto de parámetros normales. En ECG muestra signos de sobrecarga auricular y ventricular derecha. En radiografía de Tórax se observa leve congestión perihilar bilateral. Ecocardiografía informa comunicaciones interventriculares múltiples, dilatación moderada de cámaras derechas e hipertensión pulmonar (110mmHg) con lo cual se confirma el diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger y se inicia tratamiento en dosis progresivas con Sildenafil 25mg c/8hs, diltiazem 30mg/8hs con mejoría clínica en controles posteriores.

Comentario: El síndrome de Eisenmenger representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a síntomas inespecíficos y escasos estudios que avalen la terapéutica.

Conclusión: La importancia de la buena exploración física en el adulto que se presenta con aparente cianosis de origen central es fundamental para orientar el diagnóstico oportuno; en el síndrome de Eisenmenger debido a los escasos estudios que avalen la terapéutica es necesario un seguimiento estricto del paciente.

PC-01-26 // SÍNDROME POSPERICARDIOTOMIA

SCARRAMBERG, E.; VARELA, G.; CRERAR, M.; BROSIÓ, D.; PI DOTE, D.; SCIOSCIA, J.
Hospital Enrique Tornu. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome pospericardiotomía junto a la pericarditis post-infarto de miocardio y la postraumática (iatrogénica o no) pertenecen a un grupo de síndromes pericárdicos inflamatorios llamados Síndromes post lesión cardíaca

Caso: Paciente masculino de 25 años de edad con diagnóstico de síndrome depresivo y antecedente reciente (15 días) de lesión autoprovocada con elemento cortopunzante en región precordial por lo que se le realizó esternotomía y rafia cardíaca de urgencia. Posteriormente se deriva a institución neuropsiquiátrica, donde presenta registros febriles y es trasladado a la guardia de nuestro hospital. Al ingreso presenta exploración física normal y herida quirúrgica sin signos de infección del sitio quirúrgico. Se constata en TC de tórax y ecocardiograma derrame pericárdico severo y pleural bilateral leve. Sin colapso significativo de cavidades derechas y con FEY conservada. En el laboratorio PCR 3,3. Se realizan hemocultivos, y se inicia tratamiento con piperacilina tazobactam - vancomicina y aines. Es evaluado por servicio de cirugía torácica (quienes adoptan conducta expectante) y seguimiento por servicio de salud mental. Evoluciona afebril constándose en ecocardiogramas seriados disminución franca del derrame pericardio y pleural. Hemocultivos fueron negativos. A los 15 días es derivado nuevamente a institución neuropsiquiátrica para continuar tratamiento de enfermedad de base.

Comentario: La incidencia del síndrome pospericardiotomía es del 10 al 30% de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca y puede ocurrir entre 1 semana a 3 meses posterior a la misma. Se presume que tiene una patogenia autoinmune desencadenada por la liberación de antígenos cardíacos luego del daño inicial a las células mesoteliales del pericardio y de la pleura. Los criterios clínicos incluyen: dolor torácico, evidencia de derrame pericárdico o pleural, frote pericárdico o pleural, PCR elevada y fiebre sin otra causa. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras complicaciones postquirúrgicas, como las infecciosas e insuficiencia cardíaca, aunque muchas veces es un diagnóstico de exclusión. El tratamiento consiste en fármacos antiinflamatorios (aínes, colchicina) por una o dos semanas y en algunas ocasiones en el drenaje del derrame. No se conoce profilaxis farmacológica efectiva para este síndrome. En general presenta buen pronóstico con bajo porcentaje de recurrencia o progresión a pericarditis constrictiva.

Conclusión: Se presenta el caso clínico para resaltar la importancia de esta patología en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con compromiso de pericardio ya que su diagnóstico puede ser difícil en la práctica diaria y es necesario conocer sobre su existencia, características y tratamiento adecuado.

PC-01-27 // ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBRO SUPERIOR ASOCIADA A FENÓMENO CARDIOEMBÓLICO.

GASPARI, G.; PERALTA DEL AGUILA, C.; MACEROLA, B.; LAHITTE, M.; VARIEGO, M.
Hospital "Juan Bautista Alberdi". Santa Fe, Argentina.

Introducción: La isquemia arterial periférica aguda es la interrupción abrupta del aporte sanguíneo a una extremidad. Las causas son embólicas o trombóticas, siendo la más frecuente la embólica con un 85-90 % de los casos. La etiología cardioembólica es la más prevalente y representa el 90% de los episodios. Se caracteriza clínicamente por dolor, palidez, frialdad, impotencia funcional, abolición de pulsos periféricos distales y parestesias. Dentro de las obstrucciones arteriales de origen cardioembólico las extremidades superiores se ven afectadas en un 6% aproximadamente.

Caso: Varón de 42 años, tabaquista de jerarquía, consulta por cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por dolor súbito en miembro superior derecho, asociado a frialdad y palidez cutánea, cianosis distal y pulso radial ausente. Niega traumatismos previos. TA 150/90 mmHg en MSI (no detectable en MSD). Lbt: CPK 2415 mU/ml CPK MB 157 mU/ml LDH 697 mU/ml. RX tórax sin infiltrados pleuropulmonares y RCT conservada. ECG: ritmo de fibrilación auricular (FA) sin alta respuesta ventricular. En el Ecodoppler arterial de MSD se observa material hipoeocogénico que ocupa la totalidad de la luz en un trayecto de 4 cm junto a colateral, arterias radial y cubital con flujos monofásicos. Ecocardiograma bidimensional: espesor septal de VI levemente aumentado, FE 67%.

Comentario: Se interpreta el cuadro como FA de reciente diagnóstico asociado a isquemia aguda de miembro superior por lo que se realiza tratamiento médico: manejo del dolor, anticoagulación oral y antiarrítmicos. Se deriva a un efector de mayor complejidad para su abordaje y terapéutica integral.

Conclusión: Motiva el caso clínico la baja frecuencia de presentación de isquemia de miembro superior de origen cardioembólico. Por lo tanto la sospecha clínica y el tratamiento precoz son esenciales para disminuir la posibilidad de compromiso de la extremidad y sus comorbilidades asociadas.

PC-01-28 // PACIENTE DE 25 AÑOS, CON FEY 25% : IC DE NOVO 2RIA A MIOCARDIOPATIA DILATADA

VALLET, P.; LUNA, A.; FLEITA, A.; FLEITA, A.; PERIOLLO, A.; RIVERO, A.
Clínica Caraffa. Córdoba, Argentina.

Introducción: La miocardiopatía dilatada, definida como la combinación de dilatación y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo o de ambos, es una importante causa de morbilidad cardiovascular por insuficiencia cardíaca o arritmias. Determinar su causa, es un desafío médico, y clave para el manejo y pronóstico de un paciente con insuficiencia cardíaca.

En el caso clínico, se presenta una miocardiopatía dilatada en estudio, en contexto de una insuficiencia cardíaca de Novo. La intensidad de la presentación del caso radica en la frecuencia de esta patología a esta edad, la FEY que presenta, y una disnea interpretada múltiples veces como de causa respiratoria.

Caso: Paciente masculino de 25 años, con antecedente de Asma leve consulta por Disnea CF III-IV progresiva, de 1 mes de evolución, consulto en hospital regional, se interpreto y trato como Neumonía, bajo persistencia de la sintomatología consulta nuevamente, se deriva a centro de mayor complejidad, se interna y realiza el diagnóstico y tratamiento de Insuficiencia Cardíaca De Novo, posiblemente secundario a miocardiopatía. Se solicita Ecocardiograma Doppler :VID : 9.8 cm, VIS: 8.2 cm, FEY: 25%, insuficiencia mitral moderada, dilatación moderada de AI; y leve de VD. Paciente evoluciona favorablemente, con mejoría de su disnea, hemodinámicamente estable, sin cambios en ECG en agudo. Se solicitó una Cardiorresonancia con Gadolinio, que informo ausencia de signos de isquemia miocárdica.

Comentario: Se continuo con tratamiento de IC, fue dado de alta con interconsulta con servicio de cardiología, reposo absoluto y anticoagulación. Actualmente se encuentra en lista de espera para trasplante.

Conclusión: Insuficiencia cardíaca debido a miocardiopatía dilatada actualmente en estudio y bajo control estricto por servicio de cardiología, actualmente en espera de trasplante.

PC-01-29 // MIOCARDIOPATIA POR STRESS A PROPOSITO DE UN CASO

ALMEIDA, G.; ERRECART, E.; GONZALEZ, Y.; ZAMUZ, C.; GABIRONDO, B.; TREJO, M.; BELLAHAMBA, M.;

ERRECALDE, M.; ALZUGARAY IBARRA, A.

Hospital Vicente López Y Planes. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de Takotsubo, miocardiopatía por stress o síndrome de balonamiento apical transitorio es una miocardiopatía caracterizada por producir un grado variable de disfunción ventricular, predominantemente izquierda, siendo característica la reversibilidad de la función sistólica de los 3 a 6 meses. La presentación habitual de este síndrome es la de una repentina insuficiencia cardíaca congestiva o ángor, asociado cambios isquémicos en el electrocardiograma y marcadores cardíacos que sugieren un infarto agudo de miocardio.

Caso: Presentamos una paciente de 61 años de edad, hipertensa, tabaquista, con antecedente de anemia en estudio, trastorno de ansiedad y depresión, sin otro antecedente patológico conocido. Ingresa a guardia presentando dolor precordial típico. A su ingreso: TA 100/60 mmHg, FC 100 x minuto, saturación O₂ 93% diuresis positiva. Al examen físico lucida, orientada. R1 r2 positivos, R3 positivo, ortopnea, rales crepitantes bibasales, IY 2/3, sin edemas periféricos. Killip y Kimball 2. ECG: Ritmo sinusal, FC 100 x min BCRI (retrospectivamente, con adecuada discordancia de la onda T). Al laboratorio: Hto 32%, Hb 9, Leucocitos 9600, neutrófilos 65%, Pgt 120000, Urea 40 mg/dl, Cre 1.0, GOT 23, GPT 30, BT 0.4, Na+ 136, K+ 3.6, Cl- 98, troponina I 0.6. En guardia externa se inicia tratamiento anti isquémico y del dolor, asociado a diuréticos de asa. Ingresa a nuestra sala donde se reinterpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca en contexto de SCA, IAM evolucionado. Se solicitan estudios complementarios: Ecocardiograma: disfunción sistólica severa. FEV menor al 35% insuficiencia aórtica leve a moderada. Cinecoronariografía: sin lesiones hemodinámicamente significativas. Perfil tiroideo normal. La paciente evoluciona favorablemente con el tratamiento instaurado, se le otorga el alta hospitalaria con seguimiento por cardiología del hospital. En forma ambulatoria se solicita cardioresonancia nuclear magnética que informa VI no dilatado, con función sistólica de VI y VD conservadas, insuficiencia aórtica leve, aorta sin particularidades, hipertrofia leve del VI.

Comentario: El síndrome de Takotsubo es una entidad poco frecuente, que se presenta sobre todo en mujeres, cuyo diagnóstico diferencial principal es con la enfermedad coronaria aguda, siendo su pronóstico muy diferente. En su patogenia se postula un desbalance de las catecolaminas en la mayoría de los casos relacionado a un evento de stress psicológico.

Conclusión: Se presenta el caso de una paciente que ingresa con un cuadro clínico compatible con un síndrome coronario agudo, con biomarcadores positivos, ECG compatible e insuficiencia cardíaca aguda con disfunción ventricular severa que evoluciona con recuperación ad integrum de su función sistólica, sin lesiones hemodinámicamente significativas en CCG. Se plantea la necesidad de reconocer al síndrome de Takotsubo como una entidad poco frecuente que imita en los aspectos clínico, electrocardiográfico y de laboratorio a la enfermedad coronaria aguda.

PC-02-02 // INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO A REPETICIÓN.

MEDINA ACUÑA, D.; GABRIAGUEZ, L.; MARTIN, P.; ZAYAS, S.; QUINTANA, O.; BENITEZ, D.; JACQUET, A.;

CHAVEZ OLAZAR, M.; LLANES PEREIRA, O.; VÁZQUEZ ABDALA, R.

Ips Hospital Central. Capital., Paraguay.

Introducción: El infarto miocárdico es una de las patologías cardiovasculares más frecuentes, se debe a una obstrucción transitoria o permanente de las arterias coronarias o sus ramas. Una causa poco común de obstrucción son formaciones musculares que comprimen externamente las arterias generando isquemia, son los llamados puentes miocárdicos.

Caso: Paciente masculino, 53 años, hipertenso de larga data y tabaquista. Ingresa a urgencias por dolor retroesternal. Refiere internación por cuadro similar hace 5 años, con informe de cinecoronariografía sin lesiones angiográficas. Fue dado de alta bajo tratamiento médico. Posterior a eso refiere episodios de ángor que aparecen con los esfuerzos físicos y cedian con el reposo, en moderada intensidad. Actualmente ingresa por nuevo cuadro de dolor retroesternal tras esfuerzo físico, de intensidad elevada, con irradiación a brazo izquierdo, acompañado de sudoración profusa. En serie electrocardiográfica no muestra elevaciones de segmentos ST. En analítica sanguínea retornan enzimas cardíacas elevadas y troponinas de 48,5 en el primer juego. Se presenta caso a cardiología quienes indican nuevo cateterismo cardíaco, cuyo informe vuelve a referir vasos coronarios sin lesiones angiográficas, pero en ésta oportunidad informa un puente muscular sobre el tercio medio de la arteria descendente anterior. Se presenta caso a reunión clínica de cardiocirugía, cardiología y hemodinamia en donde se decide alta bajo tratamiento médico estricto. El paciente fue dado de alta hasta que 6 meses después vuelve a presentar nuevamente un síndrome coronario agudo. Refirió que los episodios de ángor persistieron. Hasta este nuevo episodio, que no cedió con el reposo. El paciente re ingresa por un infarto agudo de miocardio, con valores de troponinas de hasta 60 y ondas t negativas en el electrocardiograma. Interconsulta con cardiología sugiere presentar el caso a cardiocirugía para valorar tratamiento quirúrgico. Se presenta nuevamente el caso a reunión clínica, en donde se vuelve a decidir tratamiento médico por lo riesgos quirúrgicos que implica una cardiocirugía por puente miocárdico, los pocos resultados favorables y la poca experiencia en el mismo. El paciente fue dado de alta con beta bloqueantes y seguimiento estricto con cardiología.

Comentario: En la mayoría de las ocasiones un puente miocárdico no muestra alteraciones significativas. La arteria más frecuentemente afectada es la descendente anterior. Generalmente es un hallazgo benigno, sin embargo, pueden producir distintos grados de insuficiencia coronaria, angina de esfuerzo, angina inestable o infartos como se presentó en este paciente.

Conclusión: La existencia de puentes miocárdicos como causa de infartos significa un hallazgo poco común y de hallazgo casual durante estudios hemodinámicos. Conocer su fisiopatología es importante para establecer el tratamiento correcto. La conducta quirúrgica sigue siendo un desafío poco abordado cuando falla el tratamiento médico.

PC-02-01 // UN CASO DE SÍNDROME SEROTONINÉRGICO EN UNA PACIENTE JOVEN

MONTENEGRO, I.

Sanatorio De La Providencia Trabajo Smiba. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome serotoninérgico es un cuadro grave que se manifiesta rápidamente siendo necesario el rápido reconocimiento de sus manifestaciones para evitar la alta mortalidad de esta emergencia toxicológica.

Caso: Paciente de 44 años sexo femenino, con antecedentes de trastorno bipolar que ingresa derivada desde Hospital público por sobreingesta de psicofármacos (Bupropion 4.5 gr, Sertralina 4 gr, Lamotrigina 2 gr, Pregabalina 1.3 gr, Risperidona 10 mg). Latencia desconocida. En dicha institución se realiza la atención inicial con lavado gástrico y carbón activado. Evoluciona con convulsiones tónico clónicas y posterior deterioro neurológico. Se realiza intubación orotraqueal y conexión en AVM. Se deriva a nuestra institución.

A su ingreso se constatan restos de carbón activado por aspiración por TET. Por hipotensión arterial, se inicia infusión de noradrenalina. Se constatan movimientos mioclónicos. Se inicia infusión de Lorazepam y carga y mantenimiento de levetiracetam. Evoluciona con tendencia a la midriasis, temperatura de 39°, hiperreflexia, hipertonia, con clonus espontáneo en miembros inferiores. Tendencia a la hipotensión arterial, continúa con inotrópicos.

Se interpreta el cuadro como síndrome serotoninérgico grave por Bupropion y Sertralina. Se inicia tratamiento ciproheptadina como bloqueante 5-HT₂.

Luego de 14 días de evolución se logra extubar electivamente persistiendo el clonus en miembros inferiores.

Se externa a los 20 días a un dispositivo de salud mental.

Comentario: El síndrome serotoninérgico se puede presentar con la 1° dosis, durante el transcurso de un tratamiento ya sea por inicio de tratamiento, ajuste de dosis o en casos de sobredosis. Los pacientes se presentan con taquicardia, diaforesis que puede evolucionar en los casos graves a inestabilidad hemodinámica y shock. En el examen neurológico se puede encontrar midriasis, temblor, mioclonías, hiperreflexia y clonus característico en miembros inferiores y, con cierta frecuencia, clonus ocular. La rigidez muscular e hipertonia, se la describe en "caño de plomo".

La hiperactividad muscular puede generar mayor aumento de la temperatura, hasta 41.1°C. En los casos más graves convulsiones, insuficiencia renal y coagulopatía intravascular diseminada.

En el laboratorio de rutina puede hallarse acidosis metabólica, aumento de los niveles de creatinina (CPK), aumento de transaminasas y alteración de la función renal por el deterioro hemodinámico y la rabdomiolisis.

No hay pruebas de laboratorio que confirmen el diagnóstico de síndrome serotoninérgico. Los diagnósticos diferenciales incluyen intoxicación anticolinérgica, hipertermia maligna y síndrome neuroléptico maligno. El tratamiento consiste en la suspensión de los fármacos, medidas de sostén, el control de la agitación, la rigidez por medio del uso de benzodiacepinas en dosis relajante muscular, el control de la inestabilidad autonómica y el control de la hipertermia. También es aceptada la administración de antagonistas 5HT-2A como la Ciproheptadina, aunque no está demostrada su eficacia.

Conclusión: El síndrome serotoninérgico es un cuadro grave que se manifiesta rápidamente siendo necesario el rápido reconocimiento de sus manifestaciones para evitar la alta mortalidad de esta emergencia toxicológica. Típicamente resuelve dentro de las primeras 24 a 36 hs luego de la iniciación del tratamiento y la discontinuación de las drogas serotoninérgicas.

En este caso, por tratarse de una sobreingesta intencional por parte de una paciente con una patología mental (Enfermedad Bipolar), es de destacar las grandes cantidades sobreingeridas, que determinaron la rápida instalación de este cuadro grave.

PC-02-03 // SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN POP INMEDIATO DE DERMOLIPECTOMÍA CRURAL

GONZALEZ, C.; IBÁÑEZ, L.; SANTAMARINA, J.; SCHEJTMAN, A.; DESTAVILLE, J.; GONZALEZ, M.

Sanatorio Finochietto. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome de tako-tsubo (STK) / discinesia apical transitoria o apical ballooning, es una miocardiopatía aparentemente efímera que produce un grado variable de disfunción ventricular predominantemente izquierda que es reversible.

Caso: Paciente femenina de 58 años con antecedente de síndrome depresivo, ex TBQ, obesidad, cirugía de bypass gástrico en 2013, demolipectomía abdomen, en tratamiento con diazepam 5 mg, clonazepam 0,25, paroxetina 20 c/12 hs, trazodone 50.

Ingresa de forma programada para dermolipectomía crural bilateral por exceso de colgajo dermograso en cara interna de ambos muslos. Trae como estudio prequirúrgico ECG con T (-) en cara inferior y ecostres (-) para isquemia.

Se realiza procedimiento. Intraquirúrgico complicó con emergencia hipertensiva (TA 200/100) en contexto de taquicardia de QRS ancho autolimitada (EV monomorfas y posterior corrida de TV, vuelve a RS sin mediar maniobra).

En pop inmediato ingresó a UCO para monitoreo evolucionando con dolor precordial (autolimitado), shock y salvas de taquiarritmia regular de QRS ancho con episodio de bigeminia ventricular con imagen de BRD, evaluado por electrofisiología interpretado como taquiarritmia supraventricular con aberrancia.

Se realizó:

-Laboratorio: Tn US 639 (máxima 1559)

-ETT: deterioro moderado a severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEV 36%). Hipoquinesia severa de todos los segmentos basales y medios con hipercontractilidad de segmentos apicales

-CCG que no evidenció lesiones angiográficamente significativas y el ventriculograma mostró dilatación de cavidad ventricular, hipercontractilidad a nivel apical con hipoquinesia a nivel basal.

Se interpretó como shock cardiogénico en contexto de Takotsubo invertido (miocardiopatía por estrés atípica) por lo que requirió de soporte vasoactivo.

Evolucionó clínica y hemodinámicamente estable, se realizó ETT control a los 6 días que evidenció resolución de alteraciones.

Comentario: El período perioperatorio es una situación de estrés que provoca una activación del sistema simpático y liberación de catecolaminas. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con el SCA, recordando que la isquemia suele ser silente en el paciente quirúrgico. Los pacientes con antecedentes de STK que precisen de futuras cirugías requieren un enfoque perioperatorio individualizado para evitar recurrencia, realizar diagnóstico precoz y prevenir aparición de complicaciones.

Conclusión: El STK se caracteriza por la presencia de arterias coronarias sin obstrucciones significativas + típica en la ventriculografía, junto con la ulterior recuperación total. Se observa generalmente en mujeres posmenopáusicas asociado a presencia de situación estresante.

El tratamiento es similar al del IAM con especial atención en introducción de betabloqueantes y anticoagulación. Aunque durante el momento agudo es una patología no exenta de complicaciones, insuficiencia cardíaca, a largo plazo tiene buen pronóstico y rara su recurrencia.

PC-02-04 // PIOMIOSITIS SECUNDARIA DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

ROSSI, M.; LOPERENA OROZCO, M.; POLASTRELLI, F.; GUERRERO, B.; BENEGAS, M.; STAVSKY, D.;

ROSON, A.; QUESADA, C.

Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La piomiositis es una infección aguda bacteriana infrecuente que compromete al músculo estriado, generalmente por *Staphylococcus aureus*, que suele acompañarse de la formación de un absceso en el mismo. Puede ser de origen primario o secundario, cuando la infección muscular se origina a partir de la extensión de infecciones vecinas o por una bacteriemia desde otro foco infeccioso. Su localización en el cuello es un sitio inusual, siendo el esternocleidomastoideo (ECM) el músculo más afectado en esta zona anatómica. Las neoplasias, diabetes y otras causas de inmunosupresión se asocian a esta entidad.

Caso: Paciente masculino de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes insulinoquiriente con adherencia inadecuada, consulta por lesión eritematosa, dolorosa en dorso de pie derecho de diez días de evolución, agregando en las últimas 48 hs registros febriles y la aparición de una masa en región cervical derecha. Al ingreso se encuentra hemodinámicamente estable, febril. Al examen físico, presenta lesión en pie derecho con signos de flogosis con escasa secreción purulenta y en región cervical lateral derecha, masa de 8x10 cm de consistencia duro elástica, adherida a planos profundos, con calor y eritema que se extiende a región pectoral, fluctuante a la palpación. En el laboratorio, se evidencia leucocitosis, anemia de los trastornos crónicos, elevación de los reactantes de fase aguda, hepatitis B curada, HIV, VDRL y HCV negativos, y marcadores tumorales negativos. Se realiza tomografía de cuello y tórax que informa formación heterogénea lobulada con septos en su interior, con presencia de burbujas aéreas, que se extiende siguiendo el trayecto del músculo ECM derecho y hacia región prepectoral, con imagen cavitada en mediastino anterior y superior compatible con colección abscedada, alteración de los planos grasos en contacto con la misma, y múltiples adenomegalias en espacio carotídeo derecho infrahioides, en ambos espacios cervicales posteriores, huecos supraclaviculares y axilares. Se efectúan hemocultivos x2, urocultivo y cultivo de ambas lesiones resultando positivas para *Staphylococcus aureus* metilino resistente (SAMR). Se realizan ecocardiograma transesofágico que no evidencia vegetaciones y nasofibrolaringoscopia sin evidencia de lesiones. Se inicia tratamiento antibiótico con vancomicina y rifampicina y drenaje de los abscesos cervicales y de dorso del pie con toma de biopsia de ganglio cervical pendiente.

Comentario: Presentamos el caso de una piomiositis secundaria en un paciente con pie diabético y bacteriemia por SAMR con impacto en el ECM, siendo éste de localización inusual. La inmunosupresión es un factor de riesgo para dicha infección y hasta el momento, la diabetes es el factor predisponente en nuestro paciente.

Conclusión:

PC-02-06 // TROMBO EN TRÁNSITO EN CAVIDADES DERECHAS ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE

LUFT, M.; BARTOLI, J.; ONETO, S.; DELORME, R.; CAPPARELLI, F.; HLAVNICKA, A.; WAINSTEIN, N. Fleni. Caba, Argentina.

Introducción: Los trombos del corazón derecho provienen de una trombosis venosa profunda (TVP) embolizada que se alojan en la aurícula (AD) o el ventrículo derecho (VD), denominados "en tránsito". Su hallazgo es poco frecuente, pero su incidencia puede llegar hasta un 20% en sospecha de embolia pulmonar (EP). Se diagnostica a través del ecocardiograma transtorácico (ETT). La mortalidad es mayor al 40%, llegando al 100% sin tratamiento, por lo que constituye una emergencia terapéutica. No hay consenso sobre el tratamiento de elección, pudiendo tratarse mediante trombectomía, trombólisis o anticoagulación con heparina.

Caso: Paciente masculino de 64 años, que consultó por disnea. Como antecedente cursó internación por artrodesis instrumentada por canal estrecho lumbar 21 días previo a la consulta, recibiendo profilaxis mecánica para TVP.

Comenzó a la semana del alta con disnea súbita, asociada a fatiga y astenia. 5 días previo a la consulta presentó un episodio de sensación de muerte inminente, con progresión de la disnea en las últimas 48hs.

Al examen físico: TA: 100/80 FC: 100 FR: 18 SatO2: 97% T°: 36. Eupneico tolera el decúbito. Buena mecánica ventilatoria. Sin signo de falla de bomba.

Hematocrito 38%, hemoglobina 12,7 g/dl, urea 155 mg/dl, creatinina 1.6 mg/dl, Quick 37%, RIN 2, bilirrubina total 1,35 mg/dl, TGO 1117 UI/l, TGP 1192 UI/l, FAL 91 UI/l, LDH 1429 UI/l.

Se realizó doppler de miembros inferiores que objetivó TVP femoral común izquierda; ETT con imagen hiperecogénica móvil en AD que excursiona hacia el tracto de entrada del VD implantada sobre el septum interauricular y que traspasa hacia la aurícula izquierda compatible con trombo. Dilatación de AD y VD. Aplanamiento sistodiastólico del septum interventricular por sobrecarga de presión en cavidades derechas. Función sistólica del VD deprimida severa. Presión sistólica arteria pulmonar estimada de 80 mmHg. Pasaje de burbujas tardío a cavidades izquierdas tras la inyección de solución salina. Probable foramen oval permeable ocluido parcialmente.

Se interpretó como TVP con trombos cardíacos intracavitarios y sospecha de EP con compromiso del VD, sin descompensación hemodinámica. Ingresó con falla renal, hepática y coagulopatía interpretadas secundarias a falla de cavidades derechas. Inició anticoagulación con heparina en infusión continua.

Evolucionó hemodinámicamente estable. A los 15 días se realizó control con doppler de miembros inferiores y ETT sin evidencia de trombos y normalización de tamaño y función de cavidades derechas, con resolución de hipertensión pulmonar. Completó 21 días de anticoagulación con heparina, rotándose a apixabán.

Comentario: El objetivo de la presentación es alertar sobre este evento infrecuente, de alta mortalidad, que a pesar de su fácil pesquisa suele ser subdiagnosticado.

Conclusión: Si bien la terapéutica rápida es esencial, ante la falta de estudios controlados el tratamiento óptimo continúa siendo objeto de controversia.

PC-02-05 // PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA

LUQUE, M.; LEWIS, L.; VELTRI, M.; TORRELIO MOSTAJO, R.; ROMERO, S.; ALTAMIRANO, M. Clínica Ima. Adroque, Argentina.

Introducción: La PTT estaría vinculada a la deficiencia congénita o adquirida de ADAMTS13. La ausencia de ADAMTS13 generaría una alteración en el mecanismo regulador del tamaño multi-mérico del VWF. Se generaría trombosis plaquetaria microvascular, que conduce a la fragmentación de glóbulos rojos, el consumo de plaquetas y Aumento desproporcionado de LDH. Presenta curso agudo, siendo las alteraciones hematológicas, con sus síntomas acompañantes la primera clave para establecer la sospecha, aunque no son específicos. Los principales órganos afectados son sistema nervioso central, corazón y riñones.

Caso: Paciente femenino de 17 años, sin antecedentes presenta cuadro clínico de 72 hs de evolución caracterizado por astenia, adinamia, fiebre, lipotimia, y dolor abdominal tipo cólico, intensidad 7/10, con diarrea, 3-4 deposiciones/día, líquidas, sin sangre, pus ni moco. Lucida, afebril, tendencia al sueño, mucosas orales secas, signo de pliegue +. Sin signos de falla de bomba aguda. Buena entrada de aire bilateral, no se auscultan rales. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca izquierda, rha presentes, puño percusión izquierda positiva, diuresis negativa. Presenta en piel lesiones maculopapulosas a predominio de miembros superiores e inferiores con hematomas en región bicipital interna bilateral. Laboratorio GB 18810. Neu 93 %. Hb 10. Hto 28. CTP 54. RIN 1.5. gLU 213. uREA 208. cR 1.6. fal 558. tgo 239. tgp 121. bt 8.7. Plaquetas 39000. Evolución torpida, a pocas horas de ingreso a sala general con oligoanuria, hipotensión refractaria a expansiones, progresión de insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria, evidenciando en laboratorio control hiperbilirrubinemia, plaquetopenia persistente y anemia. Por sepsis grave con falla multiorgánica, se decide pase a Terapia Intensiva. Se pautativa. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con PTZ + Vanco + Metronidazol. Se logra extubación con éxito. Se recaba información sobre caída previa al inicio del cuadro con impacto sobre región pélvica realizando por tal motivo tomografía computada de pelvis que evidenció burbujas aéreas en sacro y tejido blando. Se solicita serología para HANTA virus/LEPTOSPIROSIS. Aislamiento de E. Coli multisensible en urocultivo. Se rota tratamiento a Ciprofloxacina. Por persistencia de plaquetopenia y LDH aumentada se decide realizar frotis que evidencia ESQUISTOCITOS, signos indirectos de hemólisis, con plaquetopenia y LDH aumentada. Se interpreta el cuadro como probable PTT. Se inicia plasmáferesis + corticoideoterapia. Adecuada evolución a tratamiento instaurado con mejoría de plaquetopenia y descenso de LDH. Se deriva muestra para dosaje de ADAMTS 13.

Comentario: Se interpreta shock séptico + PTT secundario a patología infecciosa

Conclusión: El dosaje de ADAMTS 13 será de ayuda para confirmar el diagnóstico y seguir el curso de enfermedad.

Sin embargo, los niveles de ADAMTS13 disminuidos no son suficientemente sensibles para identificar a todos los pacientes con PTT.

PC-02-07 // MIXEDEMA EN CONTEXTO DE SEPSIS

VASQUEZ, C.; GHEZZI, N.; VILLAR BRU, S.; IRIARTE, C.; CLEMENTEL, C.; ESTERKIES, G.; GIL, M.; AGUILAR, C.; CIAMPI, A. Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: El mixedema es la forma más severa de hipotiroidismo, raro en nuestros días con una incidencia 0.22 millones/año, siendo la sepsis uno de los principales factores predisponentes. Al ser una condición con alta mortalidad es vital el tratamiento temprano pues el retraso empeora el pronóstico.

Caso: Paciente femenina de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, asmática, enfermedad renal crónica de causa no aclarada, polimialgia reumática, tromboembolismo pulmonar y tvp poplitea derecha con colocación de filtro de vena cava, fibrilación auricular por lo que recibió tratamiento con amiodarona que se suspendió en contexto de función tiroidea, consulta por cuadro de 48 horas de evolución de bradilalia y debilidad de miembros inferiores sin otra sintomatología asociada. Al examen físico: fc 50 x minuto, ta: 105/65, tendencia a la somnolencia, bradilalia, bradipsiquia, exoftalmos, fuerza 2/5 en 4 miembros con predominio en miembros inferiores, reflejos lentificados, rcp flexor bilateral, mioclonias en 4 extremidades edemas generalizados en 4 extremidades, bradicardia, r1 y r2 en 4 focos, sin soplos, frialdad acral, hipo ventilación bibasal, abdomen globoso, ruidos hidroaéreos disminuidos. Se solicita laboratorio vcm: 98.4 hto: 43.3 hb: 12.9, ionograma: 140/4.48/106 pla: 155000 bnp: 263 tsh: 190.09 t4 libre: <0.40 cortisol plasmático: 2.50 t3: <0.40 t4: 2.27 por lo que se decide iniciar tratamiento con levotiroxina endovenosa e hidrocortisona en contexto de hipotiroidismo severo.

Pasa uti en donde presenta deterioro del sensorio con glasgow de 8/15 con presencia de mioclonias con trazado anormal con actividad epileptiforme por lo que se indica carga de levetiracetam y ácido valproico. Rmn sin lesiones. Intercurre con shock séptico a foco respiratorio por lo que recibió tratamiento con meropenem vancomicina completando trato antibiótico.

Comentario: El hipotiroidismo en una complicación rara debido al advenimiento de la terapia oral con levotiroxina y a un diagnóstico más temprano. En nuestro caso sospechamos existió como desencadenante un proceso séptico a foco respiratorio. El tratamiento del hipotiroidismo severo se realiza por vía endovenosa con levotiroxina en conjunto con hidrocortisona por la posible coexistencia de insuficiencia suprarrenal.

Conclusión: Este caso es importante debido a que nos permitió repasar los diagnósticos diferenciales en la urgencia.

PC-02-08 // HIDROCEFALIA Y UNA ALTERNATIVA DE BUEN PRONOSTICO

MASTROVINCENTO, V.; LANGELLOTTI, L.; PEREZ ZABALA, J.; FLORENCIA, B.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.;

LEVIE, M.; TOBAR, A.; CARRIZO, J.; AVENA, S.

Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Posse. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La hidrocefalia es una alteración en la dinámica de la circulación del LCR, la resolución de la misma en casos de ser obstructiva, es mediante la derivación a sitios distales como: peritoneo (DVP), atrio ventricular (DAV), pleura, comunicación del III ventrículo con cisterna prepontina, y menos frecuentemente se encuentra reportada la derivación a la vesícula biliar.

Caso: Masculino de 34 años, antecedente de hidrocefalia secundaria a Meningitis tuberculosa, múltiples recambios valvulares, pseudoquistes peritoneal y colocación DVA. Consulta por deterioro de la reactividad, parálisis de la mirada ascendente (Síndrome Parinaud), cefalea y vómitos. Se realizan estudios de imágenes y PL compatible con hidrocefalia, y por imposibilidad de utilizar derivación ventrículo-atrial, ni ventrículo-peritoneal, se realizó cirugía con colocación de derivación ventrículo-vesicular con resolución del cuadro.

Comentario: En un pequeño porcentaje de pacientes con disfunción valvular, la vesícula biliar es una alternativa de drenaje a tener en cuenta. Ésta, presenta una capacidad de absorción que le permite manejar hasta 1.500cc diarios de líquido; además de ser un excelente drenaje a través de la vía biliar, presenta facilidad de realización, considerándose en la actualidad un procedimiento viable como segunda opción de derivación ante el fallo de la derivación ventrículo-peritoneal.

Conclusión: La hidrocefalia continúa siendo una patología de significativa prevalencia, requiriendo inmediata resolución, principalmente en presencia de hipertensión endocraneana. La derivación ventrículo-vesicular es una opción viable a considerar en pacientes con disfunción en la reabsorción peritoneal de LCR en presencia de pseudoquistes peritoneal.

Requiere evaluación individualizada y enfoque terapéutico multidisciplinario.

PC-02-09 // PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA : A PROPÓSITO DE UN CASO

RIVERO EQUIZA, T.; CAROSELLA, L.; BONORA, F.; MYSLER, S.

Cemic. , Argentina.

Introducción: La hipertrigliceridemia se ubica en tercer lugar en frecuencia (1- 4%) como causa de pancreatitis aguda, tras la litiasis biliar y el alcohol. La presentación clínica no difiere de la habitual. El tratamiento, en cambio, es discutido, al no contarse con ensayos clínicos aleatorizados que comparen las diversas medidas terapéuticas (Insulina, heparina y plasmaféresis).

Caso: Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedentes de Diabetes tipo 2 no insulinorequiere, hipotiroidismo, dislipemia (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en tratamiento), hipertensión y obeso, que consulta por dolor abdominal difuso de 24 hs de evolución asociado a náuseas. Presentó al ingreso valores de lipasa 210 U/l, amilasa 82 U/l y triglicéridos 4646 mg/dl, con una ecografía que evidenciaba cambios inflamatorios agudos a nivel pancreático, sin signos de patología litiasica. Se interpretó el cuadro como pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia y se decidió iniciar, además del tratamiento hipolipemiente con fibratos y estatinas, plasmaféresis en plan de lograr niveles menores a 500 mg/dl de triglicéridos. Al cabo de 4 sesiones, se obtuvo mejoría clínica y bioquímica (289 mg/dl de triglicéridos al alta), otorgándose el alta con tratamiento hipolipemiente y seguimiento por servicio de endocrinología.

Comentario: La pancreatitis por hipertrigliceridemia se puede presentar por trastornos primarios (genético) o secundarios (Diabetes, alcoholismo, hipotiroidismo, fármacos) y a partir, generalmente, de valores por encima de 1000 mg/dl. El tratamiento incluye, además del manejo habitual con analgesia, hidratación endovenosa y reposo intestinal, medidas para disminuir los niveles de triglicéridos a menos de 500 mg/dl, los cuales se consideran seguros y se asocian a mejoría clínica. Dentro de las posibilidades terapéuticas se encuentran la plasmaféresis, el tratamiento con insulina o heparina. La plasmaféresis es invasiva y costosa, pero muy eficaz para la reducción rápida de los niveles de triglicéridos. A pesar de esto, según la Sociedad Americana de Aféresis es recomendación grado 2 C y categoría III, por lo que la decisión sobre su uso deberá ser individualizada a cada paciente.

Conclusión: En nuestro paciente frente a la falta de respuesta a medidas médicas estandar implementadas y a pesar de la falta de evidencia científica se implementó como tratamiento plasmaféresis, siendo efectiva. La tendencia actual en medicina de adecuar las opciones terapéuticas según el paciente (ya sea recurriendo a marcadores celulares, fenotipo, etc) tiene su racional y base científica y repercutirá en la administración de recursos y en su evolución favorable.

PC-02-10 // ISQUEMIA MESENTERICA CRONICA

SANCHEZ, Y.; STESENS, M.

Hmc. Caba, Argentina.

Introducción: La isquemia mesentérica crónica (IMC) es una condición poco frecuente. La IMC se presenta con síntomas inespecíficos, debido a esto se retarda el diagnóstico y tratamiento. Los pacientes no tratados pueden llegar a un estado de desnutrición severa por la disminución de ingesta de alimentos para evitar el dolor postprandial o pueden presentar isquemia mesentérica aguda (IMA), condición grave y con alta tasa de mortalidad. El tratamiento consiste en la revascularización del territorio intestinal comprometido, modificación de los factores de riesgo cardiovascular y asistencia nutricional en el período perioperatorio, con morbilidad reportada entre 19 y 54% y mortalidad entre 0 y 17%.

Caso: Paciente masculino de 67 años que consulta a guardia médica por cuadro clínico caracterizado por dispepsia (postprandial), distensión abdominal, sensación de plenitud, dolor abdominal leve tipo cólico periumbilical y diarrea de color oscuro sin olor, sangre moco o pus asociado a hiporexia y pérdida de peso de más de 15 días de evolución. Paciente asocia inicio de estos síntomas posterior a la colocación de endoprótesis aorta abdominal infrarrenal, tiene como antecedentes personales Hipertensión Arterial, dos IAM (2015/2017) con colocación de stent, Fibrilación Auricular anticoagulado, Marcapasos, Aneurisma de Aorta torácica y abdominal. A su ingreso presentó elevación con curva de isquemia de enzimas (GOT/GPT/LDH/CK) se realizó angiogramografía de aorta abdominal donde no se visualiza obstrucción evidente de vasos mesentéricos. Se inicia alimentación parenteral, paciente mejora cuadro clínico por reposo gástrico, y ante la sospecha de IMC se inicia tratamiento con Nifedipina 30 mg cada 12 horas, se realiza prueba de tolerancia que fracasa, por lo que se consulta con servicio de Hemodinamia previa realización de Angiotomografía con reconstrucción MDR de 64 cortes y se visualiza obstrucción incompleta a nivel de Arteria mesentérica superior y no se visualiza Arteria mesentérica inferior por aneurisma de aorta abdominal. Se decide la colocación de stent en la misma, paciente evoluciona favorablemente tolerando dieta sin presentar dispepsia.

Comentario: Se presenta el siguiente caso clínico a fin de enfatizar la necesidad de establecer un diagnóstico y tratamiento (revascularización) en caso de sospechar Isquemia mesentérica crónica y el paciente no mejorar con tratamiento médico.

Conclusión: La isquemia mesentérica crónica es una enfermedad que pone en riesgo la vida, que puede provocar la muerte por inanición o infarto mesentérico. El diagnóstico se realiza tardíamente debido a la inespecificidad de sus síntomas. El método diagnóstico no invasivo de elección es la ecografía doppler, por el cual se determina la presencia de estenosis u oclusión de las arterias viscerales comprometidas. La arteriografía se utiliza para definir la anatomía de las lesiones y planificar la cirugía. El tratamiento de elección sigue siendo la revascularización.

PC-02-11 // MUCORMICOSIS

BOCCI, B.

Hiba. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La mucormicosis rino-órbito-cerebral (MROC) es una Infección oportunista infrecuente causada por hongos pertenecientes al orden Mucorales (Mucor, Absidia y Rhizopus). Su distribución es mundial y se encuentran fundamentalmente en la tierra, vegetales en descomposición y el pan. Por su bajo potencial de virulencia afectan fundamentalmente a pacientes inmunocomprometidos en quienes producen infecciones graves e incluso de presentación fulminante o lenta e insidiosa. La infección se produce por inhalación de esporas que se depositan en la mucosa nasal, esparciéndose desde allí a las estructuras vecinas; son angioinvasivos, por lo tanto, el infarto, la trombosis y la necrosis tisular extensa de tejidos infectados es un sello distintivo de la enfermedad. La diabetes, en primer lugar, seguido de las enfermedades oncohematológicas son factores de riesgo para el desarrollo de esta Infección.

Caso: Paciente de 40 años sin antecedentes de relevancia, ingresa derivado por cuadro de falla multiorgánica, bajo asistencia respiratoria mecánica y necesidad de soporte vasopresor. Se evidencia en el laboratorio tricitemia, falla renal aguda, acidosis metabólica, alteración del hepatograma y alteración de la coagulación. Evoluciona con desarrollo de una placa necrótica en ala y dorso nasal derechos, extendida a mejilla homolateral; a nivel de la cavidad oral, encía superior derecha negruzca y paladar con signos de necrosis. Presenta edema palpebral y hemifacial derecho. Se realiza rinoscopia anterior con óptica, evidenciando tejido necrótico en mucosa nasal derecha que compromete septum, cornete inferior y medio. Con el diagnóstico presuntivo de lesión necrótica cutáneo-mucosa facial secundario a micosis invasiva, se indica tratamiento quirúrgico para desbridamiento de la lesión y resección de tejido necrótico. Se realiza cirugía endoscópica naso sinusal + desbridamiento mucocutáneo. Biopsia de lesión nasal: hifas tabicadas y no tabicadas. Se aísla Rhizopus en cultivo posterior y recibe tratamiento con Anfotericina B.

El paciente evoluciona de forma desfavorable con falla multiorgánica y posterior paro cardiorrespiratorio sin respuesta a maniobras de resucitación.

Comentario: La mucormicosis es la tercera micosis invasiva en frecuencia. La presentación Rino-órbito-cerebral es la más frecuente; la mucormicosis diseminada es rara y generalmente fatal.

Conclusión: Los estudios de imágenes son fundamentales para evaluar la extensión de la enfermedad. Ante la sospecha clínica, el estudio histopatológico es obligatorio para confirmar el diagnóstico. El cultivo continúa siendo necesario para determinar la especie del hongo causal en las zigomicosis (en este caso, Rhizopus). Los pilares del tratamiento de la MROC son revertir la inmunodepresión, el uso de anfotericina B sistémica y el desbridamiento quirúrgico.

PC-02-12 // PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MORENO, C.; ALVAREZ BERTEA, J.; ZIZZIAS, S.; ROJAS PIÑERO, M.; DELGADO, D.; LEYTES, M.
Hospital Del Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: La parálisis periódica tirotóxica (PPT) se caracteriza por la triada: hipopotasemia, debilidad muscular con arreflexia y tirotoxicosis. Son factores precipitantes una dieta rica en hidratos de carbono, ejercicio, estrés, esteroides. Presenta baja prevalencia, 0.1-0.2% en norteamericanos, más frecuente en asiáticos 1.8 a 1.9%, y en hombres (relación 17-70:1). Con una edad de presentación entre 20 y 40 años. La fisiopatología se basa en mutaciones genéticas de canales de potasio kir 2.6, asociados a la hiperactividad de la bomba Na/K ATPasa a nivel del músculo esquelético mediada por el aumento en la secreción de insulina, catecolaminas y hormonas tiroideas que favorecen la persistencia de hipopotasemia, sin un déficit corporal total. El tratamiento con potasio oral o endovenoso revierte rápidamente los síntomas.

Caso: Paciente masculino, 22 años, sin antecedentes conocidos, ingresa por presentar debilidad muscular de inicio súbito y simétrico en miembros inferiores (en el contexto de haber realizado ejercicio físico moderado el día anterior) que, tras una hora, progresa a cintura escapular y miembros superiores. Examen físico: vigil, orientado globalmente, cuadriparesia flácida con arreflexia en los cuatro miembros. Sin disautonomía. Se palpa aumento difuso de glándula tiroides. Analítica:Hto:34.9%,Hb:12.8g/dL, hemograma y plaquetas dentro de límites normales, glucemia: 129mg/dL, uremia:37.7mg/dL, creatinina:0.76 mg/dL, Na:144 mEq/L, K 1.8mEq/L, Cl:104 mEq/L, GOT:24UI/L, GPT:25UI/L, FAL:108UI/L, bilirrubina total:0.5mg/dL, CPK 472UI/L. Gradiente transtubular de potasio: 2.96 gases arteriales: pH: 7.37 pCO2: 37.8 mmHg, pO2: 64.9 mmHg, HCO3:21.4 mmol/L, lactato: 1.9 mmol/L.TSH 0,005 uU/mL, T4: 3.34 ng/dl, T3 3.7 ng/dl, Ac antitiroglobulina: 48.5 AU/mL, Ac antiTPO>600 UI/mL, Ac anti RcTSH 29.19 UI/L. ECG: ritmo sinusal, ondas T aplanadas. TAC de cerebro sin evidencia de lesiones. Ecografía tiroidea: glándula tiroides presenta contornos regulares y disposición asimétrica a expensas de mayor volumen del lóbulo derecho. Ambos lóbulos tiroideos e istmo presentan aumento de volumen y ecoestructura heterogénea en forma difusa. La vascularización glandular impresiona aumentada. Se realiza reposición endovenosa de cloruro de potasio y magnesio, con resolución rápida de los síntomas y tratamiento anti-tiroideo con metimazol y propranolol. El paciente presenta buena evolución, tolerancia a medicación, sin hiperpotasemia de rebote.

Comentario: Motiva la presentación la baja prevalencia de esta entidad, así como la dificultad en su diagnóstico siendo de vital importancia la sospecha ante un hombre joven que presenta un cuadro de debilidad muscular con arreflexia.El rápido reconocimiento de la hipopotasemia y el estudio de la función tiroidea son fundamentales para lograr la reversibilidad del cuadro y prevenir episodios futuros.

Conclusión: Ante un paciente masculino, joven, con parálisis hipopotasémica no debe dejar de estudiarse la función tiroidea.

PC-02-14 // VARICELA SEVERA EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE

GAMARRA, J.; GORT, M.; HERNÁNDEZ, H.; VILLALBA, J.; PELOSO, A.; CESPED ZARATE, N.; ROWLANDS, F.
Hospital Zonal Trelew. Chubut, Argentina.

Introducción: La varicela resulta de la infección primaria por el virus varicela Zoster, es una enfermedad relativamente benigna en la infancia, pero en los adultos se presenta con gran severidad y con complicaciones que pueden ser fatales. Normalmente, el diagnóstico se hace solamente por los signos clínicos de la enfermedad. La gravedad disminuye su incidencia a partir de la introducción de la vacuna en 1995. La neumonía grave asociada a varicela es la complicación más común en adultos, siendo 1 en 400 casos, con una mortalidad del 10-30% y del 50% en pacientes que requieren ARM. La necrosis cutánea (NC) consiste en la muerte celular de una porción del tejido, puede estar causada por agentes exógenos, infecciones o una oclusión vascular. El aspecto clínico de la NC per se no es específico de ninguna patología. Son múltiples las dermatosis que en algún momento de su evolución cursan con necrosis: por ejemplo, el virus de la varicela zoster. Para establecer el diagnóstico, el contexto clínico del paciente; con los antecedentes patológicos, las enfermedades asociadas, otros síntomas sistémicos o cutáneos acompañantes y los datos de laboratorio, nos conduce a pensar en una enfermedad concreta en cada caso.

Caso: Paciente de 34 años, con antecedentes de tabaquismo, 36 horas posterior a la aplicación de penicilina benzatínica por odontalgia comienza con exantema maculopapuloso pruriginoso en tórax, rápidamente diseminadas a todo el cuerpo. Laboratorio de ingreso GB 8100 con 10% en cayados, ácido láctico 3.6, PCR 30.5 ERS 24 CPK 262 LDH 2496 C3 71mg/100ml C4 33mg/100ml. Al segundo día de internación intercorre con fiebre de 38°C, mala mecánica respiratoria con taquipnea, taquicardia e hipotensión arterial y se deriva a UTI por shock séptico. Evolucionan rápidamente a insuficiencia respiratoria con parámetros de distrés y requerimiento de AVIM, falla multiorgánica y áreas de necrosis cutánea. Con fines diagnósticos se le realiza biopsia de piel compatible con herpes zoster vs herpes simple. Recibe tratamiento endovenoso con aciclovir. Al momento permanece en UTI bajo ARM.

Comentario: La neumonía severa asociada a varicela en el adulto es una complicación potencialmente grave, aunque poco frecuente. Presenta una elevada morbimortalidad por lo que el conocimiento de esta entidad debe permitir al clínico hacer un diagnóstico temprano para evitar la progresión del cuadro.

Conclusión: La presentación clínica inusual y la rápida evolución hacia la complicación dejan manifiesta la dificultad diagnóstica de este caso.

PC-02-13 // SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR SECUNDARIO A CARCINOMA INSULAR DE TIROIDES

ARGAÑARAZ PONESSA, C.
Hospital Dr. Enrique Vera Barros. La Rioja, Argentina.

Introducción: El carcinoma insular de tiroides es una neoplasia poco frecuente, detallada por Cargnig et al. en 1984. Se lo considera una posición intermedia entre el carcinoma diferenciado y el anaplásico además de un pronóstico mórbido. Este caso se trata de una paciente oriunda del interior de la provincia que al ingreso al nosocomio ya presenta un bocio de larga data.

Caso: Femenina de 74 años, ingresa derivada de clínica médica por disnea a pequeños esfuerzos, al examen físico destaca bocio difuso multinodular grado 3. Se le solicitó TAC cuello y tórax que evidenció Bocio endotorácico con compresión a nivel de tráquea e infiltrado en base pulmonar derecha. Este trastorno compresivo ameritaba conducta quirúrgica, pero ante la neumonía intrahospitalaria dilatada esta conducta. Por este cuadro infeccioso y complicaciones respiratorias cursa dos ingresos en terapia intensiva, con ARM e inotrópicos en ocasiones. Cursó tratamiento antibiótico en primera instancia con Piperacilina-Tazobactam más Vancomicina, con necesidad de rotar posteriormente a Imipenem, que ante descenso de blancos y Procalcitonina, se mantiene esquema.

Se realiza Paaf de Tiroides en su primer ingreso que informa Bethesda categoría III, hallazgos vinculables a tumor de cel Hurthle. Durante su segunda internación presenta al 8º día aumento de perímetro de Miembro Superior derecho, se descarta TVP a través de ecodoppler, posteriormente se observó circulación colateral en cara anterior de tórax y edema en esclavina, interpretándose como Síndrome de vena cava superior. Se logra realizar el día 16 Tiroidectomía y traqueostomía.

Posterior a la tiroidectomía y traqueostomía, mejora signos vasculares. Días después pasa a sala común. Se recibe informe de inmunohistoquímica de pieza quirúrgica, TIROGLOBULINA+++, TTF-1(-), CALCITONINA(-), CK19(+++), COMOGRANINA(-), SYNAPTOFISINA(-), Ki67(+) dando como resultado: Carcinoma pobremente diferenciado(insular) de Tiroides.

Comentario: El criterio quirúrgico por el bocio endotorácico con trastornos compresivos que presentaba la paciente permitió realizar tratamiento y diagnóstico. La inmunohistoquímica es imprescindible para guiar el diagnóstico anatomopatológico. El resultado de la misma pudo comprobar que se trataba de un carcinoma poco diferenciado y en cuanto a la histología una variante insular. La intención de este trabajo es dar a conocer sobre una neoplasia muy rara en la que hay pocos trabajos publicados y el modo de presentación atípico, en donde síndrome de vena cava superior es poco frecuente en nuestro medio.

Conclusión: La paciente en nuestro caso cursó una mala evolución dado a la internación prolongada, además de sufrir las consecuencias de la invasión tumoral, primeramente estenosis traqueal, síndrome de vena cava superior y posterior a cirugía se detectó fístula esófago traqueal.

Una vez estable pasa al servicio de cirugía donde queda pendiente resolución de mencionada fístula. Posteriormente la paciente fallece ante nuevo cuadro de neumonía intranocomial.

PC-02-15 // PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA TIROTÓXICA

GOLDARAZ, A.; RODRIGUEZ, N.; CENSI, M.; BERTERO, V.; GIACCHI, C.; MOTURA, E.; NIETO, F.; GALANTE,

J.; RIVA, A.; GONZALEZ CIANI, o.
Parque. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica (PPHT) es una rara complicación del hipertiroidismo. Sus principales manifestaciones clínicas son la debilidad muscular aguda y la hipopotasemia. Es más frecuente en hombres y asiáticos. Junto a la parálisis esporádica y la familiar forman el grupo de parálisis periódicas hipopotasémicas que se caracterizan por la entrada de potasio del espacio extracelular al intracelular.

Caso: CASO CLÍNICO 1

Paciente masculino de 33 años, con antecedentes de internación previa por hipopotasemia sin causa aparente, consulta a la guardia por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por debilidad progresiva de los cuatro miembros sin otros síntomas acompañantes. Al examen neurológico: paresia braquial 3/5, crural 2/5, hipotonía generalizada e hiporreflexia braquial. En el laboratorio de ingreso se constata hipokalemia severa (K+ 1.8 mEq/l). Se solicita perfil tiroideo: TSH 0.01 uU/ml, T4 13.3 ng/dl. Se corrige medio interno con K+ de control 5.17 mEq/l. Se interpreta el caso como PPHT y se decide alta sanatorial con metimazol, control y seguimiento endocrinológico.

CASO CLÍNICO 2

Paciente masculino de 27 años, sano previo, consulta a la guardia por cuadro de 18 horas de evolución de debilidad muscular de cuatro miembros asociado a hipokalemia severa (K+ 1.86 mEq/l). Al examen neurológico: paresia braquial y crural 2/5, hipotonía generalizada. Intercorre con taquicardia paroxística supraventricular y edema agudo de pulmón por lo que se traslada a Unidad de cuidados intensivos. Ecodoppler cardíaco: ventrículo izquierdo levemente aumentado de tamaño, hipokinesia difusa a predominio inferolateral con deterioro moderado de la fracción de eyección. Se corrige medio interno presentando buena respuesta al tratamiento. Laboratorio con perfil tiroideo: TSH 0.01 uU/ml, T4 4.03 ng/dl. Se interpreta el cuadro secundario a PPHT. El paciente evoluciona estable y se decide alta con metimazol y seguimiento por consultorio.

Comentario: Se presentaron estos casos clínicos para hacer mención de esta patología poco frecuente pero grave, como forma de presentación de hipertiroidismo.

Conclusión: La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica es una emergencia médica potencialmente letal y reversible, se debe sospechar siempre en hombres jóvenes con cuadriparesia o paraparesia flácida aislada y recurrente. A estos pacientes se le debe solicitar de inmediato un nivel sérico de potasio y electrocardiograma. El reto del médico está en poseer un alto índice de sospecha ya que el hipertiroidismo puede ser subclínico y solo las medidas bioquímicas de las hormonas tiroideas nos confirman el diagnóstico. Es de vital importancia el reconocimiento precoz y diagnóstico diferencial con otros síndromes de debilidad aguda, ya que el tratamiento oportuno define la evolución de la enfermedad a corto y largo plazo.

PC-02-16 // VASCULITIS GRANULOMATOSA

DÍAZ BASTIDAS, C.

Policlínico Neuquén. Neuquén, Argentina.

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis se caracteriza por vasculitis de pequeños y medianos vasos, asociado a anticuerpos anticitoplasmáticos de neutrófilos (ANCA)1. afecta a cualquier edad, más frecuente en mayores de 41 años, con una incidencia 0.4 casos/100.000 habitantes1,2. Se distinguen clínicamente por su afección del tracto respiratorio alto, bajo y riñones.

Caso: Femenina de 46 años, con antecedente de uveítis con corticoterapia desde hace 2 años. Consulta por clínica de 20 días de evolución de tos seca y disnea de esfuerzos progresivos. Manejada inicialmente como neumopatía. 48 horas después intercorre con hemoptisis, disnea, hipoventilación bilateral y mala mecánica ventilatoria (fig. 1). Requirió maniobras invasivas. Laboratorios hemoglobina 6.5 g/dl, hematocrito 19%, urea 99mg/dl, creatinina 2.46mg/dl, HIV negativo. TAC de tórax consolidación del segmento anterior lóbulo superior derecho con cavitación central. Fibrobroncoscopia presencia de material sanguinolento y blanquecino en pulmón derecho. Ante la sospecha de tuberculosis pulmonar se inicia cubrimiento antibiótico y antituberculosstáticos. Presenta deterioro progresivo de azoos, acidosis metabólica; se inicia hemodiálisis y transfusión. Tiene reporte de c-ANCA positivo 1:160, microhematuria, BAAR negativa, se considera clínica de granulomatosis con poliangeitis. Se inicia pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis. Paciente con evolución tórpida, hemorragia pulmonar masiva, fallece.

Comentario: La granulomatosis con poliangeitis se distingue por un complejo clínico-patológico3; la tríada clásica es afectación respiratoria superior, inferior y renal. Se agrupa dentro de las vasculitis ANCA positivas. El curso de la enfermedad puede ser desde indolente a rápidamente progresivo. Los síntomas respiratorios son inespecíficos; En imágenes se evidencia nódulos con o sin cavitación y/o con opacidades alveolares, atelectasia o colapso segmentario o lobular. En este caso, tanto la clínica como las imágenes son compatibles con lo reportado en la literatura. Numerosas entidades forman parte del diagnóstico diferencial, entre ellas la tuberculosis pulmonar4,5. Los ANCA-C prueba diagnóstica con una sensibilidad de 66% y especificidad del 98%6. El uso de ciclofosfamida ha revolucionado el tratamiento de las vasculitis tipo glomerulonefritis con poliangeitis, se considera el fármaco de elección para el control de esta enfermedad, sin embargo, en la paciente no fue indicado por su compromiso en la contractilidad cardíaca7.

Conclusión: La Granulomatosis con poliangeitis, es una enfermedad con amplio espectro clínico con afección principal del tracto respiratorio y renal. El diagnóstico se basa en la sintomatología, imágenes, ANCA positivo y estudios histológicos. El tratamiento de elección es la ciclofosfamida, asociado a corticoides pero que por su alta toxicidad limita su uso durante periodos prolongados y debe ser individualizado.

PC-02-18 // ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA (ADEM) EN PACIENTE ADULTO

ASSANELLI, J.; ARAMENDIA, E.; INDA, J.; POSADAS, E.; LOZANNO ULLOA, N.; GIMENEZ, M.; CERDA, M.;

ASINER, M.; COCCONI, A.; ANTICURA, D.

Hospital Provincial de Neuquén. Castro Rendon. Neuquén, Argentina.

Introducción: es un trastorno desmielinizante agudo que puede afectar cerebro y médula espinal, generalmente luego de una infección o vacunación. Se desconoce la incidencia en la población adulta aunque se estima que está en torno al 0,4/100.000 habitantes en menores de 20 años (pico máximo 7,4 +/- 1,3). No se conoce la incidencia en mayores de 20 años. Se presenta como una encefalitis acompañada de fiebre, cefalea, vómitos y signos de focalización neurológica.

Caso: Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes de infecciones ni vacunación reciente. Consulta por síndrome febril de 2 días de evolución asociado a dolor torácico inespecífico y es dado de alta con antitérmicos. Evolución con fiebre y estuporoso. Al examen físico presentaba pupilas isocóricas y reactivas, sin foco motor ni meníngeo. Laboratorio PCR ++. Se realiza punción lumbar donde se objetiva aspecto turbio, color rojo, 82 células/mm3 39% mononuclear, glucorraquia 35 mg/dl, glucemia 85 mg/dl, y 220 mg/dl proteínas. Se inicia Ceftriaxona/Aciclovir.

Persiste febril, estuporoso, con tetraparesia flácida, con hipotonía del esfínter anal, reflejos osteotendinosos vivos, con reflejos troncales presentes y fascies de dolor a la provocación del mismo, con aumento de secreciones respiratorias y mala mecánica ventilatoria. TC cerebro normal, EAB con insuficiencia respiratoria hipercapnica. Requiere intubación y ARM.

Por sospecha de encefalitis/mielitis se solicita RMN de cerebro que informa múltiples lesiones en sustancia blanca, la predominante en área frontal izquierda con signos hemáticos, compatibles con encefalomielitis diseminada aguda (ADEM), variante severa por estigmas hemáticos. Se inicia tratamiento con glucocorticoides por 5 días y por escasa respuesta se realiza inmunoglobulina por 5 días. Evolucionan con mejoría del nivel de conciencia, movilizándose 4 miembros con mayor compromiso de miembros inferiores (Kendall 4/5), recuperación completa del resto del examen neurológico.

Comentario: La encefalomielitis aguda diseminada (ADEM) es una patología infrecuente en pacientes adultos, con ligero predominio en varones, de presentación clínica aguda o subaguda multifocal, generalmente posterior a una infección o vacunación. Suele afectar tanto la sustancia blanca como gris en SNC, resultado de una respuesta autoinmune transitoria contra la mielina. La resonancia magnética es el método más sensible para su diagnóstico. Existen distintas variantes de diferente gravedad, siendo la variante hemorrágica la de peor pronóstico. El tratamiento de primera línea son los glucocorticoides endovenosos por 5 días y en caso de no obtener respuesta se continúa con gammaglobulina de forma endovenosa. Es controvertido el uso de plasmaféresis en caso de no respuesta a tratamiento inicial.

Conclusión: Se eligió este caso debido a la presentación infrecuente en la edad adulta, además de haber presentado una buena evolución a pesar de pertenecer a la variante de peor pronóstico.

PC-02-17 // NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE JÓVEN USUARIO DE DROGAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

SATO, N.; SOSA, C.; ARIAS RAMOS, P.; TEJERINA, S.; VILTE, I.; ZALAZAR, V.

Hospital Pablo Soria. Jujuy, Argentina.

Introducción: El neumomediastino espontáneo, o síndrome de Hamman, corresponde a la presencia de aire en el mediastino sin relación con patología traumática o iatrogénica. Tiene una incidencia entre 1/800 y 1/44.000 en pacientes atendidos. Se presenta con dolor torácico y disnea, principalmente en varones, delgados y jóvenes. Se ha asociado a algunas condiciones subyacentes como asma, tabaquismo, consumo de drogas ilícitas y factores desencadenantes, siendo las más frecuentes aquellas relacionadas con maniobras de Valsalva.

Caso: Paciente masculino de 33 años ingresa 11/03/18 con antecedentes de etilismo, tabaquismo severo, consumidor de paco desde los 16 años.

Motivo de consulta: Excitación psicomotriz, edema bpalpebral, facial y disnea. Al examen con excitación psicomotriz, pupilas isocóricas, intermedias y reactivas, edema bpalpebral y facial, impresiona enfisema subcutáneo en cuello, tórax y abdomen, lesiones cortantes superficiales en cuello, sibilancias aisladas bilaterales. No otras lesiones evidentes. TA 90/60, FC 114, FR 30, SO2 80%. TAC de tórax con enfisema y neumomediastino. Se solicita Interconsulta con Cirugía que decide conducta expectante, y con Gastroenterología que contraindica exploración endoscópica. Pasa a Unidad de Terapia Intensiva con Diagnóstico de Neumomediastino traumático vs. espontáneo más Herida de Arma Blanca en región anterior de cuello más Intoxicación con Paco. Se descartó algún tipo de traumatismo. Evolución con parámetros estables, afebril, combativo con necesidad de sedación de rescate, minibal del 15/03 con resultado negativo, con destete dificultoso y aumento de dosis de ansiolíticos, se extuba en forma programada, sin complicaciones y buena tolerancia. Pase a Clínica Médica el día 17/03/18, examen físico normal, TA 110/70, FC 76, FR 18, SO2 96%. Se solicita interconsulta con ORL, Psicología, Psiquiatría y Fonoaudiología. Laboratorio: Hto 46/ GB 9300/ Plaquetas 228000/ Glucemia 97,6/ Urea 51/ Creatinina 0,8/ BT 0,44/ BD 0,20/ Ionograma 135/4,4/102. Se realiza TAC (transito esofágico): sin lesión visible. Se realiza videofibrolaringoscopia: fosas nasales libres, orofaringe libre, laringe con cuerdas vocales normales, sin lesión visible. 21/03/18 alta voluntaria.

Comentario: El neumomediastino espontáneo es una enfermedad de baja frecuencia, caracterizada por dolor torácico y enfisema subcutáneo que se puede dar luego de un factor desencadenante frecuente en estos tiempos como la inhalación de drogas ilícitas, con un barotrauma causado por Maniobra de Valsalva y Muller.

Conclusión: El diagnóstico se realiza en base a un cuadro clínico compatible y estudios de imagen. A pesar de la gravedad, su curso clínico es generalmente benigno y auto limitado. La mayoría de los pacientes no requiere tratamiento específico y pueden ser manejados en forma ambulatoria. Las recurrencias son inhabituales.

PC-02-19 // NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA EN PACIENTE ADULTO POR USO DE CARBAMACEPINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

SATO, N.; SOSA, C.; ARIAS RAMOS, P.; TEJERINA, S.; VILTE, I.; ZALAZAR, V.

Hospital Pablo Soria. Jujuy, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) son reacciones poco frecuentes, mediadas por citotoxicidad celular contra queratinocitos, con extensa necrosis y desprendimiento de la epidermis y complicaciones mucocutáneas. Se diferencian en el porcentaje de superficie corporal involucrada (<10 % en el SSJ, 10% a 30% en la superposición, 30% en la NET).

La NET es provocada por medicamentos o infecciones en el 74% a 94%. Los medicamentos más frecuentes son sulfonamidas, fenobarbital, lamotrigina, carbamazepina, y AINEs. Los efectos adversos se presentan en las primeras 8 semanas después de su inicio, con un mayor riesgo a mayores dosis y ante su rápida introducción.

Caso: Paciente masculino de 28 años ingresa 23/07/18 con antecedente de Neuralgia del Trigémino en tratamiento con carbamazepina 200 mg c/12hs de abril a mayo de 2018 y desde entonces con 400 mg c/12hs. Posteriormente presenta lesiones eritematosas en manos y luego todo el cuerpo y edema generalizado. Consultó en lugar de origen internado 10 días sin mejoría acudiendo a otra localidad donde resuelve cuadro. Consulta luego a neurólogo por su patología de base y le indican nuevamente carbamazepina 200 mg que toma hasta una semana antes del ingreso, durante la cual nota oscurecimiento de piel de todo el cuerpo con lesiones escamosas, consultando nuevamente y es derivado a centro de mayor complejidad. Al ingreso 36° C, TA 120/70 FC 74 FR 20 Sat 95%, lúcido, vigil, orientado. Cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones. Piel totalmente hiperpigmentada con lesiones descamativas e hiperalgias, imposibilidad de cierre ocular, sin edemas. Laboratorio: GB 8900/ Hto 34/ Pla 32600/ gluc 110/ creatinina 0,5/ GOT 23/ GPT 53/ APP 53%/ alb 2,5/ Na 130/ K 3,8/ Cl 108. Serologías negativas. Toma de cultivos y biopsia.

Evalúado por Dermatología, Infectología, Oftalmología y UCI, pasando a este servicio día 24 en aislamiento. Realiza tratamiento con Inmunoglobulina, ciclosporina A, difenhidramina, tramadol y cefazolina profilaxis hasta resultado de cultivo. Tratamiento local de piel y ocular. Se rota a Vancomicina por Staphylococcus aureus MR en HC. Paciente permanece estable con evolución favorable. Continúa internación en UCI.

Comentario: El SSJ y NET son patologías raras pero frecuentemente fatales. La incidencia es 1 a 7 y de 0,4 a 1,5 casos por millón de personas por año, respectivamente.

Las manifestaciones inespecíficas iniciales y sus altas tasas de mortalidad, representan un desafío diagnóstico para los médicos de emergencias.

Conclusión: No hay terapias curativas establecidas pero se sugiere el uso de inmunoglobulina intravenosa o corticoides y es por ello fundamental el inicio inmediato del tratamiento de sostén de forma precoz y agresiva, retirar agente causante, realizar consulta temprana con especialistas y derivación temprana a la UCI o unidad de quemados de referencia y así poder disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes.

PC-02-20 // PSEUDO OBSTRUCCIÓN AGUDA COLÓNICA ?SÍNDROME DE OGILVIE? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

ANDRADA, L.; LEDESMA, C.; GIANNONI, R.; DANIELSEN, C.; MURATORE, m.; AVILA, J.; SILE HUESTE, Y.; SUBELZA, m.; NEDIANI, N.; ARGANARAZ, G.
Hospital Regional Dr Ramon Carrillo. Santiago Del Estero, Argentina.

Introducción: La pseudo obstrucción aguda (POAC) fue descrita en 1948 por Sir Heneage Ogilvie. Este síndrome es una condición caracterizada por marcada dilatación segmentaria o total de colon. Se observa en pacientes con patología médica o quirúrgica grave y en el postoperatorio de intervenciones obstétricas. La fisiopatología y etología del síndrome permanecen oscuras, se cree que existe un desbalance entre la innervación simpática y parasimpática de colon. El manejo es inicialmente conservador aunque puede requerir cirugía

Caso: Femenina de 42 años, cursando embarazo de 38 semana según FUM (G7/P5/A1), ingresa al servicio de urgencia por Insuficiencia ventilatoria aguda, posible infección respiratoria baja asociada, agrega hipertensión por lo que se decide cesárea de urgencia. Al quinto día de internación la paciente se encuentra vigil, lucida, hemodinamicamente estable, con requerimiento de oxígeno a bajo flujo, cumpliendo tratamiento antibiótico con AMS, Claritromicina, Oseltamivir, inicia con episodios de vómitos, dolor y marcada distensión abdominal por los que se suspende dieta, se coloca SNG aspirativa, control de fluidos y reposición de potasio y se realizan nuevos laboratorios Hto: 34%, GB: 11.700, GR:4.200.000, Glucemia: 0.90, Urea:0.50, Cr:7, Na:145, K: 2.6, EAB: 7.49/38/204/100/28/5, Rx abdominal donde se evidencia aumento de tamaño de asas intestinales, TAC tórax, abdomen y pelvis: marco colónico aumentado notablemente de tamaño. A las 24 hs. de iniciado el cuadro la paciente evoluciona desfavorablemente, bacteriemia, inestabilidad hemodinámica, requerimiento de drogas inotrópicas, se interconsulta con servicio de cirugía de urgencia quienes ingresan a quirófano a la misma, donde constatan perforación de colon transverso, llevando a cabo resección de 10 cm de colon con posterior cierre y drenajes. La paciente vuelve al servicio de UTI en ARM, bajo sedoanalgesia con dosis altas de vasoactivos, en shock séptico + falla multiorgánica, orbitando horas posteriores

Comentario: El síndrome de Ogilvie es una entidad que merece ser planteado frente a pacientes que cursan un pos operatorio. En la gran mayoría de los casos publicados existe el antecedente de una cirugía previa, se lo ha descrito posterior a nefrectomía, cirugías traumatológicas, cesáreas y en un mínimo de pacientes que refieren tener familiares que cursaron con una Pseudo obstrucción aguda colónica.

Conclusión: El comienzo de la enfermedad puede ser poco sintomática, hasta llegar a presentar signos y síntomas de obstrucción colónica sin bloqueo mecánico. El reconocimiento temprano de esta entidad y su apropiado manejo son importantes para minimizar complicaciones, debe evitarse la progresión a isquemia y perforación intestinal ya que elevan a un 50% aproximadamente la morbimortalidad

PC-02-22 // SHOCK MIXTO EN PACIENTE CON ARBOVIRIOSIS

CUEVAS ZAPATA, L.; LEZCANO, H.; BARRIOS, E.; CALDEROLI, I.; FALCON, J.; CASTILLO RUIZ, A.
Hospital General De Luque. Luque, Paraguay.

Introducción: El dengue es producido por arbovirus pertenecientes al género Flavivirus, de tipo ARN, con cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4), transmitidos por mosquitos, particularmente Aedes aegypti y Aedes albopictus. Predomina en zonas tropicales y subtropicales. En Paraguay se introdujo en 1988, convirtiéndose en endémico en 2009; en 2018, hasta setiembre se registraron 3413 casos de dengue, con 15 muertes.

Caso: Paciente femenina de 58 años, portadora de cardiopatía isquémica e hipertensiva con fracción de eyección conservada, tratada con enalapril 5mg/día, carvedilol 6,25 mg/día y atorvastatina 40mg/día. Cuadro de 36 hs. de sensación febril asociada a dolor abdominal tipo cólico, de gran intensidad, con náuseas, vómitos, deposiciones líquidas abundantes y ardor miccional; 1 h. antes del ingreso deterioró estado de conciencia del estado vigil a la somnolencia. Ingresó con 70/60 mmHg de tensión arterial, 92 latidos por minuto, 30 respiraciones por minuto, afebril, con 90% de saturación por oxímetro de pulso. El examen físico mostró mucosas secas, piel fría y húmeda, llenado capilar mayor a 2 seg.; ruidos cardíacos hipofonéticos; puñopercusión negativa bilateral; abdomen globoso, tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda en región periumbilical, ruidos peristálticos aumentados, sin signos de irritación peritoneal. En analítica laboratorial destacaban leucocitosis con neutrofilia, trombocitopenia leve y perfil renal alterado, orina simple patológica y frotis de mucus fecal sin alteraciones. En contexto de un shock mixto, séptico a punto de partida urinario e hipovolémico, se expande con cristaloides sin éxito, requiriendo inicio de vasoactivos. Se inicia antibioticoterapia empírica cubriendo foco urinario. Por empeoramiento de la trombocitopenia, persistencia del dolor abdominal y desferescencia durante la internación, se solicita antígeno NS1 con retorno positivo; interpretándose el caso como shock por dengue y séptico a punto de partida urinario. Se aisló Escherichia coli en urocultivo y se rotó antibioticoterapia dirigida por antibiograma; al quinto día desde el inicio de la fiebre, retorna serología positiva (IgM, IgG). Se sostiene hidratación generosa, con mejoría del estado hemodinámico, retirándose vasoactivos. Por buena evolución, se indica externación y manejo ambulatorio al séptimo día.

Comentario: Durante epidemia de dengue debe considerárselo como diferencial ante signos clínicos y laboratoriales de sospecha.

Conclusión: Si bien el serotipo DENV-2 se asocia a casos graves, durante la última epidemia el circulante fue el

DENV-1; la gravedad potencial aumenta si hubo infección previa, no obstante la virulencia del serotipo de la infección actual. El fenotipo fisiopatológico del shock por dengue es redistributivo y hipovolémico, lo cual, sumado a un foco séptico urinario, desembocó en un estado de choque de múltiples causas. El pronóstico en coexistencia con infección bacteriana podría empeorar por el daño endotelial generado por la fase crítica de la arbovirosis.

PC-02-21 // EMBOLIA GRASA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS: ¿CUANDO Y COMO PENSARLOS?

GOMEZ BARRIOS, a.; QUINTANA, E.; PALMA, D.; PINCHETTI, P.; BUYATTI, M.; BELIGOY, J.; BUCHOVSKY, G.; RISSI HADDAD, D.; ORTIZ, N.
Hospital Escuela Gral San Martín. Corrientes, Argentina.

Introducción: El síndrome de embolia grasa es un cuadro clínico debido a la oclusión de los vasos sanguíneos por partículas de grasa asociado a fracturas de huesos largos y es una importante fuente de morbimortalidad en pacientes politraumatizados. Su inicio ocurre luego de un período de latencia de 12 a 72 h promedio, aunque en el 60% de los casos aparece dentro de las 24 hs. se caracteriza por la triada clásica consistente en insuficiencia respiratoria, compromiso neurológico y rash petequeal.

Caso: Caso clínico 1

Paciente femenina de 22 años, quien sufre fractura expuesta de pierna izquierda, evolucionando 48 hs después con disnea súbita, desaturación por oximetría de pulso al 75%, taquicardia, taquipnea, registro febril de 38°C y petequias en cara anterior del tórax y conjuntiva izquierda, por lo que se realiza tac de tórax evidenciándose infiltrados pulmonares bilaterales a predominio izquierdo, por lo que se asume el cuadro como síndrome de embolia grasa. La paciente evoluciona asintomática al suministrarse oxigenoterapia y, luego de la resolución quirúrgica al 32° de internación de la fractura la paciente fue dada de alta.

Caso clínico 2

Paciente masculino de 27 años, quien sufre accidente de tránsito con fractura bilateral cerrada de fémur, tibia y peroné izquierda, efectuándose tracción e inmovilización con yeso. Dos días después comienza con disnea súbita, taquipnea, taquicardia, trastorno del sensorio, fiebre y petequias en cara anterior del tórax asumiéndose como embolia grasa siendo ingresado al servicio de terapia intensiva por requerimiento de intubación y AVM, a la semana pasa a sal general, es operado y luego dado de alta.

Comentario: El diagnóstico sindrómico resulta un reto en la práctica diaria, puesto que no existen exploraciones que permitan un diagnóstico de certeza siendo el mismo meramente clínico; se han publicado en las últimas décadas diversos criterios diagnósticos, siendo los de Gurd y Wilson los más aceptados, requiriendo la presencia de 2 criterios mayores o bien de un criterio mayor y al menos 4 criterios menores

Conclusión: No existe tratamiento específico, motivo por el que es fundamental su prevención, que comienza con la inmovilización temprana y la fijación precoz de las fracturas y tratamiento sintomático como soporte de oxigenoterapia

PC-02-23 // RUPTURA ESPONTANEA DE BAZO COMO CAUSA DE SHOCK EN PACIENTE CON LLA

BRUNO, F.; JESICA YANINA, L.; CHENG, S.; LOPEZ LOPEZ, F.; GASTELLU, A.; MORO, J.; VALDEZ CHUQUI-PIONDO, Y.; APOLO CHÁVEZ, A.
Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La ruptura espontánea de bazo es una entidad rara que se presenta en escasas ocasiones asociado a esplenomegalia en paciente cursando una cuadro infeccioso u oncológico. En este caso se presenta a un paciente que presentó un cuadro de shock asociado a dicha ruptura.

Caso: Paciente de 44 años con diagnóstico reciente de LLA que se encontraba internado realizando quimioterapia neutropénica; Presenta cuadro de hipotensión sin respuesta a fluidos por lo que en un primer momento se interpretó dicho cuadro como un posible shock séptico tomándose así muestras para cultivos, iniciándose antibioticoterapia y se procedió a colocación de acceso venoso central. Posterior al procedimiento el paciente intercorre con deterioro del estado de conciencia con un Glasgow menor a 8 por lo que se procedió a IOT y ARM ingresando posteriormente a UTI.

En el laboratorio tomado en el episodio anteriormente descrito se evidenció una caída del hematocrito de 6 puntos. Se realizó una ecografía donde se evidenciaba a nivel del bazo un hematoma intraparenquimatoso y a en la cavidad abdominal líquido libre. Reinterpretándose así dicho cuadro como un shock hemorrágico secundario a ruptura espontánea de bazo. Se procedió a la esplenectomía y control del sangrado con buena tolerancia. Paciente evoluciona favorablemente y nuevamente reingresa a clínica médica para continuar tratamiento quimioterápico y cuidados post esplenectomía.

Comentario: La ruptura esplénica espontánea es una entidad poco frecuente que se presenta en la mayoría de las situaciones en pacientes con esplenomegalia.

Conclusión: Se debe tener en cuenta la misma como posible causa de shock dado que es un cuadro grave con una alta tasa de mortalidad.

PC-02-24 // FLEGMASIA CERULEA DOLENS EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE PELVIS. REPORTE DE CASO.

GOTELLI, M.; LEON, T.; ADAMOWSKI, M.; BODEGA, F.; VIOLANTI, L.; CARBALLEIRA, B.; MENENDEZ, A.;

MOLINA MERINO, H.

Hospital El Cruce Samic. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Flegmasia Cerulea Dolens es una patología infrecuente que se presenta como complicación de la trombosis venosa profunda masiva. Consiste en una disminución del retorno venoso producido por una obstrucción del mismo, con compromiso secundario del flujo arterial.

En la presentación clínica, se suele observar la triada clásica de edema, dolor intenso y cianosis, pudiendo evolucionar a un síndrome compartimental con necrosis o gangrena.

En la actualidad tiene un alto grado de mortalidad, el cual se estima entre 25% y 63%, y una incidencia de amputación de 12% a 50%.

Caso: Paciente masculino de 47 años de edad, tabaquista severo de 60 pack/year sin otros antecedentes. Ingresó a la institución para cirugía por presentar diástasis de sínfisis pubiana, secundaria a traumatismo cerrado de pelvis por accidente de tránsito. Se realizó reducción de sínfisis pubiana y colocación de material de osteosíntesis.

En el postoperatorio inmediato intercurrió con hipotensión, tendencia al sueño e impotencia funcional del miembro inferior derecho. Evolucionó con cianosis, con hipoestesia en tercio distal con pulsos conservados. Se realizó reanimación con cristaloides con buena respuesta.

Se solicitó ecodoppler venoso de miembros inferiores que informó trombosis oclusiva de vena cava inferior, ilíaca externa, femoral común, poplítea y tibial. Flujo arterial permeable en todo su recorrido.

Se interpretó el cuadro como Flegmasia Cerulea Dolens.

Por caída notable del hematocrito (29 previo 21) se transfundió 3 UGR y se realizó TC con contraste de abdomen y pelvis que evidenció hematoma retroperitoneal.

El paciente evolucionó con aumento de valores de CPK, acidosis metabólica, progresión de la zona de anestesia, pérdida de pulso y frialdad de miembro inferior derecho. Se evaluó de manera multidisciplinaria el riesgo de sangrado versus el riesgo de la evolución del cuadro y se decidió iniciar tratamiento anticoagulante con enoxaparina 1 mg/Kg cada 12 horas con buena respuesta al mismo. Evolucionó con mejoría en la asimetría y movilidad de MMII derecho con disminución del edema hasta recuperarse ad integrum.

Comentario: La Flegmasia Cerulea Dolens es una entidad rara que presenta una elevada morbi-mortalidad. Su diagnóstico es clínico, apoyado por estudios de imágenes como la ecografía doppler. El caso que presentamos reviste particular interés por tratarse de una TVP en el post operatorio inmediato de una cirugía mayor con un sangrado documentado, lo cual implica una contraindicación para el tratamiento específico de esta entidad que consiste en trombolíticos y anticoagulación, con eventual trombectomía quirúrgica, fasciotomía o amputación.

Conclusión: Dado lo complejo del manejo de este caso, se decidió un abordaje multidisciplinario evaluando el riesgo de sangrado versus el riesgo de la evolución del cuadro decidiéndose privilegiar el riesgo de isquemia antes que el hemorrágico, con una buena evolución del paciente con el tratamiento instaurado.

PC-02-26 // SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y ABORDAJE INICIAL

LÓPEZ, P.; ROSENBERG, M.; ARIAS, T.; SPOTTI, M.; LANDI, P.; QUARRACINO, C.

Instituto De Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Luego de la erradicación de la poliomielitis, el síndrome de Guillain-Barré se ha convertido en la causa más frecuente de parálisis flácida aguda a nivel mundial. Dicho síndrome incluye una miríada de polineuropatías periféricas de mecanismo inmunomediado cuya presentación clínica puede comprometer a los cuatro miembros con o sin afectación de pares craneales. Presentamos el caso de un paciente con variante faringocervicobraquial del síndrome de Guillain-Barré, las dificultades que planteó su diagnóstico y los desafíos inherentes a su cuidado inicial.

Caso: Paciente masculino de 70 años de edad consulta por rinolalia e inestabilidad en la marcha. Antecedente de infección de vías aéreas superiores una semana previa a la consulta. Al examen físico presenta marcha inestable con aumento de la base de sustentación, rinolalia en sedestación y bipe-destación, ataxia leve en miembro superior derecho, sin compromiso de la motilidad y sensibilidad. Laboratorio sin leucocitosis, sin alteraciones del ionograma. Tomografía de encéfalo y líquido cefalorraquídeo de características normales. Requiere internación en terapia intensiva por progresión de los síntomas bulbares. Se procede a intubación orotraqueal a las 72 hs de ingreso por mal manejo de secreciones orofaríngeas y debilidad de músculos respiratorios. Evoluciona con oftalmoplejía, ptosis palpebral bilateral completa, paresia de 4 miembros hasta 2/5 a predominio proximal, ROT abolidos. Se interpreta síndrome de Guillain Barré de presentación atípica por lo que se inicia infusión de inmunoglobulina endovenosa. El electromiograma muestra polineuropatía desmielinizante sensitivo-motora de cuatro miembros con actividad denervatoria a nivel de músculo tibial anterior derecho. Se reciben resultados de anticuerpos anti gangliosidos, con resultado positivo de la variante G10b y GT1a, confirmando el diagnóstico de síndrome de Guillain Barré con superposición con síndrome de Miller Fisher. Luego de 15 días presenta retroceso progresivo de los síntomas.

Comentario: El diagnóstico puede ser dificultoso, sobre todo cuando no existen antecedentes epidemiológicos claros, la progresión de los síntomas no obedece el patrón habitual y los parámetros analíticos que refuerzan el diagnóstico aparecen de forma tardía o no son fácilmente asequibles. La potencial falla ventilatoria que deviene del compromiso de la musculatura respiratoria obliga a establecer un diagnóstico certero precoz e instaurar medidas terapéuticas oportunas tendientes a sostener un adecuado intercambio gaseoso y protección de la vía aérea.

Conclusión: La importancia del caso radica en valorar el espectro clínico del síndrome de Guillain-Barré en sus distintas variantes, teniendo en cuenta que los parámetros analíticos pueden no hacerse ostensibles en las primeras etapas. Resulta de vital importancia la vigilancia a fin de detectar precozmente signos de eventual falla ventilatoria. El inicio de la terapéutica precoz impacta en el pronóstico del paciente.

PC-02-25 // PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

LÓPEZ ALBOS, M.; ORTIZ, A.; PONCE ANDRADE, R.; CORBELETTI, A.; VALDERRAMA, W.; SOLERNO, M.;

BELBEY, L.; IBÁÑEZ, S.; MARCHETTI, P.

Güemes. Caba, Argentina.

Introducción: La Pielonefritis Enfisematosa (PE) es una forma poco común y potencialmente mortal de infección renal aguda causada por bacterias anaerobias facultativas formadoras de gas. Habitualmente es unilateral con mayor incidencia en mujeres mayores de 55 años asociado a factores de riesgo como inmunosupresión, diabetes y la presencia de uropatía obstructiva.

Clínicamente es una forma evolutiva grave de pielonefritis aguda acompañada de sepsis, shock y/o falla multiorgánica. La tomografía computarizada (TC) constituye el estudio con mayor sensibilidad para detectar la presencia de gas en el parénquima renal. El tratamiento incluye el manejo general de la sepsis con especial atención a una potencial intervención quirúrgica temprana con valor pronóstico según la clasificación de Huang. Esta clasificación integra factores de riesgo junto al grado de compromiso estructural del órgano para determinar el tratamiento: antibiotioterapia asociada o no a drenaje percutáneo o nefrectomía.

Caso: Paciente masculino de 78 años con antecedentes de enfermedad renal crónica estadio IV secundario a poliquistosis con negativa a terapia de reemplazo renal hace 6 meses. Consulta por astenia e inestabilidad en la marcha de un mes de evolución. Ingresa encefalopático con temblor distal y hematuria. Laboratorio: leucocitosis (13500/mm3), creatinina 8.8 mg/dl y urea 391mg/dl, acidosis metabólica con GAP elevado por lactato 9,3 mmol/L y bicarbonato 13.7mEq/L. En TC abdominopélvica poliquistosis renal. En tercio inferior de riñón izquierdo, imágenes de densidad aérea y una lesión nodular en valva posterior compatible con colección. Se interna en unidad cerrada por sepsis severa a foco urinario con criterios de diálisis de urgencia y se inicia terapia empírica con piperacilina-tazobactam previa toma de cultivos. Evoluciona de forma tórpida con rescate en hemocultivos de enterococo vancomicina resistente por lo que recibe meropenem y linezolid por 7 días. Permaneció febril con signos de shock y falla multiorgánica por lo cual se decidió la nefrectomía total. Luego de 72 hs de postoperatorio presentó paro cardiorrespiratorio y fallece.

Comentario: La PE es una infección renal infrecuente que no difiere en su presentación a una pielonefritis aguda, excepto por su evolución desfavorable a pesar del tratamiento conservador. Así, la asociación de antibióticos de amplio espectro junto a la intervención quirúrgica según consenso de expertos, parece disminuir la mortalidad 80% por sobre 40% de la terapéutica antibiótica exclusiva. En nuestro caso con alto riesgo inicial, se genera el interrogante si la cirugía precoz hubiese afectado el pronóstico del paciente.

Conclusión: Es fundamental la sospecha de esta entidad ante un cuadro refractario de pielonefritis aguda. La identificación temprana de los factores de riesgo y la TC constituyen hoy una guía de abordaje terapéutico a fin de preservar la función renal y aumentar las probabilidades de sobrevida.

PC-02-27 // SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN UN PACIENTE CON NEMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD

VILLA, R.

Ospital. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome de Takotsubo también llamado cardiomiopatía por estrés o discinesia apical transitoria o balonamiento apical se caracteriza por disfunción sistólica transitoria del segmento apical y/o medial del ventrículo izquierdo en ausencia de obstrucción coronaria. El principal diagnóstico diferencial es el infarto de miocardio. Su fisiopatología no ha sido completamente esclarecida, pero se ha postulado que un exceso de catecolaminas podría afectar la microvasculatura y provocar vasoespasmos coronarios. Es más frecuente en mujeres y generalmente se identifica un factor estresante crítico físico o emocional que funciona como gatillo del episodio. El síndrome de abstinencia alcohólica se caracteriza por una excesiva neurotransmisión glutamatérgica y disminución del tono gabaérgico debido a la neuroplasticidad del consumo crónico de alcohol, considerándose un factor desencadenante.

Caso: Paciente masculino de 49 años con antecedentes de etilismo crónico ingresa a Guardia por deterioro del sensorio (Glasgow 10/15). Examen físico: vigíl, desorientación temporo-espacial, temblor distal en miembros superiores, FC 120lpm, TA 170/110mmHg, SAT 97%. Tomografía de cerebro y LCR normales. Con diagnóstico de abstinencia alcohólica severa se inicia lorazepam en BIC, haloperidol y tiamina. Intercurre con hipoglucemia sintomática y fiebre con aumento de secreciones respiratorias iniciándose antibióticos. Laboratorio: GB 7900/mm3, Hto 39%, plaquetas 67000/mm3, BT 1.4mg/dl, GOT 93U/L, GPT 34U/L, K 2.7mEq/L, CPK 1233U/L. ECG evidencia ondas T negativas y simétricas de V1 a V6 y DI, AVL QT 470mseg. Troponina I: 0.35 ug/l, CPK 1243U/L, CPK MB 28 U/l. Con diagnóstico de IAM SEST se realiza pase a UTI. Ecocardiograma: VI con acinesia apical y función sistólica global moderadamente disminuida. Continúa tratamiento con atenolol, aspirina, atorvastatina, enalapril y lorazepam, suspendiéndose haloperidol por presentar QT prolongado y clopidogrel por plaquetopenia. Por buena evolución el paciente pasa a sala. Cinecoronariografía: ausencia de lesiones en vasos coronarios. Previo al alta se realizó ecocardiograma control que no mostró alteraciones. Se interpreta el cuadro como Síndrome de Takotsubo.

Comentario: El síndrome de Takotsubo es una entidad frecuentemente subdiagnosticada, sin embargo hay un creciente aumento en su incidencia. La mortalidad intrahospitalaria reportada es del 0-8% siendo la complicación más frecuente la insuficiencia cardíaca y más rara las arritmias por bloqueo AV completo o QT prolongado con torsada de punta, y el trombo de VI.

Conclusión: La abstinencia alcohólica se acompaña del aumento de catecolaminas en plasma, y el síndrome de Takotsubo es una complicación a tener en cuenta. Es de particular interés el presente caso dado la infrecuente presentación en el sexo masculino y los escasos reportes de casos de esta asociación como factor estresante desencadenante.

PC-02-28 // INTOXICACIÓN POR TALIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

JIMENEZ, O.; BENAVENTE, A.; SCIAN, C.; POLLINI, J.; CASTAGNINO, J.; SOTO, L.; CACERES RINCON, H.; RODRIGUEZ CABALLERO, A.; MONTENEGRO, I.; GIMENEZ, L.
Sanatorio De La Providencia. Caba, Argentina.

Introducción: El talio es un metal de amplia distribución terrestre. Su principal uso fue como insecticida y rodenticida. Al ser altamente nocivo para el humano fue prohibido para uso doméstico y las intoxicaciones en la actualidad son en su mayoría de causa accidental e intencional debido a productos remanentes desde su discontinuidad. Ingresa al organismo por vía respiratoria, digestiva, cutánea y se distribuye ampliamente sin metabolizarse fijándose principalmente en sistema nervioso, músculo, hígado y riñón pudiendo llevar a la muerte con dosis de tan solo 1 g.

Caso: Mujer de 51 años con antecedentes de colon irritable, gastritis crónica, colecistectomía, miomatosis uterina, miopía, hipotiroidismo y postración que ingresa por padecer en forma progresiva astenia, adinamia, mialgias, disartria y mareos de un mes de evolución asociado a estreñimiento, dolor abdominal y vómitos. Al examen físico TA 110/70 mmHg, FC 103 lpm, FR 27 rpm, T° 36°C, Sat 97%, excitación, desorientación, confusión, lenguaje incoherente, ictericia generalizada y flapping. Laboratorio: TP 40%, KPTT 60", RIN 1.7, BbT 10.3 mg/dL, BbD 5 mg/dL, albúmina 2.3 g/dL, GOT 194 U/L, GPT 78 U/L, FAL 118 U/L, GB 10800/mm3, PLT 60000/mm3, LDH 1130 U/L, lactato 3.1 mmol/L, ERS 140 mm, PCR 69 mg/dL. El resto de los estudios complementarios no aportaron datos de relevancia. Diagnóstico: insuficiencia hepática aguda (Child-Pugh C). Permanece en UCI por 11 días. Serologías para virus (HAV, HBV, HCV, HEV, CMV, EBV, HSV, VIH) negativas y Ac para etiología autoinmune (AMA, anti-LKM, ANA, SMA) no reactivos.

Evoluciona favorablemente e ingresa a Clínica Médica. En la evaluación física se halló alopecia en cuero cabelludo, axilas y cejas, máculas café con leche en rostro, piel seca y áspera con anhidrosis e hipotonía generalizada. Hiperqueratosis plantar y úlceras en ambos miembros inferiores además de debilidad muscular, atrofia e hiporreflexia asociadas a parestesias y disminución de la sensibilidad. Se solicitó dosaje de metales pesados en plasma y orina dando como resultado Pbp 5.5 (<30 ug/dL), Arp 0.4 (< 0.4 ug/dL), Aru <0.1 (< 10 ug/g Cr), Cup 68 (70-160 ug/dL), Cuu 57.4 (15-64 ug/24 hs), Hgp <0.5 (<15 ug/L), Hgu 2.6 (<50 ug/g Cr), Tip: 12 (ug/dL), Tlu: 540 (0.4-10 ug/g Cr). Se diagnostica intoxicación crónica por talio, se inicia tratamiento quelante con D- Penicilamina 250 mg c/6 hs vía oral y luego de 16 días de tratamiento con mejoría clínica se externa. Tras un año de tratamiento presenta niveles de Tlu 2.3 ug/g Cr. La fuente de intoxicación se desconoce a la fecha.

Comentario: La intoxicación por talio es extremadamente infrecuente pudiendo ser mortal en pequeñas dosis. Ante la presencia de alopecia (característico) asociada a manifestaciones diversas, como las gastrointestinales en etapa temprana y las alteraciones del sistema nervioso en etapa tardía, debe sospecharse dicha entidad.

Conclusión: Este caso demuestra la importancia de un examen clínico metodológico y sistemático para poder arribar a un diagnóstico precoz y certero.

PC-03-01 // PENFIGOIDE MUCOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTENOSIS SUPRAGLÓTICA

MONTOYA, D.; GUERRERO, B.; SIERRA RIASTE, C.; CALLO, V.; REYNOSO, A.; POLASTRELLI, F.; ROMAY, S.; COHN, M.
Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El penfigoide de las mucosas pertenece al grupo de enfermedades ampollares crónicas de origen autoinmune. Se trata de una patología infrecuente, con una incidencia de 1 caso cada 20.000 habitantes por año, más común en mujeres alrededor de 60-80 años. Afecta primordialmente mucosa oral y en menor medida ocular, faríngea, genital, nasal, laríngea, anal y esofágica. Puede acompañarse en ocasiones de compromiso en piel. La lesión primaria es una ampolla subepitelial que deja erosión o ulceración y posteriormente cura con cicatriz residual, dando lugar en estos casos a complicaciones como ceguera o estenosis laríngea.

Caso: Paciente masculino de 29 años con antecedentes de penfigoide ocular diagnosticado en 2013 en tratamiento con meprednisona y azatioprina con mala adherencia, consultó por cuadro de cinco días de evolución de disnea clase funcional IV, estridor laríngeo y tos productiva. No refirió fiebre ni alergias. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, sin requerimiento de oxígeno, lúcido, con regular mecánica ventilatoria y uso de músculos accesorios, a la auscultación con disminución del murmullo vesicular en forma generalizada con roncus disminuidos, estridor laríngeo audible; mucosas sin lesiones. El laboratorio de ingreso se hallaba dentro de parámetros normales, con ANA negativo, AntiRo negativo, AntiLA negativo, C3 120 mg/dL, C4 24 mg/dL, Ac anti citoplasma de neutrófilos negativo. La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos. Se realizó fibrolaringoscopia donde se observó estenosis glótica asociada a importante estrechez de la luz traqueal, y una TAC de cuello sin contraste que informó engrosamiento de las cuerdas vocales con estenosis de la luz glótica. Se programó dilatación de la vía aérea superior, evidenciándose en el procedimiento una estenosis supraglótica con 0.7 cm de circunferencia, con disminución de la luz laríngea. Se tomó biopsia y se realizó topificación local con mitomicina-C. Con sospecha clínica de estenosis laríngea por reactivación de penfigoide mucoso se reinició el tratamiento inmunosupresor. El resultado de la biopsia concluyó: fragmentos laminares constituidos por epitelio escamoso en su mayoría carentes de corion; se ve en los mismos acantosis, papilomatosis e hiperplasia basal focal, no se observa malignidad. El paciente evolucionó favorablemente, externándose a los pocos días.

Comentario: El penfigoide mucoso representa una entidad rara, cuyo diagnóstico es difícil en sus comienzos, por su clínica indefinida y su baja incidencia de presentación. Sólo en un 10% compromete mucosa faringo-laríngea, produciendo en casos severos disnea que incluso puede requerir traqueostomía. Frente al diagnóstico de estenosis supraglótica, habiendo descartado causas más frecuentes como neoplasias, enfermedades inflamatorias crónicas, en un paciente sin antecedentes de intubación orotraqueal, cabe considerar el penfigoide mucoso como diagnóstico diferencial.

Conclusión:

PC-02-29 // INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL PUERPERIO. REPORTE DE UN CASO.

TORRES, N.; CASTRO, D.; DOMINGUEZ PACE, M.; SCAPELLATO, J.; DIAZ, e.; VILLENA, L.; GONZÁLEZ, A.; FERNANDEZ, M.; RIOJA, A.
Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: La presentación de un infarto agudo de miocardio (IAM) en contexto de embarazo- puerperio es infrecuente y, por lo tanto, es difícil su sospecha diagnóstica. Se presenta una paciente de 33 años con dolor precordial en el puerperio inmediato.

Caso: Paciente de 33 años sin antecedentes cardiovasculares. Antecedentes ginecoobstétricos G5P1C4. Evoluciona en puerperio inmediato con fístula vesicouterina, con resección de fístula por laparotomía. Durante internación en día +5 POP la paciente presenta dolor precordial, sin irradiación, intensidad 9/10, asociado a disnea. Al examen físico: TA 150/90, FC 90, taquipneica, con estertores bibasales. ECG ritmo sinusal, sin signos de isquemia aguda. Biomarcadores cardíacos positivos (BNP 1840 troponina 435). Rx de torax: redistribución de flujo, infiltrados alveolares en 4 cuadrantes. Se interpreta el cuadro como síndrome coronario agudo (SCA) con edema agudo de pulmón iniciando tratamiento con vasodilatadores y diuréticos y ventilación no invasiva con rápida mejoría clínica. Ecocardiograma: hipocinesia inferior y septal basal-medial + disfunción sistólica leve del VI (FEY 49%), FSDV conservada, sin signos de hipertensión pulmonar. Se continúa estudio con cinecoronariografía (CCG) que muestra coronarias sin lesiones significativas pero con evidencia de vasoespasmismo en tronco de la coronaria izquierda (TCI). Continúa tratamiento con balance negativo, bloqueantes cálcicos (diltiazem) como tratamiento del vasoespasmismo. Evoluciona favorablemente sin nuevo episodio anginoso y con función biventricular conservada.

Comentario: La presentación de IAM en contexto de embarazo-puerperio es poco frecuente. Ante este cuadro, uno debe pensar como posibles diagnósticos diferenciales la disección coronaria espontánea, el IAM con coronarias sin lesiones significativas ?MINOCA- (que incluye la miocarditis, la miocardiopatía de Takotsubo, el vasoespasmismo) y, con mucha menor frecuencia, la ruptura de una placa aterosclerótica. En el caso mencionado, al tener un ecocardiograma con trastornos segmentarios de la motilidad parietal + troponina positiva + CCG con vasoespasmismo a nivel del TCI, el diagnóstico sería un MINOCA por vasoespasmismo coronario. La fisiopatología del vasoespasmismo es aún poco conocida. Sin embargo, la disfunción del endotelio se mantiene como hipótesis principal sumada al efecto de renina/angiotensina. Varios fármacos usados en el embarazo se conocen por tener efecto vasoconstrictivo (ergotamina, bromocriptina, prostaglandinas); los mismos fueron descartados como etiología en el caso presentado. El tratamiento primordial son los bloqueantes cálcicos, siendo este un reto más debido a que son clasificados como categoría C.

Conclusión: Teniendo en cuenta la complejidad del abordaje de un SCA en contexto del embarazo- puerperio, éste representa un reto para clínicos, cardiólogos y obstetras, quienes deben comprender la incidencia, factores de riesgo y causa del mismo para proveer un tratamiento adecuado con los cuidados obstétricos requeridos.

PC-03-02 // PACIENTE MASCULINO CON HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA

ZAPATA, A.; ROLANDI, M.; LEZCANO, M.; ROMERO, M.; ARENHART, A.; VALENZUELA, C.; MULLER, A.; BRITZ, L.; VÁZQUEZ ABDALA, R.; ESTECHE, A.
Instituto De Prevision Social. Hospital Central. Asunción, Paraguay.

Introducción: La afección poliglandular autoinmune es un cuadro de etiología poco frecuente que se presenta dentro de la práctica médica, que se define por el raro desorden caracterizado por la coexistencia de, por lo menos dos insuficiencias glandulares mediado por mecanismos autoinmunes. El síndrome poliglandular autoinmune tipo 2 es el más común dentro de este grupo de afecciones, constituida por enfermedad de Addison, enfermedad tiroidea autoinmune y diabetes de tipo autoinmune principalmente, además de varias afecciones menos frecuentes, por lo que es importante saber reconocer dichas entidades, ya que podría llevar al subdiagnóstico y por ende un tratamiento ineficaz y mal control de la patología.

Caso: Se presenta el cuadro de un paciente masculino de 57 años de edad, cardiópata, con antecedente de infarto agudo de miocardio hace 15 años, que recibió tratamiento anticoagulante por trombo intracavitario, además de amiodarona y carvedilol, por presentar palpitaciones a repetición. A la ectoscopia llama la atención hiperpigmentación de piel y mucosas, además de lesiones hipopigmentadas aisladas en algunas regiones del cuerpo.

Paciente ingresa por cuadro de astenia, decaimiento del estado general, anorexia, palidez de piel y mucosas, pérdida de peso, en su laboratorio de ingreso se constata anemia megaloblastica, e hiponatremia.

Se evalúa al mismo, con los hallazgos clínicos mencionados y en contexto de un complejo sintomático compatible con afectación poliglandular, se solicitan métodos auxiliares diagnósticos. Tras la realización de los estudios clínicos y analíticos que comprobaron la presencia de un síndrome de Schmidt-Carpenter asociado a enfermedad de Addison, enfermedad tiroidea autoinmune como componentes principales.

Comentario: La llegada a un diagnóstico precoz ayuda a implementar un tratamiento eficaz de dicha entidad, y además nos permite un mejor seguimiento tanto del paciente como del entorno familiar, por ser una patología transmitida por herencia.

Conclusión: Un subdiagnóstico de esta patología puede culminar con un desenlace fatal, se debe estudiar a familiares del paciente por el carácter hereditario de esta patología.

PC-03-03 // PORFIRIA CUTÁNEA TARDA, UNA DERMATOSIS INFRECIENTE EN CRECIENTE REPORTE EN LA POBLACIÓN HIV

PONS, N.; REYES, P.; SAURO, N.; JAIME, M.; ALBA, S.; RODRIGUEZ-CÁLIX, S.; DASCANI, N.; PRESTERA, J.; NIETO, R.; ANTUNEZ GALARZA, E.
Hospital Carrasco. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Las porfirias son un grupo de enfermedades, metabólicas, hereditarias o adquiridas resultado de una deficiencia enzimática en el camino de biosíntesis del hemo. La porfiria cutánea tarda (PCT) es la forma más frecuente. Afecta principalmente a adultos de sexo masculino. Existe en esta patología deficiencia en la actividad de la uroporfirinogeno decarboxilasa, que conduce a la excreción elevada de porfirinas en orina.

Se la ha asociado con probables desencadenantes entre ellos el HIV. La relación hombre mujer en portadores de HIV es 30:1. En su mayoría se describe esta afección con recuentos < 200 CD4.

Caso: Mujer de 34 años con diagnóstico de HIV en 2006 sin tratamiento antirretroviral (TARV) con recuento de CD4 de 152 cel/ml ? Carga viral: 17500 copias/ml, tabaquista, ex etilista de jerarquía, no realiza anticoncepción hormonal. Cursa internación por cuadro de tuberculosis meníngea. Al examen físico se constatan lesiones de piel hiperpigmentadas en región de rostro y dorso de manos. Al interrogatorio dirigido refiere fragilidad cutánea y fotosensibilidad de tiempo incierto de evolución. Examen físico: Buen estado general. Signos vitales conservados. En dorso de manos se observan zonas de erosiones, cicatrices atróficas y millium. En región facial hiperpigmentación e hipertricosis malar. Laboratorio: Hto: 38%, Hb: 12g/dl, Plaquetas: 210000/mm3, GB: 6400/mm3, Glicemia: 89mg/dl, Uremia: 30mg/dl, Creatinemia: 0.7mg/dl, Na: 135mEq/L, K: 3.8mEq/L, Cl: 101mEq/L, Bilirrubina total: 0.4 mg/dl, TGO: 36U/L, TGP: 57U/L, FAL: 249U/L, GGT: 80U/L. Uroporfirinas urinarias 78.6 ug/24hs (valor de referencia: 0-20 ug/24hs). Coproporfirina urinaria: 188 ug/24 hs (valor de referencia: 0-150ug/24hs). Ferritina: 309 ng/ml. Serologías para VHB-VHC y VDRL no reactivas. Se realiza diagnóstico de PCT. Se inicia TARV, se indican medidas de fotoprotección, eliminar el consumo de alcohol. Se desestima tratamiento con cloroquinas y flebotomía por el estado inmunológico de la paciente. Se pautan controles por consultorio externo.

Comentario: Teniendo presente la fuerte asociación entre PCT y HIV, con una incidencia del 17%, está recomendado descartar HIV en pacientes con diagnóstico de PCT así como considerar esta dermatosis en pacientes HIV con lesiones cutáneas.

Se considera fundamental llegar a un diagnóstico precoz de PCT en pacientes infectados con HIV con el fin de controlar la acumulación de porfirinas responsables del daño hepático y de las lesiones cutáneas, fuente potencial de contagio del virus.

Conclusión: Presentamos este caso clínico por la infrecuencia de esta patología, más aún en mujeres y por tratarse de una entidad de creciente reporte en la población seropositiva para el HIV.

PC-03-05 // ESCLEROMIXEDEMA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CAPDEVILLE, S.; VALINOTI, M.; ROSA, J.; MARIA PAULA, R.
Hiba. Caba, Argentina.

Introducción: El escleromixedema es una mucinosis cutánea primaria caracterizada por una erupción cutánea papular esclerodermiforme generalizada asociada a gammopatía monoclonal.

Los pacientes afectados pueden desarrollar manifestaciones cardiovasculares, gastrointestinales, pulmonares, musculoesqueléticas, renales o nerviosas, y son las responsables de la mortalidad asociada a esta entidad.

Caso: Paciente masculino de 66 años con antecedente de granuloma anular (diagnosticado por biopsia de piel) que consulta por síndrome febril y diarrea, tras ingesta de mariscos 10 días atrás. Se realiza toma de cultivos sin rescate de germen. Cumple 5 días de antibióticoterapia con Ceftriaxona y Omidazol, normalizando curva febril.

Intercurre en sala de internación, con insuficiencia cardíaca congestiva, asociada a fibrilación auricular. Revierte a ritmo sinusal con amiodarona.

Durante el control evolutivo, intercorre en 6 oportunidades con episodios de pródromos de parestias en manos, agregando afasia mixta, y déficit motor facioabduccional (derecho e izquierdo de manera alternante). Recupera ad integrum en de los primeros 30 minutos. TC cerebral sin lesiones. Electroencefalograma sin evidencia de descargas. RNM de cerebro y angioresonancia sin alteraciones. LCR con proteinorraquia aislada, con proteinograma que muestra un componente monoclonal en la zona gamma. Del mismo modo, proteinograma sérico con banda monoclonal con fraccionamiento oligoclonal e inmunoelectroforesis que muestra inmunoglobulina G lambda, cadenas livianas libres con relación normal.

En contexto de empeoramiento de lesiones cutáneas crónicas, asociadas a banda monoclonal, se realiza diagnóstico presuntivo de escleromixedema. La sintomatología neurológica, fluctuante, con estudios por imágenes sin hallazgos asociados a síndrome febril agudo, sugieren síndrome dermatoneuro. Se instaura dosis única de corticoides endovenosos, con franca mejoría de lesiones cutáneas y sintomatología neurológica. Se decide iniciar tratamiento con infusión de inmunoglobulina 1 g/kg por 2 días con buena tolerancia. Se repite infusión a los 6 meses, logrando escasos síntomas cutáneos y ausencia de síntomas neurológicos.

Comentario: El escleromixedema es una patología de muy baja incidencia, y escasamente descrita en la bibliografía, y más aún su variante dermatoneuro.

El abordaje diagnóstico y terapéutico del escleromixedema sigue siendo un desafío, ya que la etiología permanece aún incierta. La terapia de primera línea es la inmunoglobulina intravenosa, según la evidencia basada en múltiples reportes de casos y series de casos que respaldan su eficacia y la naturaleza generalmente bien tolerada de este tratamiento no inmunosupresor.

Conclusión: Son las complicaciones sistémicas de esta enfermedad las responsables finales de la carga de morbilidad. Es por esto que resulta fundamental conocerla y reconocerla, logrando un diagnóstico oportuno para la instauración de una terapéutica precoz, mejorando así el pronóstico del paciente.

PC-03-04 // PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL NET, UN DESAFÍO TERAPEÚTICO

MASTROVINCENTO, V.; MAZZEI, I.; IVANIC, R.; AVENA, S.; GRODEK, V.; CHACÓN CORENA, H.; LARREA, R.; GAUDENZI, G.; AGUIRRE, S.

Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Posse. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las reacciones adversas a drogas son eventos no deseados e involuntarios que ocurren con dosis habituales del fármaco. Cualquier droga es capaz de producir estas reacciones, siendo los fármacos más frecuentes: antibióticos, beta lactámicos, sulfonamidas, trimetoprim sulfametoxazol, anticomisiales y allopurinol.

Caso: Varón de 65 años, antecedentes hipertenso, ex tabaquista, ACV isquémico, arritmia ventricular compleja + aleteo auricular anticoagulado, presentó hematoma intraparenquimatoso y episodio convulsivo secundario tratado con Fenitoína. Medicación habitual: Atenolol, Atorvastatina, Ranitidina, Alprazolam, Amiodarona, Escitalopram, Enalapril, Clopidogrel y Acenocumarol. Se reinternó luego de un mes por cuadro de 4-5 días de evolución de fiebre asociado a lesiones en piel, exantema máculo papular con ampollas que inician en tronco y miembros superiores, progresando a cuero cabelludo, cuello, dorso, miembros inferiores, en menor medida y región genital con compromiso de mucosa oral y conjuntival. Al ingreso TA: 110/70, FC 130/min, T: 39°. GB 3.800, Hb 13,3, Hto 40,1% PLT 175.000 TP 97% KpTT 26", urea 48, Creati: 1, TGO: 44, TGP: 55, Na: 131, K 3,6, Cl 99. pH 7,47 HCO3 20,5. Se sospecha farmacodermia, necrólisis epidérmica tóxica, se toman hemocultivos, se coloca AVC femoral derecho, inicia hidratación, corticoterapia endovenosa y se suspende medicación de base. Presenta aleteo auricular de alta frecuencia, se interconsulta con dermatología para toma de biopsia de piel y evaluación oftalmológica y cardiológica. Pasa a unidad cerrada para monitoreo hemodinámico realiza tratamiento con amiodarona y manejo del dolor con Fentanilo. Las lesiones evolucionan con despegamiento de placas necróticas. Recibe infusión de metilprednisolona y luego gammaglobulina, gotas oftálmicas, curación de lesiones por cirugía plástica. Se rescata en cultivos SAMR se agrega Vancomicina, se cambia acceso venoso con igual rescate en punta, evoluciona con shock requiere IOT/ARM e inotrópicos, se adiciona Piperacilina-Tazobactam+Clindamicina, presenta paro cardiopulmonar, no responde a protocolo de reanimación, culminando con el deceso del paciente.

Comentario: La intervención temprana tiene un efecto significativo sobre la morbilidad y la mortalidad. Se ha demostrado que la discontinuación del fármaco responsable mejora el pronóstico.

Conclusión: El tratamiento de sostén agresivo es fundamental abarcando cuidado de las heridas, manejo de líquidos y electrolitos, apoyo nutricional, manejo de la temperatura, protección ocular, control del dolor y cuidado cardio pulmonar. Dentro de las complicaciones de esta patología las más frecuentes son las infecciones por lo cual es de suma importancia prevención y tratamiento de las mismas ya que pueden causar la muerte por sepsis.

PC-03-06 // SÍNDROME DE SWEET: REPORTE DE UN CASO.

SANTIAGO, G.; BRANZELLO, E.
Hospital Central De Mendoza. Mendoza, Argentina.

Introducción: El síndrome de Sweet (SS) fue descrito originalmente por Robert Douglas Sweet en 1964. El SS es una dermatosis neutrofilica caracterizada por la aparición brusca de múltiples placas eritematosas, sensibles o dolorosas, asimétricas, con distribución principalmente en extremidades superiores, cara, cuello y tronco, en un paciente febril. En la histología se puede encontrar una infiltración neutrofilica en la dermis superficial y media sin vasculitis.

Caso: Paciente de sexo femenino de 43 años, consulta por presentar lesiones eritematosas en ambas manos de cuatro días de evolución, con aumento de tamaño y posterior progresión a miembros superiores, hombros, pabellones auriculares, región frontal y tórax. Al comienzo pruriginosas, se tornaron dolorosas de características urentes. Presentó una semana previa a la consulta odinofagia, equivalentes febriles y cefalea, automedicada con amoxicilina y diclofenac. Al examen físico, se evidenciaron placas eritematosas definidas y regulares con vesículas e ilusión de vesiculización en su interior, de entre 1-10 cm de diámetro, redondas-ovaladas, dolorosas, comprometiendo miembros superiores, tronco y manos. Manos edematizadas con dificultad de la movilidad en las articulaciones próximas a lesiones cutáneas. Se evidenció neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados. Perfil inmunológico y viral negativos. Estudios imagenológicos sin hallazgos relevantes en búsqueda de neoplasias. Anatomía patológica compatible con dermatosis neutrofilica. Se expectó tratamiento farmacológico a la espera de anatomía patológica y las lesiones evolucionaron espontáneamente en franca mejoría con descamación, disminución de dolor y eritema.

Comentario: La distribución del SS es universal, en su forma clásica (71% de los casos) afecta predominantemente a las mujeres, y puede estar asociado a infecciones (principalmente de vía aérea superior o del tracto gastrointestinal), enfermedad inflamatoria intestinal o embarazo. Cabe destacar que en un 20% de los casos puede ser desencadenado por neoplasias. Frecuentemente el episodio inicial ocurre entre los 30 y 60 años. En nuestro caso el sexo, la edad y el posible desencadenante coinciden con las descripciones bibliográficas. A diferencia de los casos descriptos, las lesiones evolucionaron favorablemente sin tratamiento esteroideo.

Conclusión: Es necesario conocer esta patología poco prevalente pero de gran ayuda clínica, que podría ser la manifestación temprana de una neoplasia oculta. Es de primordial importancia su búsqueda como primer desencadenante de este síndrome.

PC-03-07 // PIODERMA GANGRENOZO, UN RETO DIAGNÓSTICO

ZITELLI, L.; GALIANO, A.; YURI, J.; CUADROS, S.; REBIGLIONE, D.; ODDINO, J.; VALENTINI, E.; TREPAT, A.;

PEIRANO, M.; ODDINO, J.

Sanatorio De La Mujer. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El pioderma gangrenoso es una enfermedad de etiología desconocida, incluida en el grupo de las dermatosis neutrofilicas, caracterizada por ulceraciones cutáneas recurrentes. La incidencia es de 3 ? 10 pacientes/ millón al año, con un pico máximo entre los 20 y 50 años con predominio en el sexo femenino. Este proceso se asocia en un 30% de los casos a enfermedad inflamatoria intestinal, mientras que sólo un 2% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan pioderma gangrenoso. Puesto que no existen criterios clínicos distintivos ni pruebas complementarias que permitan establecer un diagnóstico definitivo, el diagnóstico se basa en la correlación de los hallazgos clínicos e histopatológicos y en la exclusión de otras entidades.

Caso: Paciente femenina de 21 años, con antecedente de colitis ulcerosa en tratamiento con Mesalazina y Adalimumab en dosis subterapéutica, ingresa por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por lesiones en piel pustulosas con tendencia a la ulceración, localizadas en región pubiana y vulvar, asociado a registros febriles intermitentes. Refiere haber realizado tratamiento antiviral con Aciclovir VO ante sospecha de herpes genital. Laboratorio de ingreso dentro de parámetros normales. Inicia tratamiento EV con Aciclovir, Clindamicina y Vancomicina. Se solicitan hemocultivos por 2, hisopado nasal para portación de Staphylococo Aureus, cultivo de flujo vaginal, PCR para VHS I y II, VDRL, HIV, AgSVHB, FTA-Abs, Ac Anticore, Ac Anti Ag superficie, IgM CMV, IgM VEB, que resultan negativos. Por progresión de las lesiones y ante diagnóstico presuntivo de pioderma gangrenoso se decide realizar biopsia de lesión en piel con envío de material a bacteriología y anatomía patológica, y se indican corticosteroides sistémicos y Adalimumab en dosis terapéuticas. Cultivo de material de biopsia para BAAR, negativo. Biopsia cutánea: necrosis e invasión por infiltrado inflamatorio agudo de dermis superior, infiltrado inflamatorio crónico de células linfoides, linfocitos, plasmocitos e histiocitos, hallazgos histológicos vinculables a piodermis gangrenosa. Evoluciona favorablemente, sin progresión de lesiones cutáneas.

Comentario: El pioderma gangrenoso es una rara enfermedad cutánea ulcerativa. La patogénesis es desconocida, pero está relacionada a fenómenos de autoinmunidad. Se presenta el caso por la infrecuencia de la patología.

Conclusión: Ante la presencia de una lesión ulcerosa cutánea que no mejora con el tratamiento local, con cultivos negativos y sin respuesta al tratamiento antibiótico, se debe sospechar la existencia de pioderma gangrenoso, ya que el retraso en su reconocimiento y su tratamiento inadecuado pueden llevar a resultados devastadores.

PC-03-09 // SINDROME DE DRESS EN PACIENTE CON TBC UROGENITAL

CONTI, m.; MORENO GARRIDO, G.; JURADO, R.; BURGOS, C.

Hospital Justo Jose De Urquiza. Entre Rios, Argentina.

Introducción: La TBC sigue siendo un problema de salud pública. Las tasas de notificación anual superan los 10000 casos. En un 25% puede haber afectación extra pulmonar, siendo más frecuentes la localización ganglionar, pleural, urogenital y osteo-articular. Su problema radica en la dificultad para su diagnóstico, ya que, los síntomas clínicos y las pruebas de imagen pueden ser inespecíficos. La urogenital se presenta en un 10% de TBC extrapulmonar, predominando en hombres de 20-40 años. El diagnóstico precoz es fundamental para un tratamiento temprano.

Caso: Varón de 25 años ingresa por disuria, hematuria y dolor y tumefacción testicular derecha de 1 año de evolución. Refería al interrogatorio dirigido tos de 2 años de evolución. Antecedentes relevantes: hacinamiento. Padre tosedor crónico, fallecido. Examen físico: aumento de tamaño testicular derecho, sin otro hallazgo evidente. Estudios Complementarios: Sedimento urinario: campo cubierto de hemáties, 15-20 leucocitos; Ecografía abdominal: masa heterogénea sólida y líquida en riñón izquierdo; paredes engrosadas en vejiga; TAC de tórax, abdomen y pelvis: imágenes retículo-nodularilares diseminadas a predominio lóbulos superiores, hidronefrosis grado I en riñón derecho y grado III en riñón izquierdo. Urocultivo negativo. Orina seriada para BAAR: positivo. Biopsia testicular: Proceso inflamatorio con granulación inespecífica y fibrosis intersticial. Posterior cultivo de material, se identifica mycobacterium tuberculosis, sensible a isoniazida y rifampicina. Evolución: Tras 7 días de internación, egresa con tratamiento antibacilar, reingresando a los 30 días por falla renal (urea 137 y creatinina 5,5), urticaria (maculo-papular-descamativa), edema facial, y al laboratorio eosinofilia (>1000) y falla hepática (TGO 340; TGP 179 FAL 614 BT 7.4 BD 6.1 TP 29 KPTT 55). Ingresó a UTI para inicio de hemodiálisis. Se suspenden antibacilares por sospecha de Sme. de Steven Johnson Vs DRESS, con mejoría clínica y analítica. Continuó en hemodiálisis por 45 días. Pasa a sala general, reiniciando tratamiento con isoniazida y etambutol, reagudizando lesiones y falla renal con inestabilidad hemodinámica, reingresando a UTI. Se deriva a centro especializado para tratamiento específico, donde el paciente se fuga de dicha institución, no pudiendo completar estudio y terapéutica.

Comentario: Tanto la TBC urogenital como DRESS son presentaciones atípicas de cuadros complejos, que deben tener un abordaje específico, a fin de poder dar un tratamiento acorde y precoz. La particularidad del caso, fue la reacción adversa infrecuente hacia un tratamiento dirigido a una enfermedad con una presentación diferente a la habitual.

Conclusión: El DRESS es una complicación poco frecuente pero grave a fármacos de relativo uso, en pacientes complejos. Es importante considerarlo ante la presentación de reacciones cutáneas en polimedicados. A su vez, en pacientes con foco epidemiológico, es vital considerar las formas extrapulmonares de TBC, para un diagnóstico precoz.

PC-03-08 // ¿ERITRODERMIA POR ASCARIS?

RAMIREZ, I.; PRIETO, C.; CATANIA, G.; PARRA, P.; LÓPEZ, M.; TVARDEK, T.; SEGURA, S.; SPOSITO, M.;

BABY, M.; LEPORE, A.; SANGIACOMO, C.

Hza Heroes De Malvinas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La eritrodermia o dermatitis exfoliativa, es un raro desorden cutáneo inflamatorio, en el cual, la presencia de eritema y descamación comprometen más del 90% de la superficie corporal. Puede originarse a partir de múltiples dermatopatías congénitas o adquiridas llegando a ser complicado o casi imposible la diferenciación clínica de dichas entidades en estado eritrodermico; y ha mostrado ser potencialmente fatal. El Ascaris lumbricoides es un verme cilíndrico cosmopolita, que frecuentemente infecta al hombre por vía oral, a través de agua o alimentos contaminados. Tiene la característica de migrar dentro del organismo, y generalmente es capaz de producir una eosinofilia considerable. En la Ascariasis, están descritas manifestaciones dermatológicas fundamentalmente papulares y habones urticarianos, aunque se describe también la posibilidad de eritema multiforme o eritema nudoso en algunos casos.

Caso: Varón de 56 años, tabaquista severo, enolista. Ingresó a guardia externa el 8/01/18 por presentar lesiones generalizadas en piel y cuero cabelludo eritematosas, descamativas y costrosas y en pliegues de los codos asociadas a grietas sangrantes, asociado a eosinofilia con laboratorio de ingreso con 16800 gb y 19 % de eosinófilos, con Dx de guardia de Síndrome de la piel escaldada estafilocócica, se inicia Tto. Con Cefalexina-vancomicina, 11/1 HCX2 + para SAMS, se suspende Vancomicina y continúa con Cefalexina hasta cumplir 21 días de Tto. Evoluciona con eosinofilia persistente. Se toman muestras de coprocultivo y parasitológico seriado (negativas). Serologías para HIV y virus hepatotropos negativas. Escarificación x 2 del 11/01 y 1/02 negativa para hongos y sarna noruega. El 1/02 se toma biopsia de piel a fin de descartar enfermedad de Zesary. Se informa como células inflamatorias a predominio de neutrófilos, sin células compatibles para enfermedad de Zesary ni lepra. 7/02 se indica única dosis de ivermectina por no poder descartar sarna noruega. El 14/02 se produce la expulsión de gusanos vía anal, los cuales son compatibles con Ascaris. Evoluciona con mejoría clínica de las lesiones y el eritema y descenso paulatino de los eosinófilos. El 7/03 paciente presenta signos de sirs y fiebre interpretándose cuadro como sepsis a foco de piel y partes blandas. Se indican hmc x 2 y urocultivo. Inicia tratamiento con PTZ- Vancomicina a foco empírico intrahospitalario con mala respuesta clínica con profundización a shock séptico sin respuesta al tratamiento indicado. Se constata óbito el 10/05.

Comentario: El pronóstico de la eritrodermia depende de su causa. Destacamos la infrecuencia de manifestaciones dermatológicas graves asociadas a ascaris.

Conclusión: Se ha reportado una tasa de mortalidad que varía de un 18 a 64%. De allí que, estos casos deberían ser considerados emergencias dermatológicas, procurando llegar a su etiología en el más corto plazo, con el fin de brindar un tratamiento específico y oportuno.

PC-03-10 // QUERATODERMIA PALMOPLANTAR COMO SÍNDROME PARA-NEOPLÁSICO DE CÁNCER COLORRECTAL, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

ALONSO, I.; ROMANO, J.; GIUDICHE, M.; APOLO CHÁVEZ, A.; MARTÍNEZ, M.; GIARDULLO, C.; SOLA, M.;

PASCOWSKY, M.; ARANA, S.

Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La queratodermia palmoplantar es una manifestación cutánea paraneoplásica poco frecuente relacionada principalmente con cáncer gástrico y de pulmón seguido de otras neoplasias de tubo digestivo y genitourinario. Se presentan dos casos clínicos de queratodermia palmoplantar como parte de la presentación clínica de cáncer colorrectal.

Caso: Caso 1: Paciente masculino de 57 años ex tabaquista, etilista y en tratamiento por anemia ferropénica desde hace 1 año. Consulta por cuadro de 8 meses de evolución caracterizado por astenia y adinamia, agregando pérdida de peso e lesiones palmoplantares en los últimos 3 meses. Niega fiebre o cambios en el ritmo evacuatorio. Refiere refractariedad de su cuadro anémico y haber recibido tratamiento tóxico dermatológico sin respuesta. Al examen físico se constata queratodermia palmoplantar a predominio plantar. Se realiza VEDA y Rx de tórax sin particularidades, TC de abdomen y pelvis con contraste que informa microlitiasis renal bilateral, vejiga de lucha y aumento del volumen prostático; VCC que informa lesión ulcerada, friable e infranqueable a 50cm del margen anal. Anatomía patológica: Adenocarcinoma bien diferenciado.

Caso 2: Paciente masculino de 34 años tabaquista, en seguimiento por gastroenterología por cuadro de 6 meses de evolución de dolor abdominal en cólico hemiabdomen superior y diarrea mucosanguinolenta asociado a pérdida aproximada de 10kg. Al examen físico abultamiento en pared anterior de recto. Ingresó por guardia febril, con sintomatología urinaria, en laboratorio anemia, leucocitosis y falla renal, sedimento urinario patológico; se inicia tratamiento para ITU, ecografía abdominal y renal que informa aumento de ecogenicidad cortical, ampolla rectal distendida con contenido propio. Se interna en sala con diagnóstico de pielonefritis aguda + sospecha de EII. Al examen físico de ingreso se evidencia queratodermia plantar. Se realiza rectosigmoidoscopia que informa lesión polilobulada en cara anterior de recto inferior. Anatomía patológica: pólipo hiperplásico. RMN de abdomen y pelvis: adenomegalias retroperitoneales, aumento de volumen prostático con efecto de masa sobre estructuras adyacentes, comprometiendo parcialmente ampolla rectal y vejiga. Valorada por urología quienes planean biopsia transrectal de próstata. Por evolución favorable y habiendo cumplido tratamiento antibiótico se externa continuando seguimiento por ambulatorio. Se realiza biopsia prostática, informe anatomopatológico: hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos vinculables a infiltración por Adenocarcinoma de origen colorrectal.

Comentario: Si bien la queratodermia palmoplantar se trata de una forma de presentación atípica del cáncer colorrectal. Consideramos tenerla en cuenta al momento del examen físico, dado que cuando está presente, se asocia en un 90% a neoplasias pudiendo preceder la sintomatología típica.

Conclusión: La presencia de esta manifestación debe ser tomada como un signo de relevancia que obliga a descartar patología oncológica asociada.

PC-03-11 // REACCION LEPMATOSA 2. PROPOSITO CASO CLINICO

SCHOTT, A.; COBOS MALDONADO, J.; CORREA, g.
Hospital Villa Media Ag. San Juan Villa Media Agua, Argentina.

Introducción: Del 30 al 50% de pacientes con lepra presentan reacciones inmunológicas. Se clasifican tipo 1 o 2 y una variación del tipo 2 denominada Fenómeno de Lucio. Pueden presentarse años pos tratamiento, consecuencia de persistente carga bacilar o componentes antigénicos bacterianos en tejidos.

Caso: Paciente, sexo femenino de 30 años, de Tucumán. Diagnóstico de Lepra por medio de biopsia con tratamiento con Rifampicina y Dapsona a los 15 años de edad, no adherente e inadecuado. Presenta fiebre 39°C, asociada a un eritema nodoso, en MMII, aislados, dolorosos. Presento episodios de epistaxis, autolimitada. SAA 80%. Sin lesiones en mucosas y fanelas al momento del ingreso. Laboratorio GB 13100 (N 92% cayado 2%). Hto 30.VSG.125.PCR+.GPT 166 GOT 128 FAL 84 BT 6.3. Serología autoinmune y viral negativo. IC Hematología: anemia hemolítica secundaria a Dapsona. Cultivo y anatomía patología de piel: Baciloscopia negativo - vasculitis necrotizante. se inicio esquema antibiótico por impetiginización. Las lesiones se extienden glúteo, miembro superior, cara y oreja, evolucionando a úlceras, dolorosas, deformantes. Al inicio se hizo tratamiento con corticoides, sin buena respuesta. Al realizarse el diagnóstico a través de biopsia y anatomía patológica se reinicia con tratamiento y Talidomida, presentando buena evolución de las lesiones ulceradas con cicatriz como secuela.

Comentario: El Fenómeno de Lucio es más común en pacientes que no recibieron tratamiento o en aquellos que lo recibieron de manera inadecuada, y se manifiesta clínicamente con máculas purpúricas que progresan a lesiones ulcerosas superficiales, con sensación quemante, en un paciente sin fiebre, sin síntomas generales ni daño visceral. El FL puede ser reemplazado en el curso de la evolución de la enfermedad por el Eritema Nodoso (ENL) que se diferencia de él por úlceras más extensas, con necrosis profunda, dolorosas, en un paciente con fiebre y alteración del estado general en el cual sus lesiones se resolverán en forma lenta.

Los pacientes con FL pueden desarrollar las reacciones vasculonecroticas asociadas al ENL en el curso de la enfermedad. La resolución en estos casos será lenta y el tratamiento multibacilar por sí solo no producirá la remisión de las lesiones, requiriéndose talidomida, corticoides.

Conclusión: Nuestra paciente se presenta como una leproreacción inmunológica tipo 2, Fenómeno de Lucio. En una paciente con diagnóstico Lepra Lepromatosa en tratamiento. Presentando lesiones tipo eritema nodoso en un contexto febril persistente sin síntomas sistémicos que posteriormente tiene una evolución tórpida con úlceras dolorosas, extendiéndose; con manifestaciones sistémicas. Se hace diagnóstico de Reacción Leprosa Tardía tipo 2 se inició además de esquema multibacilar, con talidomida presentando buena evolución clínica, con resolución de las lesiones ulceradas a cicatrices. Es importante caracterizar adecuadamente este fenómeno y diferenciarlo de las reacciones vasculonecroticas del ENL debido a las implicancias terapéuticas.

PC-03-13 // LA BIOPSIA PROTAGONISTA DEL DIAGNOSTICO DE LA ULCERA DE MARJOLIN

MASTROVINCENTO, V.; MENDINACELI, N.; IBÁÑEZ, E.; LANGELLOTTI, L.; IVANIC, R.; CAIZA LAZCANO, E.; DI ROCCO, L.; BUCCELLA, J.; CORIGLIANO, M.; LARREA, R.

Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Posse. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La úlcera de Marjolin es un tumor cutáneo maligno raro y agresivo que se desarrolla en piel previamente traumatizada o con inflamación crónica, especialmente con antecedentes de quemaduras, pero también en otro tipo de lesiones. El tumor tiende a desarrollarse lentamente con un tiempo promedio de transformación maligna de 30 años. La descripción clásica es carcinoma de células escamosas pero también se han reportado otros cánceres como carcinoma de células basales y melanoma.

La úlcera de Marjolin es más agresiva que el cáncer cutáneo primario con alta tasa de recurrencia local y metástasis, el tratamiento de elección es la extirpación radical, en casos avanzados es necesaria la amputación

Caso: Varón de 47 años con antecedente de fractura de tibia y peroné bilateral en la infancia, secundaria a accidente de tránsito, úlcera crónica en miembro inferior izquierdo, lesión que aumenta en extensión posterior a traumatismo hace 2 años con gran dolor automedicándose con AINES en forma prolongada. Internación en noviembre 2017 por hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera duodenal, se realiza biopsia de la úlcera MI izq: negativa para células atípicas. Consulta derivado de dermatología por úlcera de gran tamaño en miembro inferior izquierdo con evolución tórpida, y aislamiento en cultivo de pseudomona sensible a ceftazidime, EF: lesión de gran tamaño con bordes hipertrofosos centro eritematoso y rastros de fibrina, zonas con necrosis. Nueva biopsia 07/18: carcinoma escamoso infiltrante bien diferenciado. TC de MMII: formación expansiva de densidad de partes blandas en el sector posterior del platillo tibial externo que provoca destrucción del mismo y que presenta extensión a partes blandas musculares posteriores y laterales del sector proximal de pierna.

Comentario: La úlcera de Marjolin, no siempre exhiben las características típicas de una úlcera maligna, las heridas ulceradas curan desde los bordes, donde existe una alta renovación de células para reepitelizar por lo tanto la transformación maligna puede ser más común en el borde de la herida, mientras el resto muestra signos de curación, y muchas veces no se llega al diagnóstico temprano debido a la inexperiencia clínica y muestras histológicas no representativas.

Conclusión: Cuando una herida crónica presenta cambios inesperados como inicio de dolor, incremento de volumen, apariencia atípica con proliferación, o lesión que no responde a tratamientos habituales, se debe sospechar de transformación maligna. Es necesaria la realización de biopsia para arribar al diagnóstico. Se recomienda la realización de biopsia incisional o en el borde de cualquier herida que no cura en 3 meses. Dichas biopsias deben incluir borde y centro de la úlcera para el diagnóstico. El tratamiento de la úlcera de Marjolin es excéresis quirúrgica con amplios márgenes de seguridad. En ocasiones es necesaria la amputación de la extremidad cuando existe compromiso óseo, articular, muscular

PC-03-12 // NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA INDUCIDA POR FENITOÍNA Y RADIOTERAPIA HOLOCRAEANA, A PROPÓSITO DE UN CASO

ZUTARA, T.; ESTEVAN GILI, J.; GUERRERO, N.; TARIFA, A.; FUNES, G.
Hospital Teodoro J. Schestakow. Mendoza, Argentina.

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica (NET) por radioterapia es poco frecuente, aumenta su incidencia al asociar anticonvulsivos. Se presenta el caso de una mujer con cáncer de pulmón y metástasis cerebrales, en tratamiento con fenitoína y radioterapia que desarrolló erupción maculopapular en cabeza, cuello, brazos y pliegues inguinales, asociada a mucositis, que evolucionaron a grandes ampollas flicáides. Se destaca el papel etiopatogénico de la asociación de fenitoína y radioterapia.

Caso: Paciente de 61 años con antecedente de tabaquismo (IPA 40), adenocarcinoma semidiferenciado bronquial, MTS cerebrales y TVP en miembro inferior izquierdo. En tratamiento con Acenocumarol, Omeprazol, Dexametasona y Fenitoína. Finalizó tratamiento de radioterapia. Es internada 10 días post radioterapia, por haber comenzado 48 h previas con fiebre, odinofagia, conjuntivitis bilateral y rash cutáneo en cara y tronco pruriginoso. Asociado a cefalea, mialgias generalizadas y tos productiva con esputo amarillado. Paciente en regular a mal estado general, febril, normotensa, Sat. 91% AA, eupneica, FC 120/min. Alopecia por radioterapia, rash maculopapular eritematoso, mal delimitado en tronco y cuello. Edemas en MMII. Adenopatías submandibulares, indolores. Secreción conjuntival bilateral serosa. Mucosas semihúmedas, secreción en boca. Amígdalas hipertrofosas, con exudado. Hipoventilación pulmonar bibasal. Lúcida, hemiparesia Facio-braquio-crural izquierda secuelar y dificultad para deambular.

Se solicitan hemocultivos y urocultivos, negativos. Sin infiltrado neumónico radiográfico. Laboratorio: fórmula leucocitaria desviada a la izquierda y granulaciones tóxicas, hipertransaminasemia y elevación de LDH, enzimas colestásicas y reactantes de fase aguda. Se suspende fenitoína, se inicia glucocorticoides sistémicos, Ampicilina- Sulbactam y curaciones locales. Persiste febril, desarrolla edema facial, queilitis angular, mucositis con costras hemorrágicas, el rash progresa a lesiones eritematosas ampollares en cuero cabelludo, rostro, tronco y pliegues, dolorosas, pruriginosas, algunas dextrechadas que dejaban erosiones. Tos productiva, broncorrea, roncus y rales crepitantes bilaterales con mala mecánica ventilatoria. Por mala evolución fallece al 5° día de internación.

Comentario: La NET, y el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) son reacciones de hipersensibilidad que se consideran formas clínico-patológicas de una misma entidad. Se pueden diferenciar en tres tipos según el porcentaje de piel comprometida: SSJ menos del 10 %, superposición SSJ/NET 10-30 % y NET superior al 30 %.

La incidencia de NET por radioterapia, aumenta al asociar anticonvulsivos aromáticos.

Conclusión: La mortalidad en los pacientes con NET puede predecirse con el puntaje SCORTEN que considera 7 factores: edad, presencia de malignidad, frecuencia cardíaca, porcentaje inicial de desprendimiento epidérmico, urea, glucemia y bicarbonato. En nuestro caso la paciente cumplía con 4 factores, por lo cual tenía elevada mortalidad (58%).

PC-03-14 // SÍNDROME DE DRESS SECUNDARIO A TRATAMIENTO ANTICONVULSIVANTE

ALBA ABREGU, M.; DOZORETZ, D.; CORTEZ, A.; VEGA, A.; DI BIASI, B.; DAMIN, C.
Hospital J A Fernandez. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome de DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) se caracteriza por eosinofilia y reacción de hipersensibilidad sistémica a muy pocos fármacos en personas genéticamente predispuestas, con una mortalidad del 10%. Clínicamente presenta fiebre, lesiones cutáneas luego de un mínimo de tres semanas de exposición al fármaco, y afección a órganos internos. Las lesiones cutáneas afectan al 75-80% de los pacientes, involucran más de la mitad del cuerpo. Son de tipo pápulas y placas infiltrativas con lesiones purpúricas. Edema facial en 76% de los casos, con un periodo de descamación en la fase de resolución. Compromete mucosas en un 50%, la más frecuente la bucal. A nivel orgánico compromete el hígado en un 70%, renal con una frecuencia de 12 a 40% de los casos. Se presenta con la reactivación de Herpes virus humano 6, Virus Epstein Barr o Citomegalovirus. Las drogas causantes pueden ser anticonvulsivos, antibióticos, antifúngicos, antirretrovirales, allopurinol y omeprazol. Se postulan como mecanismos de la hipersensibilidad; el primero una alteración a nivel enzimático que aumentaría la cantidad de fármaco disponible y sus metabolitos, provocando respuestas inmunes; el segundo está relacionado al polimorfismo del sistema del antígeno leucocitario humano (HLA) y por último una respuesta desmedida de los linfocitos T.

Caso: Paciente de 20 años masculino, con antecedente de antecedente accidente en vía pública hace dos meses. Sufre un traumatismo encefalo craneano con pérdida de la conciencia, amnesia lacunar de 12 horas, convulsiones tónico clónicas generalizadas y fractura de cráneo. Se le indica fenitoína que toma por 20 días y luego suspende por falta de medicación. Consulta por rash eritematoso maculopapular generalizado, odinofagia y fiebre. Al examen físico se constata el rash, las fauces eritematosas como la mucosa yugal, conjuntivas ictericas, conjuntivitis. Laboratorio Glóbulos blancos 22900, Eosinófilos 35%, Bilirrubina total 4,8 mg/dl, Bilirrubina directa 4,4 mg/dl, alanina aminotransferasa 950 U/l, aspartato aminotransferasa 575 U/l, Tiempo de protrombina 43 %, Tiempo de tromboplastina parcial activado 40 segundos y Relación internacional normatizada 1,92. Se toma biopsia cutánea, se inician corticoides sistémicos, antihistamínicos y vitamina K. Mejora el coagulograma. Solicitándose serologías para virus hepatotropos y HIV con resultados negativos. Intercurre con fiebre y síntomas urinarios, se inicia tratamiento antibiótico con buena respuesta. Tomografía de cerebro sin alteraciones, inicia levitacetam como anticonvulsivo

Comentario: Se presenta un caso de reacción adversa grave por anticonvulsivo con relevancia en farmacovigilancia en el cual se realizó un diagnóstico y tratamiento rápido y eficaz. En estos casos es importante evaluar e instaurar todas las medidas necesarias por la gran mortalidad e impacto a nivel orgánico

Conclusión: Se presenta el caso por la importancia del diagnóstico, tratamiento y diagnóstico. Además de la gran mortalidad e impacto a nivel orgánico

PC-03-15 // PACIENTE ADULTO MAYOR CON EXTENSAS LESIONES CUTÁNEAS

ZAPATA, A.; ROLANDI, M.; LEZCANO, M.; ROMERO, M.; BRITZ, A.; ZAYAS, S.; PARODI, L.; ARENHART, A.;

VALENZUELA, C.; GOMEZ MARTINEZ, F.

Instituto De Prevision Social. Hospital Central. Asunción, Paraguay.

Introducción: La Necrólisis Epidérmica Tóxica es una farmacodermia donde se ve afectada más del 30% de la superficie corporal, tornándose un proceso grave cuya frecuencia se estima en 1,2-6 casos por millón de habitantes al año.

Caso: Se describe a un paciente adulto mayor de 75 años, hipertenso, enfermo renal crónico no hemodializado con antecedente de reacciones cutáneas tras la administración de penicilina.

El mismo consulta por lesión en piel, eritematosa de bordes mal definidos acompañado de sensación febril, acude junto a facultativo quien desconociendo dato anterior, que no fue referido ni por el paciente ni familiares, indica internación y tratamiento antibiótico endovenoso.

En contexto de una celulitis, se inicia cobertura con ceftriaxona, con escasa mejoría clínica y persistencia de picos febriles, posteriormente se agregan al cuadro inyección conjuntival, tos y odinofagia. 72hs posterior a la administración del fármaco presenta exantema macular, con necrosis posterior de la piel, con signo de Nikolsky positivo, por lo que lo remiten a nuestro servicio.

Ingresa al servicio de clínica médica, en mal estado general, se constata lesiones cutáneas que abarcan más del 30% de la superficie corporal, taquicardia mayor a 120lat/min, injuria renal aguda, hiperglicemia mayor a 300, acidosis metabólica moderada; se estadifica dicha patología en SCORTEN 5, con una mortalidad de 90%.

Se inicia tratamiento con metilprednisolona, por contraindicación de uso de inmunoglobulinas por injuria renal aguda, se inicia cobertura antibiótica con vancomicina, cubriendo partes blandas y fluido-terapia, paciente con evolución tórpida fallece a las 72hs debido al cuadro mencionado.

Comentario: La intención al presentar este caso consiste en enfocarnos en la importancia de una buena anamnesis y de reconocer manifestaciones clínicas tempranas de las farmacodermias, ya que por los antecedentes y condición clínica del paciente puede tener un desenlace fatal.

Conclusión: Una buena anamnesis puede prevenir complicaciones fatales.

PC-03-16 // OTRO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A LA DERMATOSIS AMPOLLAR:**PORFIRIA CUTÁNEA TARDA**

PEREZ, T.; SUJODOLES GAZZERO, L.; ANDRESIK, D.

Hospital Italiano. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las porfirias son trastornos metabólicos causados por alteraciones enzimáticas en la vía biosintética del hemo. La porfiria cutánea tarda (PCT) es la porfiria más común.

La PCT es causada por la inhibición adquirida de la Uroporfobilinógeno Decarboxilasa (UROD) en el hígado con una función menor al 20% de lo normal y siendo multifactorial con cierta predisposición genética sumado a desencadenantes como alcoholismo, tabaquismo, hepatitis C, VIH y exposición a estrógenos. La prevalencia mundial es de 1 en 10.000 habitantes, mientras que es de 1 en 5000 en Checoslovaquia y 1 en 25.000 en Estados Unidos.

Los órganos más afectados son el hígado y la piel. Las características típicas de la PCT incluyen fotosensibilidad crónica ampollosa, especialmente en dorso de manos y otras áreas fotosensibles, lo que puede provocar infecciones, cicatrices, hiper y/o hipopigmentación.

El diagnóstico se realiza documentando el patrón bioquímico asociado a los incrementos de porfirina en plasma u orina.

Caso: Paciente de sexo masculino de 69 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y esteatosis hepática es derivado para evaluación de infección de piel y partes blandas.

Presenta cuadro clínico de dos años de evolución, caracterizado por la aparición, en brotes, de ampollas tensas localizadas en dorso de manos, antebrazos, abdomen, testículos y miembros inferiores asociadas a prurito y fragilidad que predispone a la impetiginización. A su vez posee mácula hiperpigmentada de contornos definidos que se extiende desde hipogastrio hasta raíz de muslos, bilateral.

Recibe tratamiento con TMS por 5 días, con rescate de SAMR sensible a dicho antibiótico.

Al interrogatorio dirigido refiere consumo crónico de vino y whisky.

El laboratorio evidenció una Hb de 9.3, ESD 37, Ferritina de 481, leucocitos de 9454. Serologías negativas para virus hepatotropos y HIV con hepatograma normal.

Se establecen como diagnósticos diferenciales a la dermatosis: Penfigoide ampollar, líquen ampollar por área interglútea liquenificada, porfiria cutánea por hiperpigmentación cutánea en áreas fotoexpuestas, entre otros.

Con diagnóstico presuntivo de PCT se solicitó determinación de porfirinas en orina de 24 horas y biopsia de piel. El dosaje de porfirinas en orina fue de 290 ug/24 horas (VN 2 a 160) y la concentración sérica de porfirinas fue de 152 (VN 2 a 75).

Inicia tratamiento con Hidroxicloroquina con mejoría sintomática y seguimiento con Dermatología y Hepatología.

Comentario:

Conclusión: La sospecha diagnóstica temprana es crucial en contexto de advertir la presencia de los factores de riesgo y de lesiones dermatológicas típicas, con o sin alteración del hepatograma.

Según la evidencia, los cambios en los factores de riesgo por sí solo no son suficientes para la remisión pero pueden acelerar la respuesta a la Hidroxicloroquina y prevenir las recurrencias.

La expectativa de vida se espera que sea normal en ausencia de enfermedad hepática avanzada o carcinoma hepatocelular.

PC-03-17 // HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA INDUCIDA POR COLISTIN

BIZZOTTO, P.; LEFF, D.; MORENO, M.; ALHADEF, M.; GONZALEZ, M.; BROSIÓ, D.

Hospital Tornu. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Colistin y otras Polimixinas son antibacterianos usualmente reservado para infecciones multiresistentes de uso reservado por sus efectos adversos. La hiperpigmentación cutánea inducida por polimixinas es uno de ellos aunque de escaso reporte. Aquí presentamos un caso de un paciente cursando cirrosis de origen desconocido que presentó Hiperpigmentación cutánea inducida por Colistin en contexto de infección intranosocomial.

Caso: Paciente de 62 años que ingresó a servicio de clínica médica para estudio de cirrosis de origen desconocido.

Como antecedentes el paciente refiere Diabetes tipo 2, ACV, HTA, Dislipemia, colecistectomizado. Se realizaron estudios por imágenes que descartaron procesos neoplásicos hepáticos, y perfil reumatológico que descartó patología autoinmune. Durante su internación el paciente evolucionó con progresión de insuficiencia hepática, con desarrollo de síndrome ascítico edematoso. Intercurre como complicación con cuadro infeccioso de origen incierto con rescate de acinetobacter Baumannii multiresistente en hemocultivo. Por lo que inicia tratamiento con Colistin. Dicho tratamiento fue suspendido el octavo día de tratamiento por presentar nefrotoxicidad. 48hs posteriores a la suspensión del tratamiento desarrolla hiperpigmentación cutánea en área facial y palmas. Fue evaluado por endocrinología realizando perfil tiroideo que resultó normal. El paciente evolucionó desfavorablemente con progresión de insuficiencia hepática e intercorre con cuadro infeccioso de origen no determinado que desencadenó el deceso del paciente.

Comentario: Las polimixinas son un grupo de antibacterianos producidos en la naturaleza por la bacteria *Paenibacillus polymyxa*. En este grupo se encuentran la Polimixina B, y la Polimixina E, comúnmente llamada Colistin. Estos dos antibióticos son de similar estructura y espectro. Pero difieren en sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas.

Entre los efectos adversos de este grupo, la hiperpigmentación cutánea sólo a sido reportada asociada al uso de polimixina B como un efecto adverso raro. Aunque un estudio prospectivo de 249 pacientes describe una incidencia del 8% de este efecto adverso. No hemos hallado reportes de hiperpigmentación cutánea asociada a Colistin. Por tratarse de fármacos de similar estructura química, la hiperpigmentación cutánea podría también desarrollarse en pacientes bajo tratamiento con este fármaco. Se presume que el mecanismo subyacente yace en la liberación de histamina que produce este fármaco, y a el conocido efecto melanogénico que posee.

Conclusión: La hiperpigmentación cutánea inducida por colistin es un efecto adverso no descrito bajo su prospecto. Aunque sí ha sido descrita por una droga de similar estructura química. Se realizó una búsqueda electrónica en PubMed donde no se identificaron reportes de caso previos. Se presenta el caso de un paciente que desarrollo hiperpigmentación cutánea inducida por colistin ya que representa una asociación rara, o poco denunciada.

PC-03-18 // PACIENTE CON ESCLEROMIXEDEMA EXPRESADO CON CUADRO NEUROLÓGICO

LA VIOLA, M.; CAPDEVILLE, S.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: Escleromixedema es una entidad inusual de patogenia incierta que consiste en una dermopatía generalizada asociada a gammapatía monoclonal. Se presenta en adultos, sin predilección por edad o género, es de curso crónico, progresivo e impredecible, y puede tener diversas repercusiones sistémicas.

Las lesiones cutáneas consisten en pápulas céricas o placas induradas. Los niveles de paraproteína no suelen correlacionarse con la severidad del cuadro. Entre las posibles manifestaciones neurológicas, siendo también uno de los eventos más letales vinculados a esta enfermedad, está el síndrome dermato-neurológico, un cuadro de fiebre y convulsiones frecuentemente precedido por síntomas pseudogripales.

Caso: Paciente de 66 años. Como antecedente presenta lesiones esclerodermiformes (placas eritematosas) de 1 año de evolución. Iniciaron en manos, se extendieron a miembros y posteriormente surgieron en rostro, agregando dificultad motriz, hiperestesias distales, microstomía. Biopsia de piel informa hallazgos histológicos vinculables a granuloma anular. Laboratorio evidencia una banda monoclonal (0,77) tipo Inmunoglobulina G lambda. Descartado el diagnóstico de Esclerodermia (por serología y capilaroscopia no compatible), pasa a sospecharse un cuadro paraneoplásico. En ese contexto, acude a la guardia por presentar cuadro febril de 10 días de evolución asociado a diarrea y deterioro de estado general. Laboratorio con parámetros de inflamación y deshidratación. Se interna interpretándose como sepsis a foco abdominal. Intercurre con cuadro compatible con insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de fibrilación auricular paroxística, a lo que agrega posteriormente un foco neurológico motor con paresia facio-braquio-crural derecha asociado a afasia mixta. Recuperación ad integrum en 3 minutos. Repite tales episodios, con pródromos (parestias distales). Tras reiteradas imágenes (Tomografía computada de cerebro) sin evidencia de lesiones y Ecocardiograma transesofágico sin hallazgos de trombos intramurales, se descarta origen cardioembólico. Se inicia tratamiento anticomunal a modo preventivo pero Electroencefalograma posterior no evidencia descargas anómalas. Líquido cefalorraquídeo: hiperproteinorraquia aislada y presencia de componente monoclonal. Inicia tratamiento con Glucocorticoides, evolucionando con franca mejoría de la dermatosis y sin presentar nuevos eventos neurológicos. Por dolor y rigidez en pequeñas articulaciones al descender las dosis, se decide comenzar con infusiones de Gammaglobulina endovenosa.

Comentario: Se presenta un caso que describe la presentación típica de una enfermedad fuera de lo común y difícilmente tenida en cuenta como diagnóstico diferencial.

Conclusión: En contexto de clínica de Escleromixedema, los eventos neurológicos de curso fluctuante, sin evidencia de sustrato cardioembólico ni lesiones cerebrales en estudios por imágenes, y asociados a síndrome febril agudo, se interpretan como síndrome dermato-neurológico.

PC-03-19 // RITUXIMAB UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA EN PENFIGO VULGAR

HINOJOSA NOGALES, C.; VALDA DUARTE, E.; GUZMAN ORTIZ, H.; SUAREZ, D.; GRASSANO, A.; BASABE, M.; BASILI, L.; LYSHOLM, N.; ROMERO TEVEZ, J.; PIÑERO, O.
Hospital Higa Gandulfo. Villa Crespo Capital Federal, Argentina.

Introducción: El pénfigo vulgar es una enfermedad ampollosa crónica de origen autoinmunitario relacionada con factores genéticos y ambientales. Es secundaria a la producción de autoanticuerpos IgG contra la región amino terminal de las desmogleínas 1 y 3 que causan acantólisis y formación de ampollas. Puede afectar la piel, las mucosas y, ocasionalmente, las láminas ungueales. Se distingue por la aparición de vesículas flácidas de rotura fácil, costras y erosiones. El diagnóstico se basa en la clínica, histopatología e inmunofluorescencia directa o indirecta. Y tratamiento son los corticoides orales junto con coadyuvantes como azatioprina, ciclofosfamida, micofenolato mofetil y rituximab.

Caso: Paciente masculino de 39 años de edad de nacionalidad boliviana de ocupación albañil con antecedentes de diagnóstico de pénfigo vulgar en el año 2015 en tratamiento con Meprednisona 60 mg día Azatioprina 50 día múltiples internaciones en sala de clínica médica por reagudización de su misma enfermedad, quien ingresa a sala de internación de clínica médica del hospital Gandulfo, por reagudización de su pénfigo vulgar, por presentar cuadro de 2 semanas evolución, caracterizado por registros febriles de 38 grados, con aparición de nuevas lesiones ampollares, en regiones axilares, inguinales dorso anterior y posterior, región de cuello, lóbulo de las orejas, asociado a secreciones seropurulentas con signo de nikolsky positivo.

Paciente inicia meprednisona 150 mg día, azatioprina 100 mg día, vancomicina 1gr c/8 hrs, ceftazidima 2 gr c/8 hrs, jarabe de morfina 5% 1ml c/4 hrs.

Como se puede observar se inició tratamiento inmunosupresor para el pénfigo, antibiótico terapia por las lesiones sobre infectadas.

Paciente presenta mala evolución de la lesiones con la aparición de nuevas lesiones día a día, se sube dosis de corticoides más coadyuvantes, sin mejoría del cuadro y estado del paciente, se decide en forma conjunta con servicio de dermatología e infectología realizar pulsos de inmunosupresores. Realiza pulsos de rituximab evaluando los efectos secundarios del medicamento.

Comentario: En el tratamiento del pénfigo vulgar el rituximab es una de las primeras elecciones después que el paciente haya realizado tratamiento vía oral con corticoides, y sin presentar buena mejoría se decidió realizar pulsos en este caso de rituximab presentando una mejoría notable.

Conclusión: Se concuerda con la terapia farmacológica, la elección del tratamiento debe basarse en la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico, en factores propios del paciente, como la edad, estado general de salud o padecimientos preexistentes, y en las características del fármaco, como: inicio de acción, nivel de recomendación, calidad de evidencia, efectos adversos y costo, como se vio en el caso clínico nuestro paciente ya presentaba tratamiento con corticoides más coadyuvantes manejado externamente, que no presentaba mejoría.

Requirió pulsos de rituximab donde hubo una mejoría notable de las lesiones.

PC-03-21 // UN TIPO INFRECIENTE DE MELANOMA

ETCHEMENDI, M.; BASSO, V.; ALMADA, M.; LEWIN, m.; GENTILE, S.; PIEROTTI, F.; CHERJOVSKY, M.
Hospital Municipal Ramón Santamarina. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los melanomas de la mucosa son raros y representan aproximadamente el 1% de todos los melanomas. El melanoma de esófago tiene una frecuencia estimada del 0,1 al 0,2% de las neoplasias de esófago, con un total de 337 casos reportados al año 2011. Se presenta en la 6ª-7ª década de vida, con una relación hombre:mujer 2:1. La localización más común es en el tercio medio/inferior del esófago (90%). El 41% presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico con un pronóstico de sobrevida a los 5 años de 2,2%. El síntoma de presentación más común es la disfagia (73%), seguido de pérdida de peso, dolor retroesternal y por último hemorragia digestiva alta (10%).

Caso: Paciente de 77 años con antecedentes de adenocarcinoma mucinoso infiltrante de ciego con ganglios negativos en año 2000 con hemicolectomía derecha y quimioterapia con 5-fluoracilo/leucovorina; 2003 adenocarcinoma de colon infiltrante con ganglios positivos con hemicolectomía izquierda con mismo esquema quimioterápico; suboclusión intestinal 2005 de resolución quirúrgica, adenoma de próstata RTU 2006.

Consulta por disnea clase funcional III, astenia y adinamia de una semana de evolución, asociado a episodios de melena.

Al examen físico regular estado general, adelgazado, palidez cutáneo mucosa, normotenso y taquicárdico. Dentro de los exámenes complementarios, laboratorio con anemia microcítica (hematocrito 22%, hemoglobina 6.8 mg/dl) con resto de las series conservadas, coagulograma, función renal y hepática normales. Videoesofoscopia digestiva alta (VEDA) polipo en esófago medio/inferior con sangrado activo.

Se realizó transfusión de glóbulos rojos y permaneció estable hemodinámicamente durante la internación. Anatomía patológica: melanoma mucoso ulcerado epitelioide pigmentado de esófago con compromiso de capa muscular y angioinvasión, sin márgenes libres.

Fue evaluado por Dermatología con examen de cuerpo entero sin lesiones de características dermatoscópicas malignas, por lo que se asume Melanoma primario de esófago.

Se solicitaron imágenes por tomografía para estadificación, con evidencia de imágenes nodulares hipodensas en hígado y adenomegalias retroperitoneales.

El paciente decide no realizar tratamiento.

Comentario: Se presenta este caso por la rareza de la enfermedad y su forma infrecuente de presentación.

Conclusión: El melanoma maligno primario de esófago, es un tumor muy raro, de comportamiento agresivo y pobre pronóstico. Generalmente se diagnostica en estadios avanzados. Se presenta mayormente como una masa polipoidea, ulcerada, de gran tamaño, friable y de coloración variable. El único tratamiento que ha demostrado mejorar la supervivencia es la esofagectomía con disección de nodulos linfáticos regionales en lesiones resecables. La quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia no tienen un rol definido y juegan un papel paliativo si la cirugía no es posible. Por lo que la única manera de mejorar la sobrevida y el pronóstico es la detección de las lesiones neoplásicas en estadios tempranos.

PC-03-20 // SÍNDROME SAPHO: A PROPÓSITO DE UN CASO

GAMARRA, J.; SOLA, M.; CALDAS, M.; MARTINEZ, M.; GARCÍA, R.; BUSO VANRELL, A.; GIARDULLO, C.; VILLAVERDE, M.
Hospital Nacional Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome SAPHO (acrónimo: Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis, Osteítis) es una enfermedad autoinflamatoria caracterizada por la presencia de manifestaciones musculoesqueléticas y dermatológicas. La lesión osteomuscular más frecuente es la que compromete la pared torácica, y la dermatológica, las pústulas. El síntoma principal es el dolor. Es considerada una enfermedad rara, aunque su prevalencia está subestimada. Este síndrome puede presentarse en cualquier momento de la vida y predomina en el sexo femenino.

Caso: Mujer de 28 años, que acude por presentar dolor intenso e invalidante a nivel de hombro derecho y esternoclavicular, que no cede con AINES de 3 meses de evolución. Posteriormente agrega lesiones pustulosas palmoplantares. Se realizan radiografía de tórax: normal; TAC de cuello y tórax: Sin alteraciones a nivel osteoarticular, 2 nódulos pulmonares menores a 2 cm, imagen con densidad aérea paraesofágica; RMN: cambios inflamatorios en articulación esternoclavicular bilateral, a predominio derecho; ecografía de articulaciones esternoclaviculares: en relación a dichas corticales importante irregularidad periarticular a predominio de la superficie externa y del lado derecho, reacción periostica, distensión de la cápsula articular con líquido y detritus de aspecto ecogénico; Centellograma: perfusión aumentada a nivel de la articulación esternoclavicular bilateral, pool vascular aumentado en la misma localización, hipercaptación focal patológica de la articulación esternoclavicular bilateral a predominio derecho, se evidencia la imagen característica llamada "cabeza de toro". En el laboratorio presenta leucocitosis leve, VSG 43 mm, PCR 2.6 mg/dL, resto s/p. Biopsia de piel: pendiente. Interpretándose como síndrome SAPHO, se inicia meprednisona 20 mg/día con mejoría del dolor y de las lesiones palmoplantares.

Comentario: Reportamos este caso clínico debido a la baja frecuencia con que se presenta esta patología. El diagnóstico es clínico y radiológico. Se cree que la etiología del síndrome se origina en personas genéticamente predispuestas que presentan disregulación autoinmune debido a una exposición previa a algún agente infeccioso.

Conclusión: Las enfermedades poco frecuentes son de difícil diagnóstico y la demora en el mismo lleva a las múltiples consultas. La presentación clínica del síndrome SAPHO es variada con manifestaciones dermatológicas y osteoarticulares que se pueden presentar de manera simultánea, sucesiva o aislada. No existe un tratamiento universal recomendado. Esta enfermedad debe tener un enfoque multidisciplinario con la participación de médicos clínicos, reumatólogos, dermatólogos e imagenólogos.

PC-03-22 // SÍNDROME DE DRESS POR CARBAMAZEPINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

PALOMBI, M.; SANCHEZ, R.; MARTÍNEZ, A.; ALZUGARAY, M.; ZANUTTINI, J.; CECCHETTO, M.
Hospital Central De Reconquista. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Síndrome de DRESS (Drug Rash Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción de hipersensibilidad a drogas grave, rara y sistémica, que no muestra relación con la dosis y cuya patogenia se desconoce. Se encuentra asociada a antiepilépticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, lamotrigina), alopurinol, dapsona y sulfonamidas.

En Argentina no existen estadísticas; en la población general el riesgo varía entre 1:1.000 a 1:10.000 de individuos expuestos.

Mortalidad del 10 al 30 %, siendo la falla hepática la causa.

Caso: Mujer de 49 años con antecedente de HTA, DM 2 y Epilepsia, medicada con Losartán, Metformina y Carbamazepina (1 mes), comienza 1 semana previa con cuadro de exantema descamativo pruriginoso, por el cual consultó, recibiendo tratamiento sintomático. Ingresó febril, con placas eritematosas maculopapulosas morbiliformes en tronco y miembros, conjuntivitis, adenopatías. Laboratorio: anemia, eosinofilia, alteración hepática y renal. Hemocultivos (2, negativos), HC, HB, HIV, VDRL no reactivos y orina con parámetros de Necrosis Tubular Aguda, FAN, ANCA's, CMV, VEB negativos. Se interpretó como Síndrome de DRESS, en conjunto con Neurología se rotó a Levetiracetam. Se inició corticoide sistémico. Evolucionó con nuevo registro febril al 5º día. Laboratorio, sin cambios. Nuevos hemocultivos (2/2 SAMR), urocultivo (SAMR). Se indicó Vancomicina (4 días) y luego Clindamicina según antibiograma (10 días), negativizando hemocultivos y ecocardiograma sin alteración. Evolucionó favorablemente con normalización del laboratorio.

Comentario: Las reacciones de hipersensibilidad a la carbamazepina no son dosis-dependiente, por lo que son inherentes al huésped.

La clínica aparece a las 2-8 semanas.

Suele iniciar con fiebre, lesiones maculares eritematosas, morbiliformes en cara, tronco y extremidades que evolucionan a pápulas confluentes y pruriginosas. Se destaca el edema facial, manos y pies.

Afectación de las mucosas es poco frecuente.

El compromiso sistémico incluye adenopatías, afectación hepática y renal. Otras: pulmonar, cardíaco, articular, meníngeo, alteraciones hematológicas (anemia, linfocitos atípicos y eosinofilia).

Lo fundamental es suspender fármaco y administrar esteroides.

Está contraindicado los antibióticos empíricos o AINES, porque puede exacerbarse el cuadro.

Nuestra paciente no presentó mejoría hasta suspensión del fármaco. A pesar de complicar con bacteriemia por SAMR, tuvo buena evolución.

Conclusión: A pesar de su baja prevalencia, en el síndrome de DRESS, es prioritario el diagnóstico temprano ya que los casos tardíamente diagnosticados tienen alto grado de mortalidad (10 -30%). Es clínico y debe sospecharse en pacientes que reciben anticonvulsivantes. La morbilidad disminuye con la suspensión precoz del fármaco junto con la administración temprana de esteroides, las medidas de soporte de acuerdo con los órganos comprometidos, la estricta vigilancia y evitando la reactividad cruzada en caso de necesitar adicionar otra droga para reemplazar el tratamiento.

PC-03-23 // PIODERMA GANGRENOZO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

ALVAREZ, F.; CASTRO, P.; CORTEZ, P.; ESCOBAR, M.; GONZALEZ, S.; GULO, M.; MERCIAL, V.; RIOS, J.;

RODRIGUEZ RUEFF, V.; VIDELA, H.

Sanatorio Julio Mendez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es considerado una enfermedad autoinmune infrecuente, su incidencia es de 3 a 10 casos por millón de habitantes. Se desconoce el desencadenante que inicia la cascada de activación. Las principales entidades asociadas son la enfermedad inflamatoria intestinal, las artritis inflamatorias y las enfermedades linfoproliferativas, aunque pueden presentarse en forma primaria o asociadas a síndromes genéticos. Es una dermatosis neutrofílica caracterizada por la aparición de úlceras cutáneas de bordes necróticos, dolorosas, de evolución crónica y recurrente. Una manifestación característica en la mayoría de los pacientes es el fenómeno de patergia. La terapia combinada consistente en tratamiento tóxico y sistémico, siendo de primera línea los glucocorticoides; así también como tratamiento de la enfermedad de base en caso de estar presente.

Caso: Varón de 74 años con antecedentes de HTA, FA, IC C F II-III con colocación de 3 stents, ex tabaquista; refiere picadura de insecto en MID cuatro meses previos a la consulta. Concurrió al Servicio de Cirugía Vascular por presentar úlcera en MID de cuatro meses de evolución asociado a dolor de difícil manejo. Al examen físico pulsos periféricos positivos y simétricos hasta pedios, sensibilidad conservada, úlcera en MID de 20 cm de longitud que abarca la totalidad de la circunferencia de la pierna, bordes irregulares, fondo sañosos, sectores con costras hemáticas y necróticas. Eco-doppler arterial de MMII que evidencia alteraciones parietales significativas con flujo monofásico del MID, se decide internación para control del dolor y continuar estudios. Se realiza angio-TC de aorta tóraco-abdominal y MMII que informa calcificaciones parietales dispersas que no modifican significativamente los diámetros vasculares descartándose el origen vascular de la úlcera. En pesquisa de otras causas de úlceras se solicita proteinograma electroforético, ESD, PCR, Beta2 microglobulina, FR, C3 y C4, crioglobulinas, ANCAp y ANCAc y serologías virales siendo las mismas negativas. Se realiza biopsia que evidencia dermatitis nodular e intersticial con predominio de neutrófilos con ulceración epidérmica y depósito fibrino-leucocitario; se inicia corticoterapia sistémica oral con adecuada respuesta.

Comentario: El diagnóstico de PG es de exclusión; el hallazgo histopatológico de infiltración neutrofílica es característico pero no patognomónico por lo que se prioriza la presentación clínica y la respuesta al tratamiento instaurado.

Conclusión: Hasta el 70% de los casos de PG se asocian a otras entidades, incluso pudiendo predece-derlas, por lo tanto se debe realizar seguimiento y pesquisa de éstas por al menos dos años de manera exhaustiva. Presenta una elevada morbimortalidad por el alto riesgo de infecciones y desarrollo de carcinoma. A pesar de que la etiopatogenia no es clara existe una amplia gama de tratamientos. El manejo interdisciplinario de esta enfermedad optimiza su terapéutica.

PC-03-25 // PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO

RUF, M.; ROSA, J.; ANDRESIK, D.; MURUJOSA, A.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: El pénfigo paraneoplásico (PNP) es un trastorno ampollar poco común caracterizado por estomatitis extensiva y hallazgos cutáneos variables con exantemas multiformes y ampollas acan- toliticas suprabasales. Los hallazgos clínicos clave son el desarrollo de mucositis erosiva dolorosa y erupción cutánea polimorfa en contexto enfermedad neoplásica. Se relaciona más frecuentemente con Linfoma no Hodgkin, Leucemia linfocítica crónica y Enfermedad de Castleman.

Los estudios complementarios utilizados son biopsia de piel o mucosa afectada para microscopía óptica, inmunofluorescencia directa e indirecta en epitelio de vejiga de rata que resulta útil para diferenciar PNP de pénfigo vulgar.

El PNP suele progresar independientemente de la neoplasia subyacente. Para el tratamiento se sugiere, además de tratar la neoplasia subyacente, iniciar con dosis altas de corticoides sistémicos y rituximab. Puede agregarse agente inmunosupresor o IgG como inmunomodulador adicional.

Tradicionalmente el pronóstico se creía ominoso, con alta mortalidad. Estudios más recientes mues- tran una supervivencia más alentadora.

Caso: Mujer de 67 años en seguimiento ambulatorio por dermatología por lesión en labio superior y estomatitis de 2 meses con serología positiva para herpes simplex tipo 1, sin respuesta a tratamiento con aciclovir. Se realizó biopsia de lesión labial diagnosticándose pénfigo. La IFI resultó positiva en vejiga de rata, dato sugestivo de pénfigo paraneoplásico. Presentaba además lesiones en mucosa nasal y vulvar que comenzaron un mes y medio luego de la estomatitis.

Se interna para búsqueda de tumor subyacente. Se realizaron serologías virales no reactivas. Tomografía abdominopelviana evidencia tejido de partes blandas en uréter izquierdo que luego mostró aumento de captación en PET. Se completó estudio con RMN abdominopelviana que informo tejido con componente celular englobando dicho uréter sin uronefrosis. Se realiza ureteroscopia sin evi- dencia de proceso neoplásico. Se procede por laparoscopia a reseca la lesión, que consistía en tejido linfóide. Mientras tanto, la paciente evolucionó con progresión de las lesiones en piel que comprometieron gran parte de la superficie corporal y mucosas, con mala tolerancia al dolor. Se inició tratamiento con 3 pulsos de metilprednisolona y 3 ciclos de gammaglobulina endovenosa. Continuó con meprednisolona y rituximab. Evolucionó con mejoría parcial de las lesiones. por lo que realiza nuevo ciclo de gammaglobulina y Rituximab.

Actualmente en tratamiento con corticoides a altas dosis y mejoría significativa de las lesiones en piel. Persisten algunas erosiones en mucosa oral. Sin lesiones nuevas.

La anatomía patológica descarta enfermedad oncohematológica.

Comentario:

Conclusión: El PNP es una enfermedad poco frecuente, con pronóstico poco alentador, que suele diso- ciarse de la enfermedad neoplásica de base de manejo difícil y aún controvertido. Es importante un enfoque multidisciplinario para el abordaje de este tipo de pacientes.

PC-03-24 // MORFEA LINEAL

GREGORIO, C.; VOGL, P.; CUJA, D.; SCHUBERT, A.; REARTES, C.; ANDRADE, R.; CARRIZO, E.; GENERO, M. Juan XXII. Río Negro, Argentina.

Introducción: La morfea o esclerosis localizada es un trastorno fibrosante poco frecuente que com- promete piel, incluyendo la hipo dermis y puede comprometer los tejidos subyacentes, como fascias, músculo y hueso. En algunos casos, cuando se presenta en rostro o cuero cabelludo, puede afectar al sistema nervioso central. La incidencia de morfea es de 0,4 a 2,7 por millón de personas. La relación hombre: mujer es de 1:2 a 1:3. La duración de la enfermedad clínicamente activa suele ser de 3 a 6 años. La progresión a la esclerosis sistémica es excepcional. La expectativa de vida en estos pacien- tes no difiere de la de la población general.

Caso: Paciente de sexo masculino de 75 años de edad con antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial. Curso internación en sala general de clínica médica por celulitis facial herpética. Al examen físico a su ingreso se observa lesión hemifacial derecha en diferentes estadios evolutivos con costras y vesículas necróticas y compromiso de la mucosa del labio inferior ipsilateral, así mismo se evidencia lesión delimitada hemifacial izquierda a predominio frontal para mediana, se asocia con atrofia hemifacial ipsilateral, con cambios mínimos en la pigmentación, resto del examen físico sin dato relevante. Durante su internación se realiza terapéutica dirigida al herpes con compromiso facial y neuralgia del trigémino, con evolución clínica terapéutica favorable. En el re interrogatorio dirigido describe lesión hemifacial izquierda de aproximadamente 40 años de evolución de forma progresiva por lo que ante la sospecha de síndrome de morfea se solicita como elemento de apoyo diagnóstico anticuerpo antiesclero 70 y anticuerpo antientromero con resultados negativos, concluyendo a esclerodermia localizado lineal.

Comentario: Comunicar un caso de esclerodermia localizada lineal en un adulto mayor y contribuir a un diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología.

Conclusión: Presentamos un caso clínico de esclerosis localizada de tipo lineal luego de 40 años de su presentación inicial, valorando así la relevancia de investigación respecto a la esclerodermia. Se debe destacar que sus cuidados implica un manejo interdisciplinario.

PC-03-26 // SÍNDROME DE SWEET: UN CASO IDIOPÁTICO

ZIEGLER, J.; REY LOPEZ, A.; MARINO, G.; PALTÍ, F.; CONDORI MENDEZ, M.; BARMAN, A.; NARDELLI, M.; DE

LA CAL, J.; CAÑÓN, R.; PATERNINA LOBO, D.

Higa Eva Peron San Martín. Bs. As., Argentina.

Introducción: El síndrome de Sweet (SS) o dermatosis neutrofílica aguda febril es una entidad sisté- mica, poco frecuente, de etiología desconocida. Se caracteriza por el comienzo brusco de fiebre, leu- cocitosis y la aparición de lesiones cutáneas eritematosas dolorosas, típicamente pápulas, nódulos, placas y/o pseudovesículas, de distribución asimétrica, frecuentemente en MMSS, cuello y cara. Los hallazgos histológicos muestran infiltrado dérmico neutrofílico sin vasculitis.

Caso: Paciente de 38 años sin antecedentes de importancia, niega toma de medicación habitual o alergia. CVAS, astenia, adinamia y fiebre de 72 hs de evolución. Al ingreso lesiones pseudovesicula- res, eritematosas, pruriginosas, dolorosas, quemantes en MMSS y MMII, artralgias de rodillas y muñeca derecha, epiescleritis bilateral. No presenta evidencia de enfermedades asociadas.

Ex. complementarios: Leucocitosis con neutrofilia, VSG 70 mm, PCR 57, C3-C4 DLN; FAN, HIV, HBV, HCV y VDRL: negativos. Rx de tórax: s/p. Biopsia cutánea: dermatitis difusa a predominio neutrofílico sin vasculitis leucocitoclástica. Inicia tratamiento con prednisona (1mg/kg/día) con buena respuesta clínica. Se completa descenso de manera progresiva sin complicaciones. No ha recurrido hasta la fecha.

Comentario: El SS se clasifica en: Clásico o idiopático, inducido por drogas y asociado a enferme- dades malignas (20%), las hematológicas representan 85% y los tumores sólidos 15%. La forma clásica predomina en mujeres (3:1), de edad media. El cuadro suele ser precedido por una infección inespecífica del tracto respiratorio, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal o embarazo. Su forma de presentación es característica y se describen la afectación articular en forma de artralgias, menos frecuentemente artritis y ocular en forma de conjuntivitis o epiescleritis como en nuestro caso. Histológicamente se observa edema en dermis papilar e infiltrado difuso y denso de neutrófilos sin vasculitis. El tratamiento de primera elección son los corticoides sistémicos.

Conclusión: Se presenta el caso de una paciente con sospecha clínica de SS, sin evidencia de enfer- medades inmunológicas o neoplásicas asociadas, biopsia de lesión cutánea con infiltrado neutrofílico, cuyo diagnóstico se confirmó por cumplir con 2 criterios mayores y tres menores.

Destacamos la importancia de una estrecha correlación clínico-patológica, ya que ni los signos clíni- cos ni los cambios histológicos de forma aislada son patognomónicos de la enfermedad.

PC-03-27 // MELANOMA MALIGNO EN ADULTO JOVEN. REPORTE DE UN CASO.

CACERES BENITEZ, T.; CASTRO, A.; FERNÁNDEZ, G.; CALDEROLI, I.; FALCON, J.; CRISTALDO, N.
Hgl. Luque, Paraguay.

Introducción: El melanoma maligno es un tumor potencialmente letal que surge a partir de los melanocitos epidérmicos y menos frecuente a partir de los melanocitos dérmicos. Un aspecto peculiar del melanoma y es la presentación de pacientes con metástasis y sin un tumor primario conocido, lo cual en un estudio representó el 4, 8 % de todos los melanomas. Este tumor es más frecuente que se disemine hacia áreas no viscerales como la piel, tejido subcutáneo, y ganglios linfáticos alejados, hasta en el 57 % de los casos

Caso: Acude al servicio paciente de sexo masculino de 26 años con historia de 8 meses de evolución que inicia con aparición de tumoración en región infra auricular no dolorosa, 6 meses después aparecen tumores de diferentes tamaños en cuello, región anterior y posterior del tórax, abdomen y miembros inferiores, refiere sensación febril esporádica sin predominio de horario, ligera pérdida de peso 5 kilos, además de dolor lumbar de 12 horas de evolución. Al examen físico FC: 78 lpm FR: 19 PA: 120/80 mmHg. T: 37.7 °C, múltiples ganglios de consistencia duro elástica, no doloroso en cuello, tórax, abdomen y miembros inferiores de entre 0.5 cm y 5 cm de diámetro, y en piel equimosis en región abdominal y lumbar. Laboratorio GB: 9700, N 72%, L 22%, HB: 12.5, Pla: 290.000, Test rápido para VIH: no reactivo, VDRL: no reactivo, se decide internación, se realiza biopsia ganglionar, 24 horas después del ingreso el paciente presenta paresia progresiva de miembros inferiores con afectación de esfínter vesical progresando a plejía en 12 horas durante su internación. Al re interrogatorio el paciente refiere haber presentado lesión hiperpigmentada en región pre auricular que fue biopsado (3 años atrás) pero sin recibir tratamiento alguno después a la resección. Resultados de estudios de imagen: RX de tórax se muestran opacidades múltiples en región hilar, Barrido tomográfico: múltiples imágenes redondeadas hiperdensas en pulmón, Biopsia ganglionar se observa proliferación melanocítica atípica maligna, se realiza tratamiento paliativo

Comentario: El melanoma metastásico se manifiesta inicialmente en forma de nódulos pigmentados que aparecen en torno al lugar de la excisión de la lesión primaria. Las metástasis remotas precoces ocurren por vía linfática y el primer signo puede ser una linfadenopatía regional.

Conclusión: En nuestro paciente con el antecedente de lesión pigmentada en región pre auricular que fue tratado quirúrgicamente y no estudiado desde el punto de vista histopatológico se asocia a una alta morbilidad y mala calidad de vida debido a su comportamiento agresivo por su alto riesgo de metástasis nodal regional y a distancia. Esto demuestra una vez más que la detección temprana de lesiones nos brinda la posibilidad de un diagnóstico precoz y a su vez la utilización de una terapéutica adecuada y la prevención de las lesiones metastásicas

PC-03-29 // LOS SECRETOS DE LA PIEL, ABRIENDO EL CAMINO HACIA LA ASOCIACION DE ENFERMEDAD CELIACA Y SINDROME DE TURNER

GOMEZ, S.; LOGIUDICE, A.; PINCINI, L.; BERTOLA, J.; DEGIOANNI, L.
Nuevo Hospital Río Cuarto. Córdoba, Argentina.

Introducción: La Dermatitis herpetiforme (DH) es una enfermedad autoinmune poco frecuente, con una incidencia en Europa del Norte que varía entre 11.5 y 75 personas de cada 100.000. La enfermedad celiaca (EC) es más frecuente, con una incidencia en Europa de aproximadamente 1%. La DH está infra diagnosticada. El motivo puede deberse a varios factores. Por un lado, la apariencia vesiculosa y el prurito pueden hacer que se confunda con enfermedades dermatológicas más frecuentes. Además debido al rascado predominan las excoriaciones y erosiones. Por otro lado al ser una enfermedad que cursa en brotes a veces el paciente cuando acude al especialista no presenta lesiones típicas. Los síntomas gastrointestinales solo están presentes en cerca del 20% de los pacientes eso hace que además la EC subyacente pase desapercibida.

Caso: Paciente femenina 51 años, app Síndrome de TURNER, Hipotiroidismo, Tiroiditis de Hashimoto Celiacía, que consulta por Lesiones eritematosas, descamativas maculares con algunas lesiones pustulosas pruriginosas y dolorosas de 1 año de evolución, respetan palmas, plantas y cede con difenhidramina. Lbt: 13100 gb, 2%eo, got-gtp y fr normal. Vsg 50. Serología viral, ppd, serología autoinmune neg. Bx dermatitis herpetiforme, se comienza con tratamiento con Dapsona, remisión de los síntomas a los 40 días, resolución del cuadro a los 6 meses. Actualmente asintomática.

Comentario: El síndrome de Turner (ST) es un trastorno genético causado por la ausencia completa o parcial de un cromosoma X, con o sin mosaicismo, que afecta aproximadamente a 1/1.500-2.500 recién nacidas vivas siendo más infrecuente en América Latina incidencia aproximada de 1/3000-5000 en el 99% de los casos el aborto espontáneo se produce generalmente durante el primer trimestre del embarazo, lo cual representa el 7% a 10% del total de. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentra la talla baja, pudiendo aparecer esta de forma aislada o asociada a otras alteraciones fenotípicas. El síndrome autoinmune múltiple (MAS) es una condición caracterizada por tres o más trastornos autoinmunes en un mismo individuo. Los pacientes con un trastorno autoinmune único tienen un 25% de riesgo de desarrollar otros trastornos autoinmunes. Las mujeres con ST tienen mayor riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal y aproximadamente el 6% presentan ec. Las formas de presentación son muy variables. Las evidencias muestran que en pacientes con ec el riesgo de enfermedad tiroidea es tres veces mayor. Se cree que la coexistencia de la ec y la ec se debe a una predisposición genética común. HLA-DQ2 y DQ8 que están sobrerrepresentados en muchas enfermedades autoinmunes y que están asociados al fenotipo inmunológico puede explicar el vínculo.

Conclusión: es infrecuencia la presentación de este síndrome en nuestro medio, la presentación del caso nos resulta de suma importancia para hacer hincapié en la asociación de enfermedades. Al con el st y su infradiagnóstico.

PC-03-28 // DERMATOMIOSITIS MDA 5 ASOCIADO A TUBERCULOSIS MUSCULAR

DELGADO GAETE, M.; TENTONI, N.; ANDRESIK, D.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La infección activa por tuberculosis es un problema de salud pública, principalmente en países en vías de desarrollo y sigue siendo la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en todo el mundo. La miofascitis tuberculosa primaria es extremadamente rara y se ve principalmente en pacientes inmunodeprimidos. La dermatomiositis es una enfermedad reumática autoinmune sistémica caracterizada por inflamación crónica, que afecta predominantemente a los músculos y la piel y requiere un tratamiento prolongado con inmunosupresores, que puede predisponer a infecciones oportunistas.

Caso: Paciente femenina de 46 años de edad con diagnóstico de dermatomiositis MDA5 y enfermedad pulmonar intersticial en tratamiento corticoideo prolongado, que consulta por dolor, edema y eritema en ambos miembros inferiores a predominio derecho, fiebre y mal estado general de 4 meses de evolución. Se realizó ecografía doppler de miembros inferiores sin evidencia de tromboembolia venosa profunda. Evoluciona con aumento de los signos inflamatorios y mal manejo del dolor con requerimiento de bomba de infusión continua de morfina. Se realiza resonancia magnética de muslo derecho con contraste endovenoso que evidencia compromiso muscular, caracterizado por aumento en la extensión de las áreas de edema intramuscular con acumulación laminar de líquido subfascial. Agrega tos, expectoración y progresión de disnea habitual de clase funcional II a IV. Se efectúa una tomografía de tórax evidenciando infiltrados pulmonares bilaterales en vidrio esmerilado. Se decide tomar muestra por punción biopsia muscular con envío a cultivo y anatomía patológica. Se realiza fibrobroncoscopia y lavado bronquioalveolar con resultado positivo para bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) por reacción en cadena de la polimerasa y cultivo positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*. Inicia tratamiento con Isoniazida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida. Evoluciona con mala mecánica ventilatoria con requerimiento de intubación orotraqueal, con múltiples intercurencias infecciosas y posterior falla multiorgánica.

Comentario: La concurrencia de tuberculosis musculoesquelética con Dermatomiositis ha sido informada en varios reportes. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de tuberculosis musculoesquelética se realizó dentro de los 6 meses de la aparición de Dermatomiositis, como en este caso. Esto demuestra la necesidad de tener un alto nivel de sospecha para iniciar tratamiento en forma oportuna para prevenir complicaciones futuras, dada la posibilidad de desarrollar infecciones oportunistas durante la fase inicial del tratamiento que implica dosis altas de inmunosupresores.

Conclusión: Esto demuestra la necesidad de tener un alto nivel de sospecha para iniciar tratamiento en forma oportuna para prevenir complicaciones futuras, dada la posibilidad de desarrollar infecciones oportunistas durante la fase inicial del tratamiento que implica dosis altas de inmunosupresores.

PC-03-30 // CELULITIS

REARTES, C.; GREGORIO, C.
Juan XXIII. Río Negro, Argentina.

Introducción: Los cuadros clínicos de infecciones de partes blandas constituyen causas frecuentes de morbilidad y en ocasiones de mortalidad en la población en general, pudiendo ocasionar significativas pérdidas relacionado al ámbito laboral y/o familiar. El diagnóstico es clínico, y sólo en situaciones especiales se utilizan exámenes complementarios para confirmarlo. *Streptococcus pyogenes* es el patógeno dominante. El tratamiento antibiótico y las medidas adyuvantes no han variado significativamente en los últimos años. No existe un predominio de género. Puede producirse a cualquier edad, con mayor tendencia en mayores de 60 años. Se produce cuando las condiciones locales favorecen el episodio, donde existen factores predisponentes en el huésped tales como obesidad, edema secundario a insuficiencia venosa crónica u obstrucción linfática, la diabetes y el etilismo.

Caso: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de Diabetes Mellitus dependiente de insulina, con mal control metabólico, y tiroiditis de Hashimoto tratada con levotiroxina. Consulta por guardia externa por dolor de miembro inferior derecho de una semana de evolución. Al examen físico positivo en miembro inferior derecho eritema de gran extensión desde la rodilla hasta región inguinal, flogosis, dolor intenso, edema y choque rotuliano positivo en rodilla derecha, por la que se decide su ingreso por el diagnóstico presuntivo de celulitis en contexto de paciente diabético con mal control metabólico. Estudio de laboratorio reflejan leucocitosis con fórmula desviada a la izquierda, reactivos de fase aguda elevada, hiperglucemia, una ecografía y resonancia magnética nuclear que confirman el diagnóstico de un proceso inflamatorio de partes blandas. Paciente presenta internación prolongada con controles metabólicos de difícil manejo, múltiples abordajes quirúrgicos para drenaje de foco infeccioso con rescate de germen *Staphylococcus Aureus*, en la que responde a tratamiento antibiótico dirigido por antibiograma y al control estricto de su glucemia por insulina basal y correcciones de insulina corriente.

Comentario: Comunicar a través de un caso clínico la importancia del diagnóstico oportuno y control de infecciones de partes blandas en pacientes diabéticos con mal control metabólico.

Conclusión: Las infecciones de partes blandas son muy frecuentes en la comunidad, y cobran relevancia en pacientes con factores de riesgos. Con la presentación de este caso clínico se demuestra lo complejo del manejo de un foco infeccioso en un paciente con diabetes mellitus insulinorequiere con mal control metabólico.

PC-03-31 // ULCERAS ORALES Y GENITALES

GIRAUDO, E.; ERBITI, G.; PERRONE, J.; LANZA, A.; LEO, M.; INTROCASO, L.; GALANTE, M.; SALINAS, M.; GIANNONI, P.
Clínica Centro Médico Privado S.r.l. Junín. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las úlceras orales y genitales representan un desafío diagnóstico. Etiologías benignas y auto-limitadas hasta enfermedades potencialmente grave de compromiso sistémico.

La enfermedad de Behcet es una enfermedad inflamatoria, multisistémica y crónica cuya manifestación principal es la presencia de aftosis oral y genital recidivante.

Caso: Paciente masculino de 51 años de edad con diagnóstico de hipertensión, derivado por cuadro de fiebre, odinofagia y sialorrea con exudado en amígdalas, con cultivo negativo y sin respuesta a tratamiento antibiótico, que agrega lesiones ulcerativas en paladar duro y blando, y borde de la lengua, y lesiones de mismas características en escroto y glándula. Sin adenopatías. Aftas con fondo blanquecino y ribete eritematoso, muy dolorosas.

Laboratorio con leucocitosis con neutrofilia, VES y PCR elevada. Serología para HIV y VDRL no reactiva. Anticuerpos para Enfermedad Celíaca negativa. Función tiroidea normal. Dosaje de vitamina B12 y ácido fólico normales. FAN y FR y ANCA no reactivos. Proteinograma por electroforesis con hipoalbuminemia. Crioglobulinemia negativa. Hepatitis virales negativas.

Inicia tratamiento con aciclovir y corticoterapia con buena respuesta.

Re-ingresa a 48 hs. con abdomen agudo quirúrgico por perforación gástrica con biopsia que evidencia depósito de fibrina con infiltrado inflamatorio mixto sin granulomas ni células atípicas.

Disminución de agudeza visual con fondo de ojo con exudados compatible con vasculitis retiniana, sin uveítis. Prueba de patergia cutánea negativa.

VEDA con erosiones esofágicas superficiales y gástricas y VCC normal.

Biopsia de mucosa yugal compatible con enfermedad de Behcet.

Inicia tratamiento con metilprednisona a 40 mg asociado colchicina 1 mg con resolución de todas las lesiones.

Comentario: La Enfermedad de Behcet es una enfermedad de etiología desconocida, multisistémica, crónica con exacerbaciones y remisiones, que afecta a personas jóvenes.

Las úlceras orales en general son la primera manifestación de la enfermedad en más del 98% de los pacientes y suelen asociarse a úlceras genitales.

El compromiso articular se caracteriza por artralgias y artritis.

La presencia de uveítis anterior o posterior o vasculitis retiniana son las manifestaciones más frecuentes a nivel ocular.

La perforación intestinal, poco frecuente suele afectar íleon distal y ciego.

Las manifestaciones en SNC suelen ser tardías y graves.

El diagnóstico es por criterios clínicos sin estudios específicos (Criterios de Clasificación del Grupo Internacional de Estudios para la Enfermedad de Behcet).

El tratamiento en general se basa en opiniones de expertos y depende de la presentación y la severidad de las lesiones.

Conclusión: La enfermedad de Behcet siempre debe ser tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con úlceras orales y genitales, permitiéndonos instaurar tratamiento precoz evitando compromiso en sitios que pueden ser graves.

PC-04-02 // NECROSIS ÓSEA AVASCULAR DE AMBAS CADERAS, A PROPOSITO DE UN CASO

RODRIGUEZ CABALLERO, A.; JIMENEZ, O.; SOTO, L.; CACERES RINCON, H.; PIÑERES, J.; VEGA, M.;

RODRIGUEZ, M.; CASTAGNINO, J.
Sanatorio De La Providencia. Caba, Argentina.

Introducción: La necrosis ósea avascular, es un trastorno ocurrido por la falta temporal o permanente de irrigación sanguínea al hueso, secundaria a traumatismos, uso de esteroides, colagenopatías, trastornos hematológicos, consumo de alcohol. La magnitud depende del compromiso circulatorio; siendo La cadera la localización más frecuente. Se ha evidenciado que el 5% de los casos de artroplastia total de cadera, son secundarios a necrosis avascular.

Caso: Masculino 39 años, cuadro de lumbociatalgia invalidante de 24 horas de evolución posterior a accidente de tránsito, ocurrido en noviembre 2017; en calidad de conductor, que ocasiona traumatismo en rodilla derecha, negando TEC u otros traumatismos. Se inicia manejo analgésico de forma parenteral continua, durante 10 días, durante esa internación se realiza RMN CLS, protrusión discal L5-S1 posteromedial con desgarro del anillo posterior sin compromiso neuroforaminal. Se decide alta. Reingresa diciembre 2017 por Coxalgia 10/10 e imposibilidad para la flexión de miembros inferiores, acompañado de registros febriles y síntomas urinarios, con urocultivo positivo, para s.marscescens completa atb, en dicha internación, presencia de nuevos registros febriles y hemocultivos x 2 con SCN, se realiza ecocardiograma sin vegetaciones, RMN cadera, sinovitis bilateral con edema óseo, de ambas cabezas femorales y músculos circundantes proximales, de ambos miembros inferiores, se interpreta como sinovitis de cadera vs osteomielitis, requirió múltiples esquemas analgésicos; se decide alta con opiáceos y antibióticos. Evolución tórpida y nueva internación desde enero a mayo 2018; por persistencia de dolor intenso; manejo con goteo de Fentanilo alcanzando dosis mayores a 120 mg/día; así como fiebre, se realiza tac de caderas compromiso de acetábulo y cartilago; RMN edema óseo regiones cervico cefálica de ambos fémures, compromiso mayor del 50% de esfericidad compatible con NOA. Se define manejo en varios tiempos quirúrgicos, la primera intervención colocación de espaciadores a nivel de caderas con toma de biopsia, la cual reporta S. Marscescens, en ambas caderas, tratamiento atb, nueva internación en junio donde se decide programar cirugía de RTC izquierda y en julio RTC derecha. Con rehabilitación satisfactoria hasta el momento.

Comentario: La Osteonecrosis de cabeza femoral; resulta de la muerte de elementos del hueso. Entre los factores causales de necrosis avascular de cabeza de fémur, los traumatismos son la principal causa; secundarios a fracturas y/o dislocación de la cabeza femoral. En muy raras ocasiones la sepsis. Se debe sospechar ante presencia de dolor inguinal que se irradia de modo intermitente hacia muslo. La RMN es la técnica más sensible y específica

Conclusión: Se determina el caso como una coxalgia de difícil diagnóstico y manejo; por las múltiples eventualidades infectológicas y por el mal control del dolor, la cual se resolvió al tomar la decisión de la artroplastia de ambas caderas, en un paciente joven.

PC-04-01 // POLIMIALGIAS GENERALIZADAS

UAUD HERNÁNDEZ, L.; GALVAN, S.; GRANGEAT, S.; MADDALENA, G.; ROA, A.; MELGAREJO, M.
Hospital De Mar De Ajo. La Costa Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Paciente de 69 años que ingresa por presentar ictericia, astenia, adinamia y polimialgias, constatóndose en laboratorio elevación enzimas hepáticas, FAL y CPK, con el antecedente de IAM 30 días antes.

Caso: Paciente de 69 años que ingresa a hta de mar de ajo el día 15/05/18 y pasa a sal de cca médica el 17/05/18 por presentar astenia extrema, adinamia, hiperglucemia, ictericia de piel y mucosas, catarro bronquial, hipotonía y polimialgias generalizadas.

Antecedentes: IAM infero lateral trombolizado 30 días, antes en otra institución, allí en laboratorio previo al alta presentaba elevación leve de TGO y TGP. Antecedentes previos: stress, tabaquismo, activa físicamente, no se sabía diabética, refiere no consumir alcohol o drogas. Desde ese momento esta en tto con; enalapril, clopidogrel, carvedilol, aspirina y atorvastatin 40 mg/día.

Pendiente cateterismo por su obra social. Debido a no poder incorporarse de la cama decide la consulta.

Se realizan estudios; ecografía abdominal donde se observa esteatosis hepato pancreática, ecocardiograma con hipoquinesia inferior, y laboratorio glucemia 131 mgs%, hg 11,00 gs/dl, gpt 317, tgo 414, fal 1853, bilirrubina total 2,65.

Día 19/05/18 se realiza TC cerebro observándose involución parenquimatosa mixta, lab hg 10,2, glu 135, bilirrubina total 2,19, tgp 226, tgo 511, fal 2187, gamma gt 817.

Día 20/05/18 se suspenden estatinas.

Día 21/05/18 CPK 5869, LDH 1751, hg 9,70, glu 88, fal 2180, tgp 215, tgo 633, colesterol total 187, triglicéridos 126.

Día 22/05/18 lab tgp 270, tgo 196, fal 1930, gamma gt 667, hg 10,40, CPK 13739, persiste con polimialgias y astenia.

Día 24/05/18 lab hg 10,20, glu 117, CPK 8842, tgp 438, tgo 238, fal 1319.

Día 26/05/18 lab hg 9,8, glu 100, bilirrubina total 1,13, tgp 259, tgo 441, CPK 2464, la paciente comienza una mejoría progresiva en cuanto a su movilidad y disminución del dolor.

Día 29/05/18 lab hg 10,30, glu 154, CPK 311, tgo 209, tgp 200, fal 1883.

Evoluciona favorablemente siendo tratada con hidratación parenteral entre 2000 y 2500 ml/día de solución fisiológica, sin adición de bicarbonato.

Se descarto por serología hepatitis A,B,C y HIV, continua seguimiento por CE.

Diagnóstico: hiperrespuesta inmediata inflamatoria (miositis-hepatitis) a estatinas pos IAM.

Comentario: La paciente tiene pendiente mas estudios.

Conclusión: Existen pacientes con respuesta exagerada a las estatinas de manera inmediata.

PC-05-01 // DESDE UN SIMPLE EDEMA A UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO

OLIVARES, M.; GABILONDO PEÑAS, J.; BAZAN, L.; MELZI, A.; ARRIETA, C.; GARCIA, G.; LABBATE, G.;

FAVRE, S.
Hospital Dr Lucio Molas. Santa Rosa La Pampa, Argentina.

Introducción: En la práctica clínica, los edemas pueden ser parte de diversos síndromes, debido a lo cual es de suma importancia la habilidad del médico para evaluar críticamente los datos obtenidos del interrogatorio, examen físico y, con la ayuda de métodos complementarios, arribar a un diagnóstico acorde. Para ello, es de suprema importancia la interdisciplinariedad, la cual alienta a la búsqueda conjunta de diagnósticos probables en este signo clínico que es el edema.

Caso: Paciente de sexo masculino, de 43 años de edad, de profesión electricista, tabaquista de 20 cigarrillos/año con antecedente de ingesta de chacinados en las previas 72 horas, que consulta por presentar edema bpalpebral bilateral súbito, por lo cual es ingresado por Guardia Central, estando lúcido, hipertenso (160/100 mmHg), con edemas evidenciables también en miembros inferiores de tipo blandos, Godet dos cruces, congestión de fauces, distensión abdominal. En el laboratorio se objetiva creatinina de 1.88 mg/dl, Índice de lesión renal de 297 mg/g, Albumina de 3.2 g/dl, Orina completa con más de 100 leucocitos, 15 a 20 hematías, piuria, densidad de 1030. Se realiza Ecografía abdominal, donde se evidencia pequeño líquido perihepático y periesplénico, derrame pleural bilateral a predominio derecho, que también se observa en Radiografía de Tórax. Serologías para VIH, VHB, VHC, y VDRL negativas, C3 y C4 consumidos, resto de reumatológico no alterado, Hisopado de fauces positivo para estreptococo beta hemolítico grupo A, ASTO de 200 (con posterior control de 400), proteinuria de 42.36 mg que luego ascendió a 1200 mg en control post alta. Se realiza Biopsia renal, la que determina diagnóstico de GN membranoproliferativa con patrón vinculable a origen postinfeccioso. El paciente es externado con diagnóstico de Síndrome Nefrítico con controles de presión arterial, Lercanidipina 30 mg/día y función renal con leve mejoría (creatinina de 1.57 mg/dl), reducción de edemas de miembros inferiores y bpalpebrales, con plan de seguimiento por ambulatorio con Nefrología.

Comentario: La relevancia de este caso radica en su presentación atípica y en la importancia de realizar un diagnóstico diferencial oportuno para eventual tratamiento y seguimiento del paciente, lo que determinará su pronóstico a largo plazo.

Conclusión: A partir del abordaje interdisciplinario de este caso, se abre la discusión acerca de la nueva clasificación de la Glomerulonefritis membranoproliferativa acorde a la actuación de inmunocomplejos o mediación por complemento, estas última denominada ahora Glomerulopatía C3.

PC-05-02 // UN CASO COMPLEJO DE HIV .DESDE EL PROBLEMA A LA SOLUCION APLICANDO EL PENSAMIENTO Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

GAYDOU BORSOTTI, A.; GIMENEZ, S.; BUSTOS, M.; USINGER, A.; ROSSINI, L.; GIMENEZ, S.; GONZALEZ, J. Facultad De Ciencias Médicas, Universidad Nacional Del Litoral. Santa Fe, Argentina.

Introducción: A pesar de la implementación de acciones de prevención sostenidas y el mayor acceso a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos, que han logrado estabilizar la epidemia de VIH en Argentina, en el año 2017 alrededor de 5500 personas contrajeron la infección en nuestro país, 6500 fueron diagnosticadas (el 35% de ellas en estadios avanzados de la enfermedad) y 1500 murieron por causas relacionadas con el sida. [1]

Caso: Se revisó el caso de un paciente masculino de 39 años oriundo de la ciudad de Santo Tomé que cursó internación en el Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Con diagnóstico de DBT a los 19 años, medicado con Metformina; y episodios de ataques de pánico medicado con Sertralina; relato de una forunculosis a repetición; y 20 días previos a la consulta, infección en región escrotal con drenaje espontáneo, tratada con Ciprofloxacina durante 10 días.

Motivo de consulta: tos y expectoración mucopurulenta de 10 días de evolución asociadas a registros febriles constatados, en ciudad de origen. Allí se indica tratamiento con Azitromicina que no logra mejoría luego de 9 días. Se realiza el diagnóstico de Neumonía aguda de la comunidad bilateral con derrame pleural y se solicita serología para HIV, la cual resulta positiva. Se inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina-Sulbactam más Claritromicina.

El paciente presenta una evolución tórpida durante los días de internación, agregando al cuadro inicial: Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia hepática, Insuficiencia Respiratoria, Hipoalbuminemia y Shock cardiogénico; produciéndose su deceso 10 días después de su ingreso al servicio de Clínica Médica del hospital.

Comentario: El caso fue elegido debido a la complejidad del cuadro, su particular evolución y la multiplicidad de entidades que podrían justificar su desenlace, lo cual resulta sumamente enriquecedor en el desarrollo de la metodología Aprendizaje Basado en Problemas[2].

Conclusión: La complejidad que presentan los pacientes con Sida requiere de la competencia clínica para el razonamiento y pensamiento crítico para evitar caminos diagnósticos y terapéuticos innecesarios

PC-06-02 // SÍNDROME DE SHOCK TOXICO Y FASCITIS NECROTIZANTE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

BERTERO, V.; GOLDARAZ, A.; UGOLINI, A.; GIACCHI, C.; BOZIKOVICH, C.; MOTURA, E.; NIETO, F.; GUAGLIA-NONE, D.; RODRIGUEZ, N.; GALANTE, J. Sanatorio Parque Sa. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos, también conocidas como fascitis necrotizantes, constituyen un conjunto de procesos rápidamente progresivos que afectan el tejido subcutáneo y la fascia y que se acompañan de toxicidad sistémica grave. Dentro de las causas monomicrobianas, el *Streptococcus Pyogenes*, también conocido como *Estreptococo hemolítico* del grupo A (GAS) es responsable, en un alto porcentaje, del síndrome de shock tóxico. La mayoría de los pacientes adquieren la infección fuera del hospital, con mayor frecuencia se produce en extremidades inferiores y posterior a traumatismos recientes, asociados a diabetes, aterosclerosis o insuficiencia venosa.

Caso: Masculino de 50 años, sin antecedentes de jerarquía, consulta a la guardia por dolor en miembro inferior izquierdo asociado a disnea, hipotensión y oligoanuria de 48 h de evolución. Previo a su ingreso fue evaluado por servicio de emergencias que indicó analgésicos intramusculares por dolor en zona inguinal izquierda secundario a caída de bicicleta.

Examen físico: Signos vitales: TA 70/40 mmHg, FC: 135 lat/min, FR 25resp/min, T 35,6 C, SAT O2 70% aire ambiente. Livides generalizadas. Orientado globalmente, sin foco neurológico. Miembro inferior izquierdo: hematoma con flictenas en cara interna desde raíz hasta tercio medio de muslo y región perineal. Resto sin particularidades. Laboratorio al ingreso: GB: 16150 mm3 (87%), VES 91 mm, Cr 7,1 mg/dl, Ur 176 mg/dl, Br.T 1,42 mg/dl (directa 1,1), GOT 106 UI/L, GPT 99 UI/L, PCR 39,8 MG/DL. EAB: PH 7,23, P02 150, PCO2 18, BI 7,7, EB -1. Radiografía torax: sin lesiones pleuroparenquimatosas. Se solicitan cultivos y se decide derivar a Unidad de terapia intensiva. Ante la sospecha de shock séptico foco fascitis necrotizante comienza tratamiento empírico con penicilina clindamicina y gentamicina y debridación quirúrgica. Evoluciona inestable hemodinámicamente con requerimiento de altas dosis de drogas inotrópicas, ventilación mecánica invasiva y hemodiálisis. Se realiza una nueva intervención quirúrgica a las 24 h por progresión de lesiones. Rescate en hemocultivos y tejido de *Streptococcus pyogenes* sensible a cefotaxima, clindamicina, penicilina y vancomicina. Evoluciona con falla multiorgánica y fallece a las 72 h de ingreso

Comentario: Se admite que un cambio en los factores de virulencia de los *Estreptococos* hemolíticos del grupo A podría explicar la nueva agresividad y el porqué del ataque a huéspedes inmunocompetentes

Conclusión: El Síndrome de shock toxico por estreptococo puede comenzar de forma insidiosa y las manifestaciones clínicas son muy variadas como fiebre, escalofríos, dolores generalizados, confusión, vómitos y diarrea. Ante la presencia de un cuadro de fascitis necrotizante es mandatorio la pronta y agresiva exploración y debridamiento de la zona afectada. A pesar de eso, la mortalidad atribuible a las infecciones graves alcanza un 20%, pero en pacientes que requieren asistencia en unidad de cuidados intensivos la misma se eleva al 50%.

PC-06-01 // DE LA DERMONECROSIS AL FALLO RENAL. LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL HEMOLÍTICO. REPORTE DE CASO

GUERRERO, N.; RASO, P.; TARIFA, A.; FUNES, G. Hospital T. J. Schestakow. Mendoza, Argentina.

Introducción: El loxoscelismo cutáneo visceral hemolítico es un padecimiento que causa lesiones necróticas en piel y tejido celular subcutáneo, puede presentar desde un cuadro de hemólisis, hasta llegar a una coagulación intravascular diseminada. Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, se registran, en promedio, más de 1.200 casos por año de mordeduras de arañas. La gran mayoría de estos accidentes son producidos por arañas del género *Latrodectus* y en menor medida del género *Loxosceles*. Presentamos un caso de loxoscelismo cutáneo visceral hemolítico, con insuficiencia renal y evolución tórpida.

Caso: Paciente masculino de 26 años, sin antecedentes patológicos conocidos, oriundo de zona rural. Consulta en guardia en mayo de 2018 por dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Refería al colocarse el pantalón comenzar con sensación urente en cara interna de muslo izquierdo 12 hs. previos a la consulta. Se interna por la aparición posterior de una única lesión papular eritematosa intensamente dolorosa. A las 36 hs. de inicio del cuadro, presenta placa liveloide 15 x 20 cm. rodeada de halo eritematoso y edema 1+/4+, con visualización de puerta de entrada, acompañado de dolor abdominal, vómitos biliosos y diuresis hematurica a ritmo de 0.25 ml/hs.

A nivel del laboratorio presentaba anemia, leucocitosis con desviación a la izquierda, plaquetopenia, hepatograma, LDH, función renal y coagulograma alterados.

Con sospecha de loxoscelismo cutáneo-visceral hemolítico, en consenso con toxicología, se coloca suero antídoto para *Loxosceles*. Ingresa a Servicio de Terapia Intensiva, se pauta hemodiálisis, antibioticoterapia y necesidad de asistencia respiratoria mecánica, sin requerimientos de inotrópicos y con progresión de la lesión en muslo izquierdo a dermonecrosis. Se realiza TAC de tórax que informa a nivel parenquimatoso pulmonar múltiples infiltrados alveolares difusos bilaterales con tendencia a la consolidación en ambas bases. Leve derrame pleural bilateral. Luego de lograr estabilización del paciente, pasa a sala común donde presenta evolución tórpida con infecciones asociadas a cuidados de la salud. Continuando hasta la fecha en hemodiálisis.

Comentario: El diagnóstico de *Loxoscelismo* se basa en la epidemiología, ya que en pocas oportunidades se logra capturar la araña, asociado al cuadro clínico local y/o sistémico. Es fundamental la administración dentro de las 36 hs del antídoto antiloxxosceles. La evolución tórpida en este caso, podría atribuirse a que el antiveneno fue colocado tardíamente.

Conclusión: El loxoscelismo cutáneo visceral hemolítico es una complicación poco frecuente y potencialmente grave, con elevada morbimortalidad. El conocimiento de la signosintomatología de la mordedura de la araña es fundamental, ya que no existe exámenes específicos de laboratorio. Lo más importante es determinar hemólisis, hemoglobinuria y hematuria; complicaciones que si no son tratadas de forma precoz pueden ser letales.

PC-06-03 // SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA, COMPLICACIÓN INFRECUENTE.

HERRERA, M.; ALE, M.; QUINTEROS GRECO, C.; QUEVEDO, D.; ACOSTA, M.; JURADO, R. Hnc. Córdoba, Argentina.

Introducción: Los síndromes coronarios agudos (SCA) son causa frecuente de ingreso al servicio de urgencia, complicación infrecuente y grave en pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI), con una incidencia difícil de estimar y elevada mortalidad. Su etiología es multifactorial. La modalidad de presentación y la evolución clínica es similar a la observada en los pacientes con coronariopatía aterosclerótica. El embolismo coronario séptico es la causa más frecuente del SCA en estos pacientes según algunos estudios publicados.

Caso: Paciente de sexo femenino, de 24 años de edad, con antecedentes personales de estenosis valvular aórtica congénita, cuyo motivo de consulta es un síndrome febril de 4 días de evolución. Al examen físico paciente lúcida, eupneica, febril 38,8°C, con signos de deshidratación leve, petequias en mucosa oral y en ambos miembros superiores e inferiores, soplo sistólico eyectivo en foco aórtico de intensidad 3/6 con irradiación a vasos del cuello, sin falla cardíaca. Fondo de ojo: manchas de Roth en retina. En el laboratorio se observa leucocitos 7900/ul (neutrófilos segmentados 78% y cayados 10%), hemoglobina 11,2 g/dl, hematocrito 34,3%, plaquetas 21000/ul, VSG 70mm, PCR 25mg/dl, creatinemia 1,59mg/dl, sedimento de orina 40 hemáties/campo. ECG ingreso: taquicardia sinusal. Radiografía de tórax y ecografía abdominal dentro de parámetros normales. Ecocardiograma doppler color: Imagen nodular y otra filiforme que acompaña el movimiento de la valva aórtica con prolapso de la misma: leve insuficiencia aórtica y mitral. Posterior a la toma de dos muestras para hemocultivo y con el diagnóstico presuntivo de EI de válvula aórtica se inicia tratamiento empírico con cefazolina y gentamicina. Serología para CMV, VIH, VHB y VHC fueron negativas. Hemocultivos positivo para *Staphylococcus aureus*. En la evolución del cuadro clínico de su EI la paciente continuó taquicardio-pénica (36000/ul) y se complica con un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCA-CEST) en cara anteroseptal; con posterior distress respiratorio y shock cardiogénico refractario al tratamiento; fallece en falla multiorgánica.

Comentario: En la actualidad, el SCA es una complicación poco frecuente en los pacientes con endocarditis. Habitualmente, tiene lugar en la fase aguda de la enfermedad y se asocia más con microorganismos virulentos, infección valvular aórtica, insuficiencia valvular grave y complicaciones perianulares de gran tamaño.

Conclusión: El SCA, en el seno de la endocarditis, conlleva a una elevada mortalidad por lo que el conocimiento de esta complicación debe permitir al médico internista hacer un diagnóstico precoz y trabajar en forma conjunta con cardiólogos y cardiocirujanos.

PC-06-04 // SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR SECUNDARIO SARCOMA MIELOIDE

GIRAUD, J.; MARTORELL, C.; TITO, S.; MORELLI, M.; GONZALEZ LUNA, M.; AQUINO, D.; CUPPARI, M.; PARODI, D.; ALLIEVI, E.
Hospital Churrucua Visca. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome de vena cava superior (VCS) se debe a la interrupción del flujo sanguíneo a través de dicho vaso. Puede deberse a invasión, compresión externa o trombosis. El manejo se orienta a la disminución de los síntomas y al tratamiento de la enfermedad subyacente. El sarcoma mieloides (SM) o sarcoma granulocítico es una entidad rara que puede presentarse en forma aislada, concomitante, precediendo o luego de una recidiva Leucemias Mieloides Agudas (LMA). Su localización frecuente extramedular es la piel, huesos y ganglios linfáticos. Según tamaño y ubicación los síntomas se deben a la compresión del mismo sobre estructuras vecinas, dolor y coagulopatía.

Caso: Paciente de 41 años, tabaquista. Consulta por odinofagia y edema facial, interpretado como faringoamigdalitis y luego por disnea y edema en cara y cuello interpretándose reacción alérgica. Días después ingresa a guardia médica por síncope con pródomos, en contexto de odinofagia, disnea, tos, y disnea. Niega fiebre y pérdida de peso. Ingresó lúcido, hemodinámicamente estable, afebril, edema en esclavina e ingurgitación yugular sin colapso inspiratorio. Sin falla de bomba. Se interna en UCI para monitoreo. Se realizan ECG: Taquicardia sinusal. Laboratorio normal. Radiografía de tórax que evidencia masa mediastinal heterogénea con proyección a campo pulmonar derecho y TAC que evidencia a nivel encefálico imágenes redondeadas que realzan con contraste, frontotemporal izquierda y occipital derecha; en tórax, hiperdensidad heterogénea en mediastino medio no pudiendo discernir si es una expansión del hilio pulmonar y falta de relleno en VCS. Se realiza mediastinoscopia y fibroncoscopia con toma de biopsia de masa mediastinal + punción aspiración de médula ósea. La anatomía patológica informa SM (Granulocítico inmaduro) con inmunofenotipo de M0 sin proceso clonal ni presencia de elementos celulares de tipo inmaduro. Se inicia tratamiento con Mitoxantrona + ARA C. Se programa inicio de radioterapia y eventual colocación de stent en VCS. Evolucionó con pancitopenia con requerimiento transfusional y neutropenia febril a probable foco endovascular, iniciándose empíricamente: Meropenem + Vancomicina; con rescate en hemocultivos Pseudomona A. Intercurre con deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria con requerimiento de IOT y ARM. Se realizó TAC que evidenció hemorragia intraparenquimatosas con volcado ventricular. Se produce óbito.

Comentario: No hay consenso acerca del tratamiento para este tipo de tumores y falta evidencia clínica al respecto.

Conclusión: Presentamos el caso clínico por la gran importancia de sospechar síndrome VCS en estadíos iniciales, ya que representa una urgencia médica. El manejo de este cuadro clínico es un desafío para el médico tratante por su rápida evolución y mal pronóstico en relación a determinadas neoplasias. Por otra parte la infrecuente presentación de los sarcomas mieloides con este cuadro jugó un papel determinante en la decisión del inicio del tratamiento.

PC-06-06 // INFECCIÓN GRAVE POR HANTAVIRUS

LUQUE, M.; VELTRI, M.; CALANDRA, D.; LEWIS, L.; ALTAMIRANO, M.; TORRELIO MOSTAJO, R.; ISQUIERDO, A.
Clínica Ima. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las infecciones por Hantavirus representan una zoonosis emergente, transmitida al hombre por roedores silvestres infectados por el virus ARN causal de una grave enfermedad humana: el Síndrome Cardiopulmonar caracterizado por presentarse como un síndrome gripal con fiebre, astenia, mialgias, cefalea, tos y vómitos, evolucionando en pocos días hacia dificultad respiratoria grave y distress respiratorio. Todas las personas sin infección previa son susceptibles. Diversos estudios de seroprevalencia en humanos realizados en nuestro país, mostraron un amplio rango según las regiones estudiadas, abarcando desde un 0.5% en las provincias del sur hasta un 6% en Salta. El cuadro clínico del síndrome cardiopulmonar por hantavirus se puede dividir en cuatro fases (prodromica o febril, cardiopulmonar, diurética y de convalecencia); una vez instalada la fase cardiopulmonar, la enfermedad evoluciona rápidamente y puede llevar a la muerte en 24-48 horas.

Caso: Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, con cuadro de 4 días de evolución, caracterizado por fiebre 38,2°C, asociado a cefalea retroocular, mialgias, astenia, diarrea líquida, que autolimita, antes de su ingreso. Antecedentes: Ca Testículo izquierdo con excéresis y tratamiento de radioterapia en 2011. Examen Físico: lúcido, subfebril (T 37,6°C), regular estado general, mucosas deshidratadas, se objetivan lesiones cutáneas tipo petequiales, en abdomen superior, y cara interna de miembros superiores; sin adenopatías, sin inyección conjuntival. Laboratorio: GB 2860/mm³ (N 49%, Lin 25%), Hto 46, Rto plaquetas 104900. Hemocultivos sin desarrollo. LMF: 30 PMN/campo, coprocultivo: E. Coli no enteropatógena. Evolucionó con mayor plaquetopenia (54000) y clínicamente asocia disnea CF III y tos. Se realiza TAC de tórax donde se observan múltiples infiltrados en vidrio esmerilado peribronco vasculares asociados a un engrosamiento de septos interlobulillares a predominio de ambos lóbulos superiores y región perihiliar. Por exposición laboral se solicitan serologías para Hantavirus. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con tórpida respuesta, febril persistente, taquicárdico, taquipneico, con desaturación e insuficiencia respiratoria con IOT, y óbito a las 24hs del mismo, posterior a lo cual se recibe confirmación de IgM específicos para hantavirus por ensayo inmunoenzimático (ELISA) positivo.

Comentario: El pronóstico de los casos dependerá de la precocidad con que se haga el diagnóstico y se inicie el tratamiento.

Conclusión: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus puede presentarse como un síndrome febril inespecífico o llegar hasta la manifestación más grave con insuficiencia respiratoria grave y shock cardiogénico. El diagnóstico diferencial debe orientarse sobre la base de la historia epidemiológica (exposición a roedores o a ambientes de riesgo de adquirir un SCPH). Las alteraciones hematológicas y la evolución clínica son de gran ayuda en el diagnóstico diferencial clínico.

PC-06-05 // SÍNDROME SEDATIVO HIPNÓTICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR GHB. REPORTE DE UN CASO.

BERTOLA, O.; DEL VALLE, J.; SCHAEER, A.; ALBA ABREGU, M.; HERNANDEZ, M.; SALAME, N.; TORRICO, A.; DOZORETZ, D.; GÓMEZ, M.; DI BIASI, B.; DAMIN, C.
Hospital Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome Sedativo Hipnótico (SSH) es el más frecuente dentro de las urgencias toxicológicas. Siendo el alcohol etílico y los psicofármacos las causas más frecuentes. Se caracteriza por presentar alteración en el nivel de conciencia, desde la obnubilación hasta el coma. Se presenta el caso de un paciente con SSH secundario a consumo de ácido gama hidroxibutírico (GHB).

Caso: Paciente de 41 años que ingresa al departamento de emergencias por deterioro de sensorio de tiempo desconocido, luego de ser hallado por familiar en su casa. Antecedentes de consumo de cocaína, medicado con valproato de sodio y clonazepam. A su ingreso paciente en coma, TA 110/60 mmHg, FC 40 X2, saturación 98% (0,21), pupilas mióticas, fotorreactivas, Hipotonía generalizada e Hiporreflexia sin clonus ni trismus. Se realiza intubación orotraqueal (IOT) y asistencia respiratoria mecánica para protección de vía aérea. Se solicita un laboratorio general que resulta dentro de parámetros normales, hemoglucotest 110. Screening de drogas en orina positivo para cocaína. Alcoholemia negativa. Dosaje de valproico <10 mg/dl (50-120), con amonemia de 13 ug/dl (9-30). CPK 108 mg/dl, Lactato 2,6 mg/dl, EAB al 0,21: 7,27/47/100/21/-6/96% con GAP 26, carboxihemoglobina 0,8%. Tomografía de cerebro sin contraste sin particularidades. Evolucionó a las 6 horas con recuperación ad integrum y al interrogatorio dirigido refiere consumo de GHB.

Comentario: El GHB, conocido como éxtasis líquido, es una sustancia de abuso utilizada con fines recreativos, para fisicoculturismo, sumisión química en delitos sexuales y hurtos. Se encuentra disponible como líquido incoloro, inodoro, soluble en agua y ligeramente salado, lo que facilita su introducción en cualquier bebida sin ser detectado. En bajas dosis produce desinhibición, euforia, aumento de la libido y amnesia anterógrada; al actuar sobre su receptor endógeno específico acoplado a proteína G. En dosis mayores, por su margen de seguridad estrecho, produce coma de instalación rápida, mioclonus, depresión respiratoria, hipoventilación y bradicardia (de corta duración); por su actividad sobre el receptor GABA B, gracias a la similitud estructural y los efectos farmacológicos similares a los del GABA. Puede ser confirmado por espectrometría de masa por cromatografía de gases, en sangre por 8 horas y en orina por 12 horas. No se dispone de pruebas inmunológicas rápidas.

Conclusión: Se refuerza la importancia de pensar en GHB dentro de las causas toxicológicas, ante coma de origen desconocido en pacientes jóvenes como causa poco frecuente, ya que no se disponen de métodos de detección en el laboratorio de urgencia. Es de importancia mencionar que el uso de Flumazenil como prueba diagnóstica en un SSH, no se recomienda. Las medidas de descontaminación como el carbón activado y colocación de sonda nasogástrica requieren de IOT en paciente que no protegen la vía aérea. La IOT temprana en los pacientes en coma es la medida de mayor reducción de morbilidad.

PC-06-07 // PRIAPISMO COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MASTROVINCENTO, V.; CHACÓN CORENA, H.; LEVIEN, M.; TAFFAREL, C.; GOTTÁS, A.; MAZZEI, I.; ZANARDI, C.; ANDRADE, K.; GILER ZAMBRANO, M.; JURADO, A.; MANSUR, M.; LARREA, R.; OBANDO, S.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Posse. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El priapismo es una erección peneana prolongada y dolorosa, no asociada con un estímulo sexual, y es una emergencia urológica. Existen dos tipos de priapismo que difieren en etiología y terapéutica: de bajo flujo o isquémico y de alto flujo o no isquémico. El primero puede tener múltiples etiologías, entre ellas, causas hematológicas, neoplasias locales, infecciones, fármacos e inyecciones intracavernosas. Su tratamiento debe ser inmediato por su riesgo funcional. En el 30-50% de los casos la causa es idiopática. Sólo en el 1% de los casos de priapismo, la etiología es una leucemia. La leucemia mieloides crónica es un padecimiento mieloproliferativo que afecta predominantemente a la serie granulocítica y representa un reto diagnóstico por las diferentes formas de presentaciones clínicas.

Caso: Varón de 16 años sin antecedentes. Consulta por 8 días de evolución de priapismo doloroso persistente. Niega consumo de drogas, vasodilatadores o trauma. Urología realiza drenaje de cuerpo cavernoso con reducción de éste y alivio del dolor. EF presenta palidez mucocutánea generalizada y esplenomegalia palpable. Lab: Bcs 349000 Hb 7.55, Hto 25.7, Plt 853000, Tp 49, RIN 1.53 Kpnt 34.6. Con sospecha de emergencia hematológica se realiza leucoaféresis de urgencia, asociado a Citarabina e Hidroxiurea. En FSP: blastos 5% con desviación a la izquierda, precursores mieloides y plaquetas aumentadas con evidencia de lagos plaquetarios. Ante sospecha de Leucemia Mieloides Crónica se realiza estudio molecular BCR-ABL y con resultado positivo inicia Imatinib. Score Sokal 1,2 riesgo intermedio. Por persistencia del priapismo, se realiza Shunt caverno-Esponjoso con transfusión de plasma fresco congelado pre e intraquirúrgico por alteración del coagulograma. Evolucionó con descenso de cifras de leucocitos. Continúa con Hidroxiurea, Imatinib y Allopurinol. Presenta mejora de valores leucocitarios, suspende progresivamente Hidroxiurea. Con mejoría de cuadro, se da alta Hospitalaria.

Comentario: Se estima que la etiología del priapismo leucémico se asocia a hiperviscosidad, hemaglutinación por leucocitosis, y la obstrucción mecánica de las venas y nervios abdominales por esplenomegalia. La terapéutica de esta entidad se basa en leucoaféresis, o la combinación de ésta con el uso de drogas citotóxicas y la práctica de intervenciones urológicas tipo bypass cavernoso.

El objetivo prioritario en el manejo del priapismo de bajo flujo, independientemente de la etiología, es la derivación de la sangre estancada en los cuerpos cavernosos con el fin de evitar la lesión isquémica y fibrosis que llevan invariablemente a la disfunción eréctil permanente.

Conclusión: El priapismo es una manifestación clínica de etiología variable. Es común como complicación de ciertas enfermedades hematológicas, pero es poco frecuente como manifestación inicial en la leucemia mieloides crónica, de ahí su importancia como sospecha etiológica.

PC-06-08 // HIPO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

BRIGNONE, I.; YPAS, M.; SEOANE, A.; DANZE, F.; ORTEGA, M.
Cemic. Caba, Argentina.

Introducción: El hipo es el sonido que se produce por la contracción mioclónica del diafragma y los músculos intercostales en inspiración con glotis cerrada. Se clasifica como episódico, persistente (más de 48 horas) o intratable (más de un mes). El hipo episódico es el más frecuente, generalmente se asocia a procesos benignos, el hipo persistente y el intratable se asocian a procesos más complejos que revisten impacto clínico sobre la morbilidad de quien lo padece y requieren una evaluación diagnóstica singular y un tratamiento del síntoma y de la causa que lo genera.

Caso: Paciente de 76 años que consulta por hipo de 72 horas de evolución el cual le impide el sueño y la alimentación. Refiere haber presentado inmediatamente antes del inicio del hipo un episodio de vómitos asociado a una deposición diarrea que se auto limitó.

A su ingreso se constata subfebril y como único dato positivo al examen físico se detecta masa palpable no móvil, no dolorosa de 8cm de diámetro aproximadamente a nivel del hipocondrio izquierdo. Los datos positivos de los estudios complementarios fueron los siguientes: leucocitosis. Signo de Popper en la radiografía de tórax; ecografía abdominal que informa en concordancia con área palpable en hipocondrio izquierdo se observa rarefacción de la grasa adyacente a asas intestinales; TAC de abdomen y pelvis encontrándose múltiples imágenes diverticulares a nivel de la tercera porción del duodeno y en el yeyuno proximal con engrosamiento de las asas intestinales, así con aumento difuso de la densidad grasa compatible con diverticulitis yeyunal complicada. Se interpreta como hipo persistente secundario a diverticulitis yeyunal complicada, el paciente ingresa a sala quirúrgica con tratamiento antibiótico endovenoso, se interviene quirúrgicamente al día siguiente y resuelve el hipo a las 48 horas de postoperatorio.

Comentario: El hipo episódico es el más frecuente, autolimitado y se asocia a la distensión brusca de la cámara gástrica y suele estar relacionado con la hiperventilación, una ingesta copiosa, el tabaquismo o el consumo de alcohol. El hipo persistente o intratable puede afectar la calidad de vida trayendo como consecuencia fatiga, insomnio, dificultad en la alimentación y depresión, entre otros. Estas dos últimas categorías de hipo requieren una búsqueda exhaustiva de la causa que los genera. Presenta múltiples causas metabólicas y estructurales. La causa más frecuente de hipo persistente e intratable es la enfermedad gastrointestinal (enfermedad por reflujo gastroesofágica) pero deben tenerse en cuenta todas las causas que involucren el arco reflejo, a sabiendas patologías de la cavidad torácica, la abdominal e incluso a nivel central.

Conclusión: Existe poca bibliografía respecto de los algoritmos diagnósticos y evidencia de los distintos esquemas terapéuticos. Requiere de una búsqueda diagnóstica escalonada orientada a cada paciente en particular y el tratamiento a medida de cada paciente tanto sintomático como de la causa que lo origina.

PC-06-10 // NECROSIS RETINIAL AGUDA

SMOLARCZUK, A.
Hospital Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La necrosis retinial aguda es una entidad infrecuente de presentación entre 20-60 años, con una incidencia de 1 caso cada 2 millones de habitantes, siendo la familia herpes la responsable de la infección y más específicamente la varicela zóster, con afectación unilateral y compromiso contralateral en un 33% de los casos, descripto hasta 30 años más tarde la afección inicial, presentando como complicación el desprendimiento de retina lo que conlleva a un importante componente de discapacidad en el individuo afecto, de allí su importancia en la detección y tratamiento tempranos.

Caso: Paciente femenina de 20 años, con antecedente de herpes labial a repetición, debuta con ojo rojo, dolor ocular y disminución de la agudeza visual homolateral, consulta en reiteradas ocasiones recibiendo tratamiento con AINES y antibióticos por asumirse como conjuntivitis; a las dos semanas de iniciado el cuadro es evaluada por Oftalmólogo quien evidencia en fondo de ojo presencia de necrosis retinial aguda, se interna. Realiza 14 días de Aciclovir endovenoso y 3 días de pulso de corticoides, confirmándose diagnóstico por PCR positiva para Herpes. evoluciona con mejoría parcial de visión periférica, neuritis óptica y desprendimiento temporal de retina con requerimiento de vitrectomía.

Comentario: La necrosis retiniana aguda es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 1 caso cada 2 millones de habitantes, siendo el agente etiológico causal más frecuente el virus de Varicela Zóster, presentándose en huéspedes inmunocompetentes, confirmándose diagnóstico con PCR en humor acuoso, con sensibilidad de 85-100%, con evolución rápida a la pérdida de la agudeza visual por desprendimiento de retina en un 35-75% de los casos, vitritis crónica, formación membrana epirretiniana, neuritis óptica, siendo el tratamiento de elección la terapia combinada de Valaciclovir vía oral y Foscarnet intraocular, asociado a corticoides sistémicos, no constando evidencia de retinopexia ni vitrectomía profiláctica para el desprendimiento de retina.

Conclusión: La necrosis retiniana es una entidad infrecuente que debe sospecharse ante la disminución de la agudeza visual aguda, revisando los criterios diagnósticos en el fondo de ojo, debiendo iniciarse terapia empírica antiviral más corticoides sin necesidad de confirmación etiológica previa inmediata, ya que presenta evolución rápida con alta tasa de discapacidad visual secundaria a complicaciones.

PC-06-09 // FRACTURA AISLADA DE ESTERNÓN. ABORDAJE EN GUARDIA.

BACELLI, N.; BUFFARINI, G.; LAHITTE, M.; MACEROLA, B.; VAREGO, M.
Hospital Juan Bautista Alberdi. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Las fracturas del esternón representan el 8% de los ingresos a unidades de urgencias y emergencias por traumatismos contusos de tórax. Los mecanismos principales que la originan incluyen el trauma directo y la flexión compresión excesiva de la parte superior del tronco. La morbilidad está dada por las lesiones orgánicas asociadas, principalmente de grandes vasos. Su presentación aislada resulta muy infrecuente. El tratamiento es conservador en el 95% de los casos. La radiografía lateral de tórax es el método diagnóstico de elección.

Caso: Paciente mujer de 61 años con antecedente de asma persistente leve y uso crónico de corticoides que consulta por presentar dolor en tronco y miembros inferiores secundario a caída de altura en posición sentada. Refiere traumatismo directo sacrococcígeo y de cráneo, sin pérdida de conocimiento. Ingresa vigil, orientada globalmente, con tensión arterial de 160/110 mmHg, FC 100 lpm, FR 15 cpm, saturando 99% aire ambiente. Presenta al examen de cabeza y cuello movilización dolorosa del mismo, espinalopalgia vertebral indolora. Disminución generalizada del murmullo vesicular, sin ruidos agregados, palpación dolorosa de tercio superior de esternón, en relación a lesión equimótica. Palpación de parrillas costales sin dolor. Abdomen blando depresible, indoloro. Pelvis estable. Palpación paravertebral lumbosacra dolorosa. Movilidad sensibilidad y trofismo de cuatro miembros conservados. Se realizan radiografías de cráneo, tórax y lumbosacra frente y perfil, evidenciándose fractura de esternón. Se ingresa a internación transitoria de guardia para analgesia y control evolutivo. Se completa estudio con tomografía de cráneo, tórax, abdomen y pelvis descartándose otras lesiones óseas axiales y extraaxiales, como así también compromiso de grandes vasos. Se indica tratamiento conservador con analgesia y control ambulatorio.

Comentario: Presentamos el caso clínico de una mujer adulta con fractura aislada de esternón por caída de altura con flexo compresión forzada de tórax, por su infrecuencia en la literatura y la necesidad de su sospecha ante los síntomas y signos que la sugieren.

Conclusión: Debe considerarse que la fractura de esternón es un signo de trauma múltiple severo, hasta que se demuestre lo contrario. La morbilidad se encuentra relacionada con la gravedad de las lesiones orgánicas asociadas y no con la fractura en sí.

PC-06-11 // VASCULITIS SECUNDARIA A MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA

ALTEZ, J.; LUNA, A.; PEREZ, C.
Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La meningoencefalitis aguda es una enfermedad caracterizada por fiebre, cefalea e inflamación meníngea, presenta un líquido cefalorraquídeo patológico con pleocitosis debido a la infección e inflamación del espacio subaracnoideo. Los gérmenes más frecuentes son los virus y bacterias. Al menos el 50% de los pacientes desarrollan complicaciones neurológicas como edema cerebral, hidrocefalia, trombosis venosa séptica, crisis epilépticas y vasculitis. La vasculitis es la inflamación con o sin necrosis de la pared de los vasos.

Puede ser primaria, osea sin causa identificada o secundaria a un agente infeccioso, fármacos, neoplasias o enfermedades del tejido conectivo.

Caso: Sexo femenino, 86 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, en tratamiento con enalapril y metformina. Consulta por confusión mental, vómitos, sensación febril y rigidez de nuca, precedido por otitis media aguda (OMA) con mala evolución que recibió múltiples tratamientos antibióticos. Agrega ataxia. De la paraclínica se destaca: Leucocitosis de 21.000 10³/uL, VES 27 mm/h, PCR 13.8 mg/L. Citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR): líquido cristal de roca, glucosa 1.04, proteínas 1.12, leucocitos 20, PMN 75%.

Se observan bacterias. PCR múltiple de meningitis/encefalitis negativo. Bacteriológico directo, sin bacterias y con escasos PMN, sin desarrollo a las 48hs. Angio TAC de cráneo: Isquemia parenquimatosa cerebelosa reciente bilateral, en territorio de cerebelosa postero inferior. Isquemia corticocortical occipital derecha.

Arteria vertebral derecha con interrupción brusca de la opacificación a nivel de C4 sin reperfusión distal. Arteria vertebral izquierda con focos de estenosis a lo largo de su segmento V2 y defecto de opacificación a partir de V3. Se trata con ceftriaxona con buena evolución.

Comentario: En esta paciente se hace diagnóstico de meningoencefalitis aguda supurada (MEAS) dado el síndrome

confusional, síndrome meníngeo y la OMA con mala evolución. Confirma nuestro diagnóstico el LCR patológico, el resultado negativo de los cultivos es esperable dado el tratamiento antibiótico previo. Se trata de una MEAS decapitada. En la evolución agrega un síndrome cerebeloso hemisférico bilateral.

Dado los hallazgos imagenológicos se llega al diagnóstico de infartos cerebelosos bilaterales con alteraciones angiográficas compatibles con vasculitis.

Conclusión: Los pacientes con MEAS y que en la evolución agregan un síndrome cerebeloso debemos tener presente como complicación a las vasculitis del sistema nervioso central secundaria a la infección meningea para realizar un tratamiento dirigido y precoz.

PC-06-12 // ENFERMEDAD DE ADDISON: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

BERTONERI, M.; ROCA, A.; RIQUERO, S.; EMILIA, M.
Sanatorio Modelo. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Paciente de 20 años ingresa por cuadro de deshidratación secundario a vómitos y dolor abdominal con diagnóstico final de enfermedad de Addison.

Caso: Paciente de 20 años femenina ingresa por cuadro de deshidratación secundaria a vómitos de 72 hs de evolución asociado a dolor abdominal difuso en contexto de antecedente de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 88 mcg, colestectomía videolaparoscópica hace 1 año y dolor abdominal recurrente que fue estudiada con veda y colonoscopia mostrando gastritis crónica y hemorroides internas.

Al examen físico se encontraba con palidez cutánea, afebril, mucosas secas, astenica, hipotensa, taquicárdica, eupneica. Presentaba en lengua y mucosa yugal maculas hiperpigmentadas de aspecto redondeado. Paciente con bajo peso. Buena entrada de aire bilateral, abdomen blando, depresible, indoloro, defensa negativa, rha presentes. Diuresis conservada. Catarsis conservada. Sin edemas en miembros inferiores. Laboratorio de ingreso: hto 37, hb 13, gb 6500 (fórmula normal), ves 20, glicemia 80, creatinina 5,5, col 190, tg 315, albumina 4,1, tgp 74, tgo 194, fal 221, bt normal, sodio 110, potasio 4,6, clo 78. Orina normal. Ecografía abdominal y rx torax: sin alteraciones. Pte con hiponatremia severa, comienza con deterioro del sensorio y fiebre por lo que se toman cultivos por sospecha de sepsis. Se realiza laboratorio que muestra acidosis metabólica, transaminasas aumentadas, hipoalbuminemia, coagulograma alterado, plaquetopenia, se comienza con antibióticoterapia empírica. Pte continúa hipotensa luego de expansión de volumen y con deterioro cognitivo progresivo por lo que comienza tratamiento con vasopresores y se vincula a amr. Se administran corticoides por sospecha de insuficiencia suprarrenal. Se reciben valores de acth altos y bajos de cortisol por lo que se interpreta como primaria. Serologías y cultivos negativos. Al 8vo día de instaurado el tratamiento evoluciona favorablemente y se desvincula de amr, pero comienza con movimientos involuntarios en mmss y parpados por lo que se comienza con levitiracetam por sospecha de crisis parciales complejas. Eeg: desorganización difusa moderada sin signos de focos lesionales ni actividad paroxística crítica. Estudio de insuficiencia suprarrenal primaria. Baar esputo -, ada normal, tac abdominal normal. Evoluciona favorablemente, mejora cuádruparesia, logra deambulación con ayuda, hemodinámicamente estable. Se otorga alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio hidrocortisona 20 mg/d. fludrocortisona 0,05 mg/d. levetiracetam 2000 mg/d.

Comentario: La enfermedad de Addison es una entidad a tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales por ser un trastorno poco común y presentar síntomas y signos inespecíficos.

Conclusión: Paciente evoluciona favorablemente luego del comienzo del tratamiento con corticoides por alta sospecha clínica.

PC-06-14 // HIPONATREMIA ASOCIADA A EJERCICIO

BOLAÑOS, K.; LARZABAL, F.; PONCE, M.; AVALLAY, F.; MOLINERO, J. M.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Introducción: Si bien la hiponatremia es una alteración hidroelectrolítica frecuente en la población durante la internación, puede presentarse también en el paciente ambulatorio sobre todo en pacientes con alteración de la función renal. No obstante de esto, se ha demostrado su presentación de manera crítica en pacientes sanos en contexto de ejercicio intenso. Puede manifestarse en formas más leves como debilidad, mareos, cefalea, náuseas y vómitos; pero en algunas oportunidades pueden tener consecuencias más graves que pueden llevar a la muerte.

Nuestro propósito es presentar un caso clínico de hiponatremia asociada al ejercicio del maratonista en un paciente sintomático.

Caso: Se trata de un paciente masculino de 44 años de edad, maratonista, quien presenta dos internaciones por hiponatremia. La primera internación ingresa por hiponatremia sintomática, luego de haber participado de una maratón, constatando valores en suero de 116 meq / dl, presentando convulsiones y requerimiento de carga de urgencia con buena evolución; y una segunda meses después, presentando en este caso un episodio con sintomatología leve, luego de un entrenamiento y valores de 127 me / dl. En esta última instancia se inicia manejo con restricción hídrica en sala general y pautas de manejo ambulatorio evolucionando favorablemente.

Comentario: Se presenta un paciente con dos internaciones por hiponatremia inducida por el ejercicio, afirmando así con mayor fuerza nuestro diagnóstico. Debido que la frecuencia hiponatremia sintomática asociada a ejercicio es baja, queremos destacar su importancia en el reconocimiento temprano ante los casos de severidad para manejo, tratamiento y pautas de prevención para prevenir la sobrehidratación en deporte.

Conclusión: Dada la presentación del paciente con la posterior afirmación diagnóstica, es de gran importancia tener en cuenta esta alteración de medio interno tanto como para sus sospecha diagnóstica como para la prevención y manejo de la misma.

PC-06-13 // SÍNDROME COLINÉRGICO AGUDO POR PLAGUICIDAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO

CASTELLANO, F.; AGUIRRE CELIZ, A.

Hospital Interzonal De Agudos Especializado En Pediatría Sor María Ludovica. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Algunos plaguicidas actúan inhibiendo la enzima acetilcolinesterasa, permitiendo la acumulación de acetilcolina en las uniones colinérgicas neuroefectoras y mioneurales. La fatalidad frente a estas intoxicaciones a nivel mundial varía entre el 10-20%. Los carbamatos producen carbamización reversible de la enzima. La combinación enzima-carbamilo se disocia más rápido que la enzima forforilada en la intoxicación con organofosforados. Se absorben por inhalación, ingestión y piel. Los métodos de eliminación y el uso de atropina como antídoto es el tratamiento recomendado. La sospecha clínica y la elección del tratamiento rápido y eficaz disminuyen los riesgos potencialmente fatales de esta entidad.

Caso: Paciente de 2 años que ingresa a nuestro hospital traído por familiar, despierto, nauseoso, sudoroso, pupilas mióticas, fasciculaciones en miembros inferiores, taquicárdico, posteriormente bradicárdico, broncorreico. Saturación de oxígeno ambiente a 92%. Ante la sospecha diagnóstica se realiza prueba con atropina siendo esta positiva. Posteriormente se realiza atropinización intravenosa rápida requiriendo 51 mg totales, logrando la desaparición de los síntomas colinérgicos muscarínicos. Se decide mantenimiento de atropina 0,5 mg/Kg/hr en infusión continua por 36 hs con su posterior descenso en forma paulatina y recuperación sin nueva aparición de síntomas. Se realiza descontaminación interna y externa. Se solicitan colinesterasa eritrocitaria constatando descenso de la misma con posterior recuperación en 72 hs de ocurrido el evento.

Comentario: Aunque el uso de plaguicidas genera beneficios importantes para la agricultura, también representa un peligro para la salud humana. Si bien el uso hoy en día es más restringido, en los años noventa se presentaron entre dos y cinco millones de personas intoxicadas por plaguicidas, con una mortalidad superior al 10%. Hoy es una problemática no solo por las consecuencias en salud sino también por los daños ambientales. Los síntomas por envenenamiento agudo aparecen dentro de las primeras 12 horas dependiendo de la vía de absorción. La depresión respiratoria constituye la causa de muerte más común. La atropina es el antídoto ideal para las manifestaciones muscarínicas, pero no reactiva la enzima colinesterasa ni tiene efecto contra las acciones nicotínicas como son la debilidad, espasmos musculares y depresión respiratoria. Los métodos de eliminación son un factor fundamental para un correcto tratamiento, no solo interno a través del lavado gástrico y la utilización de carbón activado, sino también la descontaminación externa.

Conclusión: Su descenso debe realizarse de forma paulatina ya que cuando el efecto del antídoto cesa pueden reaparecer los síntomas del Carbamato si la concentración en los tejidos sigue siendo alta. Se debe tener en cuenta que al ser una sustancia liposoluble, la absorción a través de los tejidos es alta, situación que debe ser tenida en cuenta si el cuadro persiste aun a pesar de un correcto tratamiento con atropina.

PC-06-15 // SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A HEMATOMA RETRO FARÍNGEO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MESSAD, M.; LENCINAS, R.; DOMÁNICO, V.; GARCÍA TORTOLA, M.; MORENO CACERES, H.; MARTÍN, N.;

GALEANO, S.; GONZÁLEZ, S.; RETAMOSA, P.; LUJAN, M.

Hospita Regional Dr Ramon Carrillo. Santiago Del Estero, Argentina.

Introducción: El hematoma retrofaríngeo es una entidad extremadamente poco frecuente que puede ocurrir como consecuencia del trauma cervical, cirugía, infecciones de los planos profundos cervicales, aneurisma de carótida y adenoma hemorrágico de paratiroides. Se han descriptos casos a partir de ruptura de vasos aberrantes de cuello, además, espontáneamente en los pacientes con trastornos hemorrágicos. Las conductas a seguir pueden ser drenaje del hematoma u observación clínica.

Caso: Pte masculino de 23 años que ingresa al servicio de urgencia por hematemesis, refiere 2 episodios en 24 hs, con sensación de desgarramiento periamigdalino según refiere, ingreso pálido, nauseoso, hipotenso, con mareos e inestabilidad en la marcha. Ingresa a UCI, se comienza con infusión de Noradrenalina más hemoderivados, recupera TA y hemodinamia. Se procede a la evaluación por ORL quien en laringoscopia directa evidencia hematoma retro faríngeo derecho, detrás de paladar blando, rojo violáceo.

Comentario: La formación de un hematoma en el espacio retrofaríngeo tiene relevancia clínica dado su potencial para obstruir rápidamente la vía aérea superior, razón por la cual el paciente debe permanecer en cuidados intermedios para evaluar conducta, en nuestro caso la vía aérea se mantuvo permeable, el paciente no presentó disnea, pero si inestabilidad hemodinámica secundario a sangrado.

Conclusión: Por tratarse de una lesión ocupante de espacio y rápidamente expansiva puede ser fatal si no se llega a un diagnóstico y se implementan medidas inmediatas para mantener permeable la vía aérea y la estabilidad hemodinámica del paciente.

PC-07-01 // HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA BENIGNA IDIOPÁTICA. PSEUDO-TUMOR CEREBRI

GONZÁLEZ TOSELLO, C.; PALMERO, A.; MOLINA, F.; RODRÍGUEZ FRANCONI, J.; LORENZON, F.; ARANA, M. Clínica Guemes. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática (HICI) es un síndrome neurológico caracterizado por síntomas y signos de hipertensión intracraneal sin evidencia de lesión estructural o de hidrocefalia(1). Suele ser autolimitada aunque con tendencia a la recidiva(2). Es más frecuente en mujeres de edad media, obesas(1,3) y/o con irregularidades menstruales. La clínica es inespecífica y pueden cursar con cefalea, edema de papila, fotofobia, dolor retrobulbar, diplopía y pérdida de la visión permanente.

Caso: Mujer de 42 años, obesa con antecedente de poliquistosis ovárica, cirugía de tiroides en tratamiento con Levotiroxina sin uso de otros fármacos. Consulta por cefalea occipital y dolor retroorbital, omoalgia derecha, inyección conjuntival, parestesias en los dedos de la mano de 4 días de evolución. Fondo de ojo con edema de papila bilateral.

Comentario: Se realizó una punción lumbar con aumento de la presión de apertura del líquido cefalorraquídeo con análisis químico y por tinción normales. En los estudios de neuroimágenes solo se observó aplanamiento del borde posterior bilateral de ambos globos oculares. Los parámetros bioquímicos, el perfil endocrinológico, colagenograma, HIV todos normales o negativos. La paciente fue tratada con diuréticos de asa, corticoides y acetazolamida ante el diagnóstico de pseudotumor cerebral.

Conclusión: La incidencia anual de Pseudotumor cerebral en la población general es de 2/100.000 habitantes (7-8). Es un proceso neurooftalmológico de etiología desconocida y diagnóstico de exclusión, frecuente en mujeres obesas entre 20 y 40 años. El curso clínico suele ser favorable. El tratamiento frecuente es médico y excepcionalmente quirúrgico.

PC-07-03 // HIPOTIROIDISMO Y RABDOMIOLISIS, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

GIACCHI, C.; RODRIGUEZ, N.; BERTERO, V.; GUAGLIANONE, D.; RIFRANI PUYADE, G.; MOTURA, E.; GALANTE, J.; NIETO, F.; GONZALEZ CIANI, O.; CENSI, M. Sanatorio Parque Sa. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El hipotiroidismo sintomático habitualmente se manifiesta con síntomas musculares como debilidad, mialgias y astenia. Sin embargo, la rabdomiolisis como forma de presentación es poco frecuente, reportándose casos aislados en la literatura, siendo más frecuente la asociación con ejercicio extremo y consumo de hipolipemiantes.

Caso: Paciente masculino de 62 años, obeso tipo I (IMC 30), acude al servicio de guardia por cuadro de mialgias generalizadas de un año de evolución, que agrega en el último mes marcada astenia limitando sus actividades de la vida diaria.

Al examen físico del ingreso se encuentra estable hemodinámicamente, con bradicardia sinusal por electrocardiograma (FC: 56 lpm). Bradipsíquico al interrogatorio. Facie abotagada con edema periorbital bilateral. Piel aspera, gruesa, seca y escamosa. Sin otros hallazgos de jerarquía.

En el laboratorio general se destaca: CPK 4855 U/l, CPK-MB 84 U/l, creatinemia 1,43 mg/dl, TSH 39,23 uU/ml, T4 libre 0,05 ng/dl.

Ante la confirmación diagnóstica de RABDOMIOLISIS secundaria a HIPOTIROIDISMO se inicia tratamiento con LEVOTIROXINA vía oral y fluidoterapia, con mejoría significativa del cuadro clínico.

Comentario: El diagnóstico de hipotiroidismo aparenta ser sencillo aunque depende directamente, no sólo de los datos de laboratorio, sino también de los recabados en el interrogatorio y examen físico.

Conclusión: Si bien la rabdomiolisis es una forma de presentación poco frecuente de hipotiroidismo sintomático, es de suma importancia su rastreo inicial para instaurar un tratamiento pertinente y precoz.

PC-07-02 // HOMBRE DE 42 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS

BENITEZ, R.; SARMIENTO, E.; CAÑAS, A.; SILVA, L.; FLORES, N.; CORRADO FERREYRA, M.; GUTIERREZ, S. Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario. Jujuy, Argentina.

Introducción: Un grupo de enfermedades musculares conocido como parálisis periódica se caracteriza por episodios de debilidad muscular flácida que ocurre a intervalos irregulares. Dentro de los desórdenes secundarios, la parálisis periódica tirotóxica es una rara complicación del hipertiroidismo, aunque puede ser la forma de presentación del mismo. Esta entidad es más común en asiáticos. En otras poblaciones se estima que la incidencia en individuos con hipertiroidismo es de 0,1 a 0,2%.

Caso: Hombre de 42 años de edad, consulta por mialgia y debilidad proximal de miembros superiores e inferiores. Refiere que 24 horas previas a la consulta, inicia con dolor muscular intenso, 7/10 localizado en ambos muslos, tipo calambres, de una hora de duración cediendo lentamente sin mediar medicación. Al día siguiente, al despertar, presenta debilidad en ambos muslos así como paresia proximal de miembros superiores, que le impide incorporarse de la cama, por lo cual sus familiares llaman a emergencias, quedando internado. Antecedentes: Madre fallecida por aneurisma cerebral. Pérdida de peso de 10 kg en el último año, temblor en manos no estudiado. Examen físico se encuentra orientado, memoria y lenguajes conservados, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, no puede pasar del decúbito supino a la sedestación, fuerza muscular de región proximal de miembros inferiores y superiores 3/5, arreflexia patelar, controla esfínteres, no fotofobia, sin rigidez de nuca, se palpa tiroides aumentada de tamaño, blanda, no dolorosa, sin adenopatías. Laboratorio: LCR sin particularidades, Na 143mmol/L, K 2,5mmol/L, glucemia 1,32gr/L, CPK 62U/L, sodio urinario 97mmol/L, potasio urinario 12,5mmol/L, GTK 2,44mEq/L. Se infunde cloruro de potasio endovenoso por vía periférica, con mejoría de sintomatología y recuperación gradual de la fuerza muscular en 6 horas. Se asume como parálisis periódica hipopotasémica, por pérdida no renal. Ecografía de glándula tiroides: Ambos lóbulos tiroideos aumentados de tamaño, a predominio del derecho, imagen nodular elíptica, ecogénica de bordes regulares de 3cm de diámetro. TSH menor a 0,05uU/ml. Diagnóstico final: Hipertiroidismo, parálisis periódica tirotóxica. Se inicia tratamiento con metimazol y propranolol. Se solicita TRABS, T3, T4L, Ac TPO. Se brinda alta sanatoria y controles.

Comentario: El diagnóstico de la parálisis periódica en el encuentro inicial a menudo se retrasa y se confunde debido a la sutileza de la tirototoxicosis y a la falta de conocimiento acerca de este trastorno. El tratamiento con dosis bajas de suplementos de potasio y bloqueadores beta no selectivos debe iniciarse al momento del diagnóstico, y el nivel de potasio sérico debe controlarse con frecuencia para prevenir la hiperpotasemia de rebote.

Conclusión: La parálisis aguda con hipopotasemia debería inducir a pensar en una patología tiroidea subyacente, ya que ésta puede preceder al diagnóstico de hipertiroidismo.

PC-07-04 // DESMIELINIZACIÓN DE CUERPO CALLOSO EN PACIENTE CON SÍNDROME POLIGLANDULAR

TRIVISONNO, F.; RODRIGUEZ, M.; FENÉS, M.; CICHILITTI, L.; DA ROS, E.; ROSOLANI, E. Hospital "Juan Bautista Alberdi". Santa Fe, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Marchiafava Bignani (EMB) es una encefalopatía poco frecuente que se caracteriza por desmielinización y necrosis del cuerpo calloso con subsiguiente atrofia de este, cuya causa más frecuente es el déficit nutricional secundario al etilismo.

Caso: Varón, 31 años, tabaquista, ingresa por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso no cuantificada, parestesias en hemicuerpo derecho y convulsiones parciales de miembro superior derecho (MSD) que ceden con medicación.

Examen físico: TA: 140/80 mmHg. FC: 90 lat/min. FR: 20 resp/min. T°: 36,6 °C. Sat. de Oxígeno: 97 % (0,21) y BMI: 26. Vigil, orientado globalmente, sin foco motor ni sensitivo, con convulsiones focales a nivel de MSD. Sin estigmas de etilismo crónico.

Laboratorio: Hb: 15g/dl, Hto: 46%, VCM: 86, HCM: 29, IDE: 13,4, GB: 11,3 mil/mm3 (84% N), Plaquetas 318 mil/mm3, Glicemia: 763 mg/dl, EAB: 7,33/HCO 25,2/EB -1,5. Cetonemia negativa. Anion GAP 9 mEq/l. Creatinina: 1,75 mg/dl, Urea: 56 mg/dl, Sodio: 125 mEq/l, K: 4,2 mEq/l, Cloro: 91 mEq/l, Calcio 9,2 mg%, GOT: 13 mU/ml, GPT: 25 mU/ml, FAL: 295 mU/ml, GGT: 62 mU/l, BT: 0,1, Albumina: 3,5 gr/dl, ClCr: 67 ml/min, proteinuria: 0,52 gr/24 horas.

Se interpreta el cuadro como convulsiones parciales asociados a estado hiperosmolar no cetótico (debut DBT) con sospecha de compromiso poliglandular.

HB1AC: 14,1%, TSH: 7,24 mU/dl, T4 libre: 1,1 mU/dl. Anticuerpos antitiroglobulina: 262 UI/ml, Ac. Antiperoxidasa: 10 UI/ml, IgA: 181 mg/dl, Ac. Antitransglutaminasa: >100 U/ml, Antigladina: 102 U, Anticuerpo AntiGAD: 4,8 UI/ml, Colesterol: 250 mg/dl, TG: 749 mg/dl, HDL: 22 mg/dl. Serologías para ITS no reactivas. Marcadores tumorales en rangos normales. Vit. B pendiente.

Se realiza diagnóstico de Hipotiroidismo y se solicita VEDA con diagnóstico de Enfermedad Celiaca. RMI cráneo: LOE frontal parasagital supraventricular izquierda de 2 cm de diámetro con refuerzo tras contraste, e imagen hipodensa en región media de cuerpo calloso.

Se inicia tratamiento con insulina, dieta libre de gluten, levotiroxina y fenitoína con mejoría clínica progresiva.

Durante los controles ambulatorios presentó mejoría en HbA1C a 8%, TSH 3,5 mU/dl, en el peso y no repitió convulsiones, sospechándose EMB sin contar con resultados de Vit. B, para lo que se realiza tratamiento empírico.

Comentario: Se decide, la presentación de este caso debido a la baja frecuencia de asociación de Enfermedad poliglandular con afectación del SNC, con sospecha de EMB por imagen compatible en RMI sin poder confirmar la misma debido a la falta del resultado de Vitamina B.

Conclusión: Destacamos la importancia de la sospecha de asociación de entidades que comparten características en común, como es el caso de las enfermedades poliglandulares, sin poder descartar la coexistencia de otras entidades que presenten el patrón típico en la RMI de la EMB.

PC-07-05 // ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE DE CAUSA NO ALCOHÓLICA

BUTLER, L.; TORELLI, L.; LEE, Y.; DE SANTIS, A.; REICHARDT, M.; TORRES, C.; ADROVER, M.; REDOLFI, B.;

ZAPATA, S.; CUPPARI, M.; NOVELLI POISSON, P.

Complejo Médico Pla Churrucua-Visca. Caba, Argentina.

Introducción: La Encefalopatía de Wernicke (EW) es una enfermedad neurológica aguda causada por el déficit de tiamina. El mecanismo fisiopatológico no está del todo aclarado, pero se postula una alteración en el metabolismo de la glucosa generando daño mitocondrial, acumulación de glutamato, citotoxicidad y disminución de glucosa en tejido cerebral. Más del 80% de los casos se asocian a malnutrición por abuso de alcohol. El diagnóstico es clínico basado en una encefalopatía aguda, oftalmoplejía, nistagmo y ataxia. El dosaje de transcetolasa de tiamina eritrocitaria o de tiamina en plasma tiene baja especificidad. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de encéfalo apoya el diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente con EW asociada a nutrición parenteral, por su menor frecuencia.

Caso: Paciente masculino de 75 años, con antecedentes de hipotiroidismo, HTA, ex tabaquista, que ingresa a cirugía vascular para reemplazo endoaneurismático con by pass aorto-biilíaco primitivo con prótesis, por aneurisma de aorta abdominal infra-renal. Al mes requiere cirugía plástica de evisceración grado III con malla supraaponeurótica de prolene, evolucionando con dehiscencia de herida quirúrgica, con buena respuesta al tratamiento quirúrgico y antibiótico. Posteriormente, presenta fistula enterocutánea por lo que inicia alimentación parenteral por el período de un mes. Ingres a clínica, ya reiniciada la vía oral, por síndrome confusional agudo, con alucinaciones, discurso incoherente, desorientación temporo-espacial, disminución de la audición y nistagmo horizontal. Se realiza RMN encéfalo que evidencia múltiples lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR en ambos centros semioviales, sustancia blanca periventricular adyacente a ventrículos laterales, región posterior de mesencéfalo y bulbo. Secuencia de difusión negativa. Descartando otras causas, se interpreta EW por lo que inicia tratamiento con tiamina 100 mg/d evidenciando mejoría clínica y de las imágenes.

Comentario: En la EW no alcohólica es frecuente el antecedente de patología gastrointestinal que podría condicionar una menor absorción de tiamina, en especial en los pacientes bajo cuidados críticos y en los sometidos a intervenciones quirúrgicas severas. La reciente aparición de nuevas presentaciones industriales de nutrición parenteral, directamente empleados sin la adición de vitaminas y oligoelementos, puede ocasionar la EW.

Conclusión: El retraso en el diagnóstico y tratamiento de la EW podría implicar un peor pronóstico, por lo que consideramos importante tenerlo presente como diagnóstico diferencial, aun en pacientes no alcohólicos, en especial, si el paciente recibe nutrición parenteral.

PC-07-07 // EL RIÑÓN A FLOR DE PIEL: CALCIFILAXIS

BRAVO, L.; BERBOTTO, L.; CRIADO, J.; DIODATI, S.; DIPALO, F.; KILSTEIN, J.; MERES, B.

Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La calcifilaxis también conocida como arteriopatía urémica calcificante es una entidad infrecuente cuya patogenia no está del todo esclarecida que se caracteriza por calcificación vascular y necrosis cutánea. Afecta al 1-4% de pacientes con ERC avanzada y con requerimiento de diálisis. El tratamiento se basa fundamentalmente en la prevención de su desarrollo, una vez instalada, existen distintas alternativas terapéuticas, aunque son poco eficaces. Su pronóstico es malo con una mortalidad del 80%.

Caso: Mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión, DBT insulinorequiriente y ERC estadio 5 sin tratamiento dialítico por negativa de la paciente, consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por úlcera en pierna derecha que agrega en las últimas 72hs eritema y fetidez. Al examen físico se encontraba afebril, evidenciándose en cara externa de pierna derecha úlcera de 5 cm de diámetro de bordes definidos, techo necrótico con abundante secreción purulenta, subyacente con signos de flogosis. Presentaba disminución bilateral de pulsos pedios. Resto sp. Lab: Hb 9.2 g/dl Hto 29.5% GB 10600/mm3 (80N) Cr 4.4 mg% Urea 126 mg% Albumina 2.3 g/dl CPK 85 U/l VES 101 mm/1°h Ca 7.9 mg% P: 3.2 mg% PTH 758 pg/ml. Ecografía abdominal y renal: ambos riñones disminuidos de tamaño, resto sp. Inició tratamiento empírico con clindamicina y ciprofloxacina ajustado a función renal previa toma de hemocultivos y cultivos de lesión post toilette. Se realizó Eco Doppler arterial de miembros inferiores: ateromatosis cálcica en todo el territorio arterial de forma bilateral y difusa. Arterias tibiales anteriores con ondas monofásicas, de baja amplitud, resto sp. TC de pierna derecha: calcificaciones distróficas lineales en relación a estructuras vasculares en territorio peroneo y popliteo derecho. En cultivo de lesión se aisló *Proteus mirabilis* sensible a ciprofloxacina por lo cual continua con dicho antibiótico. Se realizó biopsia de lesión que informa a nivel de dermis profunda e hipodermis múltiples estructuras vasculares con engrosamiento fibroso y parietal, y calcificación de la capa media. Inicio tratamiento con sevelamer y diálisis trisemanal. La úlcera evolucionó de forma tórpida.

Comentario: La calcifilaxis se caracteriza por la presencia de lesiones dolorosas necróticas que deben diferenciarse de procesos como úlceras vasculares y vasculitis, entre otros. Se suelen evidenciar valores elevados de calcio, fósforo y PTH. El diagnóstico de certeza se realiza a través del estudio histopatológico, aunque no siempre esto es posible ya que suele presentarse en contexto de sobreinfección. El tratamiento es multidisciplinario e involucra el uso de tiousofato de sodio, quelantes iónicos y no iónicos de fósforo, calcio miméticos, corticoides, bifosfonatos y paratiroidectomía.

Conclusión: Motiva la presentación de este caso lo infrecuente de esta patología, que requiere de un alto grado de sospecha ya que su demora en el diagnóstico implica una elevada morbilidad.

PC-07-06 // DEBUT DIABÉTICO EN PACIENTE CON PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDÉMICA

RIVERA ANDRADE, M.; BECERRA CASTRO, C.; PERTUZ, M.; DUQUE, H.; CABELLO, P.; DOBARRO, M.;

MARTINEZ, O.; HERRANDO, S.; BUJHAME, L.; BRUGNOLLO, M.; BRUGNOLLO, M.

Sanatorio Sagrado Corazón. Caba, Argentina.

Introducción: Las causas más frecuentes de pancreatitis aguda (PA) son la litiasis biliar y el exceso de alcohol; Sin embargo, otras causas pueden incluir dislipidemia, hipercalcemia, medicamentos, trauma, estados posquirúrgicos, infecciones y procedimientos invasivos como la colangiopancreatografía retrógrada post endoscópica.

La pancreatitis por hipertrigliceridemia (HTGP), aunque es una entidad bien conocida, no ha sido bien caracterizada, la HTG se considera un riesgo significativo cuando los niveles de TG son >1000 mg/dl. **Caso:** Masculino de 53 años con antecedentes de HTA, nefrectomía izquierda, CA de células claras convencional, hipertrigliceridemia, e hipercolesterolemia. Consulta a la guardia el día 30/04 por cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por dolor epigástrico difuso asociado a astenia y pérdida progresiva de peso. Una semana después agrega a dicho cuadro, poliuria y polidipsia presentando en las 24 horas anteriores, deterioro del sensorio con tendencia a la somnolencia. Al ingreso hemodinámicamente estable, afebril. Se solicita laboratorio que evidencia hiperglucemia con cetonemia positiva y EABv PH: 7.24 Hco3:17 y alteración de la función renal. Se interpreta cuadro como debut diabético y se inicia manejo de cetoacidosis diabética. Evoluciona con dolor abdominal e intolerancia digestiva solicitándose ecografía abdominal que informa hígado graso grado II. Por persistencia de los síntomas se realiza TAC de abdomen que evidencia derrame pleural laminar bilateral, esteatosis hepática difusa, aumento difuso del tamaño del páncreas con marcados cambios inflamatorios pancreáticos y peripancreáticos con rarefacción del tejido graso periorgánico y engrosamiento de ambas fascias prerenales y líquido libre. Se solicitan enzimas pancreáticas (Amilasa 11451 y Lipasa 13292). Por sus antecedentes, se solicita triglicéridos (1054U/L) por lo que se interpreta PA secundaria a hipertrigliceridemia (BISAP 3 / Balthazar C). Evoluciona desde lo metabólico con requerimiento durante 96 horas de BIC de insulina corriente para manejo de cetoacidosis diabética e hipertrigliceridemia con buena respuesta (últimos TG: 296). Se indica al alta insulinización con NPH y controles y corrección con Insulina corriente.

Comentario: En el caso caso clínico presentado se interpreta paciente con debut diabético secundario a pancreatitis severa por HTG con buena evolución clínica y descenso de marcadores pancreáticos posterior a tratamiento con insulina cristalina.

Conclusión: La HTGP es causal del 1 al 14 % de todos los casos de PA, es más prevalente en jóvenes, predomina en varones, obesos y diabéticos. Es importante definir si la presencia de la HTG es primaria o secundaria a otras condiciones clínicas. El objetivo del tratamiento médico se basa en la administración de insulina cristalina la cual aumenta la actividad de la lipoproteína lipasa y la degradación de los quilomicrones, disminuyendo así los valores plasmáticos de triglicéridos a niveles menores de 500 mg/dl.

PC-07-08 // PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA IDIOPÁTICA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE CEFALEA CRÓNICA

AGUILERA, F.; POLASTRELLI, F.; LOPERENA OROZCO, M.; STAVSKY, D.; MONTOYA, D.; GOMEZ, L.; ROMAY, S.

Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La paquimeningitis hipertrófica idiopática es una enfermedad rara, de etiología desconocida, que se caracteriza por la inflamación fibrosante crónica que afecta a la duramadre intracranial o espinal. Su cuadro clínico abarca distintos déficits neurológicos dependiendo la zona afectada, pero la mayoría de las veces la cefalea es el síntoma que motiva la consulta. Para su diagnóstico es necesaria la exclusión de diversas patologías que pueden asociarse a inflamación o engrosamiento meníngeos (infecciosas, oncológicas, autoinmunes). La RMN es el examen complementario de elección para el diagnóstico preliminar de esta entidad, mientras que la confirmación se alcanza mediante la biopsia de duramadre.

Caso: Paciente femenina de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hipoacusia bilateral severa de 3 años de evolución, consulta por cuadro caracterizado por cefalea holocraneana no pulsátil, episodios aislados de náuseas y vómitos, alteración en la marcha y deterioro cognitivo de varios meses de evolución, negando fiebre o equivalentes. Al examen físico la paciente se encuentra lúcida, con hipoacusia bilateral, ataxia, adiadococinesia y lateralización en la marcha, con reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, y ausencia de signos meníngeos. En el laboratorio se evidencia una ligera anemia normocítica-normocrómica, eritrosedimentación acelerada y PCR aumentada; TSH dentro de parámetros normales, serologías virales y colagenograma negativos; en LCR se observa hiperproteinorraquia y aumento moderado del recuento celular a predominio linfocitario (40 mm3 con 70% de mononucleares), con cultivo de gérmenes comunes, hongos y micobacterias negativo. Se solicita RMN de encéfalo con contraste que informa importantes signos de involución cerebral difusa, lesiones de sustancia blanca relacionadas a daño isquémico crónico, presencia de engrosamiento con refuerzo homogéneo de la convexidad y tienda del cerebelo del lado izquierdo. Se realiza una biopsia meníngea donde se evidencia tejido conectivo denso, moderado infiltrado inflamatorio de linfocitos y algunos plasmocitos con patrón difuso, en ausencia de células atípicas y con cultivo negativo. Durante la internación la paciente evoluciona sin progresión del cuadro neurológico, por lo que se le otorga el alta hospitalaria, aguardando resultado definitivo de anatomía patológica antes de iniciar tratamiento.

Comentario: La paquimeningitis hipertrófica idiopática es una patología que se puede manifestar con un amplio abanico de síntomas neurológicos, siendo la cefalea uno de los más frecuentes. Aunque su incidencia es baja, es uno de los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta ante la presencia de cefalea crónica, asociada o no a síntomas de meningitis, ya que el inicio precoz de su tratamiento, particularmente en aquellos casos con una progresión acelerada del cuadro neurológico, contribuye a prevenir secuelas permanentes.

Conclusión:

PC-07-09 // HIPERCALCEMIA PARANEOPLÁSICA EN CÁNCER RENAL AVANZADO

GAMÓN, D.; PARISI, Y.; CRIADO, L.; RODRIGUEZ, L.; GORDILLO, A.; GAMÓN, D.; CACERES RINCON, H.; PIÑERES, J.; SIMISON, C.; RODRIGUEZ, M.; MORALES, J.
Caba. Caba, Argentina.

Introducción: La hipercalcemia es una alteración electrolítica considerada como urgencia médica cuando se presenta con valores superiores de 14,5 mg/dl, provocando complicaciones cardiovasculares y neurológicas.

El diagnóstico diferencial de la hipercalcemia consiste en determinar si se trata de un hiperparatiroidismo primario o de una neoplasia, siendo útil medir valores de PTH, que se encontrará elevada en el hiperparatiroidismo y con valores disminuidos en una hipercalcemia asociada a neoplasia.

En pacientes con Cáncer de riñón se presenta en una frecuencia del 3%.

Es considerado un factor de mal pronóstico con una sobrevida inferior a 6 meses al momento diagnóstico.

Caso: Paciente masculino de 56 años de edad, con antecedentes de Cáncer Renal de células claras diagnosticado en Junio del 2016 en el cual se realizó nefrectomía izquierda; vuelve a la consulta en abril del 2018 (1 año y 10 meses después del diagnóstico del cáncer de riñón izquierdo) por presentar dolor lumbar invalidante, con pérdida del tono postural asociado a sudoración profusa. Posterior a estudios de imágenes y laparotomía exploratoria se diagnostica tumor renal derecho metacronico, con trombosis de vena cava hasta aurícula derecha considerado irresecable.

Consulta en julio 2018 en nuestra institución por presentar anorexia, deshidratación, emesis, confusión, inestabilidad de la marcha. Se realizó TAC de cerebro descartando patología aguda.

Informe de Laboratorio evidencio calcio total de 14.3mg/dl, calcio iónico 2.13mmol/L, PTH 15.0ng/ml, 25-hidroxi vitamina D2 y D3 15.0ng/ml, Fosfatemia 5.2mg/dl, albumina 3.2g, Creatinina 6.57, uremia 158mg/dl, FAL 820.8 U/L, ECG acortamiento del QT, considerando hipercalcemia tumoral en el contexto del cáncer renal.

Se instaura tratamiento con Hidratación endovenosa, Furosemida 40mg cada 12hs, Pamidronato 90mg una dosis, y Deltisona 40mg con buena respuesta disminuyendo de forma progresiva los valores de calcio a los tres días de tratamiento

Comentario: Ante un paciente con cáncer renal con síndrome neurológico sin foco y TAC de cerebro normal debe considerarse causas metabólicas.

Conclusión: Se presenta el caso debido a que ante un paciente con cáncer renal con síndrome neurológico sin foco y TAC de cerebro normal debe considerarse causas metabólicas.

PC-07-11 // PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA TIROTÓXICA

SANABRIA, K.; ELIZECHE, C.; MALDONADO, P.; CARRERA ROMAN, O.; GAHETE POLETTI, E.; BASTOS

AUSFELD, M.
Sanatorio Migone. Asunción, Paraguay.

Introducción: La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica (PPT) es un raro trastorno de muy baja prevalencia, especialmente en Occidente, caracterizado por la aparición de debilidad muscular y episodios de parálisis flácida desencadenados por hipopotasemia en el contexto de una hiperfunción tiroidea. Presentamos el caso de un paciente afectado de una PPT con el diagnóstico reciente de Hipertiroidismo de probable etiología autoinmune.

Caso: Paciente de sexo masculino, 47 años de edad, nacionalidad peruana, con antecedente de hipertiroidismo de probable etiología autoinmune de reciente diagnóstico sin tratamiento actual, acude por tercer episodio de mialgias intensas, debilidad muscular de proximal a distal simétrica en ambos miembros inferiores que con el paso de las horas asciende a miembros superiores, además presenta disnea y dificultad para la bipedestación con pérdida del tono postural por lo cual acude a nuestro servicio donde se constata al examen físico bocio difuso no doloroso, taquicardia de 110 lat./min sin soplos, a la exploración neurológica cuadriparesia simétrica de predominio en la musculatura proximal y temblor fino distal con reflejos osteotendinosos conservados. Se constata hipopotasemia severa de 1.9mEq/L, ECG con aplanamiento de ondas T, Perfil Tiroideo TSH: inferior a 0.01 uUI/mL TSH Receptor (TSH Anticuerpo): 7.54, T4 Libre: 5.96 ng/dL, Microsomales (TPO) Ac: 850 UI/mL, Tioglobulina Ac: 672 UI/mL. Se inicia tratamiento con antitiroideos y corrección parenteral de potasio con lo cual presenta mejoría del cuadro.

Comentario: La PPT está englobada dentro del grupo de las parálisis periódicas hipopotasémicas de carácter familiar, pero a diferencia de estas últimas es una enfermedad adquirida, esporádica, asociada siempre al hipertiroidismo, resolviéndose la sintomatología cuando se controla la función tiroidea y reapareciendo con el estado hipertiroidico.

Conclusión: Lo importante de este caso, es pensar en que la causa de una parálisis podría tener un etología de causa metabólica endocrinológica mas que una causa meramente neurológica, realizar diagnósticos diferenciales con patologías más frecuentes como el síndrome de Guillain-Barré, la mielitis transversa, la compresión de la médula espinal, y la miastenia gravis. El administración temprana de potasio durante los ataques para prevenir las arritmias cardíacas y acelerar la recuperación de la parálisis. El pronóstico para los pacientes es bueno mientras el diagnóstico sea correcto y rápido, generalmente se resuelve al recobrase la función tiroidea normal.

PC-07-10 // HIPOGONADISMO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

ESTEVEAN GILI, J.; RASO, P.; ZUTARA, T.; GUERRERO, N.; FUNES, G.; TARIFA, A.
Hospital Teodoro J. Schestakow. Mendoza, Argentina.

Introducción: Las manifestaciones endócrino-metabólicas no son frecuentes en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), dentro de ellas se encuentra la disfunción sexual, de etiología multifactorial. Se presenta un caso de hipogonadismo asociado a EII al momento del diagnóstico.

Caso: Varón de 25 años sin antecedentes, ingresa con diagnóstico de anemia ferropénica, pérdida 6 kg de peso asociado a diarrea de 2 meses de evolución (10 deposiciones líquidas diarias, no disentericas). Examen físico: características feminoides, con afectación de caracteres sexuales secundarios, disminución de vello corporal total, hipotrofia muscular, palidez, sequedad cutánea y edemas en miembros inferiores. Volumen testicular de 20 ml. Laboratorio: anemia, reactivos de fase aguda elevados, FAL: 176 U/L, resto del hepatograma conservado, hipoalbuminemia, alfa 1 globulina y gamaglobulina elevadas. Virus hepatotropos negativos, PPD negativa. Coprocultivo negativo. Perfil inmunológico y serología para enfermedad celíaca negativos. Hormonas: testosterona total y libre descendidas, Globulina ligadora de andrógenos y estrógenos, LH, FSH, PRL, TSH normales. Estradiol aumentado. Perfil lipídico con disminución de todos los valores. TAC Abdomen: Hepatomegalia. Engrosamiento difuso de paredes de colon transversal, descendente, sigma y recto con alteración inflamatoria difusa mucosa en relación con colitis difusa. TAC de cerebro: hipófisis de características normales. VEDA Y VCC: gastropatía no erosiva, colitis inflamatoria. Enfermedad de Crohn versus Colitis Ulcerosa severa. Pseudopólipos y afectación inflamatoria a predominio de colon transversal, descendente y sigmoides. Biopsia colónica: compatible con Enfermedad de Crohn. Se comienza tratamiento para la misma.

Comentario: El hipogonadismo en el varón es la incapacidad del testículo para realizar sus funciones: producir testosterona, espermatozoides o ambos. Es primario cuando el problema está en los testículos y secundario cuando está en el eje hipotálamo hipofisiario. También existe la resistencia androgénica donde hay una respuesta disminuida o ausente de los órganos blanco a los andrógenos. Los síntomas incluyen, caída del vello corporal, disminución de la función sexual y cambios en la voz. Dentro de esta clasificación se trataría de un hipogonadismo primario asociado a enfermedades sistémicas. El hipogonadismo no es común en la EII, podría ser el resultado de un efecto directo inflamatorio/citoquinas en los órganos reproductivos y en segundo lugar por malnutrición y por el efecto en la secreción de gonadotropinas asociado al tratamiento crónico con corticoides u otros.

Conclusión: Sumado al tratamiento de la EII, podría ser beneficioso el tratamiento con testosterona y así luego de un tiempo prudencial, evaluar la mejoría clínica-bioquímica en este paciente. No está determinado que se haga cribado de hipogonadismo en pacientes con EII. Se sugiere realizar, si persisten los síntomas una vez que la actividad de la enfermedad inflamatoria se encuentra en remisión.

PC-07-12 // SÍNDROME DE CUSHING SECUNDARIO A USO TÓPICO DE CORTICOIDES

MERCE, L.; SUSTERSIC, A.; JAIMET, M.; SPANEVELLO, V.; VAN DE CASTEELE, G.; VIRGA, E.; MERCOL, A.;

FANELLI, B.; SERRANO, D.; DASCANI, N.
Hospital Intendente Carrasco. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Cushing es la expresión clínica de un hipercortisolismo crónico. Puede ser de etiología endógena debido a la producción excesiva de cortisol o de causa exógena por la administración de corticoides en diversas formas. Si bien en la mayoría de los casos se debe a la administración oral de los mismos, existen reportes en los cuales el Síndrome de Cushing fue atribuido a su uso por vía tópica.

Caso: Mujer de 39 años que ingresa al servicio de clínica médica por un cuadro de infección de piel y partes blandas en mano izquierda. Como antecedentes refiere Psoriasis cutánea diagnosticada hace 7 años con controles irregulares y automedicada con corticoides tópicos (clobetazol), el cual suspende al momento del ingreso. Al examen físico: regular estado general. TA:150/90mmHg, FC:120cpm, FR:20rpm, T:37°C. Fascie de luna llena, giba de búfalo, obesidad central. Músculos eritematosos de distribución parcheada, localizadas en abdomen, región dorsal, inguinal y en miembros inferiores, con un PASI de 7. Estrías rojo-vinosas en pared abdominal, miembros hipotrofos con pérdida de faneras, edema infrapatelar ++. Laboratorio: Hto:51%, Hb:17gr/dl, GB:15320mm3, Plaquetas:414000mm3, VES:6mm/H, Glicemia:169mg/dl, Urea:17mg/dl, Creatinina: 0.8mg/dl, Na:137mEq/L, K:3.5mEq/L, Cl:100mEq/L. Cortisol plasmático: <0.5ug/dl (VR:4.3-22.40), Cortisol urinario en 24hs: <0.67ug (VR: 55-286), ACTH:8.12 pg/ml, (VR:9-46) DHEA:3ug/dl (VR: 25.9-4.60). Se interpreta como inhibición del eje corticoadrenal. Durante la internación presenta un cuadro clínico compatible con insuficiencia suprarrenal aguda, por lo cual se inicia terapia de reemplazo. Se reinterroga a la paciente sobre las características del uso tópico de corticoides, recabando un uso inadecuado de clobetazol; el mismo era aplicado en toda la superficie corporal, de manera diaria. Se arriba al diagnóstico de Síndrome de Cushing secundario al uso de corticoide tópico. Se inicia tratamiento con metotrexato y pauta descendente de prednisona.

Comentario: Los corticoides tópicos constituyen el tratamiento fundamental de muchas patologías dermatológicas. Si se utilizan de forma apropiada son seguros y efectivos, pero sin supervisión médica pueden producir efectos secundarios graves tanto locales como sistémicos. La aparición de los mismos depende de la potencia del fármaco, área de aplicación, duración del tratamiento, condiciones e integridad de la piel. Dentro de los corticoides tópicos el clobetazol es el de mayor potencia y uno de los más relacionados con el desarrollo de Síndrome de Cushing. En la literatura se han reportado al menos 43 casos en los últimos 35 años.

Conclusión: Presentamos este caso clínico debido a la baja frecuencia de Síndrome de Cushing secundario al uso tópico de corticoides. Consideramos que es importante no minimizar los potenciales efectos adversos que éstos pueden presentar si no se cumplen las pautas de su indicación.

PC-07-13 // PARO CARDÍACO ASOCIADO A SÍNDROME DE DISFUNCIÓN APICAL TRANSITORIA EN PACIENTE CON SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO 2

ASINER, M.; CERDA, M.; COCCONI, A.; ANTICURA, D.; GIMENEZ, M.; LOZANNO ULLOA, N.; INDA, J.; ARAMENDIA, E.; ASSANELLI, J.; POSADAS, E.

Hospital Provincial De Neuquen. Castro Rendon. Neuquén, Argentina.

Introducción: El Síndrome Poliglandular Autoinmune (SPA) tipo 2 es una enfermedad poco frecuente (EPOF), habiendo 1 a 2 casos nuevos cada 10000 habitantes/año. Se presenta con insuficiencia adrenal, enfermedad tiroidea autoinmune (70%) y diabetes tipo 1 (50%), habitualmente en mujeres de 20-30 años.

La miocardiopatía de Takotsubo?, o Síndrome de Disfunción Apical Transitoria (SDAT), se caracteriza por falla aguda y acinesia apical del ventrículo izquierdo, típicamente resuelve en menos de un mes. Las catecolaminas estarían involucradas en su patogenia, por inducir espasmos microvasculares o por toxicidad directa.

Caso: Paciente femenina, 37 años, antecedentes de depresión no tratada. Consulta en marzo 2018, por dolor abdominal, vómitos, diarrea y pérdida de peso de dos meses de evolución. Refiere situación de estrés familiar en las últimas 24hs. Signos vitales: hipotensión sostenida, resto s/p. Examen físico: adelgazada, hiperpigmentación mucocutánea, sin signos clínicos de hipoperfusión. Diuresis conservada. Laboratorio de ingreso: Na 114mEq/L, K 4,23mEq/L, ácido láctico 0,99mmol/l, TSH 54,07mIU/L, T4 1,9mIU/L, ATPO >1300UI/ml, ACTH/EDTA 103 pmol/L, cortisol 21mcg/dL (post hidrocortisona 200mg). ECG de 12 derivaciones: QT prolongado, extrasístoles ventriculares frecuentes. Se inicia levotiroxina y por sospecha de insuficiencia adrenal aguda, hidrocortisona. Evolución: a las 24hs taquicardia ventricular polimorfa e HTA (180/90), con posterior shock cardiogénico secundario, resuelve con cardioversión eléctrica. Durante el episodio, ecocardiograma: acinesia apical severa; EAB: pH 7,41, PCO2 11,6 mmHg, HCO3 7,3mmol/l, EB -15,4, ácido láctico 8,98mmol/l, K 4,23mEq/L, Troponina I 1520 ng/ml (0,6ng/ml 24hs después). Los días subsiguientes requiere vasoactivos, inotrópicos y antiarrítmicos, complicando durante su descenso con paro cardiorrespiratorio secundario a fibrilación ventricular. Resuelve con cardioversión eléctrica. A los 10 días, en condiciones de estabilidad clínica, se continúa estudio. Ecocardiograma: FEV y motilidad parietal del VI conservadas. TAC de abdomen: glándulas adrenales pequeñas, sin morfología habitual. Prueba de ACTH (48hs corticoides suspendidos): cortisol plasmático <1mcg/dL, sin respuesta. AngioTC coronaria: ausencia de obstrucciones lumbales. La paciente es dada de alta, con reemplazo hormonal vía oral.

Comentario: El SPA tipo 2 y la Miocardiopatía de Takotsubo integran el listado de EPOF. Nuestra paciente presentó ambas entidades, no habiendo publicaciones previas de esta asociación. Una hipótesis etiopatogénica del SDAT propone un down-regulation de receptores ? miocárdicos, pudiendo el hipotiroidismo haber jugado un rol. La edad de aparición y las complicaciones no fueron típicas del SDAT. Hay bibliografía que asocia el paro cardíaco en SDAT a pacientes jóvenes y QT prolongado. El déficit de corticoides se ha asociado a arritmias severas y QT prolongado, sin mecanismo establecido.

Conclusión: En SPA tipo 2, monitoreo de función cardíaca

PC-07-15 // SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO II A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

LEMUÑIR, P

Hospital Lopez Lima. Río Negro, Argentina.

Introducción: El Síndrome Poliglandular Autoinmune (SPA) se define como la coexistencia de una o varias alteraciones autoinmunes de las glándulas endocrinas con otras patologías inmunológicas y con la presencia de anticuerpos circulantes órgano específicos dirigidos contra los órganos blancos. El SPA tipo II se caracteriza por la coexistencia de compromiso primario suprarrenal, enfermedad autoinmune tiroidea y/o DM tipo I; tiene una frecuencia de 1,4 a 1,5/100.000 habitantes, predomina en la cuarta década y la relación mujer/hombre es: 3 a 1.

Caso: Paciente femenina de 42 años de edad, ingresa por diarrea, vómitos y dolor abdominal. G1 P1, diagnóstico de enfermedad de Addison a los 24 años, 10 años ulteriores Tiroiditis de Hashimoto, falla ovárica precoz, DBT tipo 2 y Obesidad (IMC 30), fractura muñeca izquierda secundaria a caída desde su propia altura y Osteopenia por DMO a los 36 años, un año después fractura muñeca derecha. Falta de adherencia al tratamiento. Madre con AR.

Al examen físico presenta facie cushingoide, hiperpigmentación generalizada de piel, melanoses en mucosas. Abdomen globoso, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+). Laboratorio: hipertransaminasemia GOT y GPT x 4, FAL 483. Ecografía abdominal: vías biliares intra y extrahepáticas sin dilatación. ANA (+) 1/1280 patrón centromérico, AMA (-). Vitamina D: 8,1. CRM: signos de osteostosis, lito 1,2 cm, leve acentuación del conducto cístico. DMO: AP spine L1-L4 osteopenia severa; femur Neck osteopenia leve y/o moderada. Cirugía general: colecistitis, inicia AMS 7 días, se programa cirugía. Evolucionó con mejoría clínica, se realiza por endocrinología el diagnóstico de SPA tipo II, y reumatología evalúa tratamiento por osteopenia severa secundaria.

Comentario: El SPA tipo II es un síndrome infrecuente de ver en la práctica clínica, con el antecedente de Síndrome de Addison la búsqueda de otras endocrinopatías y enfermedades autoinmunes no endocrinológicas, permitió el diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto, DBT y falla ovárica precoz. Durante la internación con el diagnóstico de SPA tipo II se inicia búsqueda de enfermedades autoinmunes asociadas a hipertransaminasemia. Respecto al diagnóstico de osteopenia severa secundaria se evalúa tratamiento por reumatología con bifosfonatos.

Conclusión: Es importante para el médico clínico tener presente los síndromes autoinmunes poliglandulares para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, siendo en el 50 % de los casos la insuficiencia suprarrenal la primera alteración que se manifiesta como se describe en el caso clínico. Destacando la necesidad de prevención y tratamiento oportuno de osteopenia secundaria en una paciente joven con antecedente de falla ovárica precoz y tratamiento prolongado con corticoides.

PC-07-14 // PRESENTACION DE CASO: ESCORBUTO

FERREYRA, M.; MACALUSO, J.; ALVAREZ PRAT, R.; MACALUSO, M.; DOURS, J.; RODRIGUEZ KELLY, M.;

BIANCHI PINTOS, d.; MARASCHIO, M.

Hospital Angel Pintos. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El escorbuto se define como la enfermedad producida por la deficiencia de vitamina C. Históricamente se la asociaba a largos viajes en barco. El escorbuto es una enfermedad de relativa baja prevalencia general, con predominio en ciertos subgrupos en particular, especialmente en personas con alguna deficiencia alimenticia, insuficiencia renal, así como a los fumadores, pero incluso con estos factores de riesgo es

poco probable su presentación. Actúa como cofactor de la propil-lisil hidroxilasa, enzima de vital importancia para la biosíntesis del colágeno en distintos tejidos del organismo como piel, mucosas, anexos, vasos sanguíneos, huesos y dientes. Es un antioxidante, disminuyendo la concentración de radicales libres y el daño que éstos provocan a lípidos, proteínas, ADN y paredes de los vasos sanguíneos

Caso: Paciente de 45 años, de nacionalidad italiana, tabaquista y sin controles de salud, que ingresó en octubre del 2017 por presentar exantema en ambos MMII + dolor incapacitante de 30 días de evolución. Al interrogatorio refiere que comenzó en dorso de ambos pies y se fue extendiendo progresivamente hasta la rodilla, con impotencia funcional progresiva hasta ser incapacitante. No refiere síntomas acompañantes

Al ingreso: Lucido, subfebril (T°: 37,2), normotenso, taquicardico. BEAB sin ruidos. R1 R2 en 4 focos sin ruidos patológicos. abdomen: B D I sin visceromegalias. Exantema eritematoso homogéneo, con leve aumento de la temperatura y dolor a la palpación. Se lo interpreta como infección de piel y partes blandas. Laboratorio de rutina sin alteraciones. al ser reevaluado en pase de sala: exantema homogéneo, violáceo desde dorso del pie, hasta prepatelar. Rugoso por Descamación al tacto, bilateral y simétrico. Exantema petequial que impresiona palpable que involucra ambos muslos, perifolículo. Hiperplasia gingival. HIV y VDRL negativas, ERS 45, proteínas 6,2, albumina 3,5. Se inicia terapia empírica con Vitamina C. 72 horas después, el paciente mejora su impotencia funcional, dolor y astenia. **Comentario:** Esperando los resultados del dosaje de vitamina C se inicia terapia empírica, que al revelarse mejoría apoya al diagnóstico. Al reinterventarlo el paciente refiere que se alimenta solo con pan y huevo; total ausencia de consumo de cítricos y frutas (fuente de vitamina C), por su condición económica. Se recibe a los 15 días dosaje: ácido ascórbico 0,18 (0,20 a 2); se confirma el diagnóstico. **Conclusión:** Con este caso clínico, podemos concluir que aun en la época moderna existen deficiencias nutricionales por el desempleo creciente, y debe ser un diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante un paciente con hallazgos semiológicos compatibles.

PC-07-16 // SÍNDROME DE CUSHING IATROGÉNICO

MACENETH, A.; GHEZZI, M.; ACRICH, F.; MIÑO, D.; MARTINEZ AQUINO, E.; SALCEDO, A.

Franchin. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome de Cushing iatrogénico se observa comúnmente en la práctica clínica, con una frecuencia dependiente del espectro de las afecciones médicas que requieren tratamiento con glucocorticoides, subestimando los efectos adversos y las complicaciones a mediano y largo plazo, con desenlaces negativos que se pueden prevenir utilizando una terapia escalonada y con una vigilancia estrecha.

Caso: Paciente de sexo femenino de 46 años

Antecedentes de obesidad, sedentarismo, colecistectomía, hace 8 años psoriasis en tratamiento con clobetasol tópico por más de 8 años

Motivo de consulta: herida sobre-infectada en rodilla izquierda, farmacodermia por TMS motivo por el cual se inicia seguimiento por parte del servicio de clínica médica

Examen físico: PA 140/80 FC 104 FR 18 T° 36 SAT o2 98% PESO 107 KG

fenotipo cushingoide, con cara "en luna llena", vello facial tipo lanugo asociado a telangiectasia, giba dorsal, piel fina, obesidad centripeta con estrías violáceas de aproximadamente 20 cm de largo asociado a ampollas con alto débito de líquido claro, extremidades hipotroficas edematizadas.

paciente quien es ingresado por el servicio de ortopedia secundario herida más infección de rodilla izquierda que requirió 3 toilete mas vac, con ingreso al servicio de clínica médica por farmacodermia a TMS, por el fenotipo del paciente se inician pruebas para diagnóstico de síndrome de cushing

cortisol urinario 47, cortisol matinal 0.8, cortisol vespertino 59.8, ACTH menor a 5.

IRM cerebral que muestra un aracnoidocele

TAC abdominal con suprarrenales normales

múltiples intercurencias infectológicas secundario a su estado metabólico:

1. IRA pre renal
2. hipokalemia, hiponatremia e hipomagnesemia
3. itu complicada
4. candidiasis oral y esofágica
5. dm2

Comentario: paciente ingresa a la guardia con diagnóstico de herida infectada en rodilla izquierda, sin antecedentes patológicos de importancia, con farmacodermia a tratamiento ambulatorio con Tms, del cual sufre múltiples intercurencias metabólicas e infectológicas secundario a un sx de cushing totalmente prevenible, con una internación prolongada, con un valor pronostico sub-estimado.

Conclusión: Paciente adulto maduro, con diagnóstico de síndrome de Cushing iatrogénico por uso prolongado de clobetasol (corticoide tópico muy potente) en contexto de psoriasis no complicada, con complicaciones locales (atrofia cutánea, estrías de distensión, erupciones acneiformes, Hipertrichosis, enmascaramiento de infecciones cutáneas) y sistémicas (Diabetes, Hipertensión y supresión del eje hipotálamo-hipofisi-suprarrenal), que afectaron de forma grave su estancia hospitalaria por múltiples intercurencias metabólicas e infectológicas claramente prevenibles, utilizando de forma racional y escalonada y no subestimando el efecto nocivo del corticoide tópico.

PC-07-17 // ENCEFALOPATIA DE WERNICKE. PRESENTACION DE UN CASO

ALFANO, S.; CELENTANO, A.; KANTOR, B.; PERBELLINI, V.; CARAVACA, J.; SCAIOLA, S.; RAMÍREZ COLOMBRES, M.; CORIA, M.
Hospital De Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La encefalopatía de Wernicke es un cuadro neurológico agudo que se produce por déficit de vitamina B1 (Tiamina), más frecuente en pacientes alcohólicos pero asociado a otros cuadros como hiperémesis gravídica. Se caracteriza por oftalmoplejía, ataxia y alteraciones confusionales.

Caso: Mujer de 24 años, cursando semana 15 de tercer embarazo, presenta cuadro de un mes de vómitos alimenticios, refractario al tratamiento sintomático asociado a hipertransaminasemia. El cuadro fue inicialmente interpretado como de origen biliar por lo que la paciente fue colecistectomizada, con mejoría de los vómitos pero con persistencia de la hiporexia, debilidad generalizada, agregando desconexión del medio y sialorrea de días de evolución. Examen físico: signos vitales conservados. Vigil, orientada, apática, pupilas isocóricas, reactivas con nistagmus pluridireccional y paresia de VI par craneal derecho. Ataxia dinámica. Analítica: Hto: 29,7%, Hb: 9,8 gr/L, GB: 7,3 mil/mm³, plaquetas: 194 mil/mm³. Glicemia, ionograma, función renal y coagulograma conservados. Hepatograma: suero anictérico, TGO: 247 U/L, TGP: 524 U/L, FAL: 324 U/L, GGT: 134 U/L. Amilasaemia: 75 U/L. Serologías para HIV, VDRL, HVB, HVC y HVE no reactivos. Ácido fólico: 9,6 ng/ml, vitamina B12: 480 pg/ml, vitamina B1: 77,3 ug/L (posterior a una dosis IV). Resonancia magnética de cráneo sin contraste: hiperintensidad simétrica y bilateral, talámica posterior, laminotectal y periacueductal en secuencia FLAIR. También cambios en sustancia gris alrededor de tercer ventrículo con restricción a la difusión. Se interpreta cuadro como encefalopatía de Wernicke luego de descartar otras patologías metabólicas y estructurales, iniciando precozmente reposición con Tiamina con mejoría del cuadro neurológico en los días siguientes.

Comentario: Presentamos este caso por constituir un desorden neurológico poco frecuente, cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico (incluso puede presentar valores normales de Tiamina plasmática) y se confirma (como en nuestro caso), al presentar la reversibilidad de la sintomatología tras la administración de Tiamina. Requiere un alto grado de sospecha para evitar tanto muertes fetales como secuelas maternas irreversibles como la Psicosis de Korsakoff.

Conclusión: Es importante sospecharla en una mujer embarazada de más de 4 semanas con una hiperémesis gravídica que presenta elevación de las transaminasas a fin de administrar Tiamina precozmente evitando secuelas tanto materna como fetales.

PC-07-19 // ASOCIACIÓN DE DIABETES INSÍPIDA Y LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN UN PACIENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

SATO, N.; SOSA, C.; ARIAS RAMOS, P.; TEJERINA, S.; VILTE, I.; ZALAZAR, V.
Hospital Pablo Soria. Jujuy, Argentina.

Introducción: La Leucemia Mieloide Aguda (LMA) es un cáncer que se origina generalmente en las células madres productoras de granulocitos, más común en adultos (hombres) y su incidencia aumenta con la edad. La asociación de diabetes insípida central (DIC) y LMA es poco frecuente; menos del 2% del total de pacientes con DI y del 1% de los pacientes con LMA. Estudios realizados sobre dicha asociación describen alta prevalencia de monosomía del cromosoma 7 y de alteraciones criotípicas en la región 3q21q26. Estos hallazgos presentan un mal pronóstico con alta refractariedad al tratamiento quimioterápico. Se presenta un caso con dicha asociación.

Caso: Paciente masculino de 40 años sin antecedentes patológicos, consulta en junio de 2018 con cuadro de Neutropenia Febril (NF) por IPPB con eritema nudoso en miembro inferior derecho y un cuadro de vías respiratorias altas. Laboratorio al ingreso: Hb 9,8, GB 6.300 (NS 10%/L 27%/M 10%/BLASTOS 55%) plaq 36.000. Inicia tratamiento con Piperacilina- Tazobactam (PTZ). Al examen lucido, vigil. OTEP, febril, fauces congestivas con placas blanquecinas, cardiopulmonar normal, leve hepatoesplenomegalia indolora. Rx Tórax normal. Serologías no reactivas. Se rota ATB a clindamicina, con cultivos negativos y buena evolución de cuadro infeccioso. Intercorrió con episodios de diarreas sanguinolentas no infecciosas con estudios negativos. La PAMO confirmó diagnóstico de LMA iniciando quimioterapia. Paciente incurre con poliuria entre 5 y 11 l/día certificando DI por laboratorio por lo que comienza tratamiento con desmopresina con buena respuesta. Al 19 día de internación paciente con nueva NF, al examen con epistaxis, odinofagia, ojos congestivos y epifora constante, queilitis angular izquierda con sospecha cuadro respiratorio inicia PTZ. Con hemocultivo, urocultivo, Rx de Tórax y de senos paranasales negativos. Con mala evolución clínica, persiste febril con dificultad respiratoria se pide TAC de Tórax (sin alteraciones), con persistencia de epistaxis y sin otro foco se sospecha de mucormicosis, valorado por ORL, sin confirmación diagnóstica. Requiriendo en varias oportunidades transfusiones de glóbulos rojos, plaquetas y plasma por pancitopenia severa y prolongada. Se rota ATB a imipenem y se agrega vancomicina más anfotericina B con adecuada respuesta, con cultivos negativos se suspenden al día 9 de tratamiento. El paciente permaneció varios días asintomáticos mejorando sus valores hematológicos y parámetros clínicos hasta cumplir 28 días de internación.

Comentario: Las LMA asociadas a DI son una entidad muy poco frecuente y con alta refractariedad al tratamiento quimioterápico con menos respuesta, supervivencia más cortas y peor pronóstico vital.

Conclusión: Se presenta este caso por la baja incidencia mundial y por que a pesar del mal pronóstico que conlleva dicha asociación y a todas las complicaciones que presentó nuestro paciente respondió favorablemente a la terapéutica aplicada, actualmente en estricto control y seguimiento por consultorio.

PC-07-18 // APLASIA MEDULAR INDUCIDA POR METIMAZOL. REPORTE DE UN CASO.

FIORI, M.; CALVO, M.; GÓMEZ, G.; ASTUDILLO, M.; COSTANZI, J.; PÉREZ, C.; MACCHIAVELLO, E.; GIORDANO, A.; CIOTTI, G.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los fármacos antitiroideos (ATs) se asocian con una importante variedad de efectos adversos. Pueden ser leves y no implicar la suspensión definitiva de la droga, o graves como la agranulocitosis (0,35-0,5% de los pacientes tratados) y la aplasia medular (1 caso cada 10000 pacientes) que si bien son infrecuentes, pueden tener graves consecuencias, incluso la muerte.

Caso: Mujer de 53 años con diagnóstico reciente de hipertiroidismo, en tratamiento con metimazol en dosis iniciales de 5 mg/día. Consulta por odinofagia y fiebre de 48 hs de evolución. Al ingreso se constata muguet oral. Laboratorio: Pancitopenia (Hto 32 %, Hb 10,4 gr/dl, VCM 82,05, GB: 200 mm³, Plaquetas: 57,000 mm³), VES: 110 mm, TSH inhibida. Se realiza HMC, urocultivo e hisopado de fauces con test rápido y cultivo para Streptococcus pyogenes negativo. Frotis de sangre periférica: franca disminución de plaquetas y serie blanca, sin evidencia de células inmaduras. TAC de senos paranasales, cuello y tórax c/contraste EV: Marcado bocio tiroideo a predominio del lóbulo izquierdo. Se destacan alveologramas pulmonares difusos apical derecho y basales bilaterales, destacando incipiente consolidación en lóbulo medio derecho, con broncograma aéreo.

Se suspende metimazol y se inicia filgrastim por neutropenia severa y tratamiento antibiótico empírico con piperacilina tazobactam y vancomicina EV. Se realizó PAMO Ausencia de células atípicas y disminución de tres series. Intercurre con aleteo auricular por lo que se indicó betabloqueantes y digitalización. Ante la posibilidad de requerir trasplante de médula ósea, se decidió derivación a centro con dicha complejidad. Evolucionó con falla multiorgánica, se descartó tormenta tiroidea. Obitó.

Comentario: En aquellos pacientes con hipertiroidismo en tratamiento con fármacos antitiroideos la identificación y el manejo oportuno de la aplasia medular, sus complicaciones, y el hipertiroidismo conducirán a un mejor pronóstico.

Conclusión: Reportamos este caso debido a que la aplasia medular por metimazol es una patología poco frecuente y muy grave que debe ser rápidamente sospechada, ya que presenta una alta mortalidad.

PC-07-20 // REPORTE DE UN CASO DE HIPOPARATIROIDISMO Y ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN CONTEXTO DE UNA ENCEFALOMIELOPATÍA MITOCONDRIAL.

ROATTA, V.; DEMATTEIS, M.; MARANDO, J.; FERNANDEZ, R.; MASCIOTTRA, F.; TAFFO, J.; MAIOCCI, M.; SALINAS, M.; STIRPARO, M.; CHO, C.
Hospital Ramos Mejía. Caba, Argentina.

Introducción: Las miopatías mitocondriales son trastornos hereditarios que afectan principalmente el ADN mitocondrial, de transmisión materna, aunque pueden deberse a mutaciones espontáneas.

Caso: Se presenta el caso de una paciente de 20 años, que ingresa al servicio de clínica médica en enero del 2017 por presentar cuadro de cuadro de astenia, adinamia, hiporexia y mialgias a nivel dorsal y lumbar en contexto de trastornos hidroelectrolíticos (hipocalcemia e hipomagnesemia).

Como antecedentes presentaba diagnóstico de diabetes tipo 1 a los 11 años de edad, implante coclear bilateral a los 16 años de edad, enfermedad de Kearns Sayre diagnosticada a los 16 años, internación breve por hipoglucemia en el 2016 y requerimiento de marcapaso por bloqueo aurículo ventricular completo desde los 18 años. Al examen físico la paciente presentaba adelgazamiento generalizado, baja estatura. Abdomen plano, blando, depresible, indoloro, RHA+. Al examen neurológico se encontraba isocórico globalmente, sin alteraciones en la nominación, repetición y comprensión, pupilas isocóricas reactivas. Presentaba como datos positivos hipotonía generalizada, arreflexia en 4 extremidades, kendall 4/5 en MMII, ptosis palpebral bilateral, disminución de la agudeza auditiva bilateral y disminución de la excursión ocular generalizada.

Se realizan exámenes complementarios de rutina, encontrando en el laboratorio de ingreso hipocalcemia de 8 mg/dl e hipomagnesemia de 1,8 mg/dl.

La paciente presenta estudio genético previamente realizado compatible con delección en las sondas que hibridan con los genes mitocondriales consecutivos ATP6, COXIII, ND3, NOS y CYTB.

Se decide realizar interconsulta al servicio de Endocrinología del Hospital. Se solicitan las siguientes determinaciones: PTH 8 (10-55 pg/ml), vitamina D: 10 (>30), con lo cual se llega al diagnóstico de hipoparatiroidismo relacionado a su enfermedad de base.

Comentario: La enfermedad de Kearns Sayre es una miopatía mitocondrial que se caracteriza por la tríada clásica: oftalmoplejía externa, retinopatía pigmentaria y presentación en edad temprana (menor a 20 años). Tiene una prevalencia entre 1-3/100.000 individuos y la mayoría de los casos se producen de forma esporádica. Presenta mal pronóstico, con una supervivencia estimada de 30 a 40 años. Se trata de una entidad multisistémica, que puede manifestarse con compromiso endocrínico (diabetes, Sme de Addison e Hipoparatiroidismo) como es el caso de nuestra paciente.

Su diagnóstico específico requiere de la realización de una biopsia muscular donde puede realizarse un estudio genético para identificar la mutación o delección del ADNm característico de la enfermedad. En la actualidad, el tratamiento de esta patología consiste en la identificación temprana y tratamiento de sus complicaciones.

Conclusión: Las miopatías mitocondriales son trastornos hereditarios raros, que se manifiestan principalmente en la infancia, con compromiso multisistémico. Su conocimiento es relevante para el clínico dado que su correcto manejo e identificación temprana de sus complicaciones permite mejorar su pronóstico.

PC-07-21 // STATUS DISCOGNITIVO COMO MANIFESTACION DE HIPERCALCEMIA LEVE

PATRON COSTAS, L.; RAMIREZ, C.; CASTILLO, M.; GONZALEZ, G.
Hospital San Bernardo. Salta, Argentina.

Introducción: La hipercalcemia es un problema clínico relativamente común. Entre todas las causas, el hiperparatiroidismo primario y la malignidad son las más comunes, y representan más del 90 por ciento de los casos. Por lo tanto, el enfoque de diagnóstico para la hipercalcemia generalmente implica distinguir entre los dos. Se han asociado varias alteraciones neuropsiquiátricas leves con la hipercalcemia, principalmente en pacientes con hiperparatiroidismo primario. Los síntomas más comunes han sido ansiedad, depresión y disfunción cognitiva. Se ha descrito la mejoría en algunos o todos estos síntomas después de la corrección del hiperparatiroidismo. Los síntomas graves se presentan cuando los niveles son mayores a 14 mg/dl.

Caso: Paciente de 44 años con antecedente de crisis convulsiva tónico clónica generalizada y episodios de excitación y desorientación fluctuantes los 6 meses previos a la consulta. Ingresó en junio de este año con diagnóstico de Status epiléptico convulsivo se realiza TAC sin particularidades EEG asimétrico en segmentos a expensa de ondas lentas hemisferio izquierdo, punción lumbar 14 PMN 0.6 glucosa (glucemia 92) proteínas 0,1 g. Se asume como encefalitis herpética comienza tratamiento con acyclovir que se suspende al 7 día por PCR negativa. Paciente por examen físico presenta parafasia con nominación y repetición ausente comprensión de un comando paresia braquial crural derecha con movimiento tónico de miembro superior. Se realiza RMN en T2 FLAIR y difusión con hiperintensidad en región cortical fronto-temporo-occipital izquierda. Por laboratorio función renal conservada, Na MG K CL dentro de los límites normales, calcio repetido 11.8mg/dl iónico 1.43 mmol/L calciuria de 24 hs 487 mg/dl (60-200). Se asume como status convulsivo focal de más de 48 hs de evolución se medica con levetiracetam se realiza corrección de calcio con hidratación diuréticos y palmidronato, el paciente evoluciona de manera favorable se recibe PTH 100 y vit D 3 normal. Se asume como hiperparatiroidismo primario. Crisis convulsivas secundarias al trastorno metabólico.

Comentario: Los síntomas de la hipercalcemia dependen tanto del grado de hipercalcemia como del índice de inicio de la elevación en la concentración sérica de calcio. Además, hay una variación individual en la manifestación de los síntomas.

Conclusión: en todo paciente con antecedentes no justificados de trastorno neuropsiquiátrico asociado a crisis convulsivas debe valorarse los trastornos metabólicos incluyendo el calcio. El tratamiento hipercalcemizante por más que la calcemia era leve fue el determinante del cese del cuadro neurológico y psiquiátrico del paciente.

PC-07-23 // FIBROSIS PULMONAR EN CONTEXTO DE INTOLERANCIA A PROTEÍNA LISINÚRICA.

SCHVERDFINGER, S.; PEÑA, L.; CANALE, H.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La intolerancia a la proteína lisinúrica es un trastorno autosómico recesivo causado por una membrana plasmática deficiente del transporte de aminoácidos catiónicos, lisina, arginina y ornitina.

Las manifestaciones clínicas pueden ser multisistémicas e incluyen trastornos del crecimiento, anorexia, vómitos, diarrea, letargia, retardo mental, convulsiones y coma. Las anomalías del hígado, bazo, páncreas, riñón, médula ósea y cerebro pueden encontrarse también en esta patología. Las manifestaciones respiratorias pueden presentarse como distress respiratorio progresivo llevando a franca falla respiratoria que puede amenazar la vida. Los pacientes que presentan proteinosis alveolar pulmonar tienen poca esperanza de vida y la recurrencia luego del trasplante de pulmón-corazón han sido reportadas con consecuencias fatales.

Caso: Paciente masculino de 30 años de edad con antecedentes de fibrosis pulmonar, que se interna por convulsión tónico-clónica generalizada en contexto de fiebre a probable foco infeccioso respiratorio.

En estudio de las convulsiones se realizan exámenes de laboratorio y punción lumbar, luego tomografía de cerebro y tórax todos en parámetros normales. Se inicia tratamiento con antibiótico y anticonvulsivos empíricos y luego se realiza una resonancia de cerebro descartándose del todo la infección del sistema nervioso central.

Desde el punto de vista metabólico el paciente presentó ionograma sérico normal, calcemia, fosfatemia y magnesemia normales, hiperamonemia de 148 ug/dL (valor normal 19-82) y valores muy bajos de urea (entre 5 y 18 mg/dL a lo largo de la internación).

Se realizaron estudios de metabolismo intermedio (ácidos orgánicos en orina, carnitina total y libre y aminoácidos en plasma y orina) diagnosticándose hiperamonemia causada por intolerancia a proteína lisinúrica por presentar además valores elevados de la misma en orina.

Ante dichos valores se inicia tratamiento con dieta baja en proteínas y benzoato de sodio logrando buena evolución del paciente tanto en valores de laboratorio como clínicamente.

Comentario: Son muchos los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en búsqueda de la causa de una fibrosis pulmonar. La baja prevalencia de la intolerancia a proteína lisinúrica como causal contribuye a un sub-diagnóstico probable y la posibilidad de error diagnóstico frecuente, lo que podría retardar el inicio del tratamiento. La presentación de los síntomas y los estudios de laboratorio lograron poder dar indicios para estudiar la patología metabólica como causa de la enfermedad de base de este paciente.

Conclusión: Siempre debemos guiarnos por las causas más frecuentes al estudiar una patología pero considero de importancia tener en cuenta otros diagnósticos de relevancia en casos en que el paciente no responde a la terapéutica administrada y que la sintomatología nos hace sospechar algo distinto.

PC-07-22 // CEFALEA DE INICIO SÚBITO EN PACIENTE CON ADENOMA HIPOFISARIO

RAMIREZ, J.; LARZABAL, F.; MARIÑO CAMACHO, G.; HUERTA, P.; MOLINERO, J., M.; VILELA, A.; SGUBIN, D.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Introducción: La cefalea es una de las principales causas de consulta neurológica y de medicina general, tanto en servicio de urgencias como en atención ambulatoria, por lo cual, todo médico debería saber enfrentarla, en cuanto a su manejo inicial adecuado o su derivación oportuna.

La apoplejía hipofisaria es un fenómeno isquémico o hemorrágico que aparece generalmente en un adenoma hipofisario, se produce como consecuencia de un infarto con aparición posterior de hemorragia y edema del tumor. La forma aguda se caracteriza por iniciar de manera súbita con cefalea, alteraciones del campo visual y afectación de pares craneales.

Nuestro propósito es la presentación de un caso de un paciente con cefalea secundaria de una patología poco prevalente y elevar la sospecha diagnóstica.

Caso: Paciente masculino de 77 años con antecedente de hipertensión arterial, Angioplastia con stent en 2010, arritmia cardíaca no filiada, hipotiroidismo, internación reciente por accidente cerebrovascular isquémico cardioembólico, anticoagulado. Cursa cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en cefalea de inicio súbito, localización fronto-occipital, opresiva, intensidad 9/10 asociada a cifras de tensión arterial de 200/100 mmHg. Al examen físico se constata ptosis palpebral derecha más parálisis de 3er par craneal con midriasis pupilar por lo que se indica realización de RMN de encéfalo que evidencia adenoma de hipófisis con imagen hiperdensa periférica compatible con área de sangrado activo por lo que se interpreta cuadro como apoplejía hipofisaria. Se decide iniciar terapia endovenosa con corticoides sistémicos y suspensión de anticoagulación. Evoluciona con mejoría de cefalea además de resolución parcial de ptosis palpebral y parálisis del tercer par.

Comentario: Presentamos un caso de cefalea secundaria como forma de presentación de una apoplejía hipofisaria dado que su forma de presentación aguda se considera una urgencia neuroendocrínica y requiere su rápida sospecha diagnóstica para la toma de medidas terapéuticas adecuadas para así evitar la presentación de complicaciones fatales.

Conclusión: Presentamos un caso de cefalea secundaria para poder tener en cuenta esta patología poco prevalente, pero de gran relevancia clínica.

PC-07-24 // ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE POST GASTRECTOMÍA

SOBRERO, C.; WAINER, P.; GNOCCHI, C.; DE ALL, J.; BENITEZ, N.; SANTOS PEDRAZA, M.
Sanatorio Otamendi Y Miroli. Caba, Argentina.

Introducción: La encefalopatía de Wernicke es una emergencia neurológica con alta morbimortalidad si la instauración del tratamiento no se realiza de forma precoz. El conocimiento del cuadro clínico y de las posibles etiologías es esencial para generar una sospecha clínica de este síndrome potencialmente reversible.

Caso: Mujer de 28 años con antecedente de gastrectomía 2 meses previos a la consulta que evoluciona con múltiples episodios de vómitos e intolerancia a la vía oral. Se realiza videoendoscopia digestiva alta sin alteraciones. Agrega posteriormente bradipsiquia y deterioro del sensorio por lo cual consulta. Ingresó vigil, desorientada en tres esferas, sin déficit motor ni sensitivo, nistagmus vertical y horizontal no agotable, romberg positivo.

Laboratorio sin hallazgos metabólicos. Punción lumbar proteínas 56 mg/dl, leucocitos 6/mm3, glucorraquia 81 mg/dl, cultivos negativos, serologías virales negativas. RMN de cerebro que informa en secuencia difusión imágenes talámicas con tenue hiperintensidad pero con mapa de ADC con señal isointensa compatibles con encefalopatía de Wernicke dado antecedente quirúrgico, manifestaciones clínicas y ausencia de otro agente causal. Se inicia tratamiento empírico con reposición endovenosa de Tiamina evolucionando con normalización del sensorio con posterior externación.

Comentario: El diagnóstico de la encefalopatía de Wernicke es clínico y debe considerarse en todo paciente con síndrome confusional agudo o ataxia aguda. No existen pruebas de laboratorio diagnósticas, y la determinación de tiamina plasmática tiene limitaciones técnicas y baja especificidad. La RMN es útil para apoyar el diagnóstico y descartar otras causas pero no debería retrasar el tratamiento.

Conclusión: Esta patología debería generar un alto nivel de sospecha para el médico internista, incluso en ausencia de historia de alcoholismo debido a la posibilidad de presentación en casos de, por ejemplo, postoperatorios de gastrectomías.

PC-07-25 // DERRAME PERICARDICO HIPOTIROIDEO

PONTELLO, J.; NEGRI, M.; BRAIN, M.; GIACOBONI, M.; GALOPPO, S.; D'IPPOLITO, R.; TONI, P.; SICCARDI, M.; CELENTANO, A.
Hospital De Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El derrame pericárdico es la acumulación de más de 50ml de líquido en el espacio pericárdico. La etiología puede ser idiopática, enfermedades primarias del pericardio, como las pericarditis de cualquier etiología, enfermedades sistémicas, metabólicas, trasudación serosa (anasarca) y quilopericardio, entre otras. El estudio diagnóstico del derrame pericárdico siempre debe guiarse por la epidemiología local y requiere alta sospecha clínica. Cuando el derrame pericárdico se complica con taponamiento cardiaco, constituye una emergencia médica que requiere identificación e intervención inmediatas.

Caso: Paciente de 36 años, con antecedente de Sme de Down, presenta cuadro de 4 días de evolución caracterizado por odinofagia, náuseas y vómitos alimenticios, agregando un registro febril y disnea grado III en las últimas 12hs, constatándose en radiografía de tórax índice cardiorácico aumentado. Como antecedente de jerarquía, la paciente refiere disnea progresiva de 4 meses de evolución, que actualmente limita actividades diarias.

Examen físico: SV: TA 110/55 mmHg. FC: 60 FR: 22 T°: 36,2° SatO2: 80% (0.21). Xerosis cutánea generalizada. Cianosis en decúbito. R1 y R2 hipofonéticos. Laboratorio: Hto 39.6 %/Hb 13 g/dl / GB 3200 mil/mm3 / plaquetas 97000 mil/mm3 / ionograma y función renal sin alteraciones/ glicemia 80 mg% /Bt 0.5 mg/dl / GOT 53 mU/ml/TPG 30 mU/ml / FAL 8200 mU/ml / VES 83 mm/h/PCR 116 mg/lt / Pr t 6.1g% / Alb 3.3 g% /CPK 157 mU/ml / LDH 571 mU/ml / EAB: PH 7.44/PO2 54.4 mmHg/ PCO2 33.9 mmHg/ BIC 24 mEq/l/ SAT 89.9 (0.21)

Ecocardiograma transesofágico: derrame pericárdico severo, con colapso parcial de aurícula izquierda. Por agravar hipoxemia y descompensación hemodinámica, se coloca catéter intrapericárdico para realizar drenaje del mismo y diagnóstico, descartándose origen infeccioso y neoplásico. Dicho catéter se mantuvo por 17 días por presentar débito continuo.

Durante su internación se descartan enfermedades infecto contagiosas e inmunológicas, déficit vitamínico, neoplasias e infecciones pericárdicas, obteniendo resultado elevado de TSH (65), por lo que se comienza tratamiento con levotiroxina.

Comentario: El derrame pericárdico por enfermedad tiroidea representa el 24% de las causas; no obstante el taponamiento cardíaco como presentación inicial del hipotiroidismo es infrecuente. El hipotiroidismo es una causa frecuente de derrame pericárdico crónico en el que el mecanismo es similar al del mixedema. En los pacientes con derrame pericárdico, con o sin hipotiroidismo conocido, se debe descartar otras patologías subyacentes tales como neoplasias ocultas, conectivopatías o infecciones que puedan haber iniciado, precipitado o favorecido la acumulación de líquido en el pericardio.

Conclusión: Decidimos presentar dicho caso, debido a la infrecuencia de tal patología y su inusual clínica y todos los procedimientos diagnósticos y de tratamiento que se realizaron durante su internación.

PC-07-27 // DEL TUMOR PARDO POR OSTEÍTIS FIBROSA QUÍSTICA AL SÍNDROME DEL HUESO HAMBRIENTO REPORTE DE CASO.

VILA, V.; MARTINEZ RAMIREZ, R.; ESPEJO, A.
Hua. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El tumor pardo es una lesión localizada benigna que forma parte de la osteítis fibrosa quística asociada al hiperparatiroidismo, es la manifestación ósea mas frecuente sin embargo poco habitual como presentación clínica inicial en el diagnóstico del adenoma de paratiroides. El tratamiento implica la paratiroidectomía parcial o total dirigido a tratar el hiperparatiroidismo, consecuentemente la normalización de la función paratiroidea conduce a la reversión del tumor pardo, que como efecto contrario puede conllevar al síndrome del hueso hambriento (SHH).

Caso: Se presenta el caso clínico de mujer de 59 años, que consultó a nuestra institución por cuadro de 11 meses de evolución de lumbalgia y dolor irradiado a miembro inferior izquierdo. Al ingreso se constataron en resonancia magnética múltiples imágenes focales a nivel de cuerpos vertebrales lumbares y huesos ilíacos, asociados a hipercalcemia, hormona PTH elevada. Se realizó biopsia ósea que informó displasia fibrosa (tumor pardo). Bajo diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y osteítis fibrosa quística se le practicó paratiroidectomía inferior izquierda con lobectomía tiroidea derecha. En post quirúrgico evolucionó con hipocalcemia sintomática, hipofosfatemia e hipomagnesia, cuadro propio del síndrome del hueso hambriento. Se realizó tratamiento con carbonato de calcio y vitamina D3 endovenoso y oral fue efectivo para la reversión sintomática de las deficiencias y normalización de las pruebas de laboratorio.

Comentario: Se presenta este caso clínico por la infrecuencia de la osteítis fibrosa quística como presentación inicial del hiperparatiroidismo primario, y por el desarrollo infrecuente del síndrome de hueso hambriento como complicación postquirúrgica.

Conclusión: Se destaca la importancia del abordaje quirúrgico en el tratamiento del hiperparatiroidismo primario, teniendo en cuenta al síndrome de hueso hambriento como complicación postquirúrgica, ya que es un evento poco frecuente pero con relevancia clínica.

PC-07-26 // COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE HIPERGLUCEMIA NO CETÓTICA

RUNGA, d.; OTTAVIANO, P.; ROMERO CAIMI, S.; SAGUE, L.; TOLEDO, M.; CARDOZO, M.; FRANCESCHINIS, O.; FRARE, P.; CACERES, M.; FERNANDEZ, R.
Hospital Ramos Mejía. Caba, Argentina.

Introducción: Presentación neurológica de la hiperglucemia no cetótica (HNC) es más frecuente con hiperglucemia aislada que asociado a cetoacidosis diabética, siendo en la mayoría de los casos la forma de presentación de la diabetes. Se presenta como crisis parciales motoras, epilepsia parcial continua, hemicorea-hemibalismo, status convulsivo afásico y crisis occipitales. La fisiopatología es desconocida. Una hipótesis relaciona el efecto excitatorio neuronal de la hiperglucemia con la deshidratación celular e inhibición del ciclo de Krebs y deficiencia de GABA por vías metabólicas alternativas, disminuyendo el umbral de excitación neuronal. El diagnóstico es retrospectivo, con TC de encéfalo y LCR normales, ni otras patologías que lo expliquen, y resolución ad integrum con control metabólico. En la RMN en forma característica imágenes hipointensas subcorticales focales en T2 en casos de crisis epilépticas asociadas a los estados hiperglucémicos no cetóticos. Estas imágenes resuelven sin secuela luego de la mejoría clínica. El tratamiento se basa en un adecuado control glucémico. Evitar la fenitoína ya que causa hiperglucemia. Pregabalina disminuye las crisis convulsivas, la mortalidad por status, el daño en el hipocampo post status y recurrencias. La presencia de hiponatremia puede perpetuar el cuadro y una HbA1c > 9% aumenta riesgo de recurrencias.

Caso: CASO 1: Masculino de 37 años, antecedentes de diabetes 2 de mal control consulta por cefalea de 72 hs de intensidad 10/10, punzante, que cede parcialmente con AINEs, agrega a las 24 hs distonía dolorosa hemifacial y braquiocrural izquierda. Al examen neurológico postura en flexión y rotación interna braquial y extensión con rotación externa crural. Presenta HbA1C 14 % y se descarta hiperglucemia complicada. RNM con imágenes hipointensas subcorticales en T2 y una AngioRNM de encéfalo no patológico. Se realiza insulínización con un buen control y regresión progresiva de la signo sintomatología neurológica.

CASO 2: Femenino de 61 años, sin antecedentes. Consulta por crisis comiciales parciales complejas y afasia mixta. Al examen neurológico vigil, reactiva, orientación no evaluable, mutismo. Glucemia 402 mg/dl, HbA1c 13%. Hiperglucemia no complicada. TC de encéfalo y LCR normales. EEG actividad epileptiforme, ondas agudas temporales izquierdas con generalización secundarias, sin signos de status epiléptico no convulsivo. RNM de encéfalo imágenes hipointensas subcorticales en T2 y una AngioRNM de encéfalo no patológico. Se inicia insulínización con buen control y con resolución de la signo-sintomatología y recuperación ad integrum en 6 días de tratamiento.

Comentario: Forma de presentación de una patología prevalente. Importancia de su sospecha clínica ante pacientes con cuadros neurológicos e hiperglucemia no complicada.

Conclusión: Representa un diagnóstico diferencial oportuno debido a que el pilar del tratamiento es el control glucémico, herramienta sencilla que finaliza con la resolución ad integrum del cuadro clínico.

PC-07-28 // APOPLEJÍA PITUITARIA, UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE.

CHEQUER, M.; LAMBERTI, L.; CEBALLOS, M.; D'AMICO, P.
Hospital Británico De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La apoplejía pituitaria es un síndrome caracterizado por una necrosis o hemorragia en el seno de un tumor hipofisario. Clínicamente cursa con cefalea repentina, signos de irritación meníngea, alteraciones en la agudeza visual, incluso ceguera y en ocasiones disminución del nivel de conciencia. Para el diagnóstico es fundamental la resonancia magnética.

Su incidencia es variable.

Es un cuadro clínico que se caracteriza por ser infrecuente.

Se presenta con mayor frecuencia en varones entre los 46 y 56 años.

Caso: Mujer, 33 años, primigesta cursando 35,4 semanas de gestación. Antecedentes: esplenectomía de causa traumática a los 2 años; hipertensión portal secundaria a trombosis portal con diagnóstico en 2011; sin antecedente de ascitis. Biopsia hepática con leve dilatación sinusoidal. Motivó la consulta cefalea intensa asociado a fotofobia, fotopsias y náuseas en paciente normotensa. Se realizó Resonancia Magnética Nuclear que mostró adenohipofisis aumentada de tamaño heterogénea con estigmas de hemorragia. Se solicitaron laboratorio para estudio cortico-tiroideo donde se encontraron alteraciones. Se indicó reemplazo con hidrocortisona. Se decidió finalización de embarazo por cesárea.

Comentario: La apoplejía pituitaria es un síndrome compuesto por cefalea, náuseas, alteración visual, oftalmoplejía y trastorno del sensorio.

Descrita inicialmente en 1898 por Pearce Bailey en un acromegálico con cefalea, náuseas, vómitos, fiebre, oftalmoplejía y pérdida visual.

La resonancia magnética es diagnóstica en el 91% de lesiones pituitarias, con una sensibilidad cercana al 100%.

El manejo implica monitoreo hemodinámico, hidroelectrolítico y administración de corticosteroides a dosis altas.

Cuando no existe alteración en el nivel de conciencia ni déficit visual puede optarse por tratamiento conservador, que consiste en corticoterapia y manejo hidroelectrolítico, de lo contrario se recomienda tratamiento quirúrgico dentro de la primera semana una vez que iniciaron los síntomas.

Conclusión: Se decide presentación del caso por infrecuencia del mismo.