
MISCELÁNEOS

0016 Síndrome de embolismo graso en paciente joven con fractura de tibia y peroné. Reporte de caso y revisión de la literatura

Mancillas Cristobal1, Maldonado Hector Daniel1, Zermeño Blanca Jacqueline2, Paredes Jorge1

1.Hospital General de Occidente; 2.Hospital Regional Lagos de Moreno

Masculino de 31 años de edad, previamente sano, ocupación contador. Ingresa al servicio de urgencias posterior al recibir traumatismo directo sobre pierna derecha que condicionó a fractura de tercio distal de tibia y fractura segmentaria de peroné. Se interconsulta al servicio de medicina interna por disnea en reposo y hemoptisis 48 hrs posterior a su ingreso. A la exploración física FC 105 x min, FR 25 x min, T/A 130/80 mmHg, Temp 38 °C, SatO₂ 65% al aire ambiente. Alerta y orientado, sin evidencia de focalización, petequias a nivel conjuntival bilateral, cuello, hombros y tórax anterior, cuello con plétora yugular I, se palpa levantamiento paraesternal derecho, campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido bilateral, estertores crepitantes finos difusos bilaterales. Extremidad inferior derecha afectada, aún no intervenida quirúrgicamente, inmovilizada con férula posterior de yeso, llenado capilar adecuado bilateral. Citometría hemática: Hb

10.5, Plaquetas 157 mil, VSG 47 mm/Hr. Rx de tórax con infiltrado bilateral intersticial y alveolar de predominio basal. Angiotomografía computada de tórax se observa infiltrado intersticial y áreas de condensación para hilar y basal bilateral de predominio derecho, sin defectos de repleción en el sistema arterial pulmonar. El tratamiento del paciente fue a base de oxígeno suplementario con mascarilla reservorio y heparina de bajo peso molecular con reversión de la taquicardia e hipoxemia. El embolismo graso se define como un bloqueo de la circulación venosa por partículas de grasa intravascular que puede producir o no un fenómeno embólico. asociado en un 90% a lesiones traumáticas y 5% no traumáticos. El Síndrome de embolismo graso se considera una complicación del trauma mayor asociado a fracturas de huesos largos el cual se presenta con manifestaciones neurológicas (80%), hipoxemia (96%) y lesiones petequiales (33%). Su incidencia es del 1 a 2% en pacientes con antecedente de trauma, siendo reportadas las fracturas femorales bilaterales como responsables hasta en un 4.8 a 7.5% entre otras, y 11% en quienes se realizó fijación intramedular. Mortalidad del 5-15% . El diagnóstico es clínico, existen varios criterios diagnósticos (Gurd y Wilson, Lindeque, Shconfeld). No existe un tratamiento específico, el

uso de corticoesteroides se ha reportado como prevención de hipoxemia previo a colocación de clavos centromedulares, su uso aún sigue siendo controversial. Las medidas son de soporte dependiendo de la condición clínica del paciente, 10- 44% requieren ventilación mecánica. Se debe de tener alta sospecha clínica de esta entidad, ya que su incidencia es baja, las manifestaciones cutáneas no son muy frecuentes y el único dato pivote es la hipoxemia. Nuestro paciente cumplió con 2 criterios mayores y 4 menores según la escala de Gurd y Wilson (siendo necesarios 1 mayor y 4 menores) así como 13 pts en la escala de Schonfeld (5 pts o más).

Palabras clave: embolismo graso, petequias, fracturas de huesos largos, embolismo pulmonar no trombótico, síndrome de distress respiratorio agudo, hemoptisis.

0024 Prevalencia de deficiencia de vitamina D y asociación con severidad en sujetos con neumonía adquirida en la comunidad, neumonía asociada a cuidados de la salud y neumonía nosocomial

López Diego, Zapata Rogelio, Rivera Esteban Josué
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. En México, en el año 2010, la neumonía y bronconeumonía representó el 16° lugar de las causas de morbili-

dad nacional. Se han descrito múltiples factores de riesgo que modifican la morbi-mortalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC), neumonía asociada a cuidados de la salud (NACS) y neumonía nosocomial (NN). Entre ellos se encuentran la edad, el hematocrito, uso de esteroides, infecciones agregadas, comorbilidades y puntuaciones altas en las escalas de severidad. La severidad se ha evaluado con PSI y CURB-65 para NAC y SOFA y APACHE II para NACS y NN. La vitamina D sérica es un inmunomodulador, que favorece la respuesta inmune disminuyendo la gravedad de procesos infecciosos agudos. La deficiencia de vitamina D podría ser un factor de mal pronóstico en los pacientes con NAC, NACS y NN, aumentando el riesgo de complicaciones, ingreso a unidad de cuidados intensivos y mortalidad. **Objetivos.** Determinar la correlación de albumina sérica, PCR y vitamina D con índices de severidad CURB-65, PSI, APACHE II y SOFA en pacientes con NAC, NACS y NN. Conocer la prevalencia de vitamina D en sujetos con neumonía. **Material y métodos.** Tipo de estudio: Transversal, observacional, analítico y prospectivo Población: 36 pacientes con diagnóstico de NAC, NACS y NN del servicio de Medicina Interna y Urgencias. Análisis estadístico: Se correlacionó los parámetros bioquímicos, gasométricos,

perfil hepático, citométrico, y marcadores de inflamación de acuerdo a los grupos de neumonía. Se calculó la ANOVA para comparar las medias con los parámetros de interés. **Resultados.** No hubo diferencias en los parámetros bioquímicos, gasométricos, clínicos en los grupos de neumonía. No se encontró correlación entre los grupos de riesgo de severidad de neumonía y los marcadores de inflamación. Se encontró una mayor frecuencia en los niveles de leucocitos, neutrófilos, hemoglobina, hematocrito y procalcitonina en el grupo de NAC, pero sin diferencia estadísticamente significativa. La correlación entre NAC, NACS y NN con PSI, SOFA, APACHE II no fue estadísticamente significativo ($p=0.374$), asociación entre vitamina D y PSI por subgrupos no fue estadísticamente significativo ($p=0.581$), la asociación entre vitamina D y CURB-65 no fue estadísticamente significativo ($p=1.000$), la asociación entre estatus de vitamina D (insuficiencia, deficiencia y suficiencia) y NAC, NACS y NN no fue estadísticamente significativo ($p = 0.342$). La deficiencia de vitamina D se encontró en un 86.1% e insuficiencia en un 8.3% en sujetos con neumonía. **Conclusiones.** La deficiencia de vitamina D tiene una alta prevalencia en sujetos con neumonía. No fue posible realizar la asociación con escalas de severidad.

Palabras clave: neumonía, vitamina D, PSI, CURB-65, SOFA, APACHE.

0034 Piomiositis como complicación de diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento

Escalante Edgardo, Sanchez Maria Teresa, Morales Luis Alonso

Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey

Introducción. Es ampliamente conocido el efecto deletéreo de la hiperglicemia crónica sobre el sistema inmune. Muchas de las complicaciones infecciosas de la diabetes se deben a una respuesta de defensa entorpecida por el pobre control glicémico. **Objetivo.** Ilustrar una complicación infecciosa poco habitual en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y con esto ejemplificar los efectos nocivos sobre el sistema inmune, de esta entidad tan frecuente en nuestra población. **Exposición del caso.** Se trata de un masculino de 42 años de edad, cuyos padres y hermanos padecen DM2 quien se refiere sin antecedentes patológicos conocidos. Inicia su padecimiento actual 11 días previos a su ingreso al presentar dolor en región anterior de pie derecho, acompañado de edema y dificultad para el apoyo del pie de dicha extremidad. Siete días previos se agrega aumento de volumen en cara lateral de muslo izquierdo que se extiende hasta cara poste-

rior de pierna y región lumbar ipsilateral, con dificultad para la marcha a causa del dolor. Continúa con sintomatología en extremidad contralateral. 3 días previos, acude con médico particular quien indica analgésico no especificado sin mejoría. Además se agregó hipertermia no cuantificada, se intensificaron los síntomas y limitación funcional, motivo por el cual acude a esta unidad. A su ingreso se encontraba febril, con datos de respuesta inflamatoria sistémica y en el examen físico destacaba la extremidad pélvica izquierda, con edema, eritema y rubor en cara lateral de muslo izquierdo que se extiende a región posterior de pierna izquierda y región lumbar ipsilateral. No crepitos a la palpación en ambas extremidades. Se inicia resucitación hídrica inicial con mejoría en los parámetros hemodinámicos, se policulta y se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona. Se toma TAC de extremidades inferiores, mostrando imágenes compatibles con piomiositis involucrando músculos glúteos medio, mayor y músculos de compartimientos anterior y posterior del muslo izquierdo. Pasa a cirugía donde se realiza debridación extensa con fasciotomías de compartimientos anterior y posterior del muslo izquierdo, además se tomaron cultivos del material purulento del sitio quirúrgico. Posteriormente se reportaron los cultivos de secreción y

hemocultivos positivos para *Staphylococcus Aureus* Meticilino-sensible. Continúa con el tratamiento antimicrobiano, evoluciona favorablemente y se egresa. **Conclusiones.** Tras el análisis y abordaje integral del caso, se llegó a la conclusión de que la diabetes que se diagnosticó durante su estancia por una hemoglobina glucosilada de 12.8%, ha condicionado a una merma de respuesta inmune que propicio el medio idóneo para el desarrollo de esta complicación infecciosa. La prevención de este tipo de complicaciones yace en un control glicémico adecuado para prevenir al aturdimiento del sistema inmune.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, piomiositis, infección de tejidos blandos, infecciones oportunistas.

0040 Hemoneumotórax espontáneo: reporte de caso

Salinas José Alfredo¹, Andaluz Ana Carolina¹, Zavala César René¹, Treviño Mario Alonso², Sánchez María Teresa²

1. Programa Multicéntrico ITESM-SSNL; 2. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico De Monterrey

Introducción. El hemoneumotórax espontáneo es una condición rara que suele ocurrir en masculinos predominantemente fumadores, mayores de 20 años. Suele ser secundario a un neumotórax espontáneo en un 3 a 7% de los casos (Hsu, et al, 2005). Es ocasionado por el

rompimiento de una bula que puede ser vascularizada o por exposición de vasos aberrantes tras la ruptura (Ali, et al, 2008). Debido a su potencial de ocasionar choque hipovolémico, se recomienda manejo quirúrgico inmediato (Onuki, et al, 2013).

Objetivo. Analizar características clínicas de entidades que ocasionen hemoneumotórax espontáneo y comparar la presentación del caso con datos epidemiológicos conocidos.

Exposición del caso. Paciente masculino de 21 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, niega tabaquismo activo y pasivo. Acude tras presentar dolor tipo pleurítico en hemitórax izquierdo, así como tos seca esporádica irritativa de 1 mes y medio de evolución. A la exploración física hemodinámicamente estable, tórax con hipoaireación y roce pleural basal izquierda, así como frémito vocal disminuido y matidez a la percusión en dicha región. Radiografía posteroanterior de tórax: Derrame pleural basal y neumotórax apical izquierdo. Toracocentesis guiada por ultrasonido: Líquido sanguinolento, hematocrito de 25.5%, DHL y proteínas elevadas, glucosa disminuida, mayor porcentaje de glóbulos rojos no crenosados y diferencial de glóbulos blancos con predominio de eosinófilos. No se solicitó ADA para descartar tuberculosis. TAC de tórax con contraste IV: Hidroneumotórax izquierdo. Se realiza toracoscopia videoasisti-

da (VATS) con resección apical de lóbulo superior izquierdo, pleurectomía apical y drenaje de 2000 ml de líquido hemático; se coloca drenaje con sonda intrapleurales a succión. La histopatología reporta pulmón con enfisema paraseptal y pleuritis xantogranulomatosa con intenso infiltrado de histiocitos, por inmunohistoquímica CD68 (+) y S-100 (-) para células no Langerhans, sin evidencia de procesos neumónicos, granulomas ni neoplasia. El paciente evoluciona favorablemente y egresa para continuar seguimiento en consulta externa en búsqueda de etiologías de histiocitosis no Langerhans. **Conclusiones.** El hemoneumotórax espontáneo debe considerarse en pacientes masculinos, mayores de 20 años y fumadores, aunque el no ser fumador no descarta que suceda. Inicialmente es importante valorar la estabilidad del paciente, ya que algunos pueden presentarse con choque hipovolémico. La limitante del estudio de este caso, es que no se haya podido realizar ADA para descartar tuberculosis. Patología reportó una reacción inflamatoria exagerada con células no Langerhans, a la cual se le dará seguimiento en consulta externa. Una etiología a evaluar en el paciente es la enfermedad de Erdheim-Chester, la cual coincide con la edad, la clínica de presentación con una bula la cual puede reventar ocasionando hemoneumotórax y con la

histopatología e inmunohistoquímica (Haroche, et al, 2012).

Palabras clave: neumotórax espontáneo, hemoneumotórax espontáneo, histiocitosis no Langerhans, VATS, hidroneumotórax, Erdheim-Chester.

0085 Síndrome de vómito cíclico como causa de emesis refractaria en un adulto

Cojab Jimmy, Soberanis Pamela Denisse, Cisneros Daniela Alejandra, López María Elena
Hospital Ángeles Lomas

Introducción. El síndrome de vómito cíclico es una entidad poco reconocida en adultos, siendo más frecuente en la población pediátrica. Se caracteriza por la presencia de más de tres episodios de vómito separados por intervalos libres de síntomas de duración variable y descartándose una causa orgánica. Los episodios agudos suelen durar entre 3 a 6 días. Presentamos el caso de una paciente con historia de náusea y vómito de días de duración con remisión espontánea y posterior aparición de la misma sintomatología durante diferentes intervalos de tiempo.

Caso clínico. Paciente femenina de origen asiático, de 31 años de edad, previamente sana y antecedente familiar de migraña en rama materna. Acudió al servicio de urgencias a valoración posterior a vuelo de 20 horas por presencia de náusea y vómito en múltiples ocasiones de contenido gastrobiliar,

acompañada de epigastralgia intensa, sin asociarse a alimentos o medicamentos. La paciente refirió historia de 10 años de evolución de cuadros similares, alternados con intervalos libres de sintomatología y duración de 72-96 horas. Aproximadamente presencia de dos a tres episodios por año y requiriendo hospitalización en algunos de ellos sin encontrar causa aparente. Al examen físico paciente se encontró hemodinámicamente estable, con estado de hidratación subóptima, palidez de tegumentos ++, dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin datos de irritación peritoneal, resto sin alteraciones. Se realizaron laboratorios los cuales reportaron hipofosfatemia. Medición de b-HGC negativa. Estudios de imagen sin datos patológicos. Fue manejada en el servicio de urgencias con difenidol y ondansetrón sin presentar mejoría por lo que fue ingresada. Estudio endoscópico sin alteraciones. Se inició manejo sintomático con ondansetrón e infusión de dexmedetomidina con mejoría parcial. Posteriormente al descartar causas orgánicas y por historia clínica se inició manejo con amitriptilina y sumatriptan con remisión de sintomatología a las 72 horas. **Conclusión.** El síndrome de vómito cíclico es una patología infrecuente en adultos que requiere de manejo médico conservador una vez que se han descartado causas más

comunes de náusea y vómito. Se ha asociado a la presencia de factores precipitantes como alimentos, catamenial e incluso situaciones de estrés, así como antecedente de migraña en la familia. El tratamiento se basa en estudios retrospectivos con mejoría variable de la sintomatología en los episodios agudos. **Palabras clave:** síndrome de vómito cíclico.

0094 Acidemia 3-hidroxi 3-metilglutarica: presentación de caso

Torres Juan Adrián, Sánchez Grisell, Chávez Shadai, Rodríguez Marcelo Raúl

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción. La acidemia orgánica 3-hidroxi-3-metilglutarica es una enfermedad autosómica recesiva poco frecuente en el mundo. Dicha enfermedad es causada por la deficiencia de la enzima 3-Hidroxi-3-metil-glutaril coenzima A (HMG-CoA liasa) encargada de la cetogénesis y catabolismo de Leucina, que participa en la vía para la producción de cuerpos cetónicos, caracterizando a esta enfermedad por episodios de hipoglucemia no cetótica y la acumulación en plasma, orina y tejidos de productos potencialmente tóxicos. **Objetivo.** Presentar un caso de una femenina de 34 años, con diagnóstico de Acidemia HMG. **Descripción del caso.** Paciente femenina de 34 años de edad

con antecedente heredofamiliar de dos hermanos fallecidos en periodo neonatal por causa no especificada. Dentro de sus antecedentes patológicos, madre refiere múltiples internamientos durante el periodo neonatal por cuadros de hipoglucemias severas, las cuales condujeron a un paro cardiorrespiratorio a los tres meses de edad, lo que condicionó el desarrollo de retraso psicomotor y estado epiléptico. Se documentó la presencia de hepatomegalia por lo que se diagnosticó síndrome de Reye. Inició su padecimiento actual cinco días previos a su ingreso al presentar oliguria con progresión a anuria, lo cual se acompañó de hiporexia, náusea, vómito de contenido gástrico, intolerancia a la vía oral y ataque al estado general, razón por la que acudió a hospital donde se inició manejo, a su arribo presentó los siguientes signos vitales TA: 100/60 mmHg, FC 90 lpm, FR 18 rpm, T° 37°C y los siguientes estudios paraclínicos Hb 13.8 g/dL, VCM 99 fL, HCM 34 pg, Leu 6.8 k/uL, Neu 5.43 k/uL, Plt 176 k/uL, Glu 106 mg/dL, BUN 70 mg/dL, Cr. 2.5 mg/dL, Na 136 mEq/L, Cl 103 mEq/L, K 3.1 mEq/L, Ca 7.9 mg/dL, P 4.7 mg/dL, BT 0.7 mg/dL, BI 0.2 mg/dL, BD 0.5 mg/dL, AST 136 UI/L, ALT 119 UI/L, pH 7.2, pCO₂ mmHg, HCO₃ 10.6 mEq/L, Lactato 1.1 mmol/L, EGO normal. La paciente evolucionó de manera tórpida, agregándose en las horas siguientes cuadro de

hipoglucemia sintomática de 24 mg/dl, crisis convulsiva tónico-clónica generalizada y choque de origen desconocido. Ante sospecha cuadro asociado a un error innato del metabolismo se decidió interconsultar al servicio de genética médica, quienes realizaron una determinación de ácidos orgánicos en orina, positivos para Ac. 3 metil glutaconico, 3 OH 3 metil glutárico, 3 OH isovalérico y 3 metil crotonil glutárico, realizándose diagnóstico de acidemia 3 hidroxi- 3 metil glutarica. Seis días posteriores, a su ingreso, la paciente presentó nuevamente hipoglucemia sintomática y deterioro ventilatorio con desarrollo. **Conclusiones.** La acidemia orgánica es una enfermedad muy poco prevalente, que cursa con periodos de agudización potencialmente mortales, secundarios a periodos de ayuno o infecciones, puede diagnosticarse de forma errónea como síndrome de Reye, y es raro encontrar adultos enfermos vivos con la edad de nuestra paciente. **Palabras clave:** hipoglucemia, error innato del metabolismo, acidosis metilmalónica, retraso psicomotor, crisis convulsivas.

0098 Comorbilidad y síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años con depresión en el Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato

Ramos Marco Antonio¹, Sandoval Nallely¹, Moreno Cesar², Torres Jorge Luis², Luna Sara², Saldaña Sonia Guadalupe²
1.ISSSTE; 2.ISSSTE

Introducción. La depresión afecta el 8-12% de la población, y la OMS prevé en 2020 será la segunda causa de enfermedad. Su relación con hipotiroidismo en el estudio HUNT en mujeres fue (OR) 1,46 en comparación con quienes no tenían ($p = < 0,01$). Su incidencia en enfermedad ácido-péptica es 2 veces más, en comparación con uso de AINE's, comorbilidad y tabaquismo. La incontinencia urinaria presenta efectos negativos, con correlación (r) de -0.886 e incremento del riesgo de depresión de 5.9 veces. Las caídas tienen relación (OR) 1,63 siendo bidireccional y factor independiente. La presentación es similar a la fragilidad, con perfil bajo de actividad diaria, reserva energética disminuida, anhedonia y discapacidad. **Objetivo.** Analizar la comorbilidad y síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años con depresión en el Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo en pacientes mayores de 65 años, tomando datos del expediente clínico entre enero del 2012 a mayo del 2016. Las variables demográficas estudiadas fueron: sexo, edad, escolaridad y estado civil. La comorbilidad incluida fue: HAS, DM2, EPOC, Hipotiroidismo, Cardiopatía isquémica, Enfermedad ácido-péptica, Neoplasia, IRA y número de comorbilidad. Los síndromes geriátricos estudiados fueron: polifarmacia,

caídas, fragilidad e incontinencia urinaria, privación neurosensorial, deterioro cognitivo. Se comparó los sujetos con depresión en relación con los pacientes sin depresión, en busca de diferencias estadísticamente significativas de cada una de las variables. Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas con paquete estadístico SPSS 21. **Resultados.** 872 pacientes incluidos, siendo 549 mujeres (63%), con media de edad de 80.67 (± 4.72) años. La principal comorbilidad fue HAS 414 (47.5%), cardiopatía isquémica 292 (33.5%), DM2 264 (30.3%), EPOC 200 (22.9%). Los principales síndromes geriátricos fueron: Incontinencia Urinaria 229 (26.3%), Caídas 191 (21.9%), Fragilidad 134 (15.4%). 238 pacientes tuvieron diagnóstico de depresión (27.3%), en comparación con el grupo de pacientes sin depresión (634) teniendo mayor comorbilidad 3.57 (± 3.57) versus 3.19 (± 1.6) $p = < 0.01$. La depresión se relacionó con el sexo femenino con OR de 1.50 (IC 95%:1.10-2.08) $p = 0.01$. Hipotiroidismo OR 1.5 (IC 95%:1.04-1.65) $p = 0.01$, enfermedad ácido-péptica OR 1.14 (IC 95%:1.02-1.28) $p = 0.02$. Caídas tuvieron OR 1.34 (IC 95%:1.17-1.53) $p = < 0.01$, fragilidad OR 1.15 (IC 95%:1.01-1.33) $p = 0.03$, Incontinencia urinaria OR 1.15 (IC 95%:1.01-1.28) $p = < 0.01$. **Conclusión:** La depresión fue mayor en mujeres. El

hipotiroidismo y la enfermedad ácido-péptica presentaron mayor frecuencia en depresión. La incontinencia urinaria, caídas y fragilidad tuvieron mayor frecuencia que otros síndromes como polifarmacia. A pesar de que la DM2, HAS, Cardiopatía isquémica y EPOC no tuvieron diferencia, la carga total de comorbilidad si fue mayor en los pacientes con depresión.

Palabras clave: depresión, síndromes geriátricos, comorbilidad, mayores de 65 años

0113 Displasia fibromuscular y aterosclerosis acelerada como causa de hipertensión renovascular

González Berenice, Ibarra Luis Carlos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mujer de 69 años. Antecedentes de Hipertensión arterial sistémica en tratamiento con nifedipino, losartán, hidroclorotiazida con buen apego terapéutico y mal control de la enfermedad. Dos internamientos durante 2015 por emergencia hipertensiva con edema agudo de pulmón. Ingreso a Medicina Interna en Agosto 2015 por presentar disnea en reposo, tos no productiva, cefalea holocraneana. Al interrogatorio dirigido refiere claudicación a 500 metros. Al ingreso TA 210/90mmHg, FC 120 lpm, FR 24 rpm, SO₂ 82%. Pulso carotídeo derecho hiperpulsátil, con soplo bila-

teral, campos pulmonares con estertores finos generalizados, bilaterales; Abdomen globoso por panículo adiposo, sin masas ni megalias palpables. En extremidades inferiores pulsos no palpables. Considerando la recurrencia de los cuadros, hipertensión de difícil control, claudicación intermitente y ausencia de pulsos periféricos se inició abordaje diagnóstico ante sospecha de hipertensión secundaria. En angiogramografía de vasos supra e infraaórticos se observó estenosis crítica de aproximadamente 97% por debajo del diafragma, aorta abdominal infra y suprarrenal con enfermedad en todo su trayecto, abundantes placas ateromatosas en el sitio de origen de ambas arterias renales. Ante sospecha de manifestaciones extratemporales de arteritis de células gigantes se realizó ultrasonido de arteria temporal que reportó trayecto tortuoso observándose mosaico de colores al efecto doppler color. Se realizó biopsia de arteria

Palabras clave: hipertensión renovascular, displasia fibromuscular, síndrome aórtico, edema pulmonar.

0125 Alteraciones del estado glucémico y su asociación con disminución de parámetros espirométricos en Hospital General Ticomán de la Ciudad de México, Servicio de Medicina Interna

Ledesma Andrés, Huerta Saúl, Castro David, Vargas German,

Rodríguez Leticia, Arellano Consuelo Estephani

Sedesa Hospital General Ticomán

La diabetes mellitus se caracteriza por alteración metabolismo de glucosa. Tiene capacidad para afectar la micro y macro vasculatura, esto sugiere la plausibilidad fisiopatológica de ocasionar alteraciones pulmonares demostrables por espirometría en pacientes con estados glucémicos alterados.

Objetivos. Determinar si el estado glucémico se correlaciona con disminución en los parámetros de espirometría (FEV1, FVC, relación FEV1/FVC, PEF). Determinar si el descontrol glucémico se asocia con disminución de los parámetros de espirometría (FEV1, FVC, relación FEV1/FVC, PEF) en pacientes diabéticos.

Material y Métodos. Estudio transversal analítico, con pacientes de la consulta externa que cumplieran los criterios de inclusión. Se determinó glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada, con método glucosa oxidada y por antígeno-anticuerpo soluble medido por colorimetría respectivamente. Se realizó espirometría simple, interpretando con parámetros predichos del estudio NHANES III. **Resultados.** Total 55 pacientes, 43 mujeres, 12 hombres, de los cuales 32 son diabéticos, 20 controlados y 23 no diabéticos **Conclusiones.** Lo niveles elevados de glucosa se

correlacionan con la disminución de parámetros pulmonares (VEF1, VEF1/CVF y FEP) Los individuos diabéticos presentan disminución de su VEF1 y FEP comparados con los sujetos no diabéticos. Los pacientes diabéticos descontrolados (según la glucosa de ayuno), muestran menores valores de VEF1 Y PEF que los pacientes controlados y no diabéticos

Palabras clave: diabetes, espirometría, hiperglucemia, neuropatía diabética.

0131 Neumonía intersticial aguda (síndrome de Hamman Rich): reporte de un caso

Osua Paul, Staeps Montserrat Rebeca

Instituto Mexicano Del Seguro Social

Introducción. La neumonía intersticial aguda (Hamman Rich) es una enfermedad que clínicamente se da por inicio abrupto de disnea y rápido desarrollo de insuficiencia respiratoria. Histológicamente presenta daño alveolar difuso y subsecuente fibrosis. **Objetivo.** reportar un caso de este raro síndrome, clasificado dentro de las neumonías intersticiales idiopáticas de inicio agudo y alta mortalidad. **Exposición del caso.** Se trató de un masculino de 47 años, que inicio su sintomatología 12 días previos a su ingreso con tos no productiva, disnea, fiebre cuantificada hasta 39 grados y cefalea holocraneana, . Con evolución clínica

de insuficiencia respiratoria aguda. TAC de tórax reportó afección intersticial difusa bilateral, patrón vidrio despolido, así como retículo-nodular, bronquiectasias de tracción bilateral. Evolucionó de manera tórpida y requirió manejo de vía aérea avanzada, se agregó inestabilidad hemodinámica que no revirtió a maniobras medicas presentando paro cardiorrespiratorio y defunción. En el reporte histopatológico se observó daño alveolar difuso en fase de organización, con formación de membranas hialinas, proliferación fibroblástica intersticial y componente inflamatorio. **Conclusiones.** El diagnóstico se da con la presencia de insuficiencia respiratoria, sintomatología de inicio abrupto y la confirmación patológica de daño alveolar difuso, los mismos se encontraron y se descartaron otras causas infecciosas, neumonitis, y otras formas de neumonías intersticiales.

Palabras clave: neumonía, intersticial, abrupta, alveolar, difuso.

0132 Prevalencia e intensidad de dolor somático al ingreso y egreso de la sala de Medicina Interna de un Hospital Universitario del Noreste de México

Figueroa Gabriel, Miranda Luis Antonio, Soto Blanca Angélica, Sánchez Grisela Guadalupe
Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario

Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción. El dolor se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, descrita en términos de dicha lesión. Existen distintos factores que intervienen en la presencia de dolor intrahospitalario como lo es la edad, género, días de estancia hospitalaria, diagnóstico y tratamiento. Dentro de los estándares dictados por The Joint Commission® se establece que todo paciente hospitalizado debe recibir una evaluación del dolor adecuada. En el presente trabajo se describe la prevalencia del dolor por intensidad durante el ingreso y al momento del egreso en pacientes hospitalizados en la sala de Medicina Interna de un Hospital Universitario del Noreste de nuestro país. **Objetivo.** Describir la prevalencia de dolor somático por grado de intensidad al momento del ingreso y egreso, así como la prevalencia de dolor severo asociado a diagnóstico oncológico durante estancia intrahospitalaria. **Material y métodos.** Analizar las evaluaciones del dolor al ingreso y egreso de los pacientes hospitalizados en el transcurso de enero-julio del 2017 a través del sistema de ordenes médicas electrónicas propio de nuestro hospital, se categorizaron como dolor leve (1-3), moderado (4-

6) o severo (7-10) de acuerdo a la escala numérica de evaluación del dolor registrando su frecuencia en cada categoría. Posteriormente se realizó un subanálisis de los diagnósticos de los pacientes que presentaron dolor severo durante su internamiento categorizándolos como oncológicos y no oncológicos. **Resultados.** Se analizaron un total de 1424 pacientes ingresados en el periodo establecido. Al momento del ingreso 188 pacientes (13.2%) reportaron algún grado de dolor, de los cuales fue leve en 144 (10.11%), moderado en 41 (2.88%) y severo en 3 (0.21%). Al egreso presentaron algún grado de dolor 143 (10.04%) pacientes, siendo leve en 119 (8.36%), moderado en 18 (1.26%) y severo en 6 (0.42%). De los pacientes que en algún momento durante su internamiento presentaron dolor severo (n=54) se atribuyó este a patología oncológica en 19 casos (35%) y no oncológica en 35 casos (65%). **Conclusiones.** La prevalencia de dolor al ingreso es de 13.2% y al egreso de 10.04%, el dolor severo es más prevalente en pacientes con patologías no oncológicas que oncológicas en la sala de Medicina Interna de un Hospital Universitario en el Noreste de México.

Palabras clave: dolor, prevalencia, Medicina Interna, intrahospitalario, calidad, diagnóstico.

0134 Uso racional de analgésicos en la sala de Medicina Interna de un Hospital Universitario del Noreste de México

Figueroa Gabriel, Miranda Luis Antonio, Soto Blanca Angélica, Sánchez Grisel Guadalupe

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción. El dolor se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, descrita en términos de dicha lesión. Dentro de los estándares dictados por The Joint Commission® se establece que todo paciente hospitalizado debe recibir una evaluación del dolor adecuada, recibir tratamiento para dicho síntoma y reevaluar su respuesta a dicho tratamiento. El tratamiento adecuado para dicho padecimiento puede ser evaluado mediante el apego a las guías clínicas. En el presente trabajo se evalúa el apego a las recomendaciones generales en el tratamiento del dolor de acuerdo a su intensidad establecido por la organización mundial de la salud (OMS) mediante un sistema de órdenes médicas electrónicas. **Objetivo.** Evaluar el uso racional de analgésicos de acuerdo a la intensidad de dolor reportada mediante un sistema de órdenes médicas electrónicas, según las recomendaciones en

el tratamiento del dolor establecidas por la OMS. **Material y métodos.** Se analizaron las indicaciones médicas electrónicas realizadas en los pacientes hospitalizados en el periodo comprendido de enero-julio 2017. Se registró la intensidad del dolor en escala numérica realizada por el médico tratante previo a cada indicación y posteriormente se categorizó como dolor leve (1-3), moderado (4-6) o severo (7-10). Posteriormente el sistema electrónico registra si se prescribió algún analgésico y si este corresponde a la intensidad reportada, se analizó la frecuencia del dolor por intensidad y si existía concordancia (apego) entre la intensidad y la potencia del analgésico prescrito. **Resultados.** En el periodo de análisis se realizaron 32,468 indicaciones electrónicas. Se reportó algún grado de dolor en 3,493 (10.76%) siendo dolor leve en 2,714 (8.35%), moderado en 682 (2.10%) y severo en 97 (0.30%). La frecuencia de concordancia entre la intensidad reportada y la potencia del analgésico prescrito fue del 28.19% (765/2,714) en el dolor leve, un 55.87% (381/682) en el moderado y del 77.32% (75/97) en el dolor severo. Se presentó un apego global del 34.96% (1,221/3,493). **Conclusiones.** Existe un uso aceptable de analgésicos para el tratamiento del dolor severo, el uso de analgésicos para el tratamiento del dolor leve-moderado presenta pobre apego a las recomendaciones

de la OMS. Existen factores (Edad, alergias, comorbilidades, etc.) no evaluados en este trabajo que pueden justificar el uso de analgésicos no concordantes a la intensidad reportada.

Palabras clave: dolor, analgésicos, Medicina Interna, intrahospitalario, calidad, diagnóstico

0139 Hiperparatiroidismo y enfermedad celiaca como manifestación paraneoplásica de adenocarcinoma intestinal en una paciente con esclerosis sistémica y artritis reumatoide

Jiménez Sergio, Estrada Emilio
Centro Médico ISSEMYM Arturo Montiel Rojas, Toluca

Se trata de paciente femenino de 57 años de edad con antecedentes familiares de importancia: cirrosis hepática padre. Antecedentes patológicos: tabaquismo positivo por 8 años con índice tabáquico de 1.4 suspendido actualmente, etilismo social por 10 años ocasional. Diagnóstico de artritis reumatoide en 1999 manejado con AINE; anemia microcítica hipocrómica diagnosticada en 2006 tratada con fumarato ferroso. Antecedentes gineco-obstetricos: hiperpolimenorrea, 3 gestas, 3 partos. Inicia padecimiento actual en junio 2015 con dolor abdominal cólico epigástrico irradiado a flancos, diarrea, esteatorrea, pérdida de 11 kg en 6 meses. Cuenta con 3 internamientos desde entonces por intolerancia a la vía oral,

deshidratación y lesión renal aguda. En julio 2016 ingresa a nuestro servicio por cuadro de intolerancia a la vía oral, se realiza estudio de vaciamiento gástrico con 99m Tc-coloide con vaciamiento severamente retardado, retención del 65%, se documenta además hipercalcemia leve con evidencia bioquímica de hiperparatiroidismo (PTH 352 pg/ml), por lo que se solicita gammagrama de paratiroides el cual es normal. Se realiza panendoscopia con atrofia de vellosidades duodenales enviándose biopsias a patología, sospechando de enfermedad celiaca, con determinación de Ac anti transglutaminasa IgA positivos; el reporte de patología de biopsia duodenal fue compatible con enfermedad celiaca, es egresada con dieta libre de gluten con mejoría parcial en episodios de diarrea, sin embargo continua con pérdida de peso. En agosto 2016 se realiza estudio con cápsula endoscópica, complicándose con oclusión intestinal por lo que se realiza LAPE, se encuentra tumoración a nivel de yeyuno de 8x6 cms, con múltiples adenopatías mesentéricas, se realiza resección de tumoración, adenopatías y entero-entero anastomosis, concluyendo por patología en adenocarcinoma de yeyuno, por lo que es referida a centro oncológico estatal para iniciar tratamiento. en mayo 2017 continua seguimiento por reumatología quien documenta

importante actividad articular con CDAI de 28 puntos por lo que se inicia manejo con esteroide sistémico de depósito y metotrexate 15 mg a la semana con mejoría de la sintomatología articular. En agosto 2017 en consulta de medicina interna se documenta con datos de engrosamiento cutáneo a nivel frontal, tendencia a atrofia cutánea en dedos de ambas manos y datos sugestivos de esclerodermia en región dorsal a nivel escapular bilateral por lo que se solicitan anticuerpos antinucleares los cuales se reportan positivos 1:1280 con patrón centromérico, se realiza biopsia cutánea así como también Ac anti Scl-70, Ac anti centromero y Ac anti RNA polimerasa III los cuales se reportan positivos cumpliendo con criterios de clasificación para esclerosis sistémica de acuerdo a los criterios de 2013 de ACR/EULAR. **Palabras clave:** enfermedad celiaca, esclerosis sistémica, adenocarcinoma, paraneoplásico, hiperparatiroidismo, artritis reumatoide.

0142 Neumonitis química secundaria a aspiración de sulfato de bario: reporte de un caso
Casarrubias Nelia, Gargallo José Juan, López Yamilé Azzise, Cuapantencá Giovanna Lizbeth
Hospital Regional Rio Blanco

Introducción. La aspiración de BaSO₄ es una complicación que ocurre accidentalmente durante los estudios de tracto

gastrointestinal superior, la tasa de mortalidad se asocia con aspiración masiva de bario a un 30% y 50% en pacientes con apnea, neumonía secundaria o SIRA. La incidencia no se conoce en la literatura se reporta como raro. **Caso:** Femenino de 23 años portadora de síndrome de Down, ingresa posterior a serie esofagogastroduodenal realizada en hospital particular, en quien se sospecha aspiración y es trasladada al servicio de urgencias de nuestra unidad. A la EF: disminución de ruidos respiratorios infraescapulares bilaterales con SaO₂ 88% con O₂ suplementario, gasometría con acidosis metabólica e hipoxemia. Rx de tórax con medio de contraste baritado en ambos hemitórax de predominio en lóbulos basales; se inicia esteroide sistémico, valorada por neumología quien decide broncoscopia con cepillado y lavado bronquioalveolar por segmentos, TAC de tórax con persistencia de material de contraste de predominio en lóbulos inferiores, posteriormente ingresó a UCI con AMV con SaO₂ 76%, continuó manejo a base de esteroide inhalado, antibióticos y requiriendo traqueostomía. Ameritó 11 días de estancia en UCI, evolucionando satisfactoriamente. **Conclusiones.** Hay pocos reportes en la literatura de neumonitis química por sulfato de bario, no existe una guía de manejo establecida, en este caso la evolución fue satisfactoria a

base de antibiótico, esteroide sistémico e inhalado.

Palabras clave: aspiración, sulfato de bario, medio de contraste, serie esofagoduodenal, síndrome de Down.

0147 Uso de la automedición a préstamo de la presión arterial para detección de descontrol hipertensivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Calvo Cesar Gonzalo

Departamento de Fisiología de Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Diseño y Planeación en Investigación Médica, SC

Introducción. La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo para desarrollo de complicaciones tanto macro como micro vasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El automonitoreo a préstamo de la presión arterial es una herramienta que ayuda a detectar de manera oportuna a aquellos pacientes en descontrol que ya se encuentran bajo tratamiento farmacológico. **Objetivos.** Evaluar el porcentaje de control de la presión arterial en pacientes adultos con diagnóstico de DM2 y HTA monitoreados por automedición a préstamo. **Material y métodos.** diseño: transversal analítico. Se incluyeron a 332 pacientes adultos, sin predominio de género, con edad promedio de 63.89 + 9.0 con diagnóstico de DM2 (HbA1c >6.5%) e HTA. Se rea-

lizó automedición a préstamo de presión arterial a pacientes que estuvieran con tratamiento farmacológico para HTA en dosis estable por al menos 4 semanas (se prestó esfigmomanómetro digital durante 3 días y el paciente lo regresó posteriormente al centro) se indicó al paciente medir presión arterial 3 veces mañana, tarde y noche por tres días consecutivos en casa y se realizaron 6 lecturas de presión arterial en 2 visitas para valorar presión arterial en consultorio, con estos datos se obtuvo un promedio en consultorio y un promedio de automedición, los cuales se catalogaron como HTA en consultorio (>140/90mmHg) y HTA persistente en automedición (>135/85 mmHg). La medición de presión arterial se llevó a cabo con Monitor Digital de Presión Arterial Automático marca OMRON, modelo HEM-714 INT validado. **Resultados.** HTA Sistólica Persistente; 199 pacientes; 67.81% (Promedio consultorio PAS 154.16 + 15.86 y PAD 80.77+11.13; Promedio Automedición PAS 149.69+15.11 y PAD 79.69+11.39), HTA Controlada 65 pacientes; 15.7% (Promedio consultorio PAS 123.23+10.84 y PAD 72.33+6.73; Promedio Automedición PAS 121.21+8.24 y PAD 70.84+5.84), HTA Oculta 39 pacientes; 9.46% (Promedio consultorio PAS 131.95+7.21 y PAD 77.67 + 8.97; Promedio Automedición PAS 140.79+5.66 y PAD

80.33+8.23) e HTA de Bata Blanca 29 pacientes; 7.03% (Promedio consultorio PAS 149+7.04 y PAD 81.21+8.90; Promedio Automedición PAS 127.90+5.64 y PAD 72.34+6.07). Observándose un incremento significativo de HTA persistente en pacientes con DM2 a pesar de tratamiento antihipertensivo en dosis estable. **Conclusiones.** En este estudio se demuestra que pacientes hipertensos con diagnóstico de DM2 presentan con más frecuencia HTA Persistente, en comparación con la población no diabética. El Automonitoreo a préstamo de presión arterial es una herramienta útil para detectar el grado de control de un paciente con HTA y DM2 y permite realizar ajustes en el tratamiento de una manera oportuna con el fin de evitar la aparición de complicaciones que pudieran elevar el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

Palabras clave: hipertensión arterial, automedición a préstamo, descontrol, diabetes mellitus tipo 2.

0199 Efecto de los componentes del síndrome metabólico en la función pulmonar. El inesperado papel del HDL colesterol

Huerta Saul1, Paniagua Angélica2, Castro David1, Vargas Germán1, Rodríguez Leticia1, Rubio Alberto Francisco1

1.Hospital General Ticoman; 2.Hospital General de Zona 58, IMSS

Introducción. El síndrome metabólico (SMet) es un conjunto de alteraciones que se asocian al desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes. Cada vez hay más evidencia que muestra la repercusión del síndrome en la función hepática, en patologías neoplásicas y en la función pulmonar. Uno de los componentes del SMet que a la luz de recientes descubrimientos requiere un análisis especial en cuanto a sus efectos sobre la función pulmonar es el HDL colesterol. **Objetivo.** Analizar el efecto del SMet y sus componentes sobre la función pulmonar. Analizar la relación entre los niveles de HDL colesterol y los parámetros espirométricos. **Material y método.** Se estudiaron 110 sujetos a los cuales se le midió peso, talla, IMC, perímetro abdominal y presión arterial. Se les determinó glucosa en ayuno, triglicéridos y HDL colesterol. Se les practicó un estudio de espirometría simple. Se realizó diagnóstico de síndrome metabólico siguiendo los criterios NCEP-ATPIII. **Resultados.** De 110 individuos, 90 (82%) fueron mujeres y 20 hombres (18%). 71 sujetos (65%) cumplieron criterios para síndrome metabólico. Al comparar la función pulmonar entre los pacientes con síndrome metabólico y los sujetos metabólicamente sanos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a cada componente del síndrome metabólico se

encontró que los sujetos con obesidad central tuvieron una capacidad vital forzada (CVF) menor a los sujetos sin obesidad central 2.72 lts vs 3.11 lts ($p < 0.05$). No hubo diferencia en los resultados de espirometría de pacientes con el factor hiperglucemia e hipertrigliceridemia comparados con sujetos sin estos factores. En cuanto al factor HDL se encontró que los sujetos con HDL bajo tuvieron mejores resultados espirométricos que los sujetos con HDL normal, VEF1 2.36 lts vs 1.85 lts ($p < 0.05$), CVF 2.95 lts vs 2.45 lts ($p < 0.05$) y relación VEF1/CVF .78 vs .74 ($p < 0.05$). Los sujetos con el factor hipertensión presentaron menores volúmenes en VEF1 1.91 vs 2.38 ($p < 0.05$) y CVF 2.49 vs 2.99 ($p < 0.05$), que los no hipertensos. Una prueba de correlación simple entre los niveles de HDL y los volúmenes pulmonares mostró una correlación negativa (a mayor nivel de HDL menor volumen pulmonar): VEF1 $r = -.4$ $p < 0.01$, CVF $r = -.38$ $p < 0.01$ y VEF1/CVF $r = -.22$ $p < 0.05$. **Conclusión.** No existe diferencia entre los diferentes volúmenes espirométricos de pacientes con síndrome metabólico comparado contra sujetos metabólicamente sanos. Al analizar cada uno de los componentes del síndrome, se observa que únicamente la obesidad central y la hipertensión arterial se asocian con disminución de la VEF1 y la CVF. Un hallazgo inesperado es la corre-

lación negativa entre los niveles de HDL y la función pulmonar, es decir a mayor valor de HDL, menores volúmenes espirométricos. Este último fenómeno, es compatible con hallazgos recientes que rompen con el paradigma de los beneficios fisiológicos de las lipoproteínas HDL colessterol.

Palabras clave: síndrome, metabólico, hdl, colessterol, función, pulmonar.

0200 Estado epiléptico no convulsivo como diagnóstico diferencial de delirium en el paciente geriátrico: abordaje de un caso clínico

Morales Andrea Yosajany, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raúl, Orozco Joel
Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción. el estatus epiléptico no convulsivo (EENC) caracterizado por la actividad epiléptica que persiste por más de 5 minutos con manifestaciones clínicas características y EEG compatible con o sin alteración del estado de conciencia, constituye actualmente un reto diagnóstico y diferencial de delirium por su alta morbilidad y mortalidad en el paciente geriátrico. **Objetivo.** Reportar un caso clínico de EENC como diagnóstico diferencial de delirium en geriátricos con revisión de la literatura. **Exposición del caso clínico.** Masculino 87 años, portador de HAS, DM2, trastorno depresivo mayor y

de ansiedad generalizada en tratamiento. Inició dos semanas previas a su ingreso con irritabilidad, agresividad y descuido de su imagen personal. Familiares referían pérdida de peso de 3 kgs por omisión y olvido de ingesta alimentaria y medicamentos. Posteriormente, presentó episodios de falta de juicio, conducción aberrante de su auto y desinhibición. Persistió con alteración del ciclo sueño vigilia, acatisia, confusión y pérdida de memoria, por lo que acuden a valoración médica. A la exploración general impresionaba desaliño, irritabilidad, moria, desinhibición con datos de hipersexualidad. Funciones mentales superiores con inatención, y lenguaje verborreico con expresión de nimiedades. Marcha con respuesta estereotipada para persistir en movimiento, sin tolerancia al reposo, resto de exploración neurológica sin alteraciones. Se realizó valoración geriátrica encontrándolo con depresión leve, sin deterioro cognitivo, polifarmacia, sin riesgo de desnutrición y con independencia de actividades así como datos de delirium mixto. Laboratorios: normales. TC y RMN de cráneo simple y contrastada solo con enfermedad multiinfarto. Punción lumbar normal. Se descartó delirium. EEG compatible con alteración subcortical rítmica >2.5 Hz en región fronto-temporal izquierda con actividad irritativa local que se propagaba al resto del

hemisferio, llegando a regiones anteriores del hemisferio opuesto. Con los hallazgos mencionados se integró el diagnóstico de estado epiléptico no convulsivo parcial complejo secundario a enfermedad multiinfarto, y se inició manejo a las 48 horas con clonazepam, ácido valproico y quetiapina con evolución favorable. **Conclusiones.** El EENC es subestimado por su complejidad diagnóstica. Existe mayor prevalencia en pacientes geriátricos como en el caso clínico. El 50% de los pacientes con EENC parcial complejo cursan confundidos, siendo el delirium el primer diagnóstico diferencial, lo cual determina la necesidad de evaluación de forma integral. La falta de sospecha diagnóstica en adultos mayores está asociado a peor pronóstico. Las comorbilidades psiquiátricas están íntimamente relacionadas con el EENC lo cual determinó la necesidad de excluir etiologías más comunes y la realización de EEG en nuestro paciente. Más del 80% requerirán manejo multidisciplinario para mejorar su morbilidad y pronóstico a corto y largo plazo.

Palabras clave: estado epiléptico, no convulsivo, parcial, complejo, delirium, déficit neurológico.

0201 Panorama epidemiológico en el área de hospitalización de medicina interna del hospital ángeles clínica londres del año 2010 al 2016

Morales Andrea Yosajany, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raúl

Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción. La epidemiología de los servicios de hospitalización, permite evaluar las enfermedades, métodos diagnósticos y de tratamiento oportuno. Es por ello, que consideramos conveniente realizar el análisis epidemiológico en nuestra unidad hospitalaria con proyección a 5 años. **Objetivo.** Evaluar la prevalencia de las enfermedades en los pacientes hospitalizados, y su relación con los días de estancia, tipo de ingreso/egreso y factores asociados. **Material y métodos.** Se realizó mediante el análisis estadístico de la base de datos del 2010 al 2016 del Archivo Clínico del Hospital Ángeles Clínica Londres junto con la proyección a 5 años mediante método incremental/tendencia. **Resultados.** Se evaluaron 5181 pacientes. El género femenino predominó en el área de hospitalización. El mayor ingreso hospitalario se evidenció > 60 años hasta en un 78%. Los principales diagnósticos de ingreso fueron DM2, GEPI, IVUs, neumonías, y HAS, etc., sin embargo, en pacientes geriátricos predominó la DM2, neumonías y GEPIs. La media de estancia hospitalaria fue de 3 días. Se confirmó que > 80% de los pacientes procedían de urgencias y > 20% por

admisión. En la proyección a 5 años, se observó el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas. **Conclusiones.** El estudio permitirá establecer estrategias de diagnóstico y tratamiento principalmente en geriátricos, que reduzcan la morbilidad y la estancia intrahospitalaria, mediante la corrección de factores de riesgo y comorbilidades.

Palabras clave: geriátricos, enfermedades, hospitalización, comorbilidades, factores de riesgo, estancia hospitalaria.

0208 Desarrollo de nueva forma farmacéutica de dexketoprofeno-trometamol con menor tiempo de inicio de acción

González Jorge¹, García Luis², Medina Araceli², Ruíz María Isabel², Medina Liz²

1. Laboratorios Silanes/Investigación Farmacológica y Biofarmacéutica; 2. Investigación Farmacológica y Biofarmacéutica

Introducción. El dexketoprofeno-trometamol es un medicamento perteneciente al grupo de los Analgésicos No Esteroideos (AINE's), inhibidor no específico de la ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2) que inhibe la síntesis de prostaglandinas. Está indicado en el tratamiento sintomatológico de dolor agudo de diversa etiología, con un efecto analgésico similar al diclofenaco y de inicio más rápido frente al paracetamol. **Antecedentes.** La velocidad de acción en cuadros agudos de dolor es

relevante para el paciente en tema de calidad de vida y disminución de la incapacidad. Disponer de un analgésico con un perfil de seguridad y eficacia demostrable, con un inicio de acción terapéutico más rápido, es ideal para estos casos; por lo anterior, se desarrolló una nueva forma farmacéutica en solución de dexketoprofeno trometamol para acelerar el tiempo de inicio de acción terapéutica. **Objetivo.** Comparar la velocidad de absorción y concentración en plasma de dexketoprofeno solución oral en sobres, 25mg vs tabletas, 25mg (Stadium®), administradas en dosis única en condiciones de ayuno en voluntarios sanos.

Materiales y método. Estudio monocéntrico, de diseño abierto, cruzado, relación 1:1, aleatorizado, 2 tratamientos, 2 periodos, con una fase de eliminación entre periodos de 4 días. Con toma de 16 muestras sanguíneas (concentración de dexketoprofeno en plasma) a cada sujeto de estudio en el transcurso de 8 horas y una toma inicial (biometría hemática, química sanguínea de 27 elementos) en cada periodo; con control de ingesta de alimentos y líquidos. **Resultados.** Se incluyeron 28 pacientes sanos de ambos géneros, edad promedio 29.3 años, peso promedio 62.5kg. La concentración máxima de absorción para la presentación en solución vs. tabletas fue de 4,329.80 ng/dL y 3,519.96 ng/dL en un tiempo

de 0.36 ± 0.13 y 0.63 ± 0.27 horas respectivamente. No se reportaron eventos adversos (sintomatológicos o alteraciones químicas). **Conclusiones.** De acuerdo a los datos anteriores, se concluye que la nueva forma farmacéutica en solución tiene un inicio más rápido (≈ 25 minutos) de acción analgésica al alcanzar el pico máximo de acción a una menor velocidad sobre la presentación en tabletas, con el mismo perfil de seguridad.

Palabras clave: analgésicos, dolor, analgesia, biodisponibilidad, dexketoprofeno.

0213 Granulomatosis crónica en contexto de una inmunodeficiencia primaria en adulto

Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, Briceño Fernando

Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción. La enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es una forma de inmunodeficiencia primaria, aparece en uno de cada 200.000 nacidos vivos. Los neutrófilos y macrófagos no generan superóxido, por lo que no pueden destruir microorganismo catalasa positivos como *S. aureus* y hongos como *Aspergillus*; formación de granulomas y desarrollo de infecciones recurrentes y severas. Se debe a una mutación en uno de los genes estructurales del complejo NADPH oxidasa de herencia recesiva ligada al

cromosoma X y autosómica recesiva, necesario para la muerte intracelular de microorganismos fagocitados. **Reporte de un caso.** Mujer de 44 años, antecedente de cuadros repetitivos de rinosinusitis. Amigdalectomía, colecistectomía, drenaje de abscesos submandibulares. Inició con presencia de fiebre cuantificada hasta 40°, pérdida de peso involuntaria de 15 kg y aumento de volumen de tejidos blandos en cara anterolateral derecha de cuello con dolor a la palpación, eritema y calor local. Asociado a enfisema subcutáneo y adenomegalias cervicales derechas. USG de cuello con absceso maduro en plano muscular adyacente a esternocleidomastoideo con volumen de 16.5cc. Se realizó drenaje y biopsia excisional con reporte de ganglio con hiperplasia folicular y para cortical reactiva, con presencia de histocitos, células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, con áreas de necrosis coagulativa y depósitos de melanina; cambios consistentes con linfadenitis dermopática. Biopsia de piel antebrazo, en sitio de lesión indurada, eritemato-violacea con inflamación crónica granulomatosa abscedada. Leucocitosis de 14.350 y neutrofilia; PCR, VSG, DHL normales, factor reumatoide, ANCAs, ANAs y serología viral negativos, inmunoglobulinas normales y cultivos sin desarrollo posterior a tratamiento antimicrobiano. Con sospecha

de inmunodeficiencia primaria se realizó medición de radicales libres producidos por neutrófilos con la técnica de NBT. **Discusión.** En el contexto de paciente con infecciones de repetición por agentes catalasa positivos como *S. aureus* y la presencia de granulomas estériles se sospechó en un defecto fagocítico, por lo que se solicitó valoración de la explosión respiratoria y destrucción bacteriana con nitroazul de tetrazolio con resultado del 30% y control del 57%, por lo que se concluyó en EGC. Una vez establecido el diagnóstico es de gran importancia identificar el patrón de herencia que se presenta en cada caso para poder brindar asesoramiento genético.

Palabras clave: inmunodeficiencia, granulomatosa, NADPH oxidasa, NBT, catalasa, infecciones.

0229 La evaluación de las tendencias en la ferritina sérica en el abordaje diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los protocolos de fiebre prolongada serie de casos prospectiva del HRAE Ciudad Salud

*Sepúlveda Jesús*⁴, *Vera Olga Lidia*¹, *Tevera Mónica Georgina*², *Ocaña Manuel Jesús*⁴, *Ramirez Juan Carlos*⁴, *Cetina Jose Hiram*⁴, *Hernández Graciela*³, *Domínguez Sergio*⁴, *Canseco Luis Miguel*⁴

1.Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza; 2.Hospital General dZona No.1 IMSS Tapachula; 3.Hospital

Juárez de México; 4.Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Antecedentes. La ferritina sérica es una molécula con funciones regulatorias que limita la disponibilidad del hierro a los patógenos y modula la proliferación y maduración de células T y B. La hiperferritinemia se asocia con pronósticos adversos. La utilidad de las mediciones repetidas de ferritina en los protocolos de fiebre no ha sido explorada. **Objetivo.** Evaluar las tendencias en la ferritina sérica en casos de fiebre prolongada. **Metodología.** Se incluyeron casos de fiebre con ferritina inicial mayor 1000 ng/mL. Se registró el protocolo completo desde el ingreso hasta el evento descenlace (sobrevivida al final del protocolo). Se realizaron mediciones repetidas de ferritina en cada caso (al inicio, durante el protocolo, tratamiento y seguimiento). Se compararon las tendencias de acuerdo con la causa y el evento descenlace. **Resultados.** Se incluyeron 12 casos (8 hombres y 4 mujeres) con edad de 46.5 ± 22.75 años. La duración de la fiebre osciló entre 1 semana y 14 meses. Se observó una ferritinemia inicial > 3,000 ng/mL en el 58.3% de los casos y > 10,000 ng/mL en el 16.6%. **Conclusiones.** Nuestros hallazgos sugieren que la evaluación de las tendencias en la ferritina sérica es útil para guiar el protocolo diagnóstico, evaluar el

tratamiento y predecir el pronóstico en los protocolos de fiebre prolongada. Se requiere de estudios con una mayor muestra para validar nuestros **resultados**.

Palabras clave: hiperferritinemia, fiebre prolongada, tendencias, biomarcador.

0263 Linfangioleiomiomatosis, experiencia en el Hospital General de México

Hernández Alejandro, Saavedra Daniela, Cicero Raúl
Hospital General de México

Introducción. La linfangioleiomiomatosis es una enfermedad rara que afecta casi exclusivamente a mujeres en edad fértil, puede presentarse de forma esporádica o asociada con esclerosis tuberosa. Se caracteriza por la proliferación de células musculares lisas en el intersticio pulmonar y alrededor de las estructuras broncovasculares, con formación de quistes; se presenta con neumotórax recurrente, quilotórax y en muchos casos insuficiencia respiratoria. Es común encontrar linfangioleiomiomas, angiomiolipomas, ascitis quillosa. El curso de la enfermedad es variable. No existe en la actualidad tratamiento curativo de esta patología. **Objetivo.** Determinar la frecuencia de los pacientes con linfangioleiomiomatosis y sus características tomográficas. **Metodología.** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, con pacientes con

el diagnóstico de egreso de linfangioleiomiomatosis que acudieron al Hospital General de México del 2010 al 2015.

Resultados. Se identificaron 5 pacientes con diagnóstico de linfangioleiomiomatosis y 5 (100%), pacientes del sexo femenino, edad promedio de 41 +/-4, diagnóstico realizado por biopsia en 1 paciente (20%), por hallazgos tomográficos en 4 pacientes (80%), la principal manifestación clínica fue disnea, tos con expectoración y neumotórax de repetición en 3 ocasiones. **Conclusión.** De acuerdo con lo reportado en la literatura la linfangioleiomiomatosis es una enfermedad rara, en la cual la tomografía de tórax orienta hacia el diagnóstico.

Palabras clave: linfangioleiomiomatosis, esclerosis tuberosa, neumotórax.

0268 Índice tobillo brazo (ITB). ¿marcador de fragilidad en el adulto mayor?

Castro David¹, Huerta Saúl¹, Ledesma Andres¹, Paniagua Angelica², Vargas Germán¹, Garrido Ricardo¹, López Leticia¹, López Marco³

1.Hospital General de Ticomán; 2.Hospital General de Zona no. 58 IMSS; 3.Hospital General Regional no. 1 Carlos McGreggor IMSS

Introducción. La fragilidad en adulto mayor se define como un estado de vulnerabilidad o ausencia de reserva funcional, caracterizado por marcha

lenta, debilidad muscular, baja actividad física, agotamiento y pérdida de peso. La fragilidad ha sido asociada con enfermedades cardiovasculares y enfermedades sistémicas, así como otros efectos adversos incluyendo discapacidad, hospitalización o institucionalización y mortalidad. Aunque los mecanismos patogénicos envueltos en este síndrome no están entendidos completamente, se ha sugerido que la inflamación crónica, el estrés oxidativo y la disfunción endotelial, los cuales resultan en aterosclerosis sistémica, podrían ser responsables de muchas de las condiciones asociadas a la fragilidad. El ITB es un parámetro que se asocia al riesgo cardiovascular y que puede ser un marcador de la presencia de inflamación crónica, disfunción endotelial y estrés oxidativo, por lo que se puede especular que el ITB puede ser un marcador asociado a la fragilidad. **Objetivo.** Analizar la posible asociación entre el síndrome de fragilidad y las anomalías del ITB en una muestra de adultos mayores en un hospital de la Ciudad de México. **Material y método.** Se estudiaron 61 sujetos mayores de 65 años, a los cuales se les determinó la presencia de fragilidad con el cuestionario ENSRUD. Se les realizó la escala de KATZ para determinar grado de funcionalidad y dependencia. Se les midió el índice tobillo brazo según el

procedimiento señalado por la AHA. **Resultados.** Se estudiaron un total de 61 pacientes de los cuales 48 fueron mujeres (79%) y 13 hombres (21%). 15 sujetos (24%) fueron robustos, 23 prefrágiles (38%), y 23 frágiles (38% en cuanto a la funcionalidad). 34 sujetos (56%) eran independientes y 27 (44%) tenían algún tipo de dependencia; el índice tobillo brazo estuvo normal en 25 individuos (41%) y anormal en 36 (59%). La enfermedad arterial periférica (ITB < 0.5) se encontró en 8 (13%) de los adultos mayores. Al analizar la frecuencia del índice tobillo brazo anormal entre sujetos frágiles y no frágiles, no se encontraron diferencias significativas: 16 (44%) vs 20 (56%) $p = 0.19$. Cuando se comparó la frecuencia de enfermedad arterial periférica severa en pacientes frágiles y no frágiles, sí encontramos diferencia significativa: 6 (75%) vs 2 (25%) $p = 0.02$, mostrando una asociación entre el índice tobillo brazo < 0.05 (enfermedad arterial periférica severa) y la presencia de fragilidad con un OR de 6.35, IC 1.01-68.0, $p < 0.05$. **Conclusión.** No existe diferencia en la frecuencia del ITB anormal en adultos mayores frágiles y no frágiles, cuando se utiliza el punto de corte habitual (ITB norma entre 0.9 y 1.4). Sin embargo, al analizar la frecuencia del ITB en extremo bajo, es decir < 0.5 que marca enfermedad arterial periférica severa, se encuentra mayor

frecuencia de esta alteración en los sujetos frágiles. Los datos sugieren una fuerte asociación entre el ITB < 0.5 y la presencia de síndrome de fragilidad en ancianos.

Palabras clave: índice tobillo brazo, fragilidad, enfermedad arterial periférica, adulto mayor.

0283 Cetoacidosis diabética en el embarazo, un inicio poco común de diabetes tipo 1. Reporte de un caso

González Jocelyn Raquel, Chévez Benito, Rivera Cesar, Barra Dania Pamela, Infante Héctor, Monera Fernando

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Introducción. La cetoacidosis diabética durante el embarazo es extremadamente infrecuente (incidencia: 0.5-3% de todas las gestaciones diabéticas), por lo que es difícil sospecharla sobre todo en pacientes que no se conocían diabéticas. Son cuadros graves y de evolución rápida, favorecidos por la disminución en la sensibilidad a la insulina propia del embarazo, el efecto antagónico del lactógeno placentario y la prolactina sobre la insulina a nivel celular, el incremento de cetogénesis hasta 33% durante el ayuno de la mujer embarazada, estados de mal nutrición y alcalosis respiratoria persistente (contrarregulada con aumento en la excreción renal de bicarbonato). **Descripción del caso.**

Paciente de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Cursando primer embarazo normoevolutivo de 30.3 semanas de gestación por fecha de última regla. Recibió 3 consultas prenatales y se practicó un ultrasonido obstétrico que no reportó alteraciones. Ingesta de ácido fólico desde el primer trimestre. El 27 de julio de 2017 inició con cuadro de tenesmo vesical, poliuria, disuria y flujo vaginal abundante, amarillento, fétido. Acude a urgencias tocoquirúrgicas en donde encuentran deshidratada y taquipneica, con examen de orina patológico (Leucocitos: incontables, bacterias: abundantes, proteínas: ++++, cuerpos cetónicos +++ y glucosuria de 500 mg), glucometría capilar con 250 mg/dl y gasometría venosa evidenciando acidosis metabólica severa. Se inicia monitorización materno fetal y manejo con soluciones cristaloideas. Una vez descartada la necesidad de interrupción inmediata del embarazo ingresó a medicina interna (por falta de espacio físico en UCI) en donde se continuó manejo hídrico intensivo (250-500 ml/hr) y se inició bomba de infusión con insulina de acción rápida así como potasio IV. Tras cumplir criterios de remisión de cetoacidosis, se inició manejo con insulina basal. Como parte del protocolo de estudio se solicitaron anticuerpos anti-GAD que resultaron negativos, péptido C reportado en 0.575

(límite inferior: 0.90 ng/ml), diagnosticándose Diabetes Mellitus 1 tipo B (no autoinmune) descompensada. Fue egresada para continuar vigilancia prenatal. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por la consulta externa de medicina interna. **Comentario.** Presentamos el caso de una entidad poco frecuente, pero que indiscutiblemente requiere tratamiento inmediato y agresivo en unidades de cuidados especializados y por un equipo multidisciplinario. En realidad no requiere intervenciones ni manejo distinto al cuadro de descompensación en la paciente no grávida, por lo cual en ausencia de servicios como UCI o endocrinología, el médico internista debe estar capacitado y familiarizado con esta alteración metabólica, ya que la vigilancia continua de la respuesta al tratamiento, es clave para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal. **Palabras clave:** cetoacidosis, debut, diabetes, embarazo, descompensación, endocrinología.

0284 Valor del índice proteína C reactiva/albumina en el diagnóstico de sepsis

Arellano Consuelo Estephani, Huerta Saúl, Elizalde César Iván, Rubio Alberto Francisco, Garro Ana Karen, González Francisco Javier, Ledesma Andrés
Hospital General Ticomán

Antecedentes. La sepsis es una de las principales causas de

morbimortalidad a nivel mundial, en esta entidad el impacto de la respuesta inflamatoria puede empeorar el pronóstico del paciente. El objetivo es este estudio es averiguar si existe una correlación del índice proteína C reactiva (PCR)/albumina y las escalas SOFA y qSOFA que nos permita establecer su utilidad como herramienta diagnóstica.

Material y métodos. Se trata de un estudio transversal analítico realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Xoco, SEDESA. Se incluyeron 30 pacientes a quienes se les realizó diagnóstico de sepsis mediante SOFA y qSOFA en quienes se determinó el índice PCR/albumina, posteriormente se procedió a buscar correlación entre estas mediciones.

Resultados. No se observó correlación entre los puntajes qSOFA ($p=0.79$) y SOFA ($p=0.40$) con el índice PCR/albumina. El índice PCR/albumina fue menor en el sexo femenino ($p=0.03$). Se encontró una relación estadísticamente significativa de la muerte hospitalaria con un índice PCR/albumina menor ($p=0.05$). Otras variables que se correlacionaron con la muerte fueron la edad ($p=0.01$) y SOFA ($p=0.02$). **Conclusiones.**

No existe una correlación significativa entre el índice PCR/albumina y el puntaje qSOFA y SOFA en el diagnóstico de sepsis. Se encontró un índice PCR/albumina menor en los pacientes del sexo femenino y que presentaron muerte hospi-

talitaria. Otras variables que se correlacionaron con la muerte fueron la edad y el puntaje SOFA.

Palabras clave: sepsis, índice PCR/albumina, qSOFA, SOFA, mortalidad.

0304 Distrofia muscular de anillo óseo LGMD2 – DYSF. Reporte de un caso

Bahena Josué, Briceño Fernando, Martínez Emmanuel, Jiménez Victor Manuel, Bravo Veronica, Galindo Roberto, Címé Erik Antonio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción/Antecedentes.

En 1954 Walton y Nattrass describieron pacientes que presentan un fenotipo de distrofia muscular proximal, con historia familiar que sugiere herencia autosómica. Hasta finales de 1980 fueron identificadas en los pacientes por “diagnóstico de exclusión”. El término “distrofia muscular anillo óseo” (LGMD por sus siglas en inglés), abarca más de 30 subtipos de enfermedades neuromusculares genéticamente definidas. Presenta un inicio usualmente en la tercera década de la vida con mayor daño de músculo escapular, cintura pélvica y tronco, respetando músculos faciales y generando de manera infrecuente pseudo-hipertrofia con progresión moderada a severa. Objetivo Presentación de un caso, que debido a su semejanza con miopatía infla-

matoria o metabólica requiere diagnóstico preciso por la variabilidad y probabilidad de tratamiento y pronóstico. **Exposición del caso.** Paciente masculino 35 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia. Edema facial central con sospecha de angioedema hereditario desde 2001. Inicia padecimiento 8 meses previos al ingreso con presencia de astenia, adinamia, odinofagia y debilidad muscular de predominio proximal (cintura escapular y pélvica), fatigabilidad, enzimas musculares normales, electromiografía con datos de miopatía generalizada con muy escasa inestabilidad de membrana, prueba C1q dentro de parámetros de referencia. El cuadro progresa con exacerbación de la debilidad en deltoides, muslos y piernas que impide realizar actividades cotidianas, prueba de caminata de 10 minutos refiere debilidad a los 8 minutos, se inician soluciones glucosadas como prueba terapéutica con mejoría evidente, se realiza biopsia de cuádriceps con reporte por microscopia óptica de músculo estriado sin atrofia, sin infiltrado inflamatorio crónico o agudo en el endomisio o perimisio, microscopia electrónica con aumento de glucógeno y muy aisladas vesículas de lípidos en la región subsarcomeral, se identifica un aumento de número de mitocondrias, alguna megamitocondrias, con distorsión de las

cisternas e inclusiones aisladas mitocondriales compatibles con miopatía metabólica. Sin embargo y debido a la presentación atípica se realiza panel molecular para distrofia muscular del exón 15 del gen DYSF que revelo la existencia en heterocigosidad de la variante missense descrita como c.1382T>C concluyendo distrofia muscular de anillo óseo LGMD2-DYSF. **Conclusiones.** En años recientes nuestro entendimiento por LGMD ha crecido. Es una enfermedad que comprenden un reto diagnóstico dada su baja prevalencia (4 a 7 x 100,000) requiriendo múltiples valoraciones e intervenciones. La importancia del diagnóstico temprano y preciso radica en el pronóstico secundario a la progresión crónica y evitar tratamientos que no tengan impacto en el paciente. **Palabras clave:** distrofia, muscular, LGMD, miopatía, anillo, óseo.

0306 Impacto de la composición corporal evaluada por vectores de impedancia bioeléctrica en el pronóstico de pacientes hospitalizados

Dehesa Edgar, Martinez Jesus Israel, Sanchez Jose Angel, Inzunza Marce Yaneth, Farias Alma Leticia, Irizar Sergio Saul, Rios Fausto Alfredo

Centro de Investigacion y docencia en Ciencias de la Salud

Introducción. La hospitalización por un proceso agudo y su

tratamiento condicionan cambios en la composición corporal de origen multifactorial, siendo la desnutrición asociada a enfermedad (DAE) y la sobrecarga hídrica (SH) las más importantes, debido a su asociación con un mal pronóstico. La ciencia y la tecnología han contribuido a desarrollar técnicas basadas en principios de la física o la bioquímica que pueden aplicarse en la vida real para conocer con gran precisión la composición corporal. El vector de impedancia bioeléctrica (VIBE) constituye una técnica no invasiva que ha demostrado evaluar confiablemente la composición corporal en condiciones de normalidad, obesidad y desnutrición, así como en estados de deshidratación, euvolemia y sobrecarga hídrica. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de la DAE y SH estimada mediante vectores de impedancia bioeléctrica, así como su impacto en la mortalidad en pacientes hospitalizados. **Material y métodos.** Estudio de cohorte. Se estudiaron pacientes adultos hospitalizados consecutivamente en el servicio de Medicina Interna. A su ingreso hospitalario, se evaluó el riesgo de desnutrición a través del cuestionario NRS2002 y se estimó la composición corporal a través del vector de impedancia bioeléctrica. Se compararon las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorios entre los pacientes con y sin DAE. Mediante análisis de

regresión logística se estudió el impacto de la DAE y SH sobre la mortalidad de los pacientes.

Resultados. Se estudiaron 130 pacientes adultos (62.3% hombres) con edad promedio de 63 ± 19 años. El 43.8% presentó riesgo de desnutrición a su ingreso hospitalario según el NRS2002. De acuerdo al VIBE el 63.1% tuvo una composición corporal normal, el 27.7% presentó DAE y el 9.2% obesidad. El 53.1% presentó sobrecarga hídrica a su ingreso. La edad de los pacientes con DAE (70 ± 16 vs 61 ± 20 ; $p < 0.05$) y la frecuencia de enfermedad vascular cerebral (11.1% vs 0%; $p = 0.001$) fueron mayores en los pacientes con DAE vs sin desnutrición. No hubo diferencias en el índice de comorbilidad de Charlson (3 ± 3 vs 4 ± 2 ; $p > 0.05$) entre los grupos. La mortalidad global fue del 8.5% ($n = 11$) y fue mayor en los pacientes con DAE vs sin desnutrición (16.7% vs 5.3%; $p = 0.03$). No hubo diferencias en mortalidad entre pacientes con y sin SH (8.7% vs 8.2%; $p = 0.91$). En el análisis multivariado, que incluyó a la DAE y SH ajustados para comorbilidades según el índice de Charlson; solo la DAE se asoció a mortalidad con un riesgo relativo de 3.7 (IC95% 1.01-13.53; $p = 0.04$). **Conclusiones.** La DAE y SH fueron muy frecuentes en nuestra población, con una prevalencia del 27.7% y 53.1% respectivamente. La DAE se asoció a una mayor mortalidad, lo

que enfatiza la importancia de evaluar la composición corporal en pacientes hospitalizados mediante métodos más precisos y confiables como el VIBE que nos permita la implementación precoz de medidas nutricionales en estos pacientes.

Palabras clave: desnutrición, sobrecarga hídrica, composición corporal, bioimpedancia, malnutrición.

0346 Asociación entre la alteración de ritmo circadiano de tensión arterial y pacientes con asma alérgica

Alonso Cesar Daniel, Mellado Jaime, Conde Jose Manuel
Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud

Introducción. El asma es una enfermedad heterogénea, usualmente caracterizada por inflamación de la vía aérea. Las comorbilidades asociadas a asma son frecuentes en la población general. Los estudios de investigación han intentado asociar asma e hipertensión, sin embargo no se ha establecido la causalidad entre ellas. O'Brien caracteriza a los individuos con variaciones normales de presión arterial como "dippers" y aquellos con disminución en la caída nocturna de la tensión arterial como "no dippers", el daño a órgano blanco así como hipertrofia ventricular izquierda, son más frecuentes en no dippers que en dippers. Se realizó un estudio mediante un diseño observacional y

descriptivo para identificar la asociación entre individuos con el diagnóstico de asma alérgica con patrón No dipper/Rising y Dipper disminuido monitoreo ambulatorio en pacientes del servicio de Inmunología y Alergia del Hospital Juárez de México. **Material y métodos.** Se estudiaron 24 pacientes con asma alérgica, confirmada por diagnóstico espirométrico y pruebas cutáneas así como electrocardiograma normal. Se registró la presión arterial media inicial del paciente y se midió la presión arterial sistólica y diastólica con un Monitor Ambulatorio de Presión Arterial oscilométrico durante 24 horas verificando cumplieran con los criterios de validez para el estudio, considerando al menos dos medidas por hora en el paciente despierto y al menos 1 medición válida en una hora con paciente dormido, durante la grabación de 24 horas en el dispositivo, obteniendo los índices sistólicos y diastólicos de cada paciente y clasificándolos acorde a los siguientes patrones Dipper, Dipper disminuido, No dipper/Rising y Dipper extremo. Se evaluaron 21 mujeres (87.5%) y 3 hombres (12.5%). La edad de los pacientes fue de 39 ± 13.17 años. **Resultados.** Aplicación de prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para comparación de medias del índice sistólico y diastólico con Patrón de presión arterial por variaciones en el ciclo circadiano obteniendo un resultado

de $P < 0.05$. El patrón de ritmo circadiano de presión arterial encontrado en los pacientes fue: 16.7% Dipper ($n=4$), 41.7% Dipper reducido ($n=10$), 37.5% No dipper ($n=9$), Dipper extremo 4.2% ($n=1$). El análisis de correlación con Rho de Spearman no evidenció correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio (edad, sexo, IMC, Control del asma, IgE, eosinófilos). **Conclusión.** Los pacientes con asma de tipo alérgico presentan asociación con los patrones de tensión arterial asociados a aumento del riesgo cardiovascular por la variación nocturna de las cifras tensionales (No dipper/Rising y Dipper disminuido). No se demostró asociación entre la elevación de eosinófilos o inmunoglobulina E y patrón de control de asma con los patrones del ritmo circadiano de tensión arterial.

Palabras clave: asma, alergia, hipertensión, MAPA, dipper, No dipper.

0350 Enfermedad de Niemann Pick tipo B. Presentación de un caso

Carreño Paulina¹, Pineda Luis Francisco², Miyagui Sayako Mariana¹, Rodriguez Judith¹, Antonio Edgar¹, Broca Blanca¹
1. Departamento de Medicina Interna. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS; 2. Departamento de Medicina Interna. Clínica de Enfermedades Lisosomales. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción. La enfermedad de Niemann Pick (ENP) tipo B, es la forma visceral, con esfingomielina acumulada por deficiencia de esfingomielinasa. **Objetivo.** Presentar un caso de ENP tipo B. **Caso:** Hombre de 17 años. Apendicectomía a los 9 meses, resección intestinal y colostomía a los 2 años, cierre de colostomía a los 3 años. Inició con diarrea de 1 año de evolución, anemia, hematuria, equimosis e ictericia. A la exploración edad aparente menor a la cronológica, fenotipo cushing, talla baja, ictericia y hepatoesplenomegalia (HEM). Datos de insuficiencia hepática (IH) e hiperbilirrubinemia indirecta (AST 144U/L, ALT 105U/L, BT 27.58mg/dl, BI 10.73mg/dl, albúmina 2.0g/dl, TP 35s, TPTA 50.4s), pancitopenia, anemia macrocítica (Hb7.9g/dl), linfopenia (528.9cel) y plaquetopenia (57000cel), se descartó patología autoinmune e infecciosa (ANAS, ADN, AMA, TORCH, VHC, VHA, VHB, VIH negativos). Evolucionó con IH aguda (AST 161U/L, BT 32.99mg/dl, BI 10.78mg/dl, albúmina 1.7g/dl, TP 60s, TPT 95.6s, fibrinógeno 196mg/dl) e insuficiencia renal aguda (cr 3.42mg/dl), anemia (Hb 4.9 g/dl) y trombocitopenia (10000cel). US y TAC con HEM. Se sospechó Enfermedad de Gaucher, la actividad enzimática para β -glucocerebrosidasa fue normal. Se realizó análisis para esfingomielinasa ácida siendo disminuía con Gen

SMPD1 con secuencia de significado incierto. **Conclusiones.** Este caso presentó con HEM, citopenias y sin manifestación neurológica, presentación clásica del subtipo B.

Palabras clave: Niemann Pick, esplenomegalia.

0368 Impacto de la telemedicina en el control glucémico de pacientes diabéticos en Petróleos Mexicanos

Teran Jose Oscar, Lagunas Maricarmen, Martinez Nestor, Lopez Rogelio

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción. La diabetes mellitus en un grave problema de salud, por el alto grado de mortalidad (segunda causa de muerte en México), ESTÁ entre las cinco primeras causas de años vividos con discapacidad y su alta prevalencia (que se duplicó del 2000 al 2012). Se estima que 6.4 millones de mexicanos han sido diagnosticados, 9.2% de la población adulta mayor de 20 años, sin embargo en mayores de 60 años la prevalencia llega hasta 26.3%, sólo el 25% está en control metabólico y 28% presenta complicaciones. A nivel nacional, el Programa de Telemedicina surge al poner en práctica las experiencias internacionales basadas en las tecnologías de información y telecomunicaciones; su principal objetivo es brindar igualdad de oportunidades, servicios de

salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para una atención oportuna por especialistas. En octubre de 2015 se instauró el programa de telemedicina en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos (HCN), se han dado alrededor de 100 teleconsultas en modalidad videoconferencia sincrónica a unidades periféricas. Actualmente están en seguimiento 36 pacientes, de los cuales 32 son diabéticos que fueron referidos de primer nivel al servicio de Medicina Interna por descontrol metabólico. **Objetivo.** Analizar el efecto de la intervención a través de telemedicina en las cifras de hemoglobina glucosilada (HbA1c) de los pacientes diabéticos que cursan con descontrol metabólico. **Material y métodos.** Se incluyeron 32 pacientes diabéticos (20 mujeres-62%, 12 hombres-38%, edad promedio 63.5 años) con descontrol glucémico del programa de Telemedicina-Medicina Interna del HCN, como criterio de referencia una HbA1c >8%. Se tomaron dos mediciones de HbA1c, la basal y el control a los 6 meses de la intervención (ajuste de tratamiento hipoglucemiante por el especialista), comparando las medias con T de student para muestras relacionadas con el software estadístico. **Resultados.** El 100% de los pacientes presentaron disminución de la HbA1c. La media basal fue de 11.062%, mientras

que el control a 6 meses de 8.006%, con una diferencia de medias estadísticamente significativa de 3.056% ($t=6.9$, $p=0.0001$). El 38% llegó a metas de control metabólico para edad y estado de salud (American Diabetes Association 2017). **Conclusiones.** 1. La Telemedicina se propone como una intervención útil para pacientes con difícil acceso a la atención por médicos especialistas que puede generalizarse a todo el sistema de salud. 2. Se demostró un mejor control metabólico en los pacientes diabéticos en base a la HbA1c; con lo que se espera una mejor calidad de vida y disminución de las complicaciones asociadas. 3. Se logra una atención especializada, temprana y eficaz, así como un seguimiento más estrecho, mejora en la percepción de la atención y apego a tratamiento. 4. Se superan las barreras de la distancia disminuyendo costos directos e indirectos, así mismo se favorece la educación médica continua en el primer nivel de atención.

Palabras clave: telemedicina, beneficios, experiencia, diabetes, mellitus.

0370 Presentación de un caso de glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a cutis laxa adquirida

Carreño Paulina¹, Bonilla Raquel¹, Peralta Ana Lilia¹, Quintal Marissa de Jesus², Acosta Elsa², Miyagui Sayako Mariana²

1. Departamento de Medicina Interna; 2. Departamento de Anatomía Patológica UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción. La glomerulonefritis membranoproliferativa (MPGN), es causada por dos mecanismos principales complejos inmunes o complemento. El cutis laxa (CL) puede ser congénito o adquirido con etiología múltiple, puede asociarse a otras afecciones. La biopsia de piel (BP) muestra elastólisis y elastofagocitosis (EFG) por células gigantes (CG).

Objetivo. presentar un caso de cutis laxa adquirido que desarrollo glomerulonefritis membranoproliferativa. **Caso:** hombre de 30 años, con lesiones hiperpigmentadas en región axilar, inguinal, cuello, abdomen, codos y región poplíteas, que evolucionaron con piel redundante, aspecto reticulado, seco y colgajos en zonas afectadas. A los 2 años con síndrome nefrítico y proteinuria en rangos subnefróticos, Cr normal, se descartó patología autoinmune (ANAS, aADN y AMA negativos, C3, C4 normales), se sospechó nefropatía secundaria a VHC, que se descartó, se descartaron VHB, VIH y gammapatía monoclonal. Progreso a proteinuria en rangos nefróticos, y deterioro de la función renal. Se realizó biopsia renal con hallazgo de MPGN sin inmunofluorescencia, la BP reportó proceso inflamatorio

crónico leve perivascular con laxitud de la colágena en la dérmis y presencia multifocal de CG multinucleadas con EFG y fragmentación, engrosamiento y ausencia multifocal y localizada de las fibras elásticas de la dérmis superficial y profunda, no concluyente para depósito de cadenas ligeras κ o λ . **Conclusiones.** se presentó un caso de CL adquirido que curso con MPGN.

Palabras clave: glomerulonefritis membranoproliferativa, cutis laxa.

0377 Impacto de la realización de un curso de instalación de catéteres venosos centrales guiado por ultrasonido basado en la simulación en un hospital de tercer nivel

Del Cueto Angel Noe, Atilano Alexandro, Carrizales Edgar Francisco, Violante Jorge Rafael, Gamboa Mariana, Hernández Dalí Alejandro, Escobedo Nicolás

Universidad Autonoma de Nuevo Leon

Introducción. La creación de programas de educación representa un tópico muy importante a discutir, cuando de prevención de complicaciones mecánicas e infecciones nosocomiales se trata. Los datos en relación al apego a las guías clínicas son escasos en nuestro país; de manera que la identificación de deficiencias en la prevención de complicaciones mecánicas e infecciones

asociadas a la colocación de dispositivos intravasculares, podría representar un área de oportunidad a combatir como parte del manejo integral de nuestros pacientes. **Objetivo.** Establecer el impacto que genera la realización de un curso bien establecido con su respectiva evaluación para la instalación de dispositivos intravasculares. **Material y métodos.** Se incluyeron pacientes de Enero a Agosto de 2017 a quienes se les colocó un Catéter Venoso Central (CVC) hospitalizados en Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL. Se registraron las complicaciones mecánicas asociadas a la inserción de un CVC, el porcentaje de adherencia al protocolo de inserción de nuestro hospital, se dio seguimiento a los días que permanecieron colocados los dispositivos y se establecieron las bacteremias detectadas por 1000 días catéter. Se impartió un curso con una duración de 5 horas de instalación de CVC basado en la simulación con simuladores blue phantom; utilizando además un entorno realista que permitiera al residente de primer año adquirir todas las competencias teóricas y técnicas para realizar la instalación de manera exitosa y segura, donde al termino se realizó una evaluación de 25 preguntas. Al final se hizo una comparación de la estadística obtenida un año previo. **Resultados.** 25 residentes de primer

año de medicina interna realizaron el curso; dando un punto a cada respuesta correcta, la media de puntos obtenida fue de 17.14 ± 2.8 ; obteniendo una calificación del grupo en escala de 0-100 de 70. Se evaluaron 106 CVC colocados; el seguimiento en total fue de 1137 días y la relación de días/catéter fue de 10.72; el porcentaje de adherencia a al protocolo de inserción fue de 99.11%; la tasa global de bacteremias por 1000 días catéter fue de 1.18; la tasa global de complicaciones mecánicas fue de 1.34. Bacteremias por 1000 días catéter en 2016 fue de 1.38 y la tasa global de complicaciones mecánicas en 2016 fue de 3.5. **Conclusiones.** La aplicación de este curso basado en la simulación mostró una disminución de las complicaciones relacionadas con la colocación de un catéter venoso central y su respectivo seguimiento, lo cual, muestra una franca área de oportunidad para la capacitación de nuestro personal de salud y adoptar esta práctica como un estándar en la preparación de los residentes de primer año con la finalidad de brindar una mayor seguridad en la atención de los pacientes. **Palabras clave:** catéter, inserción, complicaciones, simulación.

0393 Coartación aórtica y estenosis de arteria renal como causa de hipertensión arterial secundaria. Abordaje diagnóstico y presentación de 2 casos

Ramírez Jonathan Rene¹, Carreño Paulina¹, González Fabiola², González Gerardo², Ramírez Judith¹, Miyagui Sayako Mariana¹
1. Departamento de Medicina Interna; 2. Departamento de Unidad Metabólica
UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción. La hipertensión arterial sistémica (HAS) secundaria corresponde al 5%. Su diagnóstico (DX) es importante pues responden a tratamiento (TX) específico. **Objetivo.** Presentar 2 casos de HAS secundaria. **Caso 1:** Hombre de 25 años con obesidad. DX de HAS a los 21 años en TX con Telmisartan. Síntomas de Apnea obstructiva del sueño (SAHOS). Exploración física (EF) sin alteraciones. Enviado a Unidad Metabólica (UM) por HAS secundaria. Con poliglobulia (Hb 19.5g/dl, Hto57%). Descartando patología metabólica (Hipertiroidismo, Cushing, Hiperaldosteronismo). USG renal, reporte de bifurcación de arteria renal (AR), aumento de velocidades y resistencias sugerente de estenosis de AR izquierda, se corrobora con Angiotomografía (ATC). 2: Hombre de 29 años, DX de HAS de 8 años, TX con Prazocin y verapamilo. Asintomático. Enviado a la UM por HAS de difícil control. EF disminución de pulsos pedios. Identificando hipokalemia, hiperaldosteronismo (650pg/ml) + Hiperreninemia (64.6pg/ml). USG Doppler: AR sin es-

tenosis, velocidad disminuida y pulso parvus et tardus, datos indirectos de coartación aórtica corroborada por ATC. **Conclusiones.** La estenosis de AR corresponde al 4% de la HAS secundaria.

Palabras clave: hipertensión secundaria, coartación aórtica, estenosis de la arteria renal.

0396 Apego a las recomendaciones de tromboprofilaxis en el paciente hospitalizado

Herman Eduardo, Becerra Houston Fernando, Falcón Orlando Emmanuel, Mosqueda Juan Luis
Universidad de Guanajuato

Introducción. El tromboembolismo pulmonar es la principal causa prevenible de muerte intrahospitalaria. Se han desarrollado diferentes escalas que permiten identificar el riesgo de presentar un evento tromboembólico durante una hospitalización y establecen la profilaxis necesaria para evitar que ocurra, sin embargo se ha observado que el apego a las recomendaciones de evaluación de riesgo y profilaxis es menor de lo esperado. **Objetivo.** Evaluar el apego a los lineamientos nacionales de tromboprofilaxis en pacientes no quirúrgicos en el Hospital General de León. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en el que se incluyeron pacientes de los servicios de Medicina Interna y Urgencias del Hospital

General de León. Los pacientes elegibles para el estudio fueron clasificados de acuerdo a su riesgo tromboembólico en "bajo", "moderado", "alto" y "muy alto" riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos en la escala de Caprini. Posteriormente se revisó la profilaxis tromboembólica para valorar si era la adecuada de acuerdo a las recomendaciones de los lineamientos nacionales. **Resultados.** Se incluyeron un total de 428 pacientes, 254 (59.3%) del sexo masculino, con una mediana de edad fue de 50 años (RIQ 25-75 años). De acuerdo a la escala de Caprini se clasificaron con riesgo moderado 53 (12.3%) pacientes, alto riesgo 126 (29.4%) pacientes y muy alto riesgo 249 (58.2%). No hubo pacientes de bajo riesgo. El apego global a las recomendaciones de profilaxis tromboembólica fue del 49%. Al evaluar de acuerdo al nivel de riesgo, se observó que recibieron una profilaxis adecuada 71.7% de los pacientes de riesgo moderado, 53.4% de los pacientes de alto riesgo y 22% de los pacientes de muy alto riesgo. **Conclusiones.** En nuestro estudio pudimos observar que existe un pobre apego a los lineamientos nacionales de profilaxis tromboembólica en pacientes no quirúrgicos, recibiendo profilaxis adecuada menos de la mitad de los pacientes incluidos en este análisis. Es aún más preocupante el hecho de que la proporción

de pacientes que reciben una profilaxis adecuada disminuye conforme se incrementa el riesgo, siendo los pacientes de muy alto riesgo los que reciben profilaxis adecuada en una menor proporción. Siendo el tromboembolismo pulmonar una causa importante de morbilidad y mortalidad intrahospitalaria es necesario impulsar el apego a los lineamientos establecidos para su prevención.

Palabras clave: tromboprolaxis, escala de Caprini.

0414 Enfermedad de Pompe de inicio tardío: serie de 3 casos

Miyagui Sayako Marinana¹, Carreño Paulina¹, Pineda Luis Francisco², Rodríguez Judith¹, Antonio Edgar¹, Broca Blanca¹

1. Departamento de Medicina Interna. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS; 2. Departamento de Medicina Interna. Clínica de Enfermedades Lisosomales (CREDL). UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción. La enfermedad de Pompe (EP) es un desorden autosómico recesivo por deficiencia de la enzima lisosomal alfa glucosidasa ácida (GAA), con acumulación de glucógeno lisosomal y afección de músculo liso, estriado y cardíaco. De acuerdo a edad se clasifica en infantil (clásica) o de inicio tardío (no clásica), diferentes en curso clínico y pronóstico.

Objetivo. Describir 3 casos de EP de inicio tardío, valorados

en la CREDL. **Caso 1:** Mujer de 34 años. Inició con debilidad progresiva de extremidades inferiores hasta la limitación de deambulación. A la exploración física mostraba tono y trefismo conservados, fuerza muscular (FM) de miembros torácicos (MT) 5/5, y miembros pélvicos (MP) proximal 2/2 y distal 4/5, reflejos osteotendinosos (ROT) de MT 2/4, ROT de MP 1/4, respuesta plantar flexora y signo de Gowers. Electromiografía (EMG) con radiculopatía L5-S1 bilateral. Se sospechó distrofia muscular y genética realizó estudio enzimático para GAA, siendo deficiente con mutación patogénica. **Caso 2:** Hombre de 40 años, con hermana con patología muscular. Inició con debilidad muscular generalizada y progresiva, e historia de síndrome apnea obstructiva del sueño (SAOS). A la EF con dificultad para bipedestación y marcha, con lordosis lumbar y signo de Gowers, debilidad proximal 3/5, ROTS 2/4. Estudios con neumatía restrictiva e hipertensión pulmonar. Valorado por genética por sospecha de distrofia, realizando estudio enzimático para GAA, con resultado deficiente y mutación del gen GAA patogénica. También se identificó hermano afectado. **Caso 3:** Hombre de 22 años. Antecedente de hermana finada a los 16 años por neumonía. Inició con debilidad en MP siendo progresiva hasta limitar la actividad física, con disnea y fatiga con diagnóstico

de neumatía restrictiva. A la EF, caída cabeza hacia enfrente, MP con FM proximal 3/5, hipotrofia y ROTS 2/4. Estudios de radiología con escoliosis. EMG con patrón miopático. ECOT hipertrofia de ventrículo izquierdo. Función respiratoria con SAOS. Genética realizó actividad enzimática para GAA con resultado deficiente y mutación patogénica. **Conclusión.** La EP de inicio tardío es una enfermedad que comprende un reto diagnóstico por su baja incidencia, requiriendo múltiples valoraciones e intervenciones previas a su diagnóstico. La importancia de detección temprana radica en el inicio de tratamiento específico oportuno, limitación de progresión de la enfermedad y mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: enfermedad de Pompe, alfa glucosidasa ácida.

0419 EVC hemorrágico, coagulación intravascular diseminada, falla orgánica múltiple, abruptio placentae y desprendimiento de retina como complicaciones de síndrome de hellp, a propósito de un caso

Treviño Francisco, Villanueva Isaí, Rodríguez Enrique Iván, Valdín Tania Isabel, Arbeu Marlene, Camero Sara Elizabeth Hospital Universitario de Puebla

Introducción. El síndrome de HELLP está asociado a los casos más graves de Preeclampsia-eclampsia y su presentación

más frecuente es con epigastralgia. Frecuentemente se asocia con complicaciones como EVC hemorrágico y abruptio placentae, entre otras. **Objetivo.** Enfatizar la necesidad de tratamiento oportuno y agresivo en pacientes con HELLP. **Exposición del caso.** Mujer de 35 años G1, embarazo de 34.6 SDG, con buen control prenatal, curva de tolerancia a la glucosa normal a las 24 SDG. Acudió a urgencias por padecimiento de 12 horas de evolución, que constaba de cefalea intensa, pulsátil, de predominio frontal, de aparición súbita, acompañada de náusea y vómito, con epigastralgia de intensidad ENA 10/10. Clínicamente se le encontró con hemianopsia derecha, hipertensión de 180/110 mmhg, hiperreflexia generalizada, FCF 148 lpm, sin pérdidas transvaginales ni sintomatología urinaria, con útero hipertónico y cérvix cerrado, de 2 cms de longitud. A su ingreso se corroboró vitalidad fetal, se inició tratamiento con cristaloides, sulfato de magnesio bajo esquema Zuspan e hidralazina. Se trasladó a quirófano para resolución obstétrica por pb desprendimiento prematuro de placenta normoinserta secundario a crisis hipertensiva. Al llegar a quirófano se encontró con deterioro neurológico, cefalea persistente muy intensa, hematuria macroscópica y hemianopsia derecha sugestivas de EVC hemorrágico. Sus parámetros iniciales mostraron Hb

14.8, Plq 96mil, Cr 0.5, BI 1.1, BD 0.3, AST 969, ALT 717, DHL 1642. Se obtuvo producto femenino con APGAR 8/9, placenta con desprendimiento del 50%. Se realizó desarterialización de Tsurulnikov y se trasladó a la UCIA con TA 140/90 mmhg, FC 100 y FR 24; con diagnóstico de síndrome de HELLP Mississippi I, Preeclampsia con criterios de severidad, LRA AKIN I y pb EVC hemorrágico. Se inició alfametildopa, hidralazina y apoyo transfusional. Se tomó TC de cráneo que mostró hemorragia intraparenquimatosa parietal derecha y edema cerebral maligno. Por progresión de la LRA se inició hemodiálisis, durante la cual presentó hipertensión refractaria de 190/90 mmhg junto con midriasis bilateral y edema papilar. Se dio tratamiento con Hidralazina y manitol, sin mejoría. Durante su estancia en UCIA sus labs se mantuvieron en los siguientes rangos: Cr 0.5-7, Ur 27-192, Plq 40-93mil, DHL 389-2350, AST 57-1666, ALT 41-717. Posteriormente presentó tendencia a la hipotensión, que requirió apoyo aminérgico. Después de 7 días sin sedación se solicitó EEG que se reportó con trazo isoelectrico, sin respuesta a estímulos. A la exploración sin reflejos de tallo cerebral. Se repitió el EEG, con mismo resultado. Se diagnosticó muerte cerebral y presentó paro cardiorrespiratorio días después. **Conclusiones.** El síndrome de HELLP es un estado grave, que conlleva alto

riesgo de complicaciones, por lo que el tratamiento expedito y agresivo es fundamental para evitar un efecto dominó de colapso sistémico y lograr mejores desenlaces.

Palabras clave: HELLP, preeclampsia, eclampsia, abruptio placentae, desprendimiento placenta, complicaciones.

0427 Neumotórax espontáneo: manifestación inicial de síndrome de Marfan

Zavala Luis Fernando, Jose Gabriel, Ayala Jorge Alejandro, Hernández Héctor Gustavo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes. El síndrome de Marfan es una enfermedad genética autosómica dominante ocasionada por mutación en el gen de la fibrilina-1 localizada en el cromosoma 15 que causa una alteración en la producción y estabilidad de tejido conectivo. Cursa con afectación sistémica, principalmente esquelética, cardiovascular y ocular. Dentro de las manifestaciones respiratorias, la principal es el neumotórax espontáneo, que ocurre en un 4 a 11% de los pacientes. El riesgo de presentarlo es 10 veces mayor al de la población general. **Objetivo.** Exponer el síndrome de Marfan como causa de neumotórax espontáneo secundario. **Caso clínico:** Masculino de 17 años, con antecedente de pie equino varo derecho sometido a corrección quirúrgica, quien

acude al servicio de urgencias por presentar disnea y dolor torácico tipo pleurítico de inicio súbito. Se encuentra hipoxemia con pao_2 de 39 mmhg, tensión arterial de 90/70 mmhg, se evidencia timpanismo a la percusión y abolición de ruidos respiratorios en hemitórax derecho. En la radiografía PA de tórax se encuentra neumotórax derecho del 100%, por lo que se coloca sonda endopleural en 5to espacio intercostal línea axilar anterior derecha. A la exploración se encuentran enfisema subcutáneo en cuello, datos de hiperlaxitud articular con signos de Walker-Murdoch y Steinberg positivos, aracnodactilia, relación segmento superior:inferior de 0.81, enoftalmos, retrognatia y dolicocefalia. La tomografía de tórax muestra neumotórax derecho residual, neumomediastino y bullas apicales subplerales derechas. El diámetro mayor de la raíz aortica fue de 3.1 cm con un Z score de 2.27. A pesar del tratamiento establecido presentó recurrencia del neumotórax en tres ocasiones y datos de fuga aérea persistente, por lo cual se indica manejo por parte de cirugía de tórax. **Conclusiones.** El síndrome de Marfan predispone a la formación de bullas apicales. En este paciente se realizó el diagnóstico con base en los criterios de Ghent, cumpliendo con un Z-score de dilatación de raíz aortica > 2 y una puntuación sistémica > 7 (9 puntos). El tratamiento con-

servador incluye la colocación de una sonda endopleural de forma inicial, sin embargo el riesgo de recurrencia es alto. Por ello el tratamiento definitivo suele requerir manejo quirúrgico, principalmente en aquellos con bullas visibles en estudios radiográficos o datos de fuga aérea persistente, como en el caso de nuestro paciente.

Palabras clave: neumotorax, Marfan.

0434 Síndrome de superposición; lupus eritematoso generalizado y dermatomiositis. Presentación de un caso

Aranda Alejandra¹, Becerra Jensen I²

1.Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; 2.Hospital General de Dolores Hidalgo

Introducción. El síndrome de superposición puede representar la coexistencia de un grupo heterogéneo de enfermedades, o una de la amplia variedad de enfermedades de la colágena. Ocurre cuando el paciente inicia con datos de una collagenopatía y se agregan síntomas de otra; incluye lupus eritematoso generalizado (LEG) y artritis reumatoide (AR) esclerosis sistémica y LEG o polimiositis; AR y esclerosis sistémica y varias enfermedades reumáticas. **Objetivo.** Dar a conocer un caso clínico de presentación de dos enfermedades de la colágena que se dan de manera concomitante. **Caso clínico.** Femenino de 36

años, originaria y residente de Dolores Hidalgo, Gto., casada, ama de casa, escolaridad secundaria, católica. Niega crónico-degenerativos. Inicia su padecimiento con cuadro de debilidad simétrica, proximal, úlceras orales, caída de cabello, fiebre no cuantificada, astenia y adinamia progresiva de 20 días de evolución, se exagera la sintomatología por lo que decide acudir a valoración a hospital general de zona. A la exploración física se observa dermatosis localizada, que afecta articulaciones de las manos, caracterizada por presencia de pápulas de Gottron, eritema violáceo y edema, así como incapacidad para la deambulacion e incluso para levantarse de una silla, corroborando debilidad simétrica proximal, presenta síndrome de derrame pleural y hepatomegalia. Se sospecha enfermedad de la colágena, por lo que se solicitan estudios para descartar lupus y dermatomiositis. En la radiografía de tórax se corrobora derrame pleural bilateral, observado posteriormente en TAC, que se solicita también para descartar síndrome paraneoplásico. En exámenes de laboratorio destaca anemia normocítica normocrómica, linfopenia, hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares positivos, aldolasa elevada. Se inicia manejo con glucocorticoides, con lo que presenta importante mejoría de los síntomas, desapareciendo las úlceras

orales, logrando la deambulación y mejoría de las lesiones dermatológicas. **Conclusiones.** Por la clínica de la paciente, los datos de laboratorio, y el hecho de presentar datos de una collagenopatía y agregándose síntoma de otra, se concluye síndrome de superposición. Las manifestaciones clínicas del síndrome de superposición pueden ser semejantes por la combinación de dos o más enfermedades de la colágena. El pronóstico es más ominoso y el tratamiento con esteroides es menos eficaz.

Palabras clave: enfermedad de la colágena, síndrome de superposición, dermatomiositis, aldolasa, síndrome paraneoplásico, pápulas de Gottron.

0435 Dolor torácico en el embarazo debido a una catástrofe cardiovascular: a propósito de un caso

Guerrero Maria Cristina, Corres Jorge Eduardo, Campos Octaviano, Amaya Adriana Margarita
Hospital de Ginecología y Obstetricia UMAE 23, IMSS

Introducción. La mujer embarazada presenta cambios fisiológicos que la hacen propensa a presentar diferentes signos y síntomas entre ellos el dolor torácico y la disnea. Debido a esta situación estos síntomas son minimizados y no se les da la importancia que deben tener retrasando la atención médica lo cual puede culminar en una muerte

materna si la causa del dolor era una catástrofe cardiovascular. Se presenta el caso de una mujer embarazada multigesta de 23 años quien ingresa por cefalea, dolor torácico y disnea y en menos de 3 horas presenta colapso cardiovascular y muerte materna secundario a aneurisma de aorta roto no diagnosticado previamente. **Objetivo.** Presentar un abordaje diagnóstico de la paciente embarazada que ingresa por dolor torácico y disnea. **Caso clínico:** Mujer de 23 años sin antecedentes relevantes para padecimiento actual, dos días de evolución con dolor torácico, disnea y cefalea, referida por presión arterial de 130/90, su radiografía de tórax con dilatación de botón aórtico, en menos de 3 horas de ingreso presenta síncope, paro cardiorespiratorio y muerte, se realizó cesárea perimortem, el producto vivió y está en rehabilitación, la autopsia reveló un aneurisma de aorta roto y hemotórax izquierdo masivo. **Conclusión.** La mujer embarazada que se presenta con dolor torácico debe tener una evaluación inmediata para descartar patología que ponga en riesgo la vida. El abordaje diagnóstico y el diagnóstico diferencial son parte importante de la evaluación.

Palabras clave: dolor torácico, embarazada, catástrofe cardiovascular, disnea, aneurisma de aorta

0436 Evaluación de los cambios en la composición corporal mediante vectores de impedancia bioeléctrica en pacientes hospitalizados

Dehesa Edgar², Martinez Jesus Israel², Sanchez Jose Angel², Inzunza Marce Yaneth¹, Irizar Sergio Saul², Rodriguez Melissa Guadalupe², Rios Fausto Alfredo²

1.Escuela de Nutricion UAS;
2.Centro de Investigacion y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción. La hospitalización por un proceso agudo y su tratamiento condicionan cambios en la composición corporal de origen multifactorial, los cuales tienen un efecto negativo en el pronóstico de los pacientes. El vector de impedancia bioeléctrica (VIBE) constituye una técnica no invasiva que ha demostrado evaluar confiablemente la composición corporal en condiciones de normalidad, obesidad y desnutrición, así como en estados de deshidratación, euvolemia y sobrecarga hídrica. **Objetivo.** Evaluar los cambios en la composición corporal que desarrollan los pacientes durante su hospitalización en el servicio de medicina interna. **Materiales y métodos.** Estudio de cohorte. Se incluyeron pacientes adultos hospitalizados por más de 4 días en el servicio de Medicina Interna. A su ingreso, se evaluó el riesgo de desnutrición a través del cuestionario NRS2002. La composición corporal fue

estimada mediante el VIBE. Se comparó la composición corporal (estado nutricional, estado de hidratación, índice de masa libre de grasa, porcentaje de grasa y ángulo de fase) al ingreso y egreso hospitalario.

Resultados. Se incluyeron un total de 40 pacientes (65% hombres) con edad de 63 ± 19 años. El 40% presentó riesgo de desnutrición a su ingreso hospitalario según el NRS2002. De acuerdo al VIBE el 55% tuvo una composición corporal normal, el 35% presentó desnutrición, el 10% obesidad y el 57.5% presentó sobrecarga hídrica (SH) a su ingreso hospitalario. Los cambios en la composición durante la hospitalización fueron: El 95.5% de los pacientes con un estado nutricional normal a su ingreso permanecieron sin cambios y el 4.5% cambió a desnutrición. El 64.3% de los pacientes con desnutrición al ingreso permanecieron sin cambios y el 35.7% cambió a un estado nutricional normal. El 100% de los pacientes con obesidad a su ingreso permaneció sin cambios en su composición corporal. El 29.4% de los pacientes con estado de hidratación normal al ingreso desarrollaron SH durante su hospitalización y en el 30% de los pacientes con SH al ingreso, ésta se resolvió al egreso hospitalario. La desnutrición al ingreso fue más frecuente en aquellos pacientes hospitalizados por una causa pulmonar (62.5%), infecciosa (50%) y

neurológica (50%). El cambio del estado nutricional normal a desnutrición solo fue observado en pacientes hospitalizados por causas renales y el cambio de desnutrición a un estado nutricional normal fue observado en 37.5% de los pacientes hospitalizados por causas pulmonares, en 25% por causas pulmonares y en 17.5% por causas infecciosas. **Conclusiones.** El VIBE demostró que las alteraciones y los cambios en la composición corporal como desnutrición y SH son frecuentes al ingreso y durante la hospitalización de los pacientes, por lo que su evaluación con métodos precisos y confiables como el VIBE, debería constituir una herramienta para el manejo integral de pacientes hospitalizados.

Palabras clave: desnutrición, sobrecarga hídrica, bioimpedancia.

0454 Comportamiento espirométrico hospitalario en pacientes con diagnóstico previo de sira egresados de la UCI a Medicina Interna en el Hospital Juárez de México

Morales Alexéi Humberto
Hospital Juárez de México

Introducción. La incidencia de pacientes con Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital fue de 7% en los últimos 6 meses. El seguimiento de la función pulmonar posterior al SIRA muchas veces queda

en incógnita. Este pretende ser un estudio que inicie las bases para un seguimiento estrecho de estos pacientes, tomando en cuenta que la función pulmonar puede estar disminuida en los primeros meses posterior al SIRA. **Objetivo.** Identificar el patrón espirométrico que tienen los pacientes después de presentar SIRA, evaluar la relación con la etiología, los días de ventilación, la severidad del SIRA, la presencia de posición prono, PEEP alto y/o Lesión Renal Aguda. **Material y métodos.** Se trata de un estudio abierto. De observación, transversal y analítico. Se evaluaron mediante espirometría a los pacientes que ingresaron a Medicina Interna provenientes de la Unidad de Cuidados Intensivos y que habían cursado con SIRA; en el periodo del 1° de diciembre del 2016 al 30 de junio del 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados.** Se reclutaron 14 pacientes, 11 hombres y 3 mujeres, 13 de ellos tuvieron SIRA pulmonar y solamente 1 de ellos con SIRA extrapulmonar; de un total de 29 pacientes, 15 de ellos fueron excluidos, 4 fallecieron, 7 por tener traqueostomía al egreso a Medicina Interna y 4 por no estar en condiciones clínicas para realizar la espirometría. Se observó una media de edad de 46.4 años, predominando pacientes del sexo masculino (78%). En cuanto al patrón espirométrico predominante se encontró un porcentaje similar

(50%) entre el patrón mixto y el sugerente de restricción; llama la atención no haber encontrado a ningún paciente con patrón obstructivo. De acuerdo a la severidad, fueron 28% con SIRA leve, 35% con SIRA moderado y otro 35% con SIRA severo. La etiología del SIRA tuvo una gran diferencia a favor de un origen pulmonar (en un 92.8%), sin embargo, este hecho no tiene ninguna correlación con el patrón espirométrico final. La estadística más fuerte apoya a la severidad del SIRA de manera directa para presentar un patrón sugerente de restricción. Los niveles de PEEP (menor o mayor de 10) y los días de ventilación mecánica tuvieron una correlación moderadamente positiva con el patrón espirométrico. La necesidad de posición prono como medida terapéutica en los pacientes con SIRA o la presencia de LRA no tienen ninguna correlación con el patrón espirométrico final.

Conclusiones. La severidad del SIRA tiene una relación directa con el patrón sugerente de restricción. Una relación moderada con los niveles de PEEP y los días de ventilación, no así con la LRA y la posición en prono. Es importante dar un seguimiento multidisciplinario incluida la función pulmonar a los pacientes pos SIRA. La recuperación total incluye un manejo multidisciplinario.

Palabras clave: síndrome de insuficiencia respiratoria aguda,

patrón espirométrico, sugerente de restricción, patrón mixto, severidad del SIRA.

0457 Trombosis venosa profunda secundaria a mutación en gen de metilentetrahidrofolatoredutasa (MTHFR)

Contreras Héctor Jesús, Jaime David, García Erica, Palomares Pascual

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. Presento caso de paciente joven con diagnóstico clínico de trombosis venosa profunda en sitio poco común y sin factores de riesgo previos, con etiología poco común; mutación en el gen metilentetrahidrofolatoredutasa (MTHFR). **Objetivo.** Conocer la mutación de la enzima MTHFR como causa de trombosis venosa profunda. **Exposición del caso.** Femenino de 17 años de edad, soltera, estudiante. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia, con etilismo ocasional, tabaquismo pasivo. Menarca 11 años, ritmo regular, núbil, sin uso de hormonales. Diagnóstico de asma hace 2 años. Resección de lipoma calcificado hace 6 años. Alergias negadas. Inicia 1 mes previo a su ingreso con dolor punzante intenso en región poplíteas izquierda irradiado a región distal y proximal ipsilateral, se realiza ultrasonido doppler con reporte de trombosis en la vena iliaca izquierda con recanalización periférica de

miembro pélvico izquierdo, sin síntomas B; ingresa a medicina interna para protocolo de estudio de trombosis en paciente joven. A la exploración física: peso 51 kg talla 1.58 m, presión arterial 120/70 FR 18 FC 78 36.7°C SO₂ 97%, neurológicamente íntegra, cuello normal, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin visceromegalias ni irritación peritoneal, en miembro pélvico izquierdo sin edema, ni cambios de coloración, signo de Olow y Homans positivos. Laboratorios y gabinete: Hb 12.7g/dl Hto 40% VCM 96fl HCM 30pg plaquetas 259000 leucocitos 12630 linfocitos 2020 neutrófilos 9700, función renal, hepática y electrolitos normales, TP 14.1 INR 1.22 TTP 35.6. Dímero D 483.92ng/ml. Se descarta patología autoinmune por presentar: ANA 1:80 patrón moteado, Ac anti DNA negativo, complemento C3: 147mg/dl, C4: 22.6mg/dl. Anticoagulante lúpico negativo, anticardiolipinas IgG: 1.39 PLIgG-U/ml, IgM: 2.41 PLIgM-U/ml, Ac anti beta2GP-1 IgG: 8.7U/ml, IgM9.2U/ml. Sin componente hematológico: Proteína S: 130%, Proteína C: 105%, Antitrombina III: 119%. Resistencia a proteína C activada: TTP CaCl₂: 36.3 seg, TTP CaCl₂/proteína C activada 116.7seg; radio 3.2. Factor V Leiden: Homocigoto normal. Sin neoplasias concomitante por tomografía abdominal normal; como causa miscelánea

se investigó la mutación metilentetrahidrofolato reductasa: positivo, componente heterocigoto con una copia para las dos mutaciones C677T y A1298C. **Conclusión.** La enzima MTHFR participa en metabolismo de folato, remetilación de homocisteína y formación de metionina; el polimorfismo comentado favorece hiperhomocisteinemia por disminución en su metabolismo, con consecuente aumento de enfermedades cardiovasculares, desarrollo neural anormal y aumento de riesgo tromboembólico; la enfermedad trombotica asociada dichas mutaciones no es la presentación clínica más habitual. La paciente actualmente está asintomática tratada con ácido fólico y antiagregante plaquetario.

Palabras clave: metilentetrahidrofolato reductasa, trombosis venosa profunda, trombofilia, homocisteína.

0478 Hemangioma venoso cavernoso en vena iliaca

Ortega María José, Gomez Brenda, Felix Jorge
Hospital Angeles del Pedregal

Masculino de 25 años, niega antecedentes personales de importancia. Acude a valoración por cuadro de 3 semanas de evolución con presencia de lumbalgia intermitente, de tipo opresivo, sin irradiaciones ni exacerbantes. Un día previo a su ingreso presentó aumento

progresivo de volumen y temperatura de miembro pélvico izquierdo asociado limitación a la deambulación sin alteraciones a la sensibilidad. A la exploración física miembro pélvico izquierdo con tensión de masa muscular, aumento de volumen y temperatura, resto de la exploración sin alteraciones. Se inició abordaje con biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos dentro de parámetros normales, Dímero D > 10 000 ng/ml, B2 microglobulina 1646 mcg/L, homocisteína 4.8 umol/L, anti trombina III 112%, anticoagulante lúpico negativo, anti VIH negativo, marcadores tumorales en rangos dentro de lo normal. USG Doppler con trombo organizado en cava, iliaca, femoral y tronco tibio peroneo de miembro pélvico izquierdo. TAC toraco-abdominal fase venosa adenopatías hipometabólicas retroperitoneales, iliacas e inguinales. Trombosis de vena cava inferior, venas iliacas comunes con fenómeno compresivo asociado y circulación colateral pélvica. PET CT adenopatías de gran tamaño con compresión mecánica de vena cava y ambas iliacas, sin captación de medio de contraste. Se realizó laparotomía con trombectomía de vena cava y resección de lesión vascular en vena iliaca, resultado de patología hemangioma venoso cavernoso.

Palabras clave: trombosis, hemangioma cavernoso venoso.

0479 Inmunodeficiencia común variable asociada a síndrome mielodisplásico

Gold Victor, García Ulises Noel, Jauregui Jorge Alberto
UMAR No1 León, Guanajuato IMSS

Introducción. La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es la inmunodeficiencia primaria mas frecuente en adultos con una incidencia de 1:10000 a 1:50000 sin presencia de predominio de género y con una edad de aparición en la segunda y tercera década de la vida, caracterizada por infecciones recurrentes. Se ha descrito predisposición a linfoproliferación en el 40 a 50% de los casos y 5 veces mas riesgo malignidad, los linfomas son el 31.5% de estos casos siendo el mas común linfoma No-Hodgkin de células B extranodal. **Objetivo.** Valorar la relación entre la IDCV y el Síndrome Mielodisplásico (SMD) Resumen Paciente femenino de 32 años de edad la cual cuenta con los antecedentes de importancia padre con lupus eritematosos sistémico y leucemia sin conocer fenotipo finado por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y un hermano con hipotiroidismo, portadora de neumopatía intersticial con bronquiectasias, con cuatro cuadros de NAC dos años de los cuales en dos ocasiones con datos de sepsis, otitis media de 4 cuadros por año, pérdida de peso de 10kg en 2 años y requi-

riendo antimicrobianos por vía intravenosa para una respuesta adecuada, con resto preguntado y negado. Con los antecedentes encontrados se sospechó de una inmunodeficiencia, descartándose infecciones virales y autoinmunidad, con niveles de IGG < 134.0 mg/dl, IGA < 26.0 mg/dl, IGM 38.8 mg/dl, IGE < 17.8 mg/dl, Complemento C3 59.1 mg/dl y C4 < 6.25 mg/dl, subpoblación Linfocitaria con Linfocitos T 928 cel/ul, Linfocitos T Cooperadores 549 cel/ul, Linfocitos T Citotóxicos 353 cel/ul, Linfocitos B 166 cel/ul, Células NK 86 cel/ul integrándose diagnóstico de IDCIV, iniciándose manejo con inmunoglobulina IV. En el 2015 inicia con disnea, astenia, adinamia y palpitaciones y palidez, se solicitaron laboratorios donde se reportó Hemoglobina 5.2 gr/dl, Hematocrito 16.5%, Plaquetas 108000 por ml, Leucocitos 1470 por ml, Neutrófilos 500 por ml, Linfocitos 660 por ml, con pruebas de funcionamiento hepático normales, aspirado de médula ósea con celularidad incrementada +++, megacariocitos 2 por campo normales, serie mieloide con datos de displasia caracterizada por asincronía en la maduración, megaloblastosis y cariorrexis y serie eritroide displásica con megaloblastosis y asincronía en la maduración e inmunohistoquímica donde se reportó una alteración en el patrón de maduración de la serie granulocítica con un ca-

riotipo normal. Se diagnosticó un SMD por la morfología y se inició manejo pero persistió con la pautopenia. **Conclusión.** El SMD tiene una incidencia de 0.2 casos por 100000 personas en este grupo etario, incrementándose con la edad. Por las características se clasifica como una citopenia refractaria con afección multilineal sin presencia de alteraciones en el genotipo las cuales se encuentran al momento del diagnóstico en el 20 al 70% de los casos. Estos se han relacionado con la IDCIV en menos del 1% de los casos.

Palabras clave: inmunodeficiencia común variable, síndrome mielodisplásico.

0481 Inmunodeficiencia variable común. Reporte de un caso.

Cimé Erik Antonio, Briceño Fernando, Bahena Josué, Cruz Nydia Karen

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción/Antecedentes.

La inmunodeficiencia variable común (CVID) consiste en un grupo heterogéneo de enfermedades raras caracterizadas por diferenciación anómala de linfocitos B, suele manifestarse típicamente entre los 10-40 años. Ambos sexos se encuentran equitativamente afectados. En algunos pacientes, resulta de mutaciones en TNFRSF13B; la mayoría de los pacientes (75%) presenta una forma esporádica. Los criterios diagnósticos

incluyen: incremento de la susceptibilidad de infecciones, manifestaciones autoinmunes, granulomas, linfoproliferación policlonal inexplicada y deficiencia de anticuerpos en otro miembro familiar, así como IgG, IgA o IgM < 2 DE sobre la media para la edad (en dos determinaciones), pobre respuesta de anticuerpos a vacunas, ausencia de isohematoglutininas o células B de memoria cambiante < 70%. Clínicamente pueden presentarse infecciones, autoinmunidad, enteropatía, inflamación granulomatosa, trastornos linfoproliferativos y neoplasias malignas, siendo las primeras las más comunes.

Objetivo. Describir un caso de CVID, que debido a su heterogeneidad clínica consiste en un desafío diagnóstico que de realizarse tempranamente implica mejoría en el tratamiento y pronóstico. **Exposición del caso.** Masculino de 34 años, sin antecedentes familiares relevantes. Parálisis cerebral por asfisia perinatal con secuelas en tratamiento con gabapentina, carbamazepina, clonazepam, biperideno. Amigdalectomía en 1994. Sinusitis repetitivas desde hace 10 años manejado con antibióticos y limpieza quirúrgica en 3 ocasiones. Inicia hace 20 meses con fiebre diaria sin predominio de horario, cefalea, rinorrea verdosa y dolor facial; debido a la falta de respuesta terapéutica es protocolizado por nuestro servicio. Perfil TORCH sin presencia de

memoria inmunológica, panel viral y reactantes febriles negativos, factor reumatoide normal (9.94 UI/ml), proteína C reactiva alta (45 mg/L), urocultivo y hemocultivo negativos, inmunoglobulinas con decremento en dos determinaciones (IgG 6.98 mg/dl y 7.0 mg/dl, IgA 26.1 mg/dl y 26.1 mg/dl, IgM 17.5 mg/dl y 16.9 mg/dl), CD4 baja (18.0%), CD8 alto (56.4%), CD19 bajo (3.2%), tomografía computada de cráneo con neurocisticercosis fase cálcica, tomografía toracoabdominopélvica sin alteraciones. Debido a infección sinusal de repetición, ausencia de memoria inmunológica, inmunoglobulinas por debajo de 2 DE y bajo porcentaje de linfocitos B, se concluye que el paciente cuenta con diagnóstico de CVID. **Conclusiones.** Es una enfermedad que comprenden un reto diagnóstico dada su heterogeneidad clínica y baja prevalencia global de un caso por 200000. La importancia del diagnóstico temprano y preciso radica en el inicio temprano de sustitución de inmunoglobulina y su pronóstico secundario.

Palabras clave: inmunodeficiencia variable común, inmunoglobulinas, linfocitos B, infecciones, sinusitis, memoria inmunológica.

0484 Amiloidosis primaria

Ortega Maria Jose¹, Felix Jorge¹, De Santiago Juan², Ornelas Juan Pablo², Valdes Susana², Sanchez Oscar²

1.Hospital Angeles del Pedregal; 2.Hospital Ajusco Medio

Masculino de 43 años, con diagnóstico reciente de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con prazosin, metformina, glibenclamida y sulfato ferroso. Inicia su padecimiento actual al presentar pérdida de fuerza muscular, polipnea y deterioro súbito del estado de alerta. A la exploración física TA 130/90 mmHg, FC 79 lpm, FR 21 rpm, temp 36.7°C, SatO₂ 85% con FiO₂ 33%, somnoliento, sibilancias espiratorias, estertores infraescapulares bilaterales, hipoventilación basal bilateral, resto de la exploración sin alteraciones, presencia de disnea en reposo. A los laboratorios con anemia microcítica grado 1 de la OMS, Na 129 Cl 96 BUN 30 Urea 64 Cr 2.5 gluc 17 gasometria con alcalosis metabólica compensada, EGO glucosuria y hematuria microscópica, Mioglobina 382 BNP 500 DD 951 TPI < 0.05 CPK-MB 1.2, recolección de orina con microalbuminuria de 73 mg/dl. Se ingreso a hospitalización para estudio de derrame pleural e hipoglucemia. TAC de torax con derrame pleural bilateral y derrame pericardico. Toracocentesis con liquido de trasudado con cultivo sin desarrollo, baciloscopia negativa para presencia de BAAR. ECO-TT con derrame pericárdico global moderado, pericardio hiperrefringente grosor de 4

mm, PSAP 41 mmHg, hipertrofia del VI, disfunción sistólica de VI leve con FEVI de 45%, movilidad global y segmentaria sin alteraciones, disfunción diastólica de VD conservada con TAPSE 17 mm. Sin evidencia de tumores, vegetaciones o masas intra cavitarias. Pruebas de función tiroidea sin alteraciones, complemento en rangos normales, ANA negativo, anti DNA negativo. TORCH negativo, perfil viral negativo. Se realizo toma de biopsia de tejido celular subcutaneo (B17-564) compatible con deposito de material amiloide a la tincion rojo congo.

Palabras clave: derrame pleural, derrame pericardico, disnea.

0492 Asociación de inmunodeficiencia comun variable y linfoma de Hodgkin: a propósito de un caso y revisión de la literatura

Pérez Salvador, Zarate Gerardo, Garcia Ulises Noel
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es un es un trastorno que afecta la producción de Inmunoglobulinas a través de la dlsregulación del linfocito B(1), es bien conocida la coexistencia de esta entidad y algunos trastornos inmunológicos, así como neoplasias de estirpe hematológicas. A este respecto existe una particular asociación con el linfoma no

Hodgkin (L.N.H), que en algunas series se encuentra descrita hasta en un 8%(1), sin embargo no existen información suficiente hasta el conocimiento del autor para establecer una relación estadística entre la IDCV y el L.N.H. El siguiente caso identificado en nuestra UMAE representa la coexistencia de estas dos entidades.

Descripción: Masculino de 50 años de edad con antecedente de tuberculosis ganglionar diagnosticada a los 48 años (a propósito de protocolo diagnóstico de fiebre de origen desconocido) recibió manejo bifásico para cepa de Mycobacteria (genotipificación positiva para tuberculosis y susceptibilidad a rifampicina). Presenta 1 año posterior cuadro febril sin patrón específico sin otra sintomatología acompañante. Es hospitalizado para su abordaje, a destacar no existieron otros datos que orientaran al clínico a sospechar en IDCV, tampoco en relación a autoinmunidad, sin embargo ante la seronegatividad y demás bioquímicos dentro de parámetros se decide realizar niveles de inmunoglobulinas y subclases encontrando IgG 380 mg/dl IgM 16 mg/dl se realiza prueba de respuesta polisacáridos con vacuna neumococo manteniéndose niveles de IgG menores 300 mg/dl, otras determinaciones en relación a la inmunidad celular y mediada por linfocitos T fueron descartadas. Se realiza Tomo-

grafía computarizada simple y contrastada de tórax - abdomen encontrando múltiples adenopatías de predominio mediastinal y cuello (FIG A Y B) por lo que se envía biopsia ganglionar a histopatológico encontrando lesión linfoproliferativa constituida por células de Reed Sternberg compatible con L.H (FIG D), con tinción Ziehl Nielsen – así como detección de bacilos cortos. Se inicia manejo con inmunoglobulina además de canalizarse para beneficio quimio terapéutico a servicio de hematología. **Discusión.** El desarrollo de enfermedades granulomatosas es relativamente frecuente en pacientes con IDCV, así como otras entidades inmunológicas y hematológicas, sin embargo el L.H. no se relaciona con frecuencia a la IDCV, la evaluación inicial de este paciente obligo a descartar múltiples entidades clínicas una vez establecida la IDCV, como la presencia de mycobacterias atípicas (FIG C), infiltración granulomatosa, autoinmunidad y L.N.H. Mediante los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímica positiva para Cd 15 y Cd 30 fue posible alcanzar certeza diagnóstica de Linfoma Hodgkin el cual alcanza una incidencia de 2.4 casos por cada 100,000 habitantes(2) y dentro de su fisiopatogenia destacan alteraciones en la señalización del linfocito B y T.

Palabras clave: inmunodeficiencia, comun, variable, linfoma, Hodgkin.

0533 Síncope en paciente con síndrome de Klippel-Trenaunay: reporte de un caso

Ruiz Jesús Alejandro, Alvarado Pedro Eduardo, Villegas Edgar
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

El síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) fue descrito en 1900 y se ha descrito un riesgo de tromboembolismo venoso elevado. La causa de este estado protrombótico se desconoce. No existen casos reportados en la literatura mexicana y pocos en la literatura internacional. Se presenta el caso de una paciente con SKT que debutó con síncope secundario a TEP masiva y bilateral, lo cual representa una manifestación atípica de una enfermedad muy frecuente (TEP) en el contexto de una patología de base infrecuente y con escasa evidencia para el manejo a largo plazo. Mujer de 20 años, sin otros antecedentes relevantes, diagnóstico de síndrome de Klippel-Trenaunay. Durante su seguimiento manifestó síntomas intratables de insuficiencia venosa de miembro inferior izquierdo y por tomografía en fase venosa se identificó oclucción de la vena femoral desde el tercio superior del muslo con colaterales dilatadas, por lo que fue sometida a plastia de vena poplitea y radioablación de colaterales. Una semana después comenzó con disnea de medianos a pequeños esfuerzos

y la segunda semana presentó síncope sin desencadenante, motivo por el que acudió a urgencias. Se encontró normotensa, taquicárdica (111 lpm), y con saturación de oxígeno (pulsioximetría) 90%, sin hallazgos patológicos a la exploración cardiopulmonar. Se realizaron paraclínicos donde destacó alcalosis respiratoria aguda, troponina I alta sensibilidad (TropI) 0.05 ng/mL, péptido natriurético cerebral (BNP) 14 pg/mL, dímero D 12,970 mcg/L, electrocardiograma con inversión asimétrica de ondas T en V1, V2 y V3 y taquicardia sinusal, radiografía de tórax normal, angiotomografía de arterias pulmonares con tromboembolia pulmonar central y periférica parcial desde ramas principales con extensión a ramas segmentarias y trombosis total de algunas subsegmentarias y tomografía venosa de miembros pélvicos sin evidencia de trombosis venosa profunda. Se clasificó como tromboembolia pulmonar de riesgo intermedio. Requirió oxígeno suplementario por puntas nasales y se inició anticoagulación total mediante infusión de heparina no fraccionada (bolo inicial de 80 UI/kg, continuando con 18 UI/kg/hr). La paciente egresó sin requerimientos de oxígeno. No presentó nuevamente evento de síncope. Se ha descrito recientemente la necesidad de excluir TEP en presentaciones de síncope en urgencias, sobre

todo pacientes de riesgo tromboembólico alto como este caso. Existe poca evidencia del manejo ambulatorio (tiempo de anticoagulación, metas de INR) en el contexto del SKT.

Palabras clave: tromboembolia, Klippel-Trenaunay, síncope.

0536 Análisis de las intervenciones psicológicas realizadas por medicina conductual en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán

Calderón María Antonieta, Rojas María de Lourdes, Serrador Concepción, Reynoso Leonardo, Tejeda Diana Abigail, Rosales Antonio

1.Hospital General de Atizapán; 2.Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción. Medicina conductual es un campo interdisciplinario de investigación y práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social y el comportamiento en salud-enfermedad, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento. El presente trabajo pretende mostrar la aplicación del campo de la medicina conductual en el ámbito hospitalario, a través de la modificación del comportamiento

de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán (H.G.A). Para ello, se presenta el análisis de las intervenciones psicológicas realizadas en relación al diagnóstico psicológico en los pacientes con patologías de enfermedades crónicas degenerativas en el periodo de enero a junio del 2017. **Objetivo.** Analizar el tipo de intervenciones psicológicas realizadas por el servicio de Medicina Conductual, con base en la determinación del diagnóstico psicológico de pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas degenerativas del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán. **Método.** Estudio descriptivo, compuesto por 9 patologías de enfermedades crónicas degenerativas en pacientes hospitalizados del servicio de Medicina Interna, en el periodo de enero-junio del 2017. Fue formado por una muestra de 230 pacientes, atendidos por el servicio de Medicina Conductual, en la cual se estableció un diagnóstico psicológico para cada uno, se realizó una intervención cognitivo conductual y se analizó el tipo de intervención psicológica más frecuente. **Resultados y conclusiones.** Se registraron 9 patologías de enfermedades crónicas degenerativas ingresadas en el servicio de Medicina Interna del H.G.A con base en la estadística de morbilidad del periodo de enero a junio

del 2017. De los cuales se atendieron 240 pacientes por el servicio de Medicina Conductual y se identificaron los diagnósticos psicológicos y el tipo de intervención realizada de los pacientes en hospitalización. Los resultados revelan que el diagnóstico psicológico de Incumplimiento Terapéutico es el más frecuente en las enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y cardiopatía isquémica. Se identificó como técnica más utilizada en las intervenciones la Psicoeducación, para fomentar el conocimiento y el papel del paciente en el cuidado de su salud. La segunda técnica más utilizada fue Solución de Problemas para favorecer la resolución de obstáculos de los pacientes. Considerando que ambas técnicas tienen como objetivo mejorar la adherencia al tratamiento conllevaría a un menor número de ingresos hospitalarios en el servicio de Medicina Interna del H.G.A.

Palabras clave: Medicina Conductual, intervenciones psicológicas, diagnóstico psicológico, pacientes hospitalizados, Hospital General de Atizapán.

0558 Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética secundario a aneurisma cerebral calcificado

Anchondo Javier, Alvarez Valeria, Tobar Marco

Hospital Regional Licenciado Adolfo Lopez Mateos

Introducción. El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD) es una entidad que cursa con hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, osmolaridad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis altas. Establecer la causa constituye un reto para el médico internista. **Objetivo.** Describir la presencia de aneurismas clasificados como causa independiente de SIHAD.

Caso clínico. Paciente femenina de 59 años quien acude con cuadro de 3 meses de episodios intermitentes de alteración en funciones mentales superiores caracterizados por desorientación, hace 48 horas alteración en el estado de conciencia; se valora en el servicio de urgencias donde se encuentra hiponatremia 113mEq, resto de electrolitos dentro de límites normales, en la exploración con adecuado estado de hidratación y parálisis de cuarto nervio craneal izquierdo; en abordaje de hiponatremia presenta osmolaridad urinaria elevada 350 mOsm/kg, con sodio urinario de 80 mEq/L, diagnosticando SIHAD, en el abordaje etiológico se realizó tomografía de cráneo sin alteraciones y paulatinamente se descartaron todas las causas frecuentes asociadas a este trastorno, finalmente en estudio de resonancia nuclear magnética RMN se evidenció un aneurisma cerebral calcificado. **Conclusión.** Los aneurismas cerebrales son una patología común entre la población y su

relación con SIHAD está bien establecida bajo complicaciones agudas como su ruptura, pero no está descrita la relación con calcificación de su contenido.

Palabras clave: hiponatremia, SIHAD, aneurisma cerebral.

0614 Daño endotelial y metainflamación en un paciente con síndrome metabólico, cáncer de mama y depresión mayor. Reporte de un caso

Barragán Héctor Manuel¹, Valdez Benigno¹, Linares Ariel², Rodríguez Erick³, Linares Abel², Almeida Luis Guillermo³

1.Hospital General de Querétaro. Seseq. Querétaro, Qro.; 2.Hospital Starmédica Querétaro, Qro.; 3.Hospital San José Querétaro, Qro.

Presentación del caso: Se trata de femenino de 42 años, con antecedentes de cáncer de mama en 2014 tratada con mastectomía y radioterapia con esquema no especificado, actualmente en tratamiento con Tamoxifeno. Diabetes mellitus tipo 2 tratada con Metformina 750mg. Hipotiroidismo tratado con Levotiroxina 100 µg/día. Obesidad de larga evolución tratada con dieta. Depresión mayor, así como historial de 4 intentos de suicidios, en tratamiento con Quetiapina 300mg y Citalopram 20mg. Alérgica a Penicilina y Ketorolaco. Inicia su cuadro a las 18:00hrs aproximadamente con dolor precordial de tipo opresivo, en

reposo, con intensidad 9/10 en escala EVA acompañada de disnea, diaforesis; con duración de 2 horas y cedió espontáneamente. Acude al servicio de urgencias para su valoración donde ingresa neurológicamente íntegra, adecuadas condiciones generales, nervios craneales normales, palidez de piel y tegumentos, mucosa oral mal hidratada, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso, miembro pélvico derecho con hematoma en región glútea de 10cm, Homans derecho positivo, discrepancia de 4cm en tercio proximal de muslo derecho, Lasègue y Babinski negativos, resto sin comentarios. Signos vitales TA: 112/74 mmHg, FC: 82X', FR: 24X', Temp: 36°C, SatO₂: 98%, Peso 101kg, Talla: 152cm, IMC: 43.72 kg/m², TFG: 90.9 mL/min, SC: 2.07 m². Se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones el cual reporta un ritmo sinusal, infradesnivel del ST mayor 2mm, inversión de la onda T en DII, DIII, avF, v3-v4-v5, compatible con isquemia en cara diafragmática. Se estableció el diagnóstico de Angor Pectoris y probable trombosis venosa de miembro pélvico derecho. Los laboratorios con Hb 14.9 g/dL, Leu: 9.1X10³, Pla: 296, Gluc: 108 mg/dL, Creat: 0.8, Na: 146 mEq/L K: 3.7, Cl: 107, CPK-Total 1544 UI/L, CK-MB: 5, DHL: 646; Troponina I 0.17, Dímero D 583.11. USG doppler de miembros pélvicos sin evidencia de trombosis

venosa superficial ni profunda. Tejidos blandos sin alteraciones estructurales. A las 10:30hrs del día siguiente se realiza cateterismo cardiaco el cual reporta TCI sin alteraciones, DA disfunción endotelial Flujo TIMI 2 en el segmento proximal, Arteria Circunfleja sin alteraciones. CD sin alteraciones. A las 48 horas de su ingreso es egresada 2 días después con los diagnósticos de disfunción endotelial, síndrome metabólico, tiroiditis autoinmune, obesidad grado III y esteatosis hepática. **Conclusión.** En el caso de esta paciente los desencadenantes para la disfunción endotelial fueron asociados a los antecedentes y patologías mencionadas así como es importante mencionar su relación con el uso de antipsicóticos de larga evolución lo cual condiciona un estado de metainflamación. El diagnóstico fue sustentado por el cateterismo cardiaco, que justificó un tratamiento intenso de todas las patologías metabólicas y cardiovasculares de la paciente.

Palabras clave: daño endotelial, síndrome metabólico, metainflamación, obesidad, depresión mayor, tratamiento.

0631 Linfoma Hodgkin como hallazgo incidental en estudio de paciente con tuberculosis y cavitación pulmonar, reporte de caso

Acero Orlando Alberto, Peña Danna Maria, Reyes Oblesther
Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga

Se trata de paciente femenino de 26 años de edad, con antecedentes relevantes de vivienda en hacinamiento, y exposición a humo de biomasa cada 48 horas en los últimos 2 años. Tuberculosis pulmonar diagnosticada en septiembre de 2016 en seguro popular por baciloscopia, recibiendo tratamiento farmacológico con rifampicina isoniazida etambutol y pirazinamida durante el periodo de septiembre de 2016 y marzo de 2017, refiere durante seguimiento en hospital local tuvo cultivos sin desarrollo de micobacterias, sin otro tipo de estudios adicionales. Inicia su padecimiento actual 3 semanas antes de su ingreso con progresiva hasta ser en reposo, con cianosis peri bucal, tos seca, sin fiebre ni otra sintomatología, acude a consulta médica donde refieren diagnóstico de asma bronquial y probable neumonía recibiendo tratamiento con ceftriaxona, Dexametasona, ambroxol, salbutamol, bromuro de Ipratropio, con mejoría parcial de los síntomas. A la exploración física se encontró paciente disneica, hidratada, con conglomerado ganglionar en región supraclavicular derecha, tórax con percusión mate infraescapular derecho, a la auscultación estertores subcrepitantes infraescapular bilaterales y soplo tubarico infraescapular derecho. Se decide ingreso hospitalario para protocolo de estudio por probable reactivación de tuber-

culosis pulmonar y tuberculosis diseminada (ganglionar). En radiografía de tórax imagen sugestiva de cavitación en región apical e intercleidohiliar interna y externas al lado derecho, con consolidación basal derecha y derrame pleural izquierdo. Se realiza fibrobroncoscopia la cual evidencia compresión extrínseca de la tráquea en tercio distal, BAAR de lavado broncoalveolar sin evidencia de micobacterias. Tomografía de tórax con reporte de neoplasia cavitada del lóbulo superior derecho con datos de infiltración pleural y derrame asociado, con actividad ganglionar mediastínica y cervical, así como de pared torácica que condiciona Oclusión traqueal parcial, se encuentran datos de actividad tumoral en parénquima pulmonar izquierdo. En estudios de laboratorio se destaca hipoalbuminemia y beta 2 microglobulina normal. Se realiza biopsia de ganglio cervical que reporta linfoma de Hodgkin clásico variante celularidad mixta, por lo cual se deriva a hematología para tratamiento. El interés del caso es el hallazgo histológico de linfoma de Hodgkin con tumoración pulmonar en paciente que estaba en protocolo de estudio de caverna pulmonar y probable tuberculosis diseminada a ganglios.

Palabras clave: tuberculosis, linfoma, caverna pulmonar.

0632 Enfermedad granulomatosa crónica (EGC) diagnosticada en mujer de la quin-

ta década la vida. Reporte de caso, Medicina Interna Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano

Limón Alejandra Stephany¹, Palencia Rodolfo¹, Ortíz Fabricio¹, Muñoz Teresa Concepción¹, Alvarez Luis Enrique², Prieto Díaz Alma Cecilia¹

1.Instituto Mexicano del Seguro Social; 2.Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción. La enfermedad granulomatosa es una inmunodeficiencia primaria por alteración en la NADPH oxidasa que se caracteriza por alteración en la fagocitosis la cual se presenta con mayor susceptibilidad a infecciones bacterianas y fúngicas, así como desarrollo de granulomas. Es una enfermedad rara con una incidencia de 1 de cada 200,000 a 250, 000 recién nacidos vivos, afecta principalmente a varones y la mayoría de las mutaciones son ligadas a X y formas autosómicas recesivas. **Objetivos.** Considerar esta entidad en aquellos pacientes de edad adulta, sin antecedentes de sospecha de inmunodeficiencia que se presentan con múltiples granulomas y abscesos en distintos sitios anatómicos, además de aquellos pacientes con afectación sistémica de etiología fúngica con poca respuesta al tratamiento de elección. **Exposición del caso.** Paciente femenino de 46 años conocida con hipertensión arterial sisté-

mica de 10 años de evolución en control con losartán 50 mg cada 12 horas. Valorada en octubre del 2015 por queratitis ulcerativa ojo derecho, se manejó con ciclofosfamida y aciclovir presentado mejoría parcial. En marzo se presentó con escleritis necrotizante con resolución a enucleación ipsilateral, con cultivo positivos para *fusarium spp*, con posterior epiescleritis ojo izquierdo progresando a múltiples lesiones dérmicas, cavernas pulmonares y absceso hepático, en los que se documentó granulomas no caseificantes. Se solicitaron anticuerpos para diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis, los cuales resultaron negativo, con valoración por inmunología quienes refieren sospecha de inmunodeficiencia sin concluir diagnóstico, se realizó prueba de dihidro-rodamina 123 con resultado negativo. Fue abordada por el servicio de neumología en octubre del 2016 por cavernas pulmonares y fiebre, cultivos sin crecimiento, con quantiferon y PCR para micobacterias negativo, se continuó con terbinafina, posaconazol y pidotimob con poca respuesta. Se presenta al servicio en abril del 2017 por dificultad respiratoria, con sospecha de fusariosis invasiva, por lo que se reinició manejo con antifúngicos y cobertura antimicrobiana de amplio espectro por sospecha de sobreinfección en cavernas pulmonares, evolucionando a choque séptico,

sin respuesta a manejo, con posterior paro cardiorrespiratorio. Fue enviada autopsia donde se observó la presencia de microabscesos granulomatosos en múltiples órganos, histiocitos espumosos meníngeos, pulmonares, renales y gastrointestinales compatibles con enfermedad granulomatosa crónica. **Conclusiones.** La enfermedad granulomatosa crónica es una enfermedad que requiere alta sospecha clínica en pacientes que presenten granulomas no caseificantes y la formación de micro abscesos en distintos sistemas. Se requiere realizar pruebas moleculares para documentar la deficiencia de NADPH oxidasa para realizar diagnóstico definitivo, sin embargo, la paciente presentó hallazgos clínicos e histopatológicos compatibles con EGC. **Palabras clave:** enfermedad, granulomatosa, crónica, adulto.

0639 Histoplasmosis como causa de síndrome cavitario en un paciente inmunocompetente

Degante Karen Itzel, De Lira Roberto Carlos, Pérez Blanca
Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Introducción. En México, la enfermedad asociada a cavitaciones es por excelencia, tuberculosis, sin embargo, el interrogatorio del paciente es necesario para el diagnóstico diferencial. La

histoplasmosis es una enfermedad granulomatosa causada por *Histoplasma capsulatum*, que suele cursar asintomática y en otras ocasiones produce enfermedad grave. Se asocia a sitios con acumulaciones de excremento de aves o murciélagos. La vía de infección es por tracto respiratorio. Tiene una presentación pulmonar aguda, crónica o diseminada. **Objetivo.** Exponer el caso de un paciente inmunocompetente que ingresa por pérdida de peso, síndrome febril, síndrome cavitario y lesión nodular pulmonar en quien de manera inicial se sospecha de neoplasia contra tuberculosis y finalmente se diagnostica y con histoplasmosis pulmonar en el Segundo Nivel de Atención. **Caso clínico.** Masculino de 46 años, con antecedentes de tabaquismo suspendido, alcoholismo ocasional, COMBE positivo hace 5 años, se muda de Chiapas 6 meses previos a su ingreso, refiere tenía un taller mecánico. Inicia con anorexia, astenia, adinámica, fiebre nocturna, pérdida de peso 10 Kg en un mes, diaforesis nocturna, tos con expectoración hialina. En su primer ingreso con síndrome de condensación en hemitórax derecho y leucocitosis importante, por los hallazgos radiológicos múltiples opacidades en hemitórax derecho, de predominio en lóbulo superior, TAC de tórax que sugiere lesión heterogénea a descartar neoplasia. Se realiza protocolo de estudio,

ELISA para HIV, Cultivo de expectoración, BAAR seriado, PCR para tuberculosis, broncoscopia y biopsia de lesión guiada por TAC, los cuales fueron negativos, cumple esquema antibiótico, afebril y se egresa para seguimiento por oncología. Reingresa un mes después por sintomatología exacerbada, aunada a dolor en hombro izquierdo y reacción leucemoide, realiza nueva broncoscopia, se realiza lavado bronquial y se envía a estudio histopatológico, donde se realiza tinción de PAS reportando granuloma por *Histoplasma*, se reinterroga al paciente y detectamos contacto con murciélago 6 meses antes al inicio de su padecimiento. Se inicia tratamiento con itraconazol durante 4 semanas inicial y se decide su egreso con seguimiento posterior con control topográfico. Se realiza TAC de tórax de control donde no se reportan lesiones sugestivas de neoplasia, se observan zonas de atelectasia y calcificaciones, radiológicamente con mejoría en comparación con la radiografía inicial, se observa mayor parénquima y menos zonas radiopacas. **Conclusión.** Si bien la Tuberculosis es en nuestro país la principal causal de síndrome cavitario, debemos tomar en cuenta otras posibilidades acordes a los antecedentes del paciente para la toma de decisiones y de esta forma encaminar nuestro protocolo de estudio hasta agotar las posibilidades que nuestro sitio

de trabajo lo permitan o referir a tercer nivel. Para esto, el interrogatorio y la historia clínica son de suma importancia para lograrlo.

Palabras clave: histoplasmosis, *Histoplasma capsulatum*, enfermedad granulomatosa, inmunocompetente.

0670 Utilidad de redes sociales para mejorar la educación de médicos residentes de Medicina Interna

Lugo Flavio Arturo, Romero Javier Alonso, Mendez Andrea Isabel

Hospital General de México
Eduardo Liceaga

Se ha realizado un estudio por la American Medical Association dentro de la cual se encuentran ciertas recomendaciones para el uso de redes sociales en un entorno profesional. En el caso de las residencias médicas pueden ser ocupadas para compartir conocimiento científico y aumentar rendimiento académico. **Objetivo.** Evaluar la utilidad de Facebook para la mejora del desempeño en evaluaciones en Medicina Interna. **Material y Métodos.** Se realizó la selección de un tema al azar del temario del Seminario de Atención Médica, después se diseñó un cuadro desarrollando los objetivos de aprendizaje del tema. Se realizó una evaluación a base de casos clínicos enfocados a dichos en dos momentos (posterior a clase y posterior a la difusión del cua-

dro en Facebook). **Resultados.** Se estudiaron a 36 residentes de 1-4 año de Medicina Interna obteniendo el promedio de las calificaciones en las 2 evaluaciones realizadas siendo 0.30 y 0.39 respectivamente, se realizó prueba T para muestras relacionadas encontrando diferencia estadísticamente significativa con $p=0.01$. **Conclusión.** Facebook es útil para mejorar el rendimiento académico del médico residente de Medicina Interna.

Palabras clave: educación, enseñanza, redes sociales, residentes.

0689 Deficiencia de glucosa 6 fosfatasa: una causa de neutropenia grave sin infecciones. Reporte de caso

Ramos Abraham, Ruiz Jesús Alejandro, Montes Valeria
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción. La deficiencia de glucosa-6-fosfatasa subunidad catalítica 3 clásica, también conocida como neutropenia congénita Tipo 4, es una enfermedad rara con 57 casos reportados hasta el 2013. Presenta un patrón de herencia autonómica recesiva y se manifiesta con neutropenia congénita grave asociada a infecciones bacterianas recurrentes, trombocitopenia intermitente, un patrón venoso superficial característico y defectos cardíacos o urogeni-

tales. Entre estos pacientes, un porcentaje menor, presentan enfermedad inflamatoria intestinal similar a enfermedad de Crohn. Hasta ahora no hay casos reportados donde no se manifiesten con infecciones recurrentes o relacionados a artritis. **Caso:** Se presenta el caso de una paciente con el antecedente de comunicación interauricular, talla baja, artritis idiopática juvenil (AIJ), neutropenia grave persistente no asociada a infecciones y enfermedad inflamatoria intestinal con fenotipo similar a Crohn. Mujer de 20 años con comunicación interauricular al nacimiento que se trató con cierre quirúrgico a los 14 años; Talla baja desde el nacimiento, actualmente en 1.33 m con niveles normales de hormona del crecimiento y somatomedina; Cuadro de poliartritis simétrica con factor reumatoide, anti-CCP y HLA-B27 negativos (catalogada con AIJ oligoarticular neutropenia persistente no asociada a infecciones, sin alteraciones en aspirado de médula ósea y con prueba de fragilidad cromosómica negativa, sin presentar infecciones recurrentes; Enfermedad inflamatoria intestinal desde los 17 años manifestada por diarrea inflamatoria y cuadros suboclusivos y oclusivos, con diagnóstico histopatológico compatible con enfermedad de Crohn (y por cuadro clínico, con manifestaciones estenosantes) que ha requerido tratamiento

con dilatación endoscópica y sin remisión sintomática ni endoscópica con esteroides e inmunosupresores; dismorfias faciales con hipertelorismo, puente nasal deprimido, narinas hipoplásicas, filtrum corto; malformaciones esqueléticas con escoliosis dorsal y lumbar y osteoporosis de inicio temprano. Se realizó estudio genético reportado positivo para la mutación de glucosa-6-fosfatasa subunidad catalítica 3. Se trata de un caso relevante por ser una causa infrecuente de neutropenia grave persistente y no asociada a infecciones. Este caso podría ser relevante para la investigación de los mecanismos que llevan a la neutropenia y las infecciones recurrentes en otros pacientes. La presentación de la enfermedad con artritis idiopática juvenil o una enfermedad con presentación clínica similar no han sido reportadas hasta el momento.

Palabras clave: glucosa-6-fosfatasa, crohn, neutropenia, genetico, artritis, cardiaco.

0696 Presentación clínica inespecífica de absceso pulmonar en paciente con diabetes mellitus- reporte de caso

Cruz Sonia Olympia, Montemayor David

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La incidencia de empiema se ha disminuido importantemente en las últimas décadas sin embargo su diferen-

ciación de enfermedades con síntomas similares permanece vital ya que las complicaciones pueden comprometer la vida. La dificultad del diagnóstico continúa siendo un reto (Ahmed et al. 2006). El empiema puede ser una complicación de una neumonía la cual tiene otras muchas como re-admisiones, deterioro cognitivo, y otras. Algunos artículos mencionan que un sólo episodio de infección de vías respiratorias bajas puede ocasionar deterioro funcional importante y pérdida de independencia funcional. (Shah et al. 2013) El uso apropiado de antibióticos (Harris et al., Prevention 2016) en el momento adecuado (Sucov et al. 2013) es imprescindible para evitar complicaciones como abscesos pulmonares. **Presentación de caso.** Femenina de 52 años con antecedentes de HAS y DM2 que acude al servicio de urgencias por presentar 1 mes de evolución con tos no productiva, rinorrea hialina, hiporexia, astenia y adinamia, niega fiebre o sudoración nocturna. Dos días antes de su ingreso comienza con tos disneizante y emetizante con esputo purulento abundante, se le realizan paraclínicos encontrando leucocitosis de 24.1 y glucosa de 347 mg/dl, sospechando el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad se le realiza radiografía de tórax en la que se encuentra una consolidación basal en pulmón derecho, al

realizar una tomografía de tórax se encuentra en lóbulo inferior de pulmón derecho imagen irregular heterogénea con áreas hipodensas con densidad líquido intercaladas con burbujas de aire, se hace diagnóstico de absceso pulmonar, se le toma cultivo de expectoración y se inicia tratamiento con imipenem y esquema de insulina NPH, se reporta resultado de cultivo encontrándose *Aeromonas hydrophila/caviae* sensible a meropenem por lo que se decide terminar esquema de 21 días de tratamiento con imipenem y tomar TAC de tórax de control en el cual se reporta zona pequeña de condensación pulmonar a considerar secuela de evento infeccioso. **Conclusiones.** La presentación con síntomas inespecíficos de un absceso en un paciente inmunocomprometido con diabetes mellitus tipo 2 puede originar subdiagnósticos de este padecimiento y sobre diagnósticos de neumonías las cuales sean tratadas inadecuadamente; es imprescindible sospechar de una infección de vías respiratorias bajas en pacientes con patologías como diabetes mellitus y realizar el abordaje diagnóstico apropiado. Se pueden utilizar herramientas como el ultrasonido en cama (Llamas-Alvarez et al. 2017) para pacientes hospitalizados además de las herramientas de imagen tradicionales.

Palabras clave: absceso, pulmonar, diabetes, descontrol, empiema.

0723 Miopatía mitocondrial en adulto joven reporte de caso

Cornejo Pedro, Mendoza Sergio Alberto

HE CMN La Raza

Introducción. Las miopatías mitocondriales son un espectro de enfermedades con alteración en el metabolismo mitocondrial del ATP, presentando afectación a varios órganos y sistemas que requieren alto nivel energético tales como sistema nervioso central, retina, musculo esquelético. Siendo la presentación a musculo esquelético una forma incipiente de la patología. **Exposición del caso.** Mujer de 34 años, sana. Inicia con dolor muscular posterior a la realización de actividad física intensa, debilidad muscular y decremento progresivo de la condición física, acude con facultativo quien encuentra por paraclínicos CK inicial 150, CK a las 24 hrs 250000, electromiografía reportada normal. Es valorada por Reumatología quien descarta miopatía inflamatoria, siendo referida a nuestra unidad para inicio de protocolo de estudio. Inicialmente se sospecha de miopatía mitocondrial, se realiza prueba de lactato, con nivel basal de 0.9 mmol/L y elevación hasta 4.3 mmol/L posterior a ejercicio, siendo 5 veces mayor al nivel basal, por lo que se realiza biopsia de musculo reportándose deficiencia importante del complejo I NADH deshidrogenasa así como disminución de

la transferencia de electrones del complejo I al III y proliferación mitocondrial dada por el incremento en la actividad de la citrato sintasa; se realizan estudios de extensión: fondos de ophthalmoscopia, medición de conducción nerviosa, ecocardiograma torácico los cuales se reportan sin alteraciones, descartándose afección a otros órganos. Se inicia tratamiento con CoQ10, presentando disminución del dolor y mejoría del rendimiento físico, disminución de CPK y dolor al mes de inicio del tratamiento manteniéndolo a 5 meses de seguimiento. **Conclusión.** Aunque las miopatías mitocondriales se presentan con mayor frecuencia en edad pediátrica, se deben de considerar como un diagnóstico de exclusión en pacientes adultos, una vez descartando miopatías de origen autoinmune, infeccioso y paraneoplásico, debido a su complejidad en el abordaje diagnóstico así como a la necesidad de alta sospecha clínica como ocurrió con esta paciente quien debutó con elevación de CPK como marcador de rabdomiolisis, siendo esta una presentación rara de dicha entidad. Ya que con el tratamiento adecuado se puede incrementar la calidad de la vida de los pacientes con esta patología y establecer un consejo genético oportuno.

Palabras clave: miopatía, mitocondrial, deficiencia, NADH deshidrogenasa, citrato sintasa, CPK.

0735 Neumotórax espontáneo: reporte de caso con neumonitis alérgica extrínseca

García Nadia Yolanda, Badillo Sandy, Vargas José Alberto, Gil Israel Neyensei, Pérez Eliseo, García Rafael

HRAEI

Introducción. La neumonitis alérgica extrínseca o por hipersensibilidad es un síndrome que engloba patologías que manifiestan daño pulmonar debido a la inhalación repetida de gran variedad de polvos orgánicos u hongos causando respuesta inmunitaria que a su vez forman granulomas y evolucionan a fibrosis pulmonar. Se manifiestan en 3 formas: aguda, subaguda y crónica caracterizadas por presencia de tos disnea, fatiga y pérdida de peso, La presencia de neumotórax espontáneo relacionado a presencia de neumonitis alérgica extrínseca se asocia en un 10% de los casos de los pacientes con neumotórax secundario a neumo-patía intersticial y a 2% de los pacientes con neumo-patía alérgica extrínseca. **Caso clínico.** Mujer de 40 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, solo convivencia directa con aves de corral durante más de 20 años, Inicia desde hace 5 meses con tos crónica, seca, sin accesos, disneizante, no cianozante ni emetizante con pérdida ponderal importante (13.400 kg en 5 meses), multivalorada y con múltiples tratamientos. Se inició

abordaje de tos crónica, descartando etiología tuberculosa mediante estudios de BAAR en lavado broncoalveolar, se descartó reflujo gastroesofágico por endoscopia. Se realizó Tomografía torácica con Enfermedad pulmonar intersticial aguda, con patrón, sugestivo de neumonitis por hipersensibilidad en fase subaguda vs linfangiolemiomatosis, además de neumomediastino complicado con neumotórax bilateral, requiriendo pleurostomía izquierda. Considerado el gold estándar en el estudio de las neumoatías intersticiales, se realizó biopsia pulmonar en cuña, con diagnóstico histopatológico de neumonitis por hipersensibilidad, iniciando manejo con esteroide intravenoso y posteriormente vía oral, con buena respuesta clínica, seguimiento por consulta externa, con disminución de requerimientos de Oxígeno suplementario, con disminución de disnea, así como desaparición de tos, se retiró el factor precipitante (aves concluyendo neumonitis por hipersensibilidad en fase subaguda). **Conclusión.** La neumonitis alérgica extrínseca es una causa importante de tos crónica. En pacientes con antecedente de exposición crónica a aves de corral tiene que ser descartada mediante los estudios considerados Gold Estándar en el estudio de las neumoatías intersticiales con toma de biopsia pulmonar con certeza histopatológica

para iniciar manejo esteroide y favorecer su evolución de la hipersensibilidad del parénquima pulmonar.

Palabras clave: neumotorax espontáneo, neumonitis alérgica, tos crónica

0737 Pneumomediastino en paciente con VIH/SIDA; un debut inusual de infección oportunista por *Pneumocystis jirovecii*

Coronel Noé, Colli Mariana Berenice, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. El neumomediastino, se define como la presencia de aire libre en el mediastino. La patogenia se explica por un aumento repentino en la presión intratorácica se traduce en aumento de la presión intraalveolar. El neumomediastino se clasifica en: espontáneo, sin fuente primaria obvia, y secundario, con un evento patológico específico responsable como; traumatismo, infección pulmonar o mediastínica, ruptura esofágica, asma, procedimientos. En los pacientes infectados por el VIH es una complicación inusual de las infecciones respiratorias, y no está clara la relación entre el neumotórax, el patógeno causante y el pronóstico. **Objetivo.** Presentar un caso inusual de neumomediastino en paciente con infección del VIH/SIDA categoría clínica C3 con infección oportunista por

Pneumocystis jirovecii. **Exposición del caso.** Masculino de 41 años de edad. Con pérdida ponderal cuantificada en 15 kg en los últimos 3 meses. Se agrega alza térmica no cuantificada, tos no productiva y disnea progresiva hace 2 semanas motivo por el que acude a urgencias. Se toma radiografía de tórax donde se observan infiltrados intersticiales bilaterales difusos. Bioquímicamente con Leu 4.10, Neu 3.50, Linf 0.4, DHL 458. Se diagnóstico infección por VIH/SIDA por anticuerpos contra VIH 1 séricos positivos, carga viral de 100,789 c/ml y CD4+ 147 cels/μl. Se realiza lavado bronquioalveolar, y tinción de Giemsa con observación de *P. jirovecii*. Se ajustó tratamiento dirigido a base de TMP/SMX a 360/1200 mg IV cada 8 hrs más prednisona 40 mg cada 12 hrs. Se realiza TAC de tórax con evidencia de neumomediastino y datos sugestivos de neumonía intersticial en relación a *P. jirovecii*. Presenta deterioro del estado respiratorio, con disnea en reposo, taquipnea y uso de músculos accesorios, y requirió asistencia ventilatoria mecánica, con IK:88. El paciente falleció a los 2 días de asistencia ventilatoria mecánica. **Conclusión.** En pacientes con infección por VIH, la neumonía por *P. jirovecii* puede rara vez debutar como neumomediastino. Existen pocos casos reportados en la literatura, por su presentación inusual. El tratamiento es ex-

pectante y la recurrencia es baja. Las causas secundarias deben de descartarse para evitar un desenlace fatal.

Palabras clave: pnemomediastino, VIH, infección oportunista, *Pneumocistis jirovecii*.

0740 Tuberculosis pulmonar como causa de singulto intratable

Santander Guillermo Alejandro, Hernandez Noemi, Cepeda Ernesto Atenogenes, Hernandez Luis Daniel
PEMEX

Introducción. el singulto es el término médico para denominar al hipo, episodios severos son responsables de más de 4000 hospitalizaciones anuales en los estados unidos. Las causas son múltiples e incluyen problemas gastrointestinales, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico y del sistema nervioso central, como la enfermedad de Parkinson, incluso, puede ser la manifestación de un infarto miocardio.

Objetivo. se envía caso por tratarse de una patología común, que raramente requiere manejo medico, en la que fue necesario llegar hasta el ultimo escalón terapéutico y diagnóstico. Se presenta masculino de 75 años, con antecedente de neumopatía intersticial secundaria a erge, inicia protocolo en febrero 2016 por tos seca persistente, tac de tórax con patrón intersticial reticular así como bronquiectasias en ló-

bulo superior derecho y lesión cavitada periférica pegada a la pleura, con espirometria cvf 94% del predicho y vef1 84% del predicho. Inicia con singulto persistente en agosto 2016, gastroenterología lo asocia a erge y hernia hial de 4 cm evidenciada por endoscopia, sin lesiones de esofagitis, desde abril del 2017 con diversas valoraciones por singulto refractario a tratamiento anti reflujo, carbamazepina, domperidona, lidocaina, haloperidol, decidiendo su ingreso, refiere pérdida de peso de > 15 kg iniciado el cuadro, se realizó nueva endoscopia sin evidencia de esofagitis, esofagograma con compresión extrínseca en tercio inferior, tc tórax contrastada con datos de proceso infeccioso crónico en lsd, broncoscopia en 2 ocasiones con citologías negativas para malignidad, lavado bronquial negativo para hongos, pcr para mycobacterium tuberculosis, así como baar seriados en múltiples ocasiones negativos, ecocardiograma sin valvulopatía, hipertensión pulmonar o derrame pericárdico. Rm de tórax con atelectasia en segmento anterior de lsd, múltiples nódulos pulmonares con distribución dispersa en relación con probable proceso tumoral, ac histoplasma capsulatum y coccidioides immitis igm (+), igg (-), (sin correlación clínica por evolución de la enfermedad), anca hep 2, p-anca, c-anca (-), se realiza intervención por toracoscopia con toma

de biopsia, complicandose con fistula bronco pleural, enfisema subcutaneo generalizado, neumotorax derecho a tensión, requiriendo doble sonda endopleural con succión continua, ameritando envió a cirugía de tórax, patología reporta inflamación granulomatosa crónica, con zonas de necrosis caseosa compatible con tuberculosis, por lo que se inicio tratamiento dotbal en taes, paciente al momento con remisión del singulto, po de pleurotomía de eloesser + pitorax. **Conclusiones.** ninguna enfermedad, por mas sencilla que parezca, debe ser menospreciada.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, singulto intratable, pitorax, neumotorax, enfisema subcutaneo.

0745 Síndrome post-polio como diagnóstico etiológico de enfermedad de la motoneurona

Tapia Marcela, Rios Daniela, Ayala Osdelia, Aquino Miguel'
Hospital General de México

Antecedentes. La poliomieltis fue una enfermedad temida mundialmente, que afectó a muchas personas dejandolas con parálisis. Según la OMS, los casos de poliomieltis han disminuido en más de un 99% desde 1988, cuando se calculaba que había 350 000 casos en más de 125 países endémicos, en comparación con los 37 notificados en 2016. En el ámbito nacional, la prevalencia de la discapacidad en México hasta

el 2014 es de 6%, siendo en su mayoría de tipo motriz, aunque no se hace referencia a la causa de la misma. Entidades como la poliomielitis y sus efectos tardíos se sitúan dentro de ésta y pertenecen a un grupo de entidades clínicas conocidas como enfermedades de motoneurona que se caracterizadas por degeneración progresiva de la motoneurona superior y/o inferior, de evolución variable y con diferentes grados de paresia. **Objetivo.** Reconsiderar dentro de las entidades nosológicas causantes de enfermedad de motoneurona, patologías consideradas poco frecuentes como la poliomielitis y sus secuelas. **Exposición del caso.** Hombre R.L.C. de 64 años, con historia de tabaquismo y alcoholismo moderado durante 30 años, ambos suspendidos actualmente; carga genética para diabetes por ambas líneas. Antecedente diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20mg/día. Refiere antecedente de infección por poliomielitis a la edad de 18 años, sin embargo, posteriormente capacidad normal para desarrollo de actividades diarias. Ingresa con cuadro de 2 meses de evolución con disminución de fuerza y parestias de miembros superiores, seguido de las inferiores y de progresión proximal a distal, siendo más acentuado hace 6 días, lo que le impide la bipedestación y sostener objetos. Al examen

neurológico con Glasgow 15, funciones mentales superiores conservadas, pares craneanos sin déficit, tono muscular disminuido en 4 extremidades, fuerza 2/5 en 4 extremidades, sensibilidad conservada, reflejos osteomusculares +/++++; resto asignológico. Paraclínicos: Urea 27, crea 0.4, Na 138, K 3.8, Cl 104, Ca 8.6, P 3.4, Mg 2, Alb 3.6, Leu 6.8, neu 4.5, Hb 14.9, PLT 203. GA: pH 7.33, PCO2 35, PO2 32, HCO3 21, lactato 2.4. Enzimas musculares, citológico de LCR y TAC de cráneo sin alteraciones. Se consideró Síndrome de Guillain Barré, sin embargo, cursó de manera estacionaria. Recibió tratamiento profiláctico de complicaciones intrahospitalarias. Se realizó electromiografía con reporte de potenciales de acción de unidad motora de gran amplitud, polifásicos y descargas completas repetitivas, con datos de denervación aguda por la presencia de ondas positivas y fibrilaciones (Síndrome post-polio). **Conclusiones.** Como se reporta en la literatura hay muchas personas sobrevivientes de la infección que están en riesgo de sufrir este síndrome, generalmente se presenta de 30 a 40 años después de la infección aguda. El síntoma más característico es la debilidad muscular, no simétrica. Durante el abordaje de un paciente con debilidad se consideran múltiples.

Palabras clave: post poliomielitis, electromiografía, debilidad muscular.

0756 Historia natural de la enfermedad en la enfermedad de Gaucher

Rojas Eduardo, Alvarado Erika
Hospital de Especialidades
CMN La Raza

Antecedentes. Portadora de enfermedad de Gaucher desde los 2 años de edad sin tratamiento. Dicho diagnóstico se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría, sin embargo no contamos con documentos que lo corroboren. **Objetivo.** exponer cuadro clínico de enfermedad de Gaucher y complicaciones. **Exposición del caso.** Sarahi de 22 años de edad, quien cursa con presunto diagnóstico de enfermedad de Gaucher establecido en instituto Nacional de Pediatría a los dos años de edad, sin tratamiento debido a falta de recursos económicos, inicia padecimiento actual 20 días previos a su ingreso a esta unidad al presentar dolor abdominal, en región mesogástrica, tipo cólico, irradiado hacia ambos hipocondrios, de intensidad 6 de 10, sin presencia de fiebre, evacuaciones disminuidas en consistencia u otros síntomas acompañantes, condicionando múltiples hospitalizaciones en HGZ donde se reporta anemia no especificada y trombocitopenia que amerita transfusión de 10 concentrados plaquetarios, sensación de pesadez progresiva y distensión abdominal, dolor a la palpación profunda en cuadrante superior derecho, Al interrogatorio dirigido señala

disnea progresiva desde octubre de 2016 de medianos esfuerzos hasta llegar a disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, disnea paroxística nocturna; señala además presencia de dolor torácico localizado en región precordial desde septiembre de 2015, condicionado por esfuerzo, acompañado de diaforesis, sin irradiaciones, que cede con el reposo, señala además edema de miembros inferiores, es enviada a esta unidad para continuar protocolo diagnóstico terapéutico.

Conclusiones. cuenta con diagnóstico desde los 2 años de edad, tomando en cuenta que existen 3 tipos de enfermedad de Gaucher, se descarta curse con tipo II dado que es la que tiene mayor mortalidad y por la edad de la paciente es descartada, en cuanto a la tipo III es mas común que la tipo II sin embargo esta se caracteriza por alteraciones neurológicas a nivel de sistema nervioso central que Sarahi no padece tal como ofalmoplejia, convulsiones y espasticidad. Dada la esplenomegalia con la que cursó ameritando esplenectomía, la edad actual, el antecedente de fracturas patológicas, la citopenia y la epidemiología se considera cursa con el tipo I. Bajo la premisa de que los macrófagos se distribuyen mas comúnmente en medula osea, hígado, bazo, pulmón, mas que en otras partes del cuerpo, los pacientes con esta enfermedad acumulan en tales órganos

niveles de glucocilceramida 20-100 veces por arriba del valor normal, tomando en cuenta que la paciente no ha recibido tratamiento desde la fecha de diagnóstico a los 2 años de edad, explica la hepatomegalia, la esplenomegalia que culminó en esplenectomía, la presencia de fracturas patológicas a lo largo de su vida, la afectación pulmonar, la anemia, trombocitopenia, y el retraso en el crecimiento, todas estas características clínicas están descritas en el curso clínico de la enfermedad y apoyan el diagnóstico.

Palabras clave: Gaucher, complicaciones.

0776 Prevalencia de deterioro cognitivo leve, depresión, desnutrición y su asociación con fragilidad en una muestra de adultos mayores residentes de la Ciudad de México

Martinez Georgina, Hernandez Daniel, Sanson Lizbeth, Martinez Manuel, Hernandez Adrian, Gonzaga Teresa Ivonne
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Introducción. El número de adultos mayores se encuentra en incremento a nivel mundial, de acuerdo con el INEGI; en México se presenta una distribución del 7.9% y 9.0%, de hombres y mujeres de 60 años o más, respectivamente. CONAPO desarrolló estimaciones del envejecimiento de la población mexicana para el año 2050, describiéndose una

pirámide poblacional la cual predeciría que los adultos mayores presentarán casi un tercio de la población para dicho año. En México, no se han realizado estudios suficientes en la población geriátrica que revelen la magnitud y prevalencia de fragilidad, deterioro cognitivo, depresión, estado de nutrición y su relación entre sí, por lo que se propuso un estudio transversal y descriptivo que permitió el análisis de asociación y prevalencia de las condiciones mencionadas en una población de adultos mayores residentes de la Ciudad de México. **Objetivo.** Establecer la prevalencia de depresión, deterioro cognitivo leve y desnutrición, así como estimación de la dependencia entre estos factores con relación a fragilidad, en una muestra de adultos mayores de 65 años residentes de la Ciudad de México. **Metodología.** Se realizaron visitas domiciliarias a 118 adultos mayores, realizándose valoraciones por medio de test clínicos. Con un análisis de regresión logística multivariado para la construcción de modelos ajustados, donde se estimó la probabilidad de tener fragilidad en función al estado nutricional, deterioro cognitivo leve y depresión, controlado por variables. **Resultados.** La prevalencia de fragilidad fue del 11%, depresión severa 2.5%, deterioro cognitivo leve 17% y para desnutrición del 0.8%. Del total de los sujetos con depresión severa el 67% son frágiles,

mientras que los adultos con depresión leve el 29% son frágiles. De los pacientes reportados sin depresión (85.6%) solo el 7% se reportaron con fragilidad. Determinando por medio de una prueba de Chi Cuadrada de Pearson, que existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre estos factores. De los 53 adultos mayores con sospecha patológica o deterioro cognitivo leve, el 58.5% son levemente frágiles o frágiles y el 41.5% son robustos. Demostrando asociación significativa ($p=.000$). Del grupo de pacientes en los que se observó desnutrición el 100% resultó ser frágil, aquellos con riesgo de desnutrición tiene el 36% de fragilidad y finalmente los que no tienen riesgo para desnutrición, únicamente el 5% tienen fragilidad, obteniendo una asociación significativa ($p=.000$).

Conclusión. Existe asociación estadísticamente significativa entre fragilidad, deterioro cognitivo leve, depresión y estado de nutrición. Se propone seguimiento para asociación con síndrome metabólico, tomando en cuenta las cifras de obesidad encontradas en el estudio. Así como comparación con otros estudios que evalúen población con distinta reserva cognitiva.

Palabras clave: adulto mayor, adulto mayor, fragilidad, nutrición, depresión, deterioro cognitivo.

0782 Pancreatitis aguda asociada a cuadro de hipercalcemia por probable etiología neoplásica

0782 Pancreatitis aguda asociada a cuadro de hipercalcemia por probable etiología neoplásica

Cruz Rodrigo Zenón¹, Campo-verde Carlos Andrés¹, González Israel¹, Cruz Antonio¹, Souza Ana Gabriela²

1.Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga; 2.Hospital General Tlalnepantla ISEMMYM

Introducción. la hipercalcemia se llega a presentar hasta en el 30% de los pacientes oncológicos, principalmente asociada a neoplasias tales como mieloma múltiple o tumor de células pequeñas, teniendo dentro de las manifestaciones gastrointestinales la presencia de pancreatitis, una entidad muy frecuente en nuestro medio, la cual presenta una incidencia de 10 hasta 420 casos por millón de habitantes, siendo las etiologías más importantes la biliar en 50% y alcohólica en 30% de los casos. **Objetivo.** Reportar un caso de pancreatitis de etiología metabólica por hipercalcemia, probablemente asociado a neoplasia hematológica. **Presentación del caso:** Femenino de 47 años, con antecedente de obesidad desde los 22 años, tabaquismo y etilismo positivo. Quien presentado cuadro de 1 año de evolución caracterizado por dolor óseo de predominio en extremidades superiores así como lumbar, y dificultad para la deambulacion. 1 semana previa a su ingreso con dolor abdominal importante, irradiado a espalda, acompañado de náusea y vómito de contenido

mucoso y alimentario. A su ingreso con presencia de puntos pancreáticos positivos así como hipotrofia de las cuatro extremidades. Con laboratorios que reportan: Glucosa: 89 Urea 171.3, Creatinina: 5.3, TG: 203, PT: 5.3, albúmina: 1.96, FA: 426, GGT: 265 DHL 189, lipasa: 1042, amilasa: 3136, Calcio: 12.15, calcio corregido: 13.78 leucocitos: 3500, neutrófilos: 3200, hemoglobina: 7.3, VCM: 87.2, HCM: 29.2, plaquetas: 147 Procalcitonina: 107. Examen general de orina sugerente de proceso inflamatorio. Se corroboró por medio de ultrasonido proceso inflamatorio a nivel pancreático. Iniciando tratamiento a base de hidratación y analgesia, así como manejo antibiótico para el proceso infeccioso a nivel urinario. Realizando abordaje de hipercalcemia, obteniéndose niveles de PTH baja, calcio urinario dentro de parámetros, sin poder reportar niveles de péptido similar a la hormona PTH. Llamando la atención la presencia de lesiones líticas a nivel de huesos largos y columna vertebral. Por lo que se solicitó electroforesis de inmunoglobulina las cuales se reportaron dentro de parámetros, así como aspirado de médula ósea el cual se encontraba diluida al momento. Estudio de tomografía sin evidencia de tumores, con presencia de lesiones líticas en esqueleto axial e infiltración a bazo. La paciente mostro mejoría del cuadro inflamatoria con

remisión de niveles de calcio, sin embargo permaneciendo con datos de enfermedad renal crónica y anemia. **Conclusión.** el presenta caso muestra un cuadro de pancreatitis, una patología común en nuestro medio, sin embargo de etiología poco común, siendo la hipercalcemia la causa de su cuadro; dentro de las principales causas que ocasionan hipercalcemia hasta el 10 – 15% pueden ser por neoplasias; en este caso se sospechó de un probable mieloma no secretor ya que la paciente cursaba con enfermedad renal crónica, anemia normocítica normocrómica, hipercalcemia y lesiones ósea, sin presencia de pico monoclonal, **Palabras clave:** pancreatitis, hipercalcemia, lesiones líticas, anemia, enfermedad renal crónica.

0784 Prevalencia de la deficiencia e insuficiencia de vitamina D en pacientes con sepsis y choque séptico en un hospital de tercer nivel

Jiménez Christian Adrián
Hospital Juárez de México

La incidencia de deficiencia de la Vitamina D es alta en pacientes hospitalizados infectados y con datos de respuesta inflamatoria sistémica; asociado con un aumento de la morbilidad y de la mortalidad. **Objetivo.** Evaluar la prevalencia de la deficiencia de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) en el servicio de Medicina Interna y sus con-

secuencias sobre escalas de gravedad, falla orgánica y días de estancia intrahospitalaria.

Métodos. Estudio prospectivo, observacional y analítico. Se incluyeron un total de 60 pacientes cumpliendo criterios de Sepsis de acuerdo en última definición (Sepsis-3) todos los cuales fueron sometidos a dos determinaciones de niveles séricos de 25(OH)D (primera medición a ingreso y segunda a egreso). **Resultados.** 81.7% de la muestra (49 pacientes) presentó la deficiencia de 25(OH)D, insuficiencia de 16.7% (10 pacientes) y sólo 1 paciente con nivel normal a ingreso. Al momento de ingreso niveles de Vitamina D fueron mayores que aquellos presentados al egreso de los pacientes (13.8 vs 12.9) $p=0.37$. Sin correlación entre los niveles de Vitamina D y mortalidad así como en la duración de estancia intrahospitalaria; pero sí identificando una relación positiva con los valores de APACHE, SOFA y niveles bajos de vitamina D. **Conclusión.** La deficiencia de vitamina D tiene una elevada prevalencia en los enfermos con sepsis y choque séptico. En este estudio no se encontró relación estadísticamente significativa con la mortalidad y días de estancia hospitalaria.

Palabras clave: sepsis, vitamina D.

0786 Bronquiolititis obliterante con neumonía en organización en paciente con síndrome eosinofílico

Jiménez Christian Adrián
Hospital Juárez de México

Masculino de 17 años, originario y residente del Estado de Veracruz. Heredofamiliares. Padre con Tuberculosis, finado. No patológicos. Niega hacinaamiento. Cartilla de vacunación completa. Zoonosis positiva con aves de corral. Patológicos. Niega quirúrgicos, alérgicos, hospitalizaciones, traumáticos o transfusionales. Inicia padecimiento en Agosto del 2016 al presentar hemoptoicos en 2 ocasiones acompañado de tos de más de 2 meses de evolución. Se realiza radiografía de tórax confirmando proceso neumónico iniciándose anti-biótico de amplio espectro. Sin mejoría posterior a completar esquema de tratamiento empeorando síntomas. Se inicia tratamiento antituberculoso sin prueba diagnóstica confirmatoria perpetuando aún más síntomas respiratorios, añadiendo dermatosis diseminada maculo-papular en placa en extremidades superiores y a nivel torácico como principal exacerbante ingesta de medicamento. Se añade disnea en reposo y persistencia de hemoptoicos. Se realizan paraclínicos evidenciando eosinofilia moderada (23% en diferencial de Biometría Hemática) además de pruebas de función hepática alteradas con patrón de daño hepatocelular. Se realiza broncoscopia con cultivo y biopsia negativas para tuberculosis. Se

realiza frotis sanguíneo descartando presencia de Blastos. Se realiza toracoscopia con biopsia pulmonar con cúmulos de fibroblastos en luces alveolares, infiltrado linfoplasmocitario, hiperplasia de neumocitos y vasos sanguíneos con lumen obliterado con recanalización. **Palabras clave:** BOOP, bronquiolitis, obliterante, eosinofilia.

0792 Síndrome linfoproliferativo en un paciente con binomio tuberculosis/VIH con nefropatía del tipo glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad de la punta

Cruz Carlos, Vargas David, Gonzalez Israel
Hospital General de México

Antecedentes. La nefropatía del subtipo focal y segmentaria se asocia frecuentemente a casos de VIH, con alta incidencia en la población afroamericana y asociada con mutaciones del gen APOL 1. La enfermedad renal por complejos inmunes asociada al VIH, presenta depósito de complejos inmunes dentro de los glomerulos. El binomio VIH/tuberculosis es frecuente en nuestra población, además este caso se asoció a síndrome linfoproliferativo. Es menester conocer que el uso de antirretrovirales se asocia a nefrotoxicidad. **Resumen:** Masculino de 44 años de edad en quien se realizó protocolo de estudio de síndrome nefrótico, el cual ameritó biopsia con reporte de glomeruloesclerosis

focal y segmentaria. Además de diagnosticar infección por retrovirus, se realizó tomografía de tórax al diagnosticar tuberculosis evidenciando lesión tumoral en mediastino. **Caso clínico:** Hombre de la quinta década de la vida, que acude por presentar cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por tos productiva, disneizante, fiebre de predominio vespertino no cuantificada, así como pérdida involuntaria de peso de aproximadamente 16 kg, persistiendo la sintomatología, motivo por el cual se ingresa. Sin antecedentes crónico degenerativos, con conductas sexuales de alto riesgo. A la exploración física se encuentra paciente de constitución ectomórfica, con adenopatía en cuello a nivel de región carotídea, de 1 cm de diámetro, móvil, de consistencia blanda, móvil, no dolorosa, aumento de la transmisión de las vibraciones vocales a nivel para hiliar derecho. Contando con los siguiente exámenes de laboratorio: urea 54 mg/dl, creatinina 1.2 mg/dl, ácido úrico 4.3 mg/dl, albúmina 1.8 mg/dl, triglicéridos 247 mg7dl, sodio 126 mmol/L, potasio 2.9 mmol/L, cloro 95 mmol/L, calcio corregido 9.2 mmol/L, fósforo 4.3 mmol/L, magnesio 1.8 mmol/L, leucocitos 8,500 x10 3/ul, neutrófilos 7,400 x10 3/ul, linfocitos 700 x10 3/ul, hb 8.7 g/dl. Como parte del abordaje de síndrome consuntivo se solicitó panel viral con HIV reactivo, PCR 366, C3 119, C4

17.8, C-ANCA 3.2, P-ANCA 3, examen general de orina con proteinuria de 200 mg/dl. Recolección de orina de 24 horas con 2.7 g. Sedimento urinario con cilindros granulosos y leucocitos. β -2 microglobulina de 18.5, deshidrogenasa láctica de 311. Genexpert con presencia de micobacterium tuberculosis. Se realizó tomografía de tórax con evidencia de adenopatías mediastinales y paraaórticas, con lesión tumoral a nivel de mediastino de 8 x 6 cm. Finalmente se realizó biopsia renal mostrando enfermedad de células epiteliales viscerales de tipo esclerosis focal y segmentaria variedad de la punta, lesión tubular aguda con cambios regenerativos acentuados del epitelio tubular. Biopsia de adenopatía cervical con reporte de linfoma no Hodgkin de variedad folicular. **Conclusiones.** En cuanto al abordaje terapéutico se solicitaron niveles de CD 4 para normar conducta terapéutica. Por lo que es importante el abordaje multidisciplinario.

Palabras clave: síndrome linfoproliferativo, binomio tuberculosis/VIH, glomeruloesclerosis focal y segmentaria, síndrome consuntivo, micobacterium tuberculosis, linfoma no Hodgking.

0797 Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda asociada a Plasmodium falciparum: reporte de caso

Salinas Erika¹, Becerril Roxana Verónica², Gallegos Marcos³, Ahumada Victor Hugo³

1.Universidad la Salle - Hospital Angeles del Pedregal; 2.Hospital Angeles del Pedregal; 3.Hospital Angeles del Pedregal/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Antecedentes. La malaria es una enfermedad infecciosa transmitida por la hembra del mosquito Anopheles. Producida por cinco especies del parásito Plasmodium; siendo P. falciparum el más prevalente y letal. La incidencia de complicaciones pulmonares es poco frecuente. 4-18% de los enfermos con Malaria por P. falciparum presentan síntomas respiratorios y se estima una incidencia de 5-25% en caso de P. falciparum para Síndrome de distrés respiratorio agudo.

Objetivo. Reportar un caso de Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda asociada a Plasmodium falciparum. **Caso clínico.** Masculino, 27 años con viaje a Lagos, Nigeria 6 días. Inmunizaciones para hepatitis A, fiebre amarilla y fiebre tifoidea. Inicia con fiebre nocturna (40°C), náusea, mialgias, artralgias, astenia, adinamia, diaforesis nocturna, tos seca y cefalea frontal. Se realiza prueba de gota gruesa encontrando estructuras intraeritrocitarias de plasmodium falciparum, diagnosticándose paludismo no grave. Tratamiento: Cloroquina + Doxiciclina. A las 24 horas persiste febril, con trombocitopenia e hipertransaminasemia. Se ajusta el manejo

a Atovacuona (prevalencia en Nigeria de Plasmodium falciparum resistente cloroquina). En un centro epidemiológico nacional de la Ciudad de México se confirma diagnóstico, iniciando Artemisina/Lumefantrina. Disminuyendo fiebre, persistiendo trombocitopenia e hipertransaminasemia. Gota gruesa a 24 hrs de Artemisina con menor parasitemia y USG con esplenomegalia de 15 cm. Se reporta en centro epidemiológico parasitemia basal 5423 trofozoitos/mcl y después de 12 horas de tratamiento 1862 trofozoitos/mcl. A las 96 horas de su ingreso inicia con aumento del trabajo respiratorio, tos seca, ruidos respiratorios disminuidos y estertores crepitantes diseminados. Con Spo2 60% a aire ambiente; mejora a 88% con Fio2 30%. Por imagenología: opacidades intersticiales diseminadas, con ocupación alveolar broncovascular. Índice de oxigenación de 208 con diagnóstico de síndrome de insuficiencia respiratoria leve. Se inicia manejo con oxígeno a altos flujos. Piperacilina/Tazobactam, Claritromicina y Oseltamivir. Mismo día se reporta gota gruesa sin parasitemia. Cultivos de expectoración negativos, con prueba rápida de influenza negativa. Se suspende tratamiento antimicrobiano a las 24 horas. Y a las 72 horas evoluciona hacia la mejoría, requiriendo menor aporte de oxígeno suplementario, mejoría por imagen, normalizándose las

pruebas de función hepática. Manteniendo saturación de O2 por arriba de 90% con FiO2 21% y egresado del hospital sin complicaciones. **Conclusiones.** El síndrome de dificultad respiratoria aguda es una complicación rara del paludismo. El aumento de la permeabilidad capilar alveolar que resulta en la pérdida de líquido intravascular en los pulmones parece ser el principal mecanismo fisiopatológico. El examen de frotis de sangre como en este caso, es el estudio diagnóstico confirmatorio. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible de ambas entidades

Palabras clave: SIRA, paludismo, Plasmodium falciparum, síndrome de insuficiencia respiratoria, malaria.

0800 Neumonitis asociada al uso de nivolumab en una paciente con adenocarcinoma pulmonar: reporte de caso

Salinas Erika¹, Alarcón Alejandra¹, Gómez Pedro¹, Díaz Enrique², Rodríguez Federico², Alatorre Jorge Arturo³

1.Universidad La Salle - Hospital Angeles del Pedregal; 2.Hospital Ángeles del Pedregal; 3.Hospital Ángeles Pedregal, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Antecedentes. El nivolumab es un anticuerpo monoclonal humano de tipo inmunoglobulina G4 que se une al receptor de proteína de muerte programada 1 (PD-1) y bloquea su interac-

ción con sus ligandos PD-L1 y PD-L2. Mediante este mecanismo, potencia las respuestas de los linfocitos T, incluyendo respuestas antitumorales. En el 2015 se aprobó para el manejo de pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas como segunda línea de tratamiento, posterior a una pobre respuesta con platinos. La neumonitis es una toxicidad poco frecuente asociada al uso de inhibidores del eje PD-1, sin embargo, ésta es potencialmente fatal. Se ha reportado que se presenta en menos del 10% de los pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas recibiendo inhibidores del eje PD-1. En el tratamiento, se recomienda la suspensión del nivolumab, inmunosupresión y tratamiento antibiótico profiláctico. Los esteroides representan el tratamiento de primera elección, seguidos de otros agentes inmunosupresores. **Objetivo.** Reportar un caso de neumonitis asociada al uso de nivolumab en una paciente con adenocarcinoma pulmonar. **Caso.** Paciente femenino de 61 años de edad, diagnosticada con adenocarcinoma pulmonar EGFR y ALK negativos en 2015. Recibió manejo con quimioterapia a base de platino y, un mes previo a su ingreso, se inició manejo con nivolumab como segunda línea de tratamiento. Una semana previa, presentó cuadro caracterizado por distensión abdominal, taquicardia, disnea y desaturación de 85%.

TAC de tórax se evidenció patrón en vidrio despulido bilateral. En otros estudios paraclínicos destacaba únicamente bicitopenia con anemia y trombocitopenia. Se descartó una etiología infecciosa documentando procalcitonina negativa y cultivos sin desarrollo, inició manejo sintomático, y tratamiento antibiótico profiláctico. Durante su evolución persistió con tendencia a la desaturación a pesar de oxígeno suplementario y continuó con distensión abdominal y disnea de mínimos esfuerzos. Por sospecha de neumonitis asociada a nivolumab se inició manejo con bolos de metilprednisolona; sin embargo, con estudios de imagen de control se observó incremento significativo del proceso inflamatorio. Al presentar progresión de la neumonitis, después de 48 horas con tratamiento a base de esteroide, se decidió agregar al manejo infliximab. Posteriormente requirió inicio de ventilación mecánica invasiva por síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. A pesar del manejo oportuno, presentó una evolución rápida y poco favorable, falleciendo a las 24 horas. **Conclusión.** La neumonitis es una toxicidad ya descrita e infrecuente asociada al uso de nivolumab. En el caso de la paciente comentada, a pesar de una detección temprana y un tratamiento oportuno, presentó una evolución rápida la cual llevó a su deceso. Con el advenimiento del uso cada vez

más frecuente de este fármaco en nuestro medio, es importante conocer sus efectos adversos para su detección y manejo oportunos.

Palabras clave: nivolumab, neumonitis, adenocarcinoma pulmonar, complicaciones, anticuerpo monoclonal, inhibidor PDL-1.

0805 Enfermedad por altura como causa de distrés respiratorio en el adulto

Cisneros Daniela Alejandra, Cojab Jimmy, Soberonis Pamela, Rojo Armando, Guzman Nicolas
Hospital Angeles Lomas

Introducción. La enfermedad por altura es un diagnóstico de exclusión que ocurre después de un ascenso inicial a gran altitud o incluso un ascenso mayor cuando la persona ya se encuentra en un sitio de gran altitud. Incluye el mal de montaña, edema cerebral que afecta el sistema nervioso central y edema pulmonar. Éstos son inducidos por estrés generado por la hipoxia existente en sitios de gran altitud y se caracteriza por la acumulación extravascular de líquido en el cerebro y pulmones. Ambos responden a la terapia con oxígeno. Se presenta el caso de un paciente con patología pulmonar que resultó en enfermedad por altura. **Caso clínico:** Paciente masculino de origen norteamericano, de treinta años de edad sin antecedentes de importancia. Acudió

a valoración 48 horas después de su llegada a la Ciudad de México proveniente de San Diego, California, con cuadro caracterizado por astenia, adinamia, cefalea holocraneana, tos con expectoración hialina con estrías hemáticas, diaforesis, sensación de elevación térmica sin cuantificar fiebre y disnea de grandes esfuerzos progresiva hasta pequeños esfuerzos. A su llegada a urgencias se encontró con saturación de oxígeno al aire ambiente de 65-73%, aumento de trabajo respiratorio y taquicardia, mejoró con oxígeno suplementario, rudeza respiratoria y estertores crepitantes infra e interescapulares bilaterales, resto sin alteraciones. El paciente refirió antecedente de cuadro clínico similar un año antes tras su llegada a la Ciudad de México. Se realizaron estudios de laboratorio que reportaron leucocitosis a expensas de neutrófilos. Prueba rápida de influenza negativa. Tele de tórax con opacidades retículo nodulares heterogéneas en ambos hemitórax y TAC de tórax con múltiples opacidades en ambos hemitórax, de diferentes densidades, algunas con patrón de vidrio despulido, predominantemente en lóbulos inferiores y segmentos posteriores. Se inició cobertura antimicrobiana y manejo sintomático con oxígeno suplementario manteniendo saturaciones de oxígeno entre 89-90%. Se solicitaron cultivos de expectoración y antígeno de

legionella, los cuales resultaron negativos. De acuerdo a evolución y antecedentes del cuadro este podría ser compatible con enfermedad de altura; sin embargo al ser un diagnóstico de exclusión se consideró una vez contando con estudios microbiológicos negativos. Se realizó ECOTT en el cual sin datos de hipertensión pulmonar. Durante su estancia hospitalaria con buena evolución clínica, evidencia tanto de parámetros clínicos, bioquímicos y como por imagen con tendencia a la mejoría por lo que se decidió su egreso, se completó esquema de cobertura antimicrobiana y se indicó profilaxis para próximos eventos. **Conclusión.** La enfermedad por altura es un diagnóstico de exclusión que debe tomarse en cuenta en pacientes con factores de riesgo y una vez descartadas otro tipo de patologías. Una de las principales medidas para prevenir esta situación es la adaptación gradual a la altitud. **Palabras clave:** enfermedad por altura.

0818 Factores genéticos asociados a enfermedad aterotrombótica: comparación entre dos territorios

Rios Martin Armando, Isordia Irma, Galvan Maria Eugenia, Cerda Megan Carolina, Martinez Manuel, Rodriguez Jose Asael, Amador Cesar Daniel
Hospital General Regional No.1 Dr. Carlos Macgregor Sanchez Navarro, IMSS; 2.Centro Medico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción. La enfermedad aterotrombótica es la primera causa de mortalidad en todo el mundo. El infarto agudo del miocardio (IAM) y la enfermedad vascular cerebral (EVC) representan las complicaciones más importantes. Entre el 5 y 10% de las personas que sufren un IAM o ictus tienen 45 años o menos, lo que representa un problema de salud. Diversas condiciones pueden contribuir a la aparición de enfermedades aterotrombóticas en este grupo etario, incluidos factores ambientales y genéticos. **Objetivo.** Evaluar la asociación entre el polimorfismo PIA1/A2 en la glicoproteína plaquetaria IIIa y el polimorfismo C677T en la 5,10 metilenotetrahidrofolato reductasa en pacientes con IAM o EVC. **Material y métodos.** En un estudio de casos y control se incluyeron 297 pacientes $\leq$ 45 años que sobrevivieron a un primer IAM. El diagnóstico de IAM se basó en electrocardiograma, hallazgos clínicos y de laboratorio. Fueron ingresados a la Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la Ciudad de México. Un total de 297 sujetos sin antecedentes personales de IAM, pareados por edad y sexo, se incluyeron en el grupo control. En un segundo estudio de casos y controles independiente, un total de 235 pacientes $\leq$ 45 años, con diagnóstico de EVC fueron enviados a nuestra unidad de

investigación y se inscribieron en el presente estudio. El diagnóstico de EVC isquémico idiopático se consideró en todos los pacientes después de presentar déficit neurológico focal agudo con una duración superior a 24 horas seguido de confirmación mediante tomografía de cráneo o resonancia magnética. Un total de 235 sujetos mexicanos sin antecedentes personales de ictus fueron incluidos en el grupo de control. Los polimorfismos PIA1/A2 y C677T se determinaron en todos los participantes.

Resultados. Identificamos una diferencia significativa en la distribución del genotipo PIA1/A2 ($p=0.001$) y la frecuencia del alelo ($p=0.001$), entre los grupos de IAM y control, pero en forma contraria no obtuvimos una diferencia estadísticamente significativa en relación a la distribución del genotipo PIA1/A2 ($p=0.82$) y la frecuencia del alelo ($p=0.85$), entre EVC y su respectivo grupo control. En contraste, hubo diferencia significativa en la distribución del genotipo C677T ($p=0.001$) y en la frecuencia alélica ($p=0.001$), entre el EVC y el grupo control, pero no en la distribución del genotipo C677T ($p=0.42$) ni frecuencia alélica ($p=0.40$) entre el IAM y grupo control.

Conclusiones. El alelo PIA2 representó un factor de riesgo independiente para IAM, pero no para el EVC. En contraste, el polimorfismo C677T se asoció con un mayor riesgo de EVC,

pero no para el IAM. Nuestros resultados sugieren un posible papel diferente de los factores genéticos en la enfermedad aterotrombótica, tanto en el IAM como en el EVC. En un territorio puede representar un factor de riesgo, mientras que en otros puede ser protector.

Palabras clave: enfermedad aterotrombótica, infarto agudo del miocardio, enfermedad vascular cerebral, polimorfismos, alelo C677T, alelo PIA1/A2.

0821 Derrame pleural de repetición y trombosis venosa profunda en una paciente con síndrome de Meigs

Del Águila Daniel, Tellez Carlos Alberto, Pérez Luis Alberto
Hospital Universitario Dr. José E. González

Introducción. El síndrome de Meigs es una entidad nosológica poco frecuente que aparece en mujeres adultas. Se define como un tumor pélvico (fibroma, tecoma, tumor de células de la granulosa o tumor de Brenner) con ascitis e hidrotórax, que se resuelve con la extracción del tumor.

Objetivo. Presentar un caso de una femenina de 26 años, con diagnóstico Síndrome de Meigs cuyo derrame pleural resolvió después de la extirpación del tumor, sin embargo hubo una recurrencia del mismo; se añadió TVP. **Descripción:** Femenina de 26 años sin antecedentes de importancia, G1P1. Inició en agosto del 2016 al presen-

tar de manera insidiosa dolor abdominal difuso tipo cólico 5/10, acompañado de fatiga; 1 mes después se añade aumento del perímetro abdominal. Acude a Hospital regional en donde se realiza una prueba de embarazo sérica la cual resulta negativa, se realiza un US vaginal que tiene como resultado quiste ovárico roto, se realiza de manera urgente una salpingooforectomía derecha, además se extraen 3 litros de líquido de ascitis, el cual no se estudió, y es dada de alta días después. La histopatología revela un folículo, es negativa para malignidad. Cinco días previos a su ingreso a nuestra institución presenta dolor de tipo transfictivo, localizado en esternón de intensidad 10/10, irradiado a región paraesternal derecha, exacerbado con la inspiración, sin atenuantes. Acompañado de aumento en el perímetro abdominal, disnea de medianos esfuerzos y taquicardia. Se integra un síndrome de derrame pleural bilateral, además de ascitis grado 2. 110/70 mmHg, 108 lpm, 36 rpm, 35.9°C, satO2 98% con puntas nasales a 4L, Hb 12.2 g/dL, Leu 12.9 k/uL, Neu 10.5 k/uL, Plt 467 k/uL, BUN 4 mg/dL, Cr. 0.5 mg/dL, Alb 3.5 g/dL, Ca 125 130 U/ml, TTP 87 seg. En la rx se observa derrame pleural bilateral, se obtiene un trasudado. En el líquido de ascitis se obtiene un GASA de 0.5 g/dL, 298 células, predominio de linfocitos. US en el que se evidencia ovario

derecho con folículos; en la RM se observan folículos. Se realiza una LAPE la histopatología en se observan cambios inflamatorios, negativo para neoplasia, quiste folicular. En la rx de control se observa una reducción en los derrames pleurales, ya no volvió a formar líquido de ascitis. Sin embargo la paciente continúa con hipoxemia y desarrolla TVP de la extremidad inferior izquierda. ANAS (-), anticuerpos anticardiolipinas(-), beta2glicoproteínas(-), anti ADN(-), anti Ro-La(-), anti Sm(-), niveles de complemento normales. Nueva toracocentesis resulta en trasudado, biopsia de pleura hiperplasia mesotelial reactiva. ADA normal. Dos meses después de su egreso se resolvieron los derrames pleurales, la paciente está asintomática. **Conclusiones.** El derrame pleural de esta paciente no se resolvió con la extracción del tumor, como es lo esperado. Además presentó TVP probablemente relacionada con la inmovilidad y con el aumento de citocinas. Dos meses después la paciente está asintomática.

Palabras clave: síndrome de Meigs, trombosis venosa profunda, derrame pleural, trasudado.

0828 Hemorragia intraparenquimatosa y subaracnoidea como causa de muerte en adulto joven con miocardiopatía, a propósito de un caso y revisión de literatura

Rivera Dulce María, Pérez Salvador

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La enfermedad vascular cerebral tipo hemorragia (no traumática), es una entidad poco frecuente en el adulto joven (15-45 años). La importancia de su estudio radica en que sus causas difieren respecto a las del adulto de mayor edad. En México, no existe un registro epidemiológico sobre incidencia o prevalencia en este grupo etario. Según literatura internacional, a pesar de un estudio exhaustivo, la causa de hemorragia intracraneal no se llega a establecer hasta en 10-50% de los casos. La coexistencia de hemorragia intraparenquimatosa sin MAV y subaracnoidea no aneurismática es aún más infrecuente. Se desconoce además si existe alguna relación causal con miocardiopatía. **Objetivo.** Se realiza a propósito la descripción de un caso anatomo-patológico, en el que se muestra una relación poco frecuente entre enfermedades: Hemorragia intracraneal intraparenquimatosa y subaracnoidea en un paciente con miocardiopatía, cuyo diagnóstico se realizó por medio de autopsia en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Bajío. **Exposición del caso.** Masculino de 41 años de edad, con obesidad e historia de disnea crónica exacerbada con el esfuerzo; soplo cardíaco sin más

especificación identificado en la infancia, sin seguimiento; sin antecedente de enfermedades crónico-degenerativas o uso de drogas. Inicia padecimiento al encontrarse en reposo: Dolor intenso y súbito en cara lateral izquierda de cuello con irradiación a región occipital, acompañado de diaforesis y deterioro neurológico progresivo, hasta la pérdida del estado de alerta. A la EF a su ingreso ECG 6/15, anisocoria; soplo sistólico-diastólico en barra, grado III/IV, epicentro en foco tricuspídeo. TAC cráneo inicial: Hematoma mesencefalo-talámico izquierdo. ICH 2pts. TAC 48hrs: Hemorragia intraventricular con desplazamiento de 3er ventrículo. ECG: SI, QIII, TIII, sobrecarga cavidades derechas. Laboratorios: Hb 17g/dL; Plaquetas 70mil; Na 149mEq; CPK 2,845U/L; CPKMB 31; Troponina I:231, resto dentro de parámetros de normalidad. Con desenlace fatal tras 7 días de hospitalización. Autopsia: HSA extensa sin aneurisma visible, hemorragia intraparenquimatosa sin MAV, sin datos de vasculitis; miocardiopatía hipertrófica, predominio VD, zonas de infartos antiguos. Hemorragia pulmonar extensa (masiva). Hepato-esplenomegalia (órganos congestivos). **Conclusión.** Se requieren más estudios para esclarecer una relación causal entre patologías antes descritas. Su trascendencia radica en la poca o nula información existente en la

literatura, así como en su alta mortalidad.

Palabras clave: Hemorragia intraparenquimatosa, hemorragia subaracnoidea, miocardiopatía, soplo, adulto joven, autopsia.

0834 ¿Estamos ante un nuevo caso del raro síndrome de hiper IgE?

Pineda Luis Francisco, Vásquez Enzo Christopher, Sanchez Oswaldo Augusto, Ramírez Jonathan René

UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza IMSS

Introducción. Descrito por primera vez con eczema, infecciones sinopulmonares recurrentes, y abscesos de etiología estafilocócica denominados “fríos”, nombrado “Síndrome de Job” en alusión al personaje bíblico. En 1972 se asociaron características faciales distintivas y la elevación significativa de niveles de IgE plasmático. La epidemiología real se desconoce; hay reportados en el mundo alrededor de 250 casos. La edad de presentación es generalmente en la infancia, se han reportado casos en personas de hasta 60 años. Catalogada como una inmunodeficiencia primaria, condicionada por alteraciones genéticas (STAT 3, DOCK8, TYK2), involucradas en la señalización y transducción celular inmune. Se divide en autosómico dominante (mutación STAT3) y autosómico recesivo (mutación DOCK 8 y TYK 2) con manifestaciones

clínicas diferentes cada uno.

Caso clínico: Mujer de 19 años, pitiriasis liquenoide varioliforme desde 2015 en tratamiento por Dermatología con prednisona y metotrexate. Dificultad para la deambulaci3n desde 3 meses previos, paresia simétrica en extremidades inferiores y pérdida ponderal de 6 kg; durante la evaluaci3n presenta crisis tónicas durante 1 minuto con recuperaci3n parcial y lenguaje incoherente, sin déficit motor. A su admisi3n con taquicardia 100 lpm, eritema facial en regi3n malar, nasogeniana y mentoniana; caída fácil de cabello; eritema palpebral bilateral; narinas con eritema de la mucosa; úlcera en paladar duro. Laboratorios: IgE 5310, IgM 63, IgG 1500, IgA 520. triglicéridos 258, albúmina 4.3 y linfopenia. El panel para HIV, VHB, VHC fue negativo. Cultivos negativos. Se descartaron causas autoinmunes y tuberculosis. RMN de encéfalo y estudio de neuroconducci3n normales. TAC toracoabdominal con derrame pericárdico y hepatoesplenomegalia. Ecocardiograma mostr3 derrame pericárdico global de predominio posterior de 1200 cc sin repercusi3n hemodinámica, ventrículo izquierdo con leve hipocinesia, leve disfunci3n sistólica con FEVI 53%. Se solicit3 valoraci3n por Inmunología para realizaci3n de estudios complementarios para detecci3n de STAT 3 o DOCK 8 para confirmar el diagn3stico,

sin poder realizar el estudio debido a la disponibilidad y el costo. **Discusi3n.** Los hallazgos clínicos y de laboratorio apoyan el diagn3stico de una variedad autosómica recesiva, tales como aumento de IgE reportado en la literatura desde 1,000 hasta 50,000, que no se relaciona necesariamente con el grado de severidad del cuadro. Se debe tener una alta sospecha clínica y descartar los diagn3sticos diferenciales (tuberculosis, síndrome de Wiskott Aldrich, inmunodeficiencia combinada severa, enfermedad granulomatosa crónica). Se cuenta con un sistema de puntuaci3n del US National Institutes of Health (NIH), cuyo puntaje superior a 30 tiene una sensibilidad del 87.5% y especificidad del 80.6% para el diagn3stico. El diagn3stico de certeza se realiza mediante la secuenciaci3n y determinaci3n de mutaciones a nivel del STAT3, inaccesible en nuestro medio.

Palabras clave: hiper IgE, síndrome de Job.

0842 Utilidad de la fuerza de prensi3n palmar como herramienta de tamizaje para el diagn3stico de desnutrici3n asociada a enfermedad en pacientes hospitalizados

Dehesa Edgar¹, Martínez Jesús Israel¹, Sánchez José Ángel¹, Inzunza Marce Yaneth², Ríos Fausto Alfredo³

1.Centro de Investigaci3n y Docencia en Ciencias de la Salud/ Hospital Civil de Culiacán; 2.Es-

cuela de Nutrición/Universidad Autónoma de Sinaloa; 3. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción. La desnutrición asociada a enfermedad (DAE) es muy frecuente en pacientes hospitalizados, con una prevalencia del 20 al 50% y con efecto negativo en el pronóstico de los pacientes. La medición de la fuerza de prensión palmar (FPP) por dinamometría constituye un método no invasivo, barato, accesible, rápido y de fácil aplicación por lo que podría ser utilizada como una herramienta para el tamizaje de DAE al ingreso hospitalario.

Objetivo. Determinar el desempeño diagnóstico de la FPP para el diagnóstico de DAE en pacientes hospitalizados.

Material y métodos. Estudio transversal. Se estudiaron 86 pacientes adultos (68.6% hombres) hospitalizados con edad promedio de 59 ± 18 años. A su ingreso se evaluó el riesgo de desnutrición con el cuestionario NRS2002, se midió la impedancia bioeléctrica con el equipo Quantum II Body Composition Analyzer y la FPP en la mano dominante con dinamómetro Smedley III. Se determinó que el paciente presentaba disminución de la FPP de acuerdo a los valores de referencia para edad y sexo de la FPP para la población mexicana. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y exactitud de la FPP para

el diagnóstico de DAE fueron calculados mediante tablas de contingencia, utilizando como estándar de oro para el diagnóstico de DAE el vector de impedancia bioeléctrica.

Conclusiones. La FPP puede ser una herramienta útil para el tamizaje de DAE en pacientes hospitalizados.

Palabras clave: desnutrición, fuerza de prensión palmar, dinamometría.

0843 Inmunosenescencia. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Barrera Miriam, Hernández Daniel, Valencia Raúl

Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción. El envejecimiento se asocia con numerosas y variadas alteraciones fisiológicas. Quizá la alteración más importante sea el deterioro de la respuesta inmunológica (inmunosenescencia). Esta parece ser la responsable de un incremento de la morbilidad y mortalidad, y posiblemente, de procesos autoinmunes y cancerígenos. Los cambios relacionados con la edad del sistema inmune están involucrados en la susceptibilidad conocida de las personas mayores a las enfermedades infecciosas, la autoinmunidad y cáncer y la menor respuesta a la vacunación. **Objetivo.** Describir características clínicas, criterios diagnósticos y decisiones terapéuticas basadas en evidencia. **Exposición del**

caso. Femenino de 87 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y neumopatía crónica. Ingresó a terapia intensiva en octubre del 2014 por choque séptico secundario a Neumonía nosocomial SMART COP 6, con tratamiento a base de soporte respiratorio, apoyo vasopresor, meropenem y vancomicina. Fue ingresada una semana posterior a su egreso por presentar evacuaciones diarreicas y fiebre. Se reportaron Toxinas A/B de *Clostridium difficile* positivas y se inició metronidazol con adecuada respuesta. Ingresó a Medicina interna en noviembre del 2014 por candidiasis esofágica y colodocolitis e hidrocolecisto, por lo que se realizó colecistectomía y recibió antibiótico con ceftriaxona y fluconazol, con egreso a domicilio. Reingresó al servicio de Cirugía por Colangitis que fue tratada con metronidazol y ciprofloxacino con buena respuesta clínica. En marzo del 2015 es ingresada a Unidad de terapia intensiva por Neumonía nosocomial grave, recibió tratamiento a base de oseltamivir, meropenem y fluconazol. Se solicitó interconsulta al servicio de Infectología para protocolo de inmunodeficiencia subyacente. Se reportó perfil de inmunoglobulinas con IgA, IgM, IgG, subclases IgG1, IgG2 y IgG5 bajas. Se diagnosticó inmunodeficiencia común variable y se inició tratamiento a base de Inmunoglobulina Humana con evolución inicial

tórpida por reingresos hospitalarios. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento en consulta externa sin presentar infecciones. **Conclusiones.** La inmunodeficiencia variable común es la forma más común de deficiencia de anticuerpos que afecta a adultos. El defecto inmunológico característico es la alteración de la diferenciación de células B con la producción defectuosa de inmunoglobulina. Los criterios diagnósticos de European Society of Immunodeficiencies (ESID) son: Paciente con disminución importante (de al menos 2 DS por debajo de la media para la edad) en al menos de uno de los isotipos mayores (IgM, IgG e IgA), y que cumpla los siguientes tres criterios: Inicio de la inmunodeficiencia después de los dos años de edad, ausencia de isohemaglutininas y pobre respuesta a vacunas y exclusión de otras causas de hipogammaglobulinemia. La investigación sobre la inmunosenescencia ha mejorado el diagnóstico oportuno y el tratamiento.

Palabras clave: envejecimiento, inmunodeficiencia, infecciones, autoinmunidad.

0857 Descripción del estado nutricional en pacientes geriátricos en relación al grado de sobrecarga del cuidador principal y la dependencia funcional

Delgado Héctor Miguel
Hospital Juárez de México

Se incluyó en el estudio a los pacientes ingresados en el ser-

vicio de geriatría del Hospital Juárez de México en un periodo de 3 meses, se aplicó como parte de la evaluación geriátrica inicial los cuestionarios de sobrecarga del cuidador principal de Zarit, la determinación de la funcionalidad basal del paciente previo a la hospitalización mediante la escala de Barthel, el cribado nutricional mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment, y la búsqueda intencionada de criterios de demencia según el DSM IV. Se registraron determinaciones de laboratorio de albumina sérica y medidas antropométricas (peso y talla) para determinación de índice de masa corporal. En pacientes en cuyo caso de que no se pudo realizar la determinación directa de dichas mediciones por condiciones médicas del paciente, se estimaron dichos parámetros usando fórmulas matemáticas. Se realizó búsqueda intencionada de comorbilidades de interés del paciente (Neuropatía, depresión, úlceras por presión, polifarmacia, problemas de masticación e ingesta de suplementos alimenticios). Se estratificó a la totalidad de pacientes en 3 categorías según la escala de sobrecarga de cuidador de Zarit y se realizó análisis estadístico mediante el programa informático SPSS para detallar sobre las características nutricionales de cada categoría en base a los 3 métodos usados para detallar el estado nutricional de los pacientes: cribaje

(cuestionario MNA) paraclínico (Albumina sérica) y Antropométrico (Índice de masa corporal). La distribución de la población fue de 29 masculinos (48.3%) y 31 femeninos (52.6%). Las edades de los pacientes fueron de 70 a 93 años con una media de 80.3 años. El promedio de dependencia funcional determinado mediante la escala de Barthel fue de 69.8 puntos. Para valorar el estado nutricional se utilizó la escala Mini Nutritional Assessment encontrando una media de 20.0 puntos, así mismo se utilizó de forma complementaria la determinación de albumina sérica con una media de 3.08 gr/dl y el índice de masa corporal con 22.5 kg/mt² respectivamente. La población total fue estratificada según lo establecido en base al puntaje obtenido por el cuidador principal en el test de Zarit: 55 puntos; sobrecarga intensa. Así finalmente la población total se dividió en 3 grupos; sin sobrecarga con 38 pacientes, sobrecarga leve con 12 pacientes y sobrecarga intensa con 10. Posterior a la estratificación en los 3 grupos de sobrecarga del cuidador se pueden observar diferencias entre estos; en general, entre mayor es el grado de sobrecarga del cuidador, peores puntajes en la escala de MNA se encuentran entre los pacientes, así pues, la media de puntaje para cada grupo fue de 21.23, 18.45 y 16.4 para los grupos de "sin sobrecarga", "sobrecarga leve" y "sobrecarga intensa"

respectivamente, siendo estas diferencias también evidentes al estratificar a la población también según los grupos de nutrición MNA.

Palabras clave: geriatría, dependencia funcional, estado nutricional, sobrecarga del cuidador, nutrición.

0859 Correlación de prorenina y su receptor con parámetros de laboratorio selectos como factores pronósticos en pacientes con preeclampsia

López Inés¹, Vasquez Juan Ernesto¹, López Pedro², Sanchez Alejandro¹, Garcia Anyel Angelica

1.Secretaría de Salud del Gobierno del DF; 2.Instituto Politécnico Nacional

Introducción. La preeclampsia (PE) muestra una alta morbilidad materno-fetal. Su fisiopatología es multifactorial. El receptor de prorenina / renina (PRR), un nuevo componente del sistema renina-angiotensina, ha estado implicado en trastornos hipertensivos. **Objetivo.** Determinar si la prorenina y su receptor se correlacionan con parámetros de laboratorio selectos como factores pronósticos en la PE. **Material y métodos:** Después de la aprobación del comité de ética, se seleccionaron pacientes embarazadas a término con PE (n = 10) y mujeres embarazadas a término sanas (n = 10) en la unidad de tococirugía del Hospital General Dr. Enrique

Cabrera, Secretaría de Salud. El embarazo se interrumpió en 24 horas por cesárea. Previo consentimiento informado firmado, se tomaron muestras de sangre y se determinó colesterol, triglicéridos, albúmina, calcio, ácido úrico (AU), Mg, lactato y proteína C reactiva antes y después de la interrupción del embarazo. La prorenina se midió en plasma mediante inmunoensayo. El índice de masa corporal (IMC) se calculó al inicio y al final del embarazo. Se realizó histología, Western blot para el PRR en placenta de ambos grupos. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS. **Resultados.** Las características clínicas de los pacientes como la edad materna, la edad gestacional y el inicio de vida sexual activa, no fueron significativamente diferentes. Todos los pacientes presentaban hipoalbuminemia y dislipidemia; el magnesio fue significativamente mayor y la prorenina fue significativamente menor en los pacientes con PE. La razón de momios para el sobrepeso y obesidad fue de 4; para la hipoalbuminemia fue 2. El peso de las placentas de pacientes PE fue significativamente menor que en las pacientes sin PE, además presentaron cambios histológicos de hipoperfusión. La expresión proteica del PRR fue mayor en pacientes con PE. **Conclusiones.** El PRR fue mayor en pacientes con PE y positivamente correlacionado con la albúmina, calcio y Mg.

Estos resultados sugieren una estrecha correlación de PRR con varios marcadores, que podrían ser utilizados como factores pronósticos durante la PE. **Palabras clave:** preeclampsia, embarazo, prorenina, receptor, parámetros, pronóstico.

0863 Factores de riesgo de mortalidad en pacientes con úlceras por presión

Vera Raymundo, Carrizales Edgar Fco, Cuellar Eduardo, Ibarra Hector
Hospital Universitario, UANL

Introducción. Las úlceras por presión (UPP) son un reto para el personal de la salud. Su prevención, diagnóstico y tratamiento son indicadores de calidad de atención médica. Un punto fundamental es identificar a pacientes de alto riesgo para dirigir prevención y tratamiento. **Materiales:** se realizó un estudio exploratorio observacional, analítico de carácter retrospectivo, incluyendo los pacientes valorados por el programa de prevención de UPP en un hospital de tercer nivel en Monterrey, N.L en el periodo 2013-2014. Se tomaron características demográficas de su expediente clínico. Se utilizaron porcentajes para categóricas, y mediana con p25-p75 para numéricas. Se utilizaron tablas de contingencia con pruebas de X cuadrada. **Resultados.** Se usó un total de 115 pacientes. Con la información existente se buscaron factores

de riesgo para defunción en pacientes con UPP. Las infecciones como diagnóstico de ingreso en pacientes con UPP aumentaba la frecuencia del desenlace primario de defunción intrahospitalaria a 23.8% ($p=0.168$, $OR=1.738$). Con estos resultados preliminares se iniciará la segunda fase de nuestro estudio para detectar UPP de alto riesgo y prevenir defunciones en pacientes con UPP. **Conclusiones.** Los pacientes con diagnóstico de ingreso de origen infeccioso y UPP tienen una mortalidad intrahospitalaria mayor a pacientes sin diagnóstico infeccioso.

Palabras clave: úlceras por presión, factores de riesgo.

0865 Experiencia de un programa de prevención de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel

Carrizales Edgar Francisco, Vera Raymundo, Cuellar Jesus Eduardo, Ibarra Hector Raúl, Nañez Homero

Introducción. Las úlceras por presión continúan siendo un reto para el personal de la salud. Su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno representan un indicador de calidad en la atención médica. El punto crítico está en identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión para llevar a cabo medidas efectivas para su prevención y a aquellos pacientes que ya presentan

úlceras para llevar a cabo un tratamiento oportuno. **Objetivo.** El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de los pacientes que ingresan a la sala de medicina interna a través de un programa de atención integral de úlceras por decúbito. **Materiales y métodos.** Se trató de un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, se reclutaron aquellos pacientes que ingresaron a la sala de medicina interna del Hospital Universitario José E. González entre el 2013 y 2014. A su ingreso se registraron las características generales de los pacientes, sus comorbilidades, motivo de ingreso, complicaciones, si ingresaron al hospital con úlceras por presión y si desarrollaron úlceras durante su internamiento. **Resultados.** Se reclutaron un total de 115 pacientes, la media de edad fue de 59 años (42-74), en general, la mayor parte de nuestra población ingreso al menos con 1 úlcera por presión (1-2 up). El tiempo de estancia intrahospitalaria fue en promedio de 16 días (10-31 días). La localización más frecuente de úlceras por presión en nuestra población fue la sacra en un 66.7% de los pacientes, después los talones con un 17.5%, glúteos 7.9% y extremidades 7%. Hasta un 36.5% de los ingresos a la sala presentaban infección. Durante el internamiento un 21.7% de los pacientes desarrollaron una nueva úlcera por decúbito. **Conclusiones.** Existen múltiples

escalas de riesgo en úlceras por presión, pero una parte fundamental para el reconocimiento y manejo temprano de los pacientes, es conocer las características de nuestros pacientes y de esta manera diseñar intervenciones efectivas y a la medida de las necesidades de nuestra población.

Palabras clave: úlceras por presión, prevención, tratamiento oportuno.

0869 Enfermedad de Ormond: reporte de caso

Flores Rómulo Omar, Estrada Jorge, Guerra Abraham, Martinez Jose Dario, Vazquez Abraham Antonio, Rodriguez Rene, Nañez Homero

Introducción. La enfermedad de Ormond o fibrosis retroperitoneal se caracteriza por tejido inflamatorio y fibrosante que comprime los órganos abdominales. Existen 2 formas: La primaria (67%) más común en hombres de 40-60 años se asocia a autoinmunidad o con enfermedad por IgG4 y la secundaria se asocia a metisergida, bloqueadores β , linfoma no hodgkin (LNH), sarcomas, cáncer de mama y colon, radioterapia, tuberculosis, enfermedad de Crohn, tiroiditis de Reidel, cirugías abdominales, aneurismas aórticos y amiloidosis. La clínica usual es la falla renal posobstruccion. La tomografía computarizada (TC) contrastada es lo ideal para la valoración. **Objetivo.**

Informar la importancia del abordaje diagnóstico de la fibrosis retroperitoneal. **Caso clínico.** Femenino de 72 años con TVP femoral de 4 meses de evolución, hidronefrosis bilateral por fibrosis retroperitoneal de 2 meses de evolución y tuberculosis pulmonar tratada con DOTBAL de 15 días de evolución. Acudió por debilidad generalizada y se encontró neurológicamente integra, normotensa, taquipneica, con abdomen rígido sin dolor. En la TC con psoas izquierdo hipodenso; se le realizó biopsia que resultó en LNH difuso de alto grado CD20 +. El día del diagnóstico presento alteración de la consciencia y la familia decidió firmar negativa a tratamiento. **Conclusión.** Aunque la causa más común es idiopática, se debe hacer un extenso abordaje para descartar causas secundarias ya que el pronóstico y tratamiento dependerán de la etiología.

Palabras clave: Ormond, fibrosis, retroperitoneal, tuberculosis, linfoma, renal.

0872 Crazy-Paving, patrón tomográfico en un paciente con proteinosis alveolar

Ramirez Maria Leslye², Espinosa Carlos¹, Arista Nayeli Xendali², Villanueva Jonathan², Aranda Izchel Donaji², Vergara Fernando Iván², Zúñiga Sergio Adrián³
1.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias;
2.Hospital General de Ticomán;
3.Hospital General

Introducción. La proteinosis alveolar pulmonar (PAP), es una enfermedad pulmonar caracterizada por la acumulación de un material lipoproteico PAS-positivo. Resulta secundaria a trastornos que afectan negativamente la producción y la degradación del surfactante. El objetivo del presente trabajo es describir el caso clínico y abordaje de un adulto con proteinosis alveolar. **Presentación clínica.** Masculino de 53 años, pintor. **Antecedentes.** Casa con techo de lámina de asbesto, convivencia con aves durante 10 años. Inmunizaciones recientes negadas. Niega contacto con tosedores crónicos o con personas con diagnóstico de tuberculosis. Niega viajes recientes. Exposición al humo de leña por 15 años a razón IEHL 150 horas/año. Sin prácticas sexuales de riesgo. Crónico degenerativas, quirúrgicos, alérgicos, hospitalizaciones, transfusionales, alérgicos, traumáticos: negados. Tabaquismo y toxicomanías negadas. Refiere inicio de padecimiento hace 2 meses con cuadro de tos productiva con expectoración amarillenta y disnea de medianos esfuerzos. Si embargo, la disnea progresa a MMRC 4 y presenta pérdida de peso de 2.5 kg en 2 semanas. Acude al servicio de urgencias, en donde tras hallazgos radiográficos se inicia abordaje como neumonía atípica. EF: Ruidos cardíacos desdoblamiento de 2R. Tórax

con Amplexión y amplexación simétricos, Vibraciones vocales sin alteraciones. Ruidos respiratorios presencia de estertores subcrepitantes basales bilaterales. Acropaquias extremidades superiores. Laboratorio: leucocitos 10.6, linfocitos 1.9, neutrófilos 7.7, hb 19.8, Hto 63, plaquetas 192, glucosa 85, urea 27, creatinina 0.9. Na 135, K 4, Cl 102. Albúmina 3.2 mg/dL, TGO 22, TGP 11, DHL 199, CPK 244. Serología para VIH: Negativo. Baciloscopia: negativo. Antígeno aviario: negativo. Radiografía de Tórax: Patrón vidrio deslustrado bilateral. TAC de Tórax: patrón de crazy-paving generalizado desde ápices hasta lóbulos inferiores. Se realiza broncoscopia, con retorno de líquido de aspecto lechoso y abundantes secreciones blancuecinas, con toma de biopsia, reportando parénquima pulmonar colapsado y congestivo, cortes con musculo estriado y tejido adiposo sin alteraciones, fragmento de mucosa bronquial con cartílago y parénquima pulmonar con hiperplasia leve de neumocitos tipo II. Escasas membranas hialinas. Las tinciones para microorganismos (Grocott y ZN resultaron negativas), Tinción PAS positiva. Citología de lavado bronquial que reporta detritus celulares y pocos macrófagos espumosos con algunos linfocitos. Cultivo de lavado bronquiolo-alveolar: negativo. Cultivo de biopsia: negativo. **Discusión.** Tras protocolo de estudio, se concluye

el diagnóstico de proteinosis alveolar; el paciente presentó mejoría, caracterizada por disminución de tos y sin presencia de disnea. La forma secundaria de PAP se desarrolla en la edad adulta y se encuentra en asociación con exposiciones de alto nivel de polvo. El tratamiento es sintomático y con lavados bronquiales seriados.

Palabras clave: proteinosis alveolar, Crazy-Paving, lavado bronquial, tomografía.

0876 Perfil de riesgo biopsicosocial del adulto mayor hospitalizado

Antonio Ivan

Hospital Juárez de México

Introducción. La identificación y la captación de los ancianos de riesgo supone en la actualidad un importante dilema sin resolver. Los servicios de urgencias y hospitalización ejercen un rol central en el sistema sanitario actual que cada vez atiende a más pacientes geriátricos. **Objetivos.** Describir las características biomédicas, psicológicas y sociales del adulto mayor al ingreso hospitalario. Establecer la prevalencia de población geriátrica de riesgo según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Metodología Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con una muestra no probabilística de casos consecutivos de pacientes que ingresan al servicio de Geriatria del Hos-

pital Juárez de México, por cualquier causa. **Resultados.** Se investigaron indicadores específicos de riesgo para el anciano descritos por la Organización Mundial de la Salud (1987), a la muestra investigada, donde el 95.3% cumplió con al menos 2 indicadores, que señalan una elevada prevalencia de adultos mayores de riesgo que ingresan al servicio de geriatría del Hospital Juárez de México, con lo que podríamos inferir que la necesidad de hospitalización tiene relación con la presencia de estos indicadores, y que la búsqueda intencionada de los mismos podría ayudarnos a identificar a aquellos que tienen mayor riesgo de hospitalización. Además, con estos resultados se efectúe una planeación estratégica con fines preventivos o en su caso, limitar la morbilidad en aquella población de adultos mayores que precisen de nueva hospitalización.

Palabras clave: perfil de riesgo, adulto mayor, geriatrico, hospitalizado.

0893 Evaluación de los índices transfusionales en el servicio de medicina interna de un hospital universitario

Rodríguez Yuridia Evangelina, Nañez Homero, Pérez Fernando, Mercado Felipe, Marfil Luis Javier, Jiménez Edgar Ivan, Carrillo José de Jesús, Sánchez Karen Ileana, González Laura Leticia, Reyna Irving Llibran, Martínez Alberto

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción. La evaluación de la práctica transfusional de cada institución es indispensable para identificar los eventos relacionados con la transfusion que comprometen la seguridad del paciente, además de sumar información valiosa a los indicadores nacionales para la hemovigilancia. **Objetivo.** Identificar las áreas de oportunidad de las indicaciones transfusionales en el servicio de medicina interna. **Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y descriptivo donde se evaluaron de manera retrospectiva de Octubre de 2016 a Abril de 2017 las indicaciones de transfusión de hemocomponentes en el servicio de medicina interna. Se determinaron el número total de hemocomponentes, los valores de hemoglobina y plaquetas en los pacientes transfundidos con eritrocitos y plaquetas respectivamente y tiempos de coagulación e INR para los transfundidos con plasma, los valores fueron expresados en medias. Se obtuvieron de cada hecomponente; el índice transfusional (No. de unidades transfundidas / No. total de pacientes transfundidos), el índice de adecuada intervención transfusional (No. de unidades adecuadamente transfundidasx100/ No. total de unidades transfundidas) y el índice de adecuada transfusión (No. pacientes con indicación

adecuada X 100/ No. pacientes transfundidos). Se identificaron los pacientes con mayor número de transfusiones y se agruparon de acuerdo al diagnóstico.

Resultados. En el periodo del estudio se registraron 2131 unidades transfundidas de los cuales 33.15% fueron concentrados eritrocitarios. 55.25% unidades de plaquetas, 10% de plasma y 1.5% crioprecipitado) en un total de 346 pacientes (67.35% hombres y 32.65% mujeres), la media de hemoglobina fue 6.65 g/dL para los pacientes que recibieron eritrocitos, media de plaquetas de 15, 050 /mm³ en los pacientes que recibieron transfusión con plaquetas y las medias de los tiempos de coagulación TP 16.84 seg, TTPa 34.86 seg e INR 1.58 en los pacientes que fueron transfundidos con plasma. El índice transfusional de los eritrocitos fue de 3.05 unidades por paciente, 15.2 para plaquetas y 6.92 para plasma, el índice de adecuada intervención transfusional en el total fue de 78,41 (80.45 para concentrados eritrocitarios, 90 para plaquetas y 48.66 en plasma), el índice de adecuada transfusión del 92.19 en el total de los pacientes (91.77 para eritrocitos, 97.40 en plaquetas y 84.21 para plasma). Los pacientes con mayor número de transfusiones fueron los hemato-oncológicos, nefrópatas y sangrado de tubo digestivo. **Conclusiones.** Los índices de la práctica transfusional adecuada en el servicio

de medicina interna de nuestro hospital están por arriba de lo esperado, en comparación con los reportes anteriores de la literatura, el área de mayor oportunidad se identificó en la transfusión de plasma y sus indicaciones.

Palabras clave: hemocomponentes, calidad, transfusión, eritrocitos, plaquetas.

0904 Fibrosis masiva progresiva asociada a trabajador de materiales de construcción

Martínez Juan Manuel, Treviño Mario Alberto, Cessa José Carlos
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

La silicosis crónica como neumopatía ocupacional en nuestro país es de prevalencia desconocida. En formas avanzadas el desenlace es fatal y no contamos con referencias terapéuticas eficaces. Presentamos un caso de un masculino con silicosis en fase de fibrosis masiva progresiva. Masculino de 57 años, trabajador de construcción y 15 años de trabajos en mina de cantera, grava y cuarzo, tabaquismo 15 paquetes/año. Presenta disnea progresiva de cuatro años de evolución, tratada con broncodilatadores de acción corta de manera sintomática, progresando a disnea en reposo. Acude por insuficiencia respiratoria hipoxémica. Se observa radiográficamente masas pulmonares parahiliares en disposición apical, comple-

mento con TAC conglomerados ganglionares parahiliares bilaterales con calcificaciones en patrón de cáscara de huevo con egrosamiento pleural. Broncoscopía con LBA + biopsia transbronquial, negativo PCR para micobacterias. Histopatología con fibrosis crónica calcificada. Tratado con glucocorticoides más soporte, desenlace fatal secundario a neumotórax 48 horas postbroncoscopía. Diagnóstico fibrosis masiva progresiva, silicosis crónica.

Palabras clave: silicosis crónica, fibrosis masiva progresiva, neumopatía ocupacional, insuficiencia respiratoria, masas parahiliares.

0911 Efecto del síndrome metabólico en la reactividad cerebrovascular en pacientes con y sin isquemia cerebral

Sánchez Juan José¹, Cantú Carlos², Mimenza Alberto²

1. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Medicina Interna;
2. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran

Introducción. El síndrome metabólico (SM) se asocia a un mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares incluyendo la enfermedad vascular cerebral (EVC) isquémica, por lo que este estudio pretende analizar el efecto del SM en la reactividad cerebrovascular (RCV). **Objetivo.** Identificar la prevalencia de alteraciones en

la RCV y sus factores asociados en pacientes con SM, con y sin antecedente de isquemia cerebral. **Metodología.** Estudio transversal, prospectivo y observacional que compara las alteraciones en la circulación cerebral entre pacientes con SM con antecedente EVC versus pacientes con SM sin EVC. Los vasos intracraneales fueron examinados usando Doppler transcraneal (DTC, Nicolet Pioneer). Los segmentos proximales de la arteria cerebral media (ACM) fueron examinados en cada lado y los siguientes parámetros fueron evaluados: Velocidad de flujo de pico sistólico (VPS), velocidad de flujo sanguíneo al final de la diástole (VFD), velocidad de flujo media (VFM), índice de pulsatilidad (IP) e índice de resistencia (IR). La RCV a la hipercapnia fue examinada usando el índice de apnea (IA). Los resultados se expresaron en medianas con rango intercuartilar (RIQ) y la comparación entre los grupos se analizó mediante la prueba de U de Mann Whitney.

Resultados. De la clínica de EVC se reclutaron 39 pacientes con SM y EVC (20 hombres y 19 mujeres; edad promedio 71 años) y de la consulta de SM se reclutaron 39 pacientes con SM sin EVC (15 hombres y 24 mujeres edad promedio 63 años). Se encuentra una diferencia significativa para IP e IA, encontrándose pulsatilidad mas elevada y menor reactividad en los pacientes con SM

que ya presentaron un evento cerebrovascular isquémico.

Conclusiones. La elevación de la pulsatilidad encontrada en pacientes con SM y EVC indican un incremento en la resistencia cerebrovascular por probable afección a nivel microvascular. Asimismo, la menor vasorreactividad indica afección de su capacidad vasodilatadora debido probablemente a la disfunción endotelial generado por el trastorno metabólico.

Palabras clave: síndrome metabólico, vasorreactividad arterial, enfermedad vascular cerebral, isquemia cerebral, pulsatilidad, índice de apnea.

0914 Frecuencia y caracterización de los trastornos psicológicos en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México

Zapata Rogelio, Campoverde Carlos Andrés, Gonzalez Fabián, Villegas Gloria
Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga

Introducción. Los trastornos psicológicos son un conjunto de cuadros clínicos en los que predomina el síntoma subjetivo. Existe una gran gama de manifestaciones desde alteraciones del estado de ánimo y reducción del interés, hasta trastornos del estado de ánimo y adaptación causados múltiples conflictos, intoxicaciones, efectos a medicamentos, trastornos psiquiátricos, trastornos mixtos

o síndromes de abstinencia. En pacientes oncológicos estos trastornos representan una comorbilidad conocida con impacto en la calidad de la vida. Alcanzando prevalencia superiores de 30%. Actualmente, se desconoce la prevalencia y el impacto de estos trastornos en el servicio de Medicina Interna donde es común la pérdida de la función orgánica y las patología crónicas degenerativas. Este estudio pretende determinar la frecuencia y las características de los distintos trastornos psicológicos en nuestro medio haciendo énfasis en el trastorno adaptativo. **Objetivos.** Determinar la frecuencia y la caracterización de los trastornos psicológicos en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, monocéntrico. Se estudiaron 138 registros médicos de enero a julio de 2017 de sujetos valorados por el servicio de Salud Mental a solicitud del servicio de Medicina Interna por probable trastorno psicológico. Se realizó estadística descriptiva y relación entre las variables de interés con ji cuadrada. **Resultados.** Se obtuvieron 138 registros de sujetos hospitalizados en Medicina Interna, con una prevalencia del genero femenino del 49.3%; 49.3% era diabético, 39.1 hipertensión, 21.7% enfermedad renal crónica, 4.3% insuficiencia cardiaca; la comorbilidad mas frecuente

como motivo de ingreso fue la diabetes (42.8%), sepsis (10.9), insuficiencia renal crónica (9.4%) y VIH (5.8% 17.4% tiene antecedente de trastorno psicológico previo y 8% tenía trastorno en las funciones mentales superiores; los motivos de interconsulta mas frecuentes fueron labilidad emocional (42%), mala adherencia al tratamiento (23.2%) y problemas para afrontar la enfermedad (15.2% el diagnostico psicológico mas común fue el trastorno adaptativo (46.4%). Las mujeres presentaron el doble de casos de depresión menor; el trastorno de ansiedad y adaptativo fue similar en ambos géneros. La labilidad emocional y la mala adherencia es mas frecuente en sujetos con trastorno psicológico previo. **Conclusiones.** Los trastornos psicológicos son frecuentes en nuestro medio. Se observó una relación entre las enfermedades psicológicas y el genero, trastornos psicológicos previos y la mala adherencia a tratamiento. El trastorno adaptativo fue el trastorno mas frecuente.

Palabras clave: trastornos psicologicos, trastorno adaptativo, labilidad emocional.

0942 Hemorragia subaracnoidea como primera manifestación de tumor de células claras: a propósito de un caso

Roque Carlos Javier, Castañeda Luis Manuel, Lobato Adriana Concepcion, Maldonado Iris Arlene, Rivera Dante

Centro Medico ISSEMYM Ecatepec

Introducción. El carcinoma renal representa 2-3% de todos los cánceres, es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente el 90% de todos los tumores renales malignos. Hay un predominio 1,5:1 de los hombres sobre las mujeres y la incidencia máxima tiene lugar entre los 60 y 70 años de edad. Entre los factores de riesgo se encuentran: tabaquismo, obesidad e hipertensión arterial. Muchas tumoraciones renales son asintomáticas y no palpables. Más del 50% de los carcinomas renales se detectan de manera incidental al emplear pruebas de imagen. La tríada clásica de dolor en la fosa renal, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable es poco frecuente (6-10%). Se identifican síndromes paraneoplásicos en el 30% de los pacientes, entre ellos Hipercalcemia, Hiperparatiroidismo ectópico ó metastásica, hipertensión arterial, síndrome de Cushing, Galactorrea, Ginecomastía, y más raro una hemorragia subaracnoidea, por lo que se presenta el caso de un paciente que inicia su padecimiento con hemorragia subaracnoidea secundario a tumoración renal. Resumen clínico.- Masculino de 44 años de edad con los siguientes **Antecedentes.** tabaquismo con un Índice tabáquico de 6 paquetes/año, Hipertensión arterial sisté-

mica de 5 años de diagnostico sin apego al tratamiento. El día 20/04/17 inicia con disminución del estado de alerta, con cefalea de características no especificadas, con bradilalia y paresia del hemicuerpo izquierdo, con Glasgow de 11, con TA de 160/100, TAC con hemorragia intraparenquimato-sa con irrupción intraventricular, con imágenes redondeadas, hiperdensas y bordes bien definidos, con edema vasogénico perilesional que se localizan en los lóbulos temporales y frontal derecho, sugestivas de metástasis, por lo que se realizo tomografía toraco-pélvico-abdominal donde se evidencio tumoración dependiente de riñón de 15 x 12 cm, con resección de metástasis cerebrales, con recuperación clínica neurológica encontrándose alerta, con Glasgow potencial de 14 puntos, obedece ordenes sencillas, fuerza 4/5 en la escala de Daniels, en las 4 extremidades, reflejos presentes, sin datos cerebelosos o meníngeos, con herida quirúrgica bien afrontada sin datos de sangrado activo o salida de material purulento, motivo por el cual es egresado con mejoría clínica posterior a manejo medico y quirúrgico. Actualmente el paciente no se ha presentado a sus consultas de seguimiento. **Conclusiones.** Los tumores renales presentan diversas manifestaciones clínicas, síndromes paraneoplasicos, como lo es en este caso, presentado hemorragia subaracnoidea,

lo que dificulta su diagnóstico e involucra un abordaje completo, iniciando por la historia clínica y los estudios de gabinete dirigidos. Por lo cual se necesita un abordaje multidisciplinario, ya que este tipo de pacientes, representa un reto diagnóstico, y el retraso en el mismo, aumenta la mortalidad y genera un pronóstico desfavorable.

Palabras clave: hemorragia subaracnoidea, metastasis, tumor renal, células claras, síndromes paraneoplásicos.

0958 Capacidad discriminativa de las escalas de Berlín, STOP BANG y otro modelo matemático para diagnóstico de SAHOS moderado/severo en una cohorte del nororiente colombiano

Mendoza Tania, Villabona Andres, Rojas Jose, Bolivar Fabio
Universidad Industrial de Santander

Introducción. El sueño funciona como modulador hormonal, haciendo parte del metabolismo de carbohidratos e interviniendo en la función cardiovascular. El síndrome de Apnea-Hipopnea Obstruktiva del Sueño (SAHOS), es una alteración común dentro de los trastornos del sueño. Prevalencia global de 18% en diferentes latitudes (Colombia: 2-6%. Edad media). Clasificación de severidad utiliza el índice de apnea/Hipopnea (IAH) del polisomnograma. Dada la necesidad de identificar tempranamente

las alteraciones del sueño, se construyen índices como el de Berlín y STOP BANG (SB) usando constructos subjetivos autoadministrados que han ido adicionando medidas más robustas. **Objetivo.** Determinar la capacidad discriminativa para SAHOS Moderado/Severo de Berlín, SB y modelo matemático propio en una cohorte de sujetos con SAHOS establecido por polisomnograma. **Métodos.** Estudio de corte transversal con muestreo no probabilístico de casos consecutivos que asistieron al Instituto Neumológico del Oriente entre Noviembre 2014-Octubre 2015. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años con alteraciones del sueño. Exclusión: Trastornos del sueño o SAHOS, actividad laboral con cambio de patrón sueño-vigilia, diagnóstico previo de SAHOS y mujeres embarazadas. Se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes generales, antropometría y escalas de Epworth, Berlín y SB. Análisis descriptivo, bivariado y multivariado tipo regresión logística que comparo subgrupos SAHOS Moderado-Severo vs SAHOS Leve. Se analizó predicción de desenlace con Berlín, SB y modelo matemático encontrado, utilizando el software STATA V.14. **Resultados.** Muestra: 175. Análisis con 149 sujetos. Edad promedio 57,18±13,4 años (Rango:22-89 años). Predominantemente hombres (58,3%). Clasificación SAHOS: Leve

32,8% (n:49;IAH:10,05), Moderado 24,1% (n:36;IAH:21,46) Severo 42,9% (n:64;IAH:41,22). Comparación escalas en SAHOS Moderado/Severo: Berlín: AUC:0,6079 (S:99%-E:4%), Clasif. Correcta: 67,79%. STOP BANG: AUC: 0,6437 (S:85%-E:42%), Clasif. Correcta: 71,14%. Modelo Regresión Logística: uso crónico Betabloqueadores OR:2,93 (IC95% 1,12-7,65), Tabaquismo pasivo OR:3,22 (IC95% 1,25-8,25), Distancia mentoesternal OR:1,38 (IC95% 1,16-1,65), Índice Epworth >3 OR:2,46 (IC95% 1,03-5,88) y SB>5 OR:2,79 (IC95% 1,07-7,26). Bondad Ajuste (Pearson p:0,33). S:85%-E:42,86%, AUC:0,7759 y Clasif. Correcta: 71,14%, con validación interna por técnica bootstrap obteniendo adecuados **resultados**. SAHOS Mod/Severo=-5.40+1.16 (Tabaquismo_Pasivo)+1.07(Usos_BB)+0.32 (Dist_Mentoesternal_Cm) +0.90(EPWORTH>3) + 1.02 (STOPBANG>5). **Conclusión.** Mejor discriminación en predicción de severidad del SAHOS con inclusión de nuevas variables: uso crónico de betabloqueadores (comorbilidad del paciente), tabaquismo pasivo, variables antropométricas y Epworth>3-SB>5. Se requiere incluir un número mayor de pacientes para aumentar la precisión y capacidad discriminativa del modelo. **Palabras clave:** síndrome apnea-hipopnea del sueño, sueño, predicción.

0961 Asociación de eventos condicionantes de progresión a hipoxemia refractaria en pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda

Espinosa Jose Guillermo, Torres Gittaim Pamela, Escobedo Jorge
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional N°1

Antecedentes. El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), posee el manifiesto principal de un insulto sistémico con repercusiones respiratorias graves, consistentes en la presencia de taquipnea, hipoxemia, hipercapnia, acidosis respiratoria y pérdida de la distensibilidad pulmonar, refractarias al tratamiento con oxígeno que conlleva al requerimiento de soporte externo ventilatorio y terapia medica enfocada a la etiología causal, con una mortalidad alta atribuible al desarrollo de hipoxemia refractaria de hasta el 40%, por lo que una identificación temprana de factores que llevan al desarrollo de hipoxemia refractaria, harán al clínico actuar de manera inmediata con un enfoque centrado a metas con mejores resultados del binomio oxigenación/perfusión periférica y utilización subsecuente del mismo, mejor desempeño de las medidas terapéuticas y limitación secundaria de complicaciones. **Objetivo.** Establecer la relación causal entre las características clínicas basales (sociodemográficas,

comorbilidades y etiológicas), dinámicas de poblaciones linfocitarias y cardiopulmonares con el desarrollo de hipoxemia refractaria en un grupo de pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda pese a las intervenciones terapéuticas establecidas por el servicio médico de atención correspondiente, en el Hospital General Regional N°1 Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro. **Material y Métodos.** Se lleva a cabo un estudio epidemiológico no experimental, de cohorte, con las ventajas de proponer y analizar las relaciones de causalidad que existiesen entre la población hospitalizada en el Hospital General Regional N°1 que cumplan los criterios del consenso de Berlín 2012 para síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, con el desarrollo de hipoxemia refractaria a las intervenciones terapéuticas estándar empleadas por el servicio tratante, de carácter observacional, analítica ambispectiva. **Resultados.** Durante el tiempo de recolección se incluyeron 31 pacientes los cuales donde la mortalidad hospitalaria a 28 días en general presentada en el 87% de los pacientes incluidos. La división en los grupos de SIRA (19 individuos) y SIRA más Hipoxemia refractaria (12 sujetos) homogéneos tanto para edad como género, los cuales demostraron diferencias significativas, principalmente y resaltando las variables hemodinámicas, en el

índice de trabajo del ventrículo izquierdo (SIRA 91.5 ± 37.2 vs SIRA+HR 126.3 ± 52.8 $p=0.040$ el uso de antibióticos sobre todo de la índole Cefalosporinas en el grupo de SIRA+HR.

Conclusiones. Nuestro estudio establece las pautas y bases para la monitorización activa y dinámica en base a metas diarias de seguimiento de los pacientes con Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y detección con corrección temprana de los factores de riesgo.

Palabras clave: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, hipoxemia refractaria, ventilación mecánica, índice de trabajo del ventrículo izquierdo, mortalidad.

0967 Comparación de una nueva escala de severidad y mortalidad con el CURB 65 en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad

Alzate Diego, Villabona Andres Felipe, Fajardo Javier, Bolivar Fabio

Universidad Industrial de Santander

Introducción. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad infecciosa frecuente y peligrosa. El CURB 65 es una escala conocida y validada para evaluar el riesgo de mortalidad. La oximetría de pulso es una medida rápida que sirve para tomar la decisión de hospitalización. El objetivo fue comparar la utilidad clínica de una nueva escala - CORP 65

- compuesta por variables clínicas (confusión, oximetría de pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad mayor de 65 años) con la escala CURB 65 en pacientes hospitalizados por NAC y evaluar mortalidad a 30 días. **Métodos.** Estudio de tipo transversal de pacientes mayores de 18 años diagnosticados de NAC en la ESE Hospital Universitario de Santander. **Resultados.** Desde abril de 2015 a marzo de 2016 se ingresaron 130 pacientes. La mediana de edad fue de 72 años, predominó el sexo masculino con el 52.3%. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos de severidad con respecto a las escalas encontrándose así: respecto al CURB 65, 38,4% de los pacientes se encontraba en el grupo 1 (puntaje de 0 a 1) con una mortalidad de 0%, grupo 2 con 23,8% y una mortalidad del 9,7% y para el grupo 3 un 37,6% con una mortalidad de 40,8%. Y respecto al CORP 65 grupo 1 con 42,3% y una mortalidad de 1,8%, grupo 2 con 20% y una mortalidad del 7,7% y para el grupo 3: 37,6% con una mortalidad de 40,8%. **Conclusiones.** esta nueva herramienta de evaluación de severidad de NAC (CORP 65) se comporta de una manera similar con la escala CURB 65. **Palabras clave:** neumonía, CORP65, saturación de oxígeno.

0975 Impacto de las alteraciones de la glucemia en pacientes

hospitalizados no diabéticos en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México

De la Torre Leonardo Dario, Giraldo Diego Alejandro
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. Las disglucemias (eventos de hiper e hipoglucemia), tiene un impacto sobre la morbo-mortalidad en sujetos diabéticos. En sujetos no diabéticos hospitalizados, se ha descrito una relación de la disglucemia con la mortalidad, mayor estancia hospitalaria y mayor costos. La presencia de disglucemia en el paciente no diabético hospitalizado se ha relacionado con entidades graves como sepsis y con manejos como el uso de esteroides, nutrición parenteral, etc.; y se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar diabetes. En el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México no existen estudios que establezcan la prevalencia y el impacto de las disglucemias en la población no diabética. **Justificación:** Existen pocos estudios que caracterizan y describan, en la población mexicana, las alteraciones glucémicas a nivel hospitalario en la población no diabética. Este estudio pretende generar conocimiento sobre la prevalencia de disglucemias y el impacto sobre su hospitalización. **Objetivos.** Describir la prevalencia y frecuencia de los pacientes con alteraciones de la glucemia en sujetos no

diabéticos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna durante el periodo comprendido entre agosto a noviembre de 2016 en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga de la Ciudad de México. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, que incluyó a 416 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, durante agosto a noviembre de 2016. Se incluyeron datos de los parámetros sociodemográficos, bioquímicos, antropométricos y microbiológicos, además de clínicos. Se realizó estadística descriptiva y se buscó relación entre las variables desenlace mediante chi cuadrada para las variables cualitativas, y prueba t de student para la cuantitativas. **Resultados.** Se estudiaron 206 sujetos no diabéticos; el 26.7% presentó al menos un evento de hiperglucemia; el 23% uno hipoglucemia; el 50.7% de los que fallecieron presentaron algún evento de hipoglucemia; se observó mayor número de días de estancia hospitalaria en el grupo que presentó disglucemia (hiperglucemia: 8.9; hipoglucemia 9.4 vs normoglucemia 6.5 días, $p > 0.001$). Se observó que los eventos de hiperglucemia son mayores en los sujetos que ingresaron por infección. **Conclusión.** Existe una alta prevalencia de disglucemias en los pacientes no diabéticos del servicio de Medicina Interna;

su presencia se relaciona con mayor mortalidad y mayor la estancia hospitalaria en comparación con normoglucémicos. La presencia de infección al ingreso se relaciona con presentar eventos de hiperglucemia.

Palabras clave: disglucemia, hiperglucemia, hipoglucemia, diabéticos, mortalidad.

0984 Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEP). ¿es realmente necesaria la biopsia pulmonar?

Villabona Andres Felipe, Fajardo Javier Enrique, Mendoza Tania
Universidad Industrial de Santander

Introducción. La GEP es una vasculitis necrotizante poco frecuente. Las alteraciones del tracto respiratorio como la rinosinusitis y el asma en asociación con eosinofilia en sangre periférica son hallazgos distintivos. **Métodos.** Reporte de caso y revisión de la literatura. **Resultados.** Mujer de 56 años asmática, consultó por 4 años de tos seca persistente, disnea sibilante en aumento y crisis respiratorias recurrentes que requirieron atención en urgencias. En los días previos a la consulta, tuvo disestesias dorsales. Se encontró la presencia de rinitis y poliposis nasal, tabaquismo de bajo grado (inactivo), exposición a combustión de biomasa y familiares con asma. Polipos nasales, dolor a la palpación frontal e hiposmia; sibilancias a la auscultación.

En sus exámenes evidenció eosinofilia; tomografías realizadas previamente en donde se observó pansinusitis severa, poliposis nasal y en tórax, imágenes de adoquinado en lóbulo superior izquierdo. En la planeación de la broncoscopia, se solicitó nueva TAC de tórax en donde no se observaron alteraciones pulmonares. La inmunoglobulina E estuvo normal y los ANCAS fueron negativos. Se planteó el diagnóstico de GEP y asma. Se llevó al tercer escalón terapéutico de las guías GINA y se indicó esteroide oral a dosis alta con lo cual obtuvo puntajes mayores de 20 en el ACT y estabilidad clínica. **Conclusión.** Se diagnosticó GEP según los criterios de la American College of Rheumatology con una sensibilidad del 85% y especificidad del 97%.

Palabras clave: granulomatosis eosinofílica con poliangeitis, síndrome de Churg-Strauss, asma.

0987 Consideraciones etiológicas en la neumonía de lenta resolución: serie de casos

Salinas Erika¹, Villena Elba¹, Mellado Raúl¹, Gallegos Marcos²

1.Universidad La Salle, Hospital Ángeles Pedregal; 2.Hospital Ángeles Pedregal, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Hospital Ángeles Pedregal, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción. Las neumonías que se resuelven lentamente o

que no se resuelven, representan 10-20% de los pacientes hospitalizados con NAC. **Objetivo.** Reportar 4 casos de neumonía de lenta resolución, por distintos patógenos pocos comunes. **Casos.** Masc 46 a. Tabaquismo y exposicionales negados. Tos productiva con expectoración verdosa, fiebre, astenia, diaforesis profusa; múltiples tratamientos con cefuroxina y teofilina, levofloxacino, azitromicina, clindamicina y prednisona, sin respuesta. TC Neumonía en LII, Leucocitos 7.9 VSG 3, procalcitonina 0.5, resto normal. Broncoscopia, secreciones purulentas en LII, edema de mucosa. Lavado bronquial negativo. Panel respiratorio con Chlamydia pneumoniae. Se inicia doxiciclina. Fem 46 a, viaje 4 meses previos a Cancún. Tabaquismo y exposicionales respiratorios negados. Neumonía 2 meses previos tratada con ceftriaxona y claritromicina. Odinofagia, dolor torácico, palpitations. Astenia, adinamia, ataque al estado general, pérdida de peso de 4 meses. Disnea mínimos esfuerzos. Sibilancias y crepitantes finos en región supraescapular derecha. Leucocitos 7, PCR 57.15, Rx radioopacidad basal derecha. TC imágenes de diseminación broncogénica en árbol en gemación predominio derecho. Broncoscopia, Bronquio principal derecho con secreciones purulentas, LSD mucosa friable con edema de mucosa. Se aísla

Haemophilus influenzae. En biopsia *Actinomyces* Sp. Tx con ampicilina 1 gr cada 8 horas por 3 meses. Fem, 35 a, tabaquismo positivo no especificado. 2 meses previos tos no productiva, sin predominio de horario, ataque al estado general, rinorrea hialina, mialgias, artralgias, fiebre no cuantificada, diaforesis y disnea de medianos esfuerzos. TAC de tórax bronquiolititis y parches en vidrio despulido; inició moxifloxacino y esteroide inhalado sin respuesta. Broncoscopia: tráquea con mucosa atrófica y eritema. Bronquio izquierdo con placas en glándulas mucosas impactadas. Bronquio principal derecho con atrofia y edema. Cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*, sensible a levofloxacino. Masc 43 a. Padre con dx de TB hace más de 20 años. DM2 de 20 años. Niega exposicionales respiratorios. Tos crónica seca de 4 años de evolución. Diagnóstico de neumonía 1 mes previo mas absceso pulmonar en LSD, broncoscopia sin hallazgos, KOH, cultivos y baciloscopias negativas. Antibioticoterapia no especificada, sin mejoría. Con aumento de tos, disnea mínimos esfuerzos, dolor precordial retroesternal, fiebre 38°C. FC 110 lpm pSo₂ 65%, estertores diseminados. TC con cavitación de lóbulo superior derecho con imágenes en árbol en gemación diseminadas. Glucosa 426, procalcitonina 0.11, HbA1c 10%, VIH negativo, prueba rápida de influenza negativa. Se

inicia manejo con quinolona respiratoria, y sintomático, con respuesta favorable. Panel respiratorio negativo, Genexpert 2 positivos, inicia tx antifímico. **Conclusión.** Es importante considerar patógenos pocos comunes ante casos de neumonía de lenta resolución en pacientes inmunocompetentes.

Palabras clave: neumonía lenta resolución, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Actinomyces*, *Klebsiella pneumoniae*, tuberculosis.

0988 Factores asociados con asma ocupacional en una cohorte de trabajadores del nororiente colombiano

Naranjo María Alejandra, Mendoza Tania, Fajardo Javier, Villabona Andres Felipe, Rojas Jose, Valles Julián Andrés
Universidad Industrial de Santander

Introducción. Existe susceptibilidad y distribución diversa de sustancias ocupacionales, según género, ocupación y prevalencia de exposición. El diagnóstico temprano del asma ocupacional conlleva a un mejor pronóstico (rápida remoción del agente causal), manejo más preciso, menor morbilidad e impacto negativo sobre su futuro laboral. **Objetivo.** Determinar variables asociadas con diagnóstico probable de asma ocupacional en una cohorte de trabajadores con patologías respiratorias. **Materiales y métodos.** Estudio observacional

analítico tipo corte transversal. Muestreo no probabilístico. Casos concurrentes (n=98 trabajadores >18 años: 2014-2016 (INO). Descripción variables sociodemográficas, laborales, clínicas y paraclínicas. Análisis univariado (medidas de tendencia central, proporciones). Análisis bivariado. **Resultados.** N:98 trabajadores. Mediana edad 54 años (52%:30-60 años). Hombres 85,7%. Prevalencia tabaquismo (27,5%), HTA (19,3%), EPOC (11,22%), dispepsia (18,3%). Ocupación: trabajos con petróleo/gas (26,5%), materiales de construcción (18,3%) y manufactura (12,2%). Diagnóstico espirométrico: obstrucción (44,9%) restricción (21,4%). Pletismografías: Atrapamiento de aire 80,3% (n:51). Clínica: disnea (84,6%), tos (63,2%), sibilancias (14,2%) y expectoración (9,18%). Tratamiento: Oxígeno-requirientes 8,1%, Corticoides inhalados 27,5% y LABA 44,9%. Probabilidad de tabaquismo 26,4% (OR:0,3; IC95%:0,1450-0,9224; p=0,03), Expectoración 9% (OR 0,10; IC95%: 0,0204-0,5436; p=0,00), asociados con probable asma ocupacional. **Discusión y Conclusiones.** Cohorte con baja prevalencia de enfermedad respiratoria previa pese a historia de tabaquismo, exposición ocupacional a petróleo/gas, materiales de construcción y manufactura. Síntomas similares al asma (disnea, tos, sibilancias) con predominio espirométrico obs-

tructivo, con uso de CI en solo una cuarta parte. Aunque se observaron variables relacionadas con bronquitis persistente y posible hiperreactividad, en el presente estudio, el tabaquismo y la expectoración no fueron consistentes con el dx de probable asma ocupacional requiriendo mayor muestra para corroborar este hallazgo

Palabras clave: asma, ocupacional, enfermedad intersticial.

0996 Percepción de las competencias en la instrucción de dispositivos inhalados en personal del área de la salud

Herrera Guillermo, Villabona Andres Felipe, Fajardo Javier Enrique, Mendoza Tania
Universidad Industrial de Santander

Introducción. El uso de dispositivos de inhalación de medicamentos es crucial en el manejo de pacientes con enfermedades pulmonares. Su modo de uso es uno de los factores más importantes para el éxito terapéutico. Así, es imperativo que se insista en el buen uso de los inhaladores, sin embargo: ¿el personal médico se siente capacitado para instruir a los pacientes en inhaloterapia?

Diseño y métodos. Estudio observacional descriptivo de corte transversal tipo encuesta, aplicada a personal de salud. Se comparan algunos inhaladores disponibles en el mercado con el objetivo de determinar la percepción sobre la capacidad de

instruir pacientes en el uso de los mismos. **Resultados.** Hubo 130 participantes. El 49,2% especialistas o residentes. El 89,2% consideró una posibilidad moderada-alta de indicar inhaloterapia en su práctica habitual, siendo el dispositivo más formulado el inhalador presurizado (78%). De los participantes, menos del 5% reconoció todos los dispositivos, al respecto, la mayoría (78%) reconoció los presurizados, seguido por Ellipta® (65%) y Respimat® (49,2% con la misma tendencia se definió tanto la confianza de uso como la comodidad para instruir a los pacientes con las opciones presentadas. La mayor parte de los participantes consideró que Ellipta® es la mejor opción (40,8%) para un paciente con dificultades en la inhalación de medicamentos, seguido muy de cerca de los dispositivos presurizados (38,3%). Y la mayoría del personal acepta que invierte máximo 5 minutos del tiempo de consulta para instruir a los pacientes en el uso de inhaladores. **Conclusiones.** La mayoría de encuestados se considera capacitado para resolver las dudas de los pacientes usuarios de dispositivos de inhalación, lo que contrasta con una necesidad sentida en recibir formación adicional para fortalecer sus competencias al respecto, reconociendo que cada vez se dispondrá de más dispositivos innovadores.

Palabras clave: inhaloterapia, falla terapéutica, médicos.

1008 Mal de montaña agudo en México: incidencia, características clínicas y factores de riesgo

Ville Rodrigo, Gullías Alfonso, Elizalde José Javier

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Antecedentes. el 65% de la superficie terrestre del país se encuentra a más de 1000 metros sobre el nivel del mar (msnm) y 45.2% del territorio mexicano está catalogado como montañoso. El turismo de montaña ha mostrado un incremento reciente en México, lo que predispone a las personas que viajan a altitudes mayores a 2500 msnm a sufrir mal de montaña agudo (MMA) y sus complicaciones. Hasta la fecha no existen estudios publicados sobre la incidencia de MMA en México. **Objetivo.** describir, por primera vez, la incidencia, las características clínicas y los factores de riesgo del mal de montaña agudo en México. **Métodos.** se realizó un estudio transversal en el periodo de octubre 2016 a junio 2017 en 6 de las 11 montañas mexicanas con cumbre mayor a 4000 msnm. Se evaluó la presencia de mal de montaña agudo utilizando el Lake Louise Scoring System (LLSS), se describió las características clínicas acompañantes del ascenso a la altitud, y los factores de riesgo para desarrollar MMA, así como la respuesta conductual a la

enfermedad en 326 individuos expuestos de forma aguda a una altitud mayor a 3500 msnm por más de 3 horas. Resultados. la incidencia de mal de montaña agudo fue de 42%. De acuerdo a un análisis univariado, hubo una relación directa entre la altitud máxima alcanzada y la intensidad de los síntomas del MMA. Además, se encontró que el sexo femenino, un altitud de residencia menor a 2000 msnm y el peso de la mochila mayor a 10 kg incrementan el riesgo. Conclusiones. la incidencia del mal de montaña agudo en México es alta. Las implicaciones médicas de esta enfermedad y la gran cantidad de personas que visitan las montañas mexicanas constituyen un problema de salud poco reconocido en nuestro país.

Palabras clave: altura, altitud, hipoxia, montañismo, cefalea, mal de montaña agudo.

1024 Burnout en asociación a la capacidad laboral. Medicina interna versus cirugía de la UMAE HE No.1 del IMSS en León, Gto.

Alcaraz Liliana, Amador Norma, Luna Rafael, García Erica
Instituto Mexicano del Seguro Social

Hasta el momento, en México, existe escasa información sobre el Burnout en personal del área de la salud, tampoco existe nada que haga objetivo el deterioro laboral que presentan los trabajadores que presentan

este síndrome. El concepto de capacidad de trabajo se ha formulado, haciendo hincapié en que se trata de una condición que resulta de la combinación de los recursos humanos en relación con las demandas físicas de trabajo, mental y social, gestión, cultura organizacional, la comunidad y el lugar de trabajo. La capacidad de trabajo tiene valor predictivo para la invalidez, jubilación y la mortalidad. **Material y métodos.** Estudio observacional, transversal. Se realizó estadística descriptiva e inferencial. Para cubrir los requisitos para el Teorema del límite central se decidió ajustar a 30 pacientes por grupo, clasificándolos en Grupo 1: Médicos de medicina interna y ramas (Base, Interinato o Suplencia grupo 2: formado por Residentes de Medicina interna y sus ramas; grupo 3: Médico quirúrgico y sus ramas (Base, Interinato o Suplencia grupo 4: Residentes de cirugía y sus ramas. Para una muestra total de 120 médicos. Análisis estadístico. Se caracterizó la población al final del estudio mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas se compararon mediante χ^2 , y las numéricas mediante T de muestras independientes o U de Mann y Whithney. **Resultados.** El Burnout presenta relación con el número de enfermedades, encontrándose con mayor frecuencia a partir de 4 enfermedades, y menor frecuencia cuando se presen-

tan menos de 3 patologías. (p 0.0001), se presenta con mayor incidencia en quienes laboran promedio de 88 horas, y con menor frecuencia en pacientes con promedio de 66 horas (p 0.0001), se presenta mayormente en personal con menor antigüedad, y a partir de un promedio de 9 años disminuye su incidencia (p 0.002). Se encontró Burnout en médicos residentes en frecuencia de 75.6% versus el Médico de base con un 24.4% (p 0.001). De quienes presentaron burnout sólo 9.5% presentaron optima capacidad para el trabajo versus una óptima capacidad en un 51.3% en quienes no presentaron Burnout (p 0.0001). Dentro de los subgrupos analizados de residentes y médicos clínicos y quirúrgicos, existe diferencia significativa respecto a que los residentes clínicos presentaron Burnout en 34.1% respecto a los médicos clínicos en 14.6% y los residentes quirúrgicos en 41.5% versus los médicos quirúrgicos en 9.8% (p 0.002). El burnout se presentó en 2.5% del personal suplente, 75% del personal eventual (residente), 0% del personal interino y 22% del personal de base (p 0.002). **Conclusión.** Se pudo comprobar que la capacidad para el trabajo se ve afectada con el aumento de la prevalencia de Burnout, y éste, está directamente relacionado al tipo de contrato, así como a la cantidad de horas laboradas, por lo que el médico residente es

más vulnerable a padecer este síndrome, condicionándole una baja capacidad laboral a edades más jóvenes.

Palabras clave: burnout, capacidad para el trabajo, IMSS, UMAE.

1028 Neumonitis intersticial no específica y otras manifestaciones extraintestinales asociadas a enfermedad de Crohn: reporte de caso

Salinas Erika¹, Félix Jorge¹, Valdivia Monica², Gallegos Marcos³
1.Universidad La Salle, Hospital Ángeles Pedregal; 2.Hospital Ángeles del Pedregal; 3.Hospital Ángeles Pedregal, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción. La enfermedad de Crohn es una enfermedad sistémica con una variedad de manifestaciones extraintestinales en al menos el 25% de casos. La prevalencia general de manifestaciones broncopulmonares es sólo del 0,4%, de estas, la inflamación bronquial con o sin bronquiectasias.

Objetivo. Reportar un caso de Neumonitis intersticial no especificada asociada a enfermedad de Crohn, acompañada de otras manifestaciones extraintestinales. **Caso.** Femenino 65 años, diagnóstico porfiria aguda intermitente desde 1992, hipotiroidismo de larga evolución y enfermedad de crohn en 2010. En tratamiento con Prednisona 7.5 mg, Levotiroxina 25 mg, Lecarnidipino 10 mg, mesa-

lazina y trimebutina. Últimos 4 meses tos, dolor torácico, escalofríos y malestar general, con dx Neumonía por imagen, tratamiento con oseltamivir, moxifloxacino, indacaterol y budesonide. Persiste y se exacerba astenia, hipodinamia, ataque al estado general, expectoración hialina, dolor torácico de predominio en hemitórax derecho y disnea de medianos esfuerzos, SatO₂ 88%. Dolor articular generalizado, de predominio en articulaciones distales, con mejoría al reposo, baja de agudeza visual paulatina y progresiva con fotofobia. Eritema facial generalizado, aumento de las vibraciones vocales, estertores basales y sibilancias bilaterales, matidez en base pulmonar izquierda. En pierna anterior derecha, ulcera con bordes geográficos, violáceos, sobre nódulo eritematoso, compatible con pioderma gangrenoso. VSG 18 PCR de 7.01, procalcitonina menor a 0.05, resto normales.TC afección subpleural en parches con vidrio despulido y micronódulos. En valoración por oftalmología, diagnóstico de uveítis anterior. Inicia metilprednisolona, con mejoría parcial de sintomatológica, sin embargo persistió con manifestaciones clínicas y gastrointestinales. Coprológico normal, SOH negativo, panendoscopia con hernia hiatal, esofagitis grado b de Los Ángeles y úlceras lineales en íleon terminal. Calprotectina 185 mcg/g. Se agrega sucralfa-

to, metoclopramida y aumento de dosis de IBP. Patología con duodenitis crónica leve, gastritis crónica leve, hiperplasia foveolar, ileítis crónica leve, tiflitis crónica leve, colitis crónica con hiperplasia linfoide folicular y eosinofilia leve. Se descarta etiología infecciosa, quantiferon negativo, cultivos negativos. Con las manifestaciones articulares, los hallazgos de las lesiones cutáneas, oftalmológicas, la confirmación de Enfermedad inflamatoria y la respuesta parcial a esteroides de las manifestaciones pulmonares, se decide inicio con infliximab para tratamiento, con el cual presenta respuesta total, con TC de seguimiento con resolución de neumonitis intersticial inespecífica aguda. **Conclusión.** Existen distintas afecciones del parénquima pulmonar en la enfermedad de Crohn; incluyendo enfermedades pulmonares intersticiales. Los esteroides conducen a una mejoría marcada y en algunos casos se requiere la adición de ciclofosfamida o infliximab, como en este caso.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso, neumonitis intersticial inespecífico aguda, uveitis, complicaciones pulmonares, manifestaciones extraintestinales.

1029 Características clínicas y polisomnográficas de una cohorte de adultos mayores con SAHOS de la región nororiental de Colombia

Mendoza Tania, Rojas Jose Fernando, Villabona Andres Felipe, Bolivar Fabio, Cadena Miguel Oswaldo
Universidad Industrial de Santander

Introducción. El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS) se deriva de la obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, generado por un inadecuado tono motor de los músculos dilatadores de la lengua, ocasionando somnolencia diurna, ronquidos y pausas respiratorias, que se clasifica en función del índice apnea/Hipopnea (IAH: 5-15 ev/h leve, 15-30 ev/h moderado y > 30 ev/h severo). En adultos mayores, la variabilidad en hipoxemia, hipercapnia, reducción de la presión intratorácica y activación simpática/cortical, inducen mecanismos favoreciendo el desarrollo de enfermedades como hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica e incluso muerte súbita. Además se ha reportado que la alteración cognitiva en esta población puede ser secundaria a trastornos respiratorios durante el sueño. **Objetivo.** Caracterizar las variables clínicas y paraclínicas de una cohorte de adultos mayores con diagnóstico de SAHOS por polisomnograma. **Métodos.** Estudio de corte transversal con muestreo no probabilístico de casos consecutivos captados entre Noviembre 2014-Octubre 2015. Criterios

de inclusión: > 50 años con diagnóstico de SAHOS por PSG. Exclusión: Trastornos del sueño no SAHOS, actividad laboral con cambio de patrón sueño-vigilia, diagnóstico previo de SAHOS. Se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes generales, antropometría y escalas de Epworth, Berlín y StopBang. Análisis descriptivo, bivariado y capacidad discriminativa de las escalas de trastornos del sueño en SAHOS moderado/severo (SAHOS M/S) utilizando el software STATA V.14. **Resultados.** Análisis: 111 sujetos. Edad promedio 63,08+/-9.03 años (Rango: 50-89 años). Predominantemente hombres (57,6%). Prevalencia falla cardíaca 23,4%, obesidad 51,35%, HTA 62,1% DM 27%, tabaquismo 40,5%, peso 83,3 kg, IMC 31,5, perímetro del cuello 42 cm, perímetro abdominal 106,3 cms. Clasificación SAHOS: Leve 30,6% (n:34; IAH: 10,40), Moderado 21,6%(n:24; IAH: 21,67) Severo 47,65% (n:53; IAH: 40,47). Asociación estadísticamente significativa con SAHOS_M/S: Quedarse dormido sentado/inactivo en un lugar(OR:1.55; p:0.01; IC95%:1.0783-2.2419) -sentado conversando con alguien (OR:1.92; p: 0.01; IC95%: 1.1218-3.3201) -Apneas del sueño referidas por acompañante (OR:2.4; p:0.04; IC95%: 1.0079-5.9019) Discriminación Escalas para SAHOS M/S: Epworth: AUC: 0,6062 (S:100%-E:0%), Clasificación

Correcta: 69,37%. Berlín: AUC: 0,6079 (S:99%-E:4%), Clasificación Correcta: 67,79%. STOP BANG: AUC: 0,6437 (S:85%-E:42%), Clasificación Correcta: 71,14%. **Conclusión.** Se destaca la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y exposicional en esta cohorte de adultos mayores. El comportamiento de las medidas antropométricas y la asociación significativa con hipersomnia en inactividad hablando con alguien así como la descripción de apneas durante el sueño, demostraron una relación estadísticamente significativa con SAHOS_M/S, sin la inclusión de la valoración cognitiva.

Palabras clave: apnea obstructiva del sueño, polisomnografía, hipersomnia, ronquido.

1031 Valor predictivo de la escala ARISCAT sobre las complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía no cardíaca en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Ortiz Héctor Enrique, Anda Juan Carlos

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Antecedentes. Actualmente no se dispone de puntaje de riesgo validado externamente para las complicaciones pulmonares postoperatorias (CPP) en población Mexicana. **Marco teórico.** Las complicaciones pul-

monares postoperatorias (CPP) representan un factor de riesgo importante posterior a la cirugía. Las CPP consideradas más importantes por estar relacionadas con una mayor morbilidad y mortalidad son: atelectasia, neumonía, fallo o insuficiencia respiratoria y exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **Materiales y métodos.** Se registraron los factores (edad, saturación arterial de oxígeno preoperatorio en el aire, infección respiratoria aguda durante el mes anterior, anemia preoperatoria, cirugía abdominal, duración quirúrgica y cirugía de urgencia) Con ocurrencia de CPP (infección o insuficiencia respiratoria, broncoespasmo, atelectasia, derrame pleural, neumotórax o neumonitis por aspiración). Se evaluó sensibilidad y especificidad de la escala, así como valores predictivos positivo y negativo. **Resultados.** Un total de 159 pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, en el HE CMN Siglo XXI fueron registrados en el periodo de estudio, de los cuales 3 fueron excluidos debido a que no contaron con información. En la Escala ARISCAT, 38.5% de los pacientes fueron catalogados como con bajo riesgo, 37.8% con riesgo intermedio y 23.7% con alto riesgo. Los pacientes con complicaciones pulmonares tuvieron una mayor proporción de infección respiratoria en el último mes (42.9% vs 3.7%, $p < 0.001$), de cirugía de emergencia (47.6% vs 3%, $p < 0.001$),

de tiempo quirúrgico (3.9 vs 2.4 horas, $p = 0.001$), tiempo anestésico (4.6 vs 3.0 horas, $p = 0.003$) y estancia hospitalaria (16.6 vs 6.7 días, $p < 0.001$). También se observó una mayor frecuencia de riesgo alto por la Escala ARISCAT en el grupo de sujetos con complicaciones pulmonares, en comparación con aquéllos sin dichas complicaciones (57.1% vs 18.5%, $p < 0.001$). En el análisis de curva ROC, se observó un área bajo la curva de 0.767, y se identificó como el mejor punto de corte el Riesgo Intermedio. De esta forma, el análisis se redujo a la comparación de 2 categorías: Riesgo Bajo vs Riesgo Intermedio y alto juntos, obteniendo una sensibilidad del 95.2%, especificidad del 43.7%, un valor predictivo positivo de 20.8% y un valor predictivo negativo de 98.3%.

Palabras clave: ARISCAT, valoración preparatoria, complicaciones pulmonares postoperatorias, cirugía no cardíaca.

1032 La prueba de función de extremidades superiores (FES). Una herramienta sencilla para médicos no geriatras en la valoración funcional del adulto mayor hospitalizado

Alfaro Fabian Alonso, Ferrel Christopher Rubén, Pajarito Juanita Angélica, Aguayo Olivia Alejandra, Venegas Juan Manuel, Jimenez Carlos Alberto
Hospital General Regional No 46 IMSS

Introducción. Funcionalidad es la capacidad de realizar de forma autónoma actividades que permiten vivir de modo independiente. La manera de determinar la capacidad funcional del adulto mayor es a través de actividades de la vida diaria (AVD). No existe un patrón de oro para valorar las AVD pero el índice de Barthel es la escala más utilizada. Recientemente, las actividades realizadas por las extremidades superiores, han adquirido un lugar en la evaluación funcional, al ser un predictor de riesgo para eventos clínicos intrahospitalarios y de mortalidad a mediano plazo. En México, no se encuentran estudios que utilicen las nuevas escalas para valoración funcional y su repercusión en el pronóstico durante la hospitalización. **Objetivo.** Determinar la asociación entre la prueba de FES con dependencia y desenlaces adversos en los adultos mayores hospitalizados. **Materiales y métodos.** Estudio de cohorte prospectivo en el Hospital General Regional No 46 de marzo a junio de 2017. Se incluyeron a todos los pacientes ingresados al servicio de Geriatría, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó la prueba de FES que consiste en 4 tareas realizadas por las extremidades superiores al ingreso y egreso hospitalario: sostener un vaso lleno con agua, quitar la tapa de un frasco, tocarse la escápula ipsilateral y uso de cubiertos

de cocina, además de la valoración geriátrica integral. Se dio seguimiento a los pacientes hasta el egreso o defunción, registrando la presencia de desenlaces adversos. Se realizó la comparación de los desenlaces adversos entre grupos con y sin dependencia por FES. El análisis descriptivo se hizo calculando frecuencias, porcentajes, medias y medianas, para medidas de dispersión se utilizaron desviación estándar y rangos. En el análisis de variables categóricas se utilizó Chi-cuadrada y para variables cuantitativas U de Mann-Whitney y T de student acorde a la distribución. Se calculó el Odds Ratio (OR) por método de Mantel-Haenszel. **Resultados.** Se incluyeron en total 248 pacientes, 45.6% presentó dependencia por FES y 80.6% por índice de Barthel. El diagnóstico de dependencia por FES tuvo especificidad de 85.4% y sensibilidad del 53%, VPP de 93.8% y un VPN de 30.4%. La dependencia por FES tuvo asociación con mortalidad (OR 5.49; IC 95% [2.15-14]; $p < 0.001$), delirium intrahospitalario (OR 6.57; IC 95% [3.46-12.45]; $p < 0.001$) e infección nosocomial (OR 2.94; IC 95% [1.65-5.27] $p <$

0.001). El riesgo de presentar dependencia por FES al egreso se incrementó para los pacientes que desarrollarlo delirium intrahospitalario (OR 4.54; IC 95% [2.01-10.25]; $p < 0.001$), e infección nosocomial (OR 10.58; IC 95% [3.64-30.71]; $p < 0.001$). **Conclusiones.** Nuestro trabajo demostró que las actividades realizadas por las extremidades superiores son una prueba objetiva, rápida y sencilla que aporta información de la capacidad funcional actual de adulto mayor hospitalizado, especialmente como predictor de eventos adversos. **Palabras clave:** funcionalidad, extremidades superiores, adulto mayor, eventos adversos, mortalidad, delirium.

1036 Validación de 5 pulsoxímetros

Sánchez Edson Abraham
Hospital General de Ticoman

Antecedentes. La pulsoximetría estima la saturación arterial de oxígeno mediante la absorción de un haz de luz infrarroja por la oxihemoglobina. **Objetivo.** Determinar la validez y la confiabilidad interinstrumento de cinco pulsoxímetros comúnmente

usados en la práctica clínica. **Material y métodos.** 101 pacientes, 63 hombres y 38 mujeres mayores de 18 años de edad, con línea arterial para toma de gasometría y midiendo simultáneamente la saturación de oxígeno con 5 pulsoxímetros de uso habitual. **Resultados.** Se determinaron medianas y porcentajes de los 5 pulsoxímetros entre sí mediante prueba de Friedman con similitud en las mediciones realizadas por c/u de ellos con $p = 0.08$; todos los oxímetros se correlacionaron de manera positiva contra la prueba estándar de oro (correlación de Pearson). Oxímetro 1: $r = 0.90$; oxímetro 2: $r = 0.64$; oxímetro 3: $r = 0.57$; oxímetro 4: $r = 0.84$ y oxímetro 5: $r = 0.89$; el área bajo la curva mostró oxímetro 1 (0.89), oxímetro 2 (0.88), oxímetro 3 (0.87), oxímetro 4 (0.83), oxímetro 5 (0.85) con $P < 0.05$. **Conclusiones.** El pulsoxímetro número 1 es el que muestra mejor rendimiento comparado con la gasometría. Al comparar los oxímetros entre sí el rendimiento es igual. **Palabras clave:** pulsoximetría, gasometría arterial, validez, correlación, estándar de oro, área bajo la curva.