



MISCELÁNEOS



0014 Neumonía por *Streptococcus viridans* asociado a la ventilación mecánica en un paciente adulto mayor. Reporte de caso

Álvarez Roberto Rafael¹, Salcedo Mario I²

¹ Hospital General Cuautitlán José Vicente Villada; ² Hospital General de Cuautitlán

Introducción: la neumonía sigue siendo la causa más importante de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor. En los países industrializados, es la cuarta causa de muerte en mayores de 65 años y es la primera causa de muerte por infecciones en el anciano. La letalidad radica en que tienen una menor reserva respiratoria, una mayor incidencia de enfermedades concomitantes y una capacidad inmunológica disminuida. **Caso clínico:** paciente femenino de 80 años de edad, la cual acude a urgencias posterior a pérdida del estado de alerta por caída de su plano de sustentación. Se le diagnostica ruptura de aneurisma de arteria carótida derecha y hemorragia subaracnoidea Fisher IV/ Hunt y Hess IV. La paciente fue tratada quirúrgicamente con craneotomía y clipaje de aneurisma. A los 10 días de soporte ventilatorio presenta febrícula y leucocitosis de 14 mil con predominio de neutrófilos del 83%. La radiografía de tórax reveló imágenes de llenado alveolar y consolidación basal izquierda. Se le realizó TACAR donde encontra-

mos consolidación del lóbulo inferior izquierdo con broncograma aéreo y derrame pleural mínimo. Los cultivos reportaron estafilococo epidermidis, *Acinetobacter baumannii* y *Escherichia coli*, manejándose con meropenem durante 10 días. Continuo con apoyo mecánico ventilatorio, en un periodo de tiempo total de 5 semanas. Fue egresada a domicilio con estatus de traqueotomía. **DISCUSIÓN** La neumonía ocasionada por *Streptococcus viridans*, considerado flora normal es poco frecuente. En este caso la presentación clínica corresponde a un caso de neumonía lobar por *Streptococcus viridans* la cual es poco frecuente en las descripciones de la literatura médica en los casos relacionados a la ventilación mecánica. **Conclusión:** cada vez es más frecuente observar adultos mayores que requieran atención hospitalaria por neumonía. Los últimos reportes revelan una mayor incidencia de gérmenes considerados como flora normal. El inicio temprano de los antibióticos basado en el contexto clínico disminuye la aparición de complicaciones asociadas a la elevada mortalidad por neumonías en todos los grupos de edad. La ventilación mecánica sigue siendo considerada la mejor estrategia para la resolución de la hipoxemia derivada de consolidación pulmonar infecciosa.

Palabras clave: neumonía, *Streptococcus viridans*, ventilación.

0026 Relación entre alteración de glucosa en ayuno y niveles de fibrinógeno en pacientes atendidos en el Hospital General Ticomán

Avilés Gustavo, Dávila David, Rubio Alberto Francisco, Elizalde Cesar Iván, Huerta Saúl
Hospital General Ticomán

Introducción: la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica, caracterizadas por hiperglucemia como resultado de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La ADA considera las siguientes categorías de alto riesgo para el desarrollo de DM: glicemia alterada en ayuno (100-125mg/dl), intolerancia a la glucosa (glicemia 2hrs post carga de 75grs glucosa = 140-199mg/dl), HbA1c si 5.7-6.4%. El fibrinógeno es un factor de riesgo para el desarrollo de DM2, HAS y dislipidemia. **Objetivo:** Evaluar la posible diferencia del nivel de fibrinógeno entre 3 grupos de pacientes (sin disglucemia, con disglucemia y con DM2) y si este se correlaciona con el nivel de glucosa en ellos. **Material y métodos:** estudio Transversal, comparativo, prolectivo, en el cual se incluyeron a pacientes provenientes de consulta externa del servicio Medicina Interna, ulteriormente se asignaron a 3 grupos (sin disglucemia, con disglucemia y con DM2). El análisis estadístico se realizó la comparación de medias con prueba de Kruskal-Wallis, además se utilizó el coeficiente de correlación

de Spearman para identificar asociación entre fibrinógeno y glucosa. **Resultados:** i. No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=.331$) en el nivel sérico de fibrinógeno entre los tres grupos de pacientes. ii. Dentro del grupo de pacientes con alteración de la glucosa en ayuno no se detectó correlación estadísticamente significativa entre el nivel de fibrinógeno y el nivel de glucosa ($r = -.225$, $p=.402$). **Conclusión:** a. El nivel más ↑ de fibrinógeno lo obtuvo el grupo de DM2, seguido del grupo sin disglucemia. b. No parece existir el menos por nuestros resultados una relación entre la ↑ de glucosa y el nivel de fibrinógeno en el contexto de pacientes sin diagnóstico de DM2. **Discusión y perspectivas:** dentro de las limitaciones de este estudio fue el ser transversal y unicéntrico por lo que se deben de diseñar estudios longitudinales, metacéntricos, para determinar la posible relación entre la resistencia a la insulina los niveles de glucosa en pacientes no diabéticos con el nivel de fibrinógeno, con el objetivo de establecer estrategias que permitan la prevención y control de la DM2.

Palabras clave: disglucemia, diabetes mellitus, fibrinógeno, glucosa alterada en ayuno.

0028 Síndrome de Good: una inmunodeficiencia olvidada

Mendoza Diego Antonio, Hinojosa Moisés, García Ulises Noel, Ramírez Juan Carlos

Centro Médico Nacional del Bajío, UMAET1, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: definido como una inmunodeficiencia humoral y celular asociada a timoma, siendo el síndrome de Good una rara causa de inmunodeficiencia descrita por primera vez en 1954-1955 por el doctor Robert Good con escasos casos reportados siendo hasta en marzo del 2016 251 casos registrados en Europa acorde al registro de Orphanet y 8 casos registrados en América latina hasta enero del 2016 según lo reportado en LASID.

Objetivo: reporte de un caso con síndrome de Good. **Métodos:** se presenta un femenino de 55 años de edad con antecedente de timoma de predominio linfocítico B1 OMS diagnosticado en 2002, realizándose timectomía en 2003 quien inicia posteriormente con datos de síndrome anémico secundario a aplasia pura de células rojas, tratado con terapia inmunosupresora hasta el 2005. Posteriormente cursa con candidiasis mucocutánea e infecciones gastrointestinales y respiratorias recurrentes asociado a hospitalizaciones por cuadros neumónicos y pérdida de peso no intencionada. En febrero 2016 acude por insuficiencia respiratoria tipo 1 y cuadro sugestivo de neumonía. Durante su estancia hospitalaria, se realiza TAC torácica encontrándose bronquiectasias y atelectasias a nivel pulmonar, por lo cual se solicitaron niveles séricos

de inmunoglobulinas ante la sospecha de un cuadro de inmunodeficiencia. **Resultados:** se encuentra con los siguientes niveles séricos de inmunoglobulina del 27 de junio 2016: IgG < 151mg/dl, IgA < 23.3, IgM < 16.8, integrando el síndrome de Good tras el antecedente de timoma y aplasia pura de células rojas presente hasta en el 34% de los casos, iniciando tratamiento con gammaglobulina G a dosis sustitutivas de .6gr/kg en espera de resultado de subpoblación de linfocitos. **Conclusiones:** se debe de investigar intencionadamente en todo paciente con antecedente de timoma la presencia de hipogammaglobulinemia para un diagnóstico y tratamiento precoz con gammaglobulina G IV ya que su administración temprana es el único tratamiento que ha demostrado disminución de cuadros infecciosos, hospitalizaciones y por consiguiente de la mortalidad de quienes padecen tal síndrome.

Palabras clave: inmunodeficiencia, timoma, hipogammaglobulinemia, raro.

0039 *Serratia marescences*: etiología excepcional de mediastinitis necrosante descendente

Morales Andrea Yosajany¹, Hernández Daniel Ramón¹, Valencia Raúl¹, Espinosa Eliseo²

¹ Hospital Ángeles Clínica Londres;

² Hospital General de México/ Hospital Ángeles Clínica Londres

La mediastinitis necrosante descendente (MND) caracterizada



por inflamación aguda del tejido conectivo del mediastino secundario a un proceso infeccioso de cabeza y cuello tiene una mortalidad del 30 al 50% con agentes etiológicos conocidos. Presentamos el caso clínico de MND posquirúrgico con choque séptico por *Serratia marescens*. Femenino 25 años con antecedente de resección de lipoma cervical derecho 15 días previos a su ingreso, resto negado. Inició 3 días previos con ataque al estado general, hiporexia, escalofríos y fiebre cuantificada en 38°C, aumento de volumen de región cervical debajo de cicatriz quirúrgica, flogosis, disfonía y disfagia progresiva sólidos a líquidos. Se recibió con TA 70/40, FC 104 FR 32 T 38.5°C Glasgow 12 (O3, V4, M5) iniciando manejo avanzado de vía aérea, reanimación hídrica sin respuesta con necesidad de norepinefrina. Se indicó vancomicina/imipenem por antecedente quirúrgico. Laboratorio y gabinete: anemia grado I de la OMS, leucocitosis, neutrofilia, trombocitopenia moderada, lesión renal aguda AKI II y acidosis mixta. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastinal, derrame pleural bilateral 30%, infiltrados parahiliares intersticiales derechos y neumomediastino en región superior. Se realizó cervicotomía y toracotomía bilateral con drenaje de 200cc de material purulento, comunicando cuatro sondas mediastinales a través de pleura con succión continua sin

complicaciones. Se tomaron hemocultivos, cultivos pleurales y de absceso cervical identificando a las 48 horas *Serratia marescens*. Se ingresó a unidad de cuidados intensivos respiratorios para posquirúrgico. A las 24 horas, TC de tórax con gas paratraqueal bilateral y en espacio retrovisceral derecho, neumomediastino, colección 50cc en mediastino superior, focos neumónicos en lóbulo medio e inferior derecho. Se mantuvo con ventilación mecánica asisto-controlada 48 horas y se programó traqueostomía temprana. A los 10 días, se retiraron sondas pleural bilaterales. A los 13 días se inició con éxito destete de la ventilación mecánica y se egresó 72 horas posteriores con manejo como externo. La infección por *Serratia marescens* como causa de mediastinitis se considera etiología excepcional y de nula sospecha diagnóstica. El sospecharla como diagnóstico diferencial en MND posquirúrgico junto con los cultivos, las gravedades intrínsecas sugieren la necesidad básica de un enfoque multidisciplinario para aportar tratamiento oportuno y reducir la morbimortalidad.

Palabras clave: *Serratia, marescens*, mediastinitis, necrosante, descendente, choque séptico.

0047 Síndrome de secreción inapropiada de hormona anti-diurética asociado a la ingesta de inhibidores de la recaptura de serotonina: reporte de un caso

Santana Israel, Pérez Mayra, Ciro Evangelina

Hospital General de Zona Número 27 IMSS, Cd. de México

Introducción: la hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente, especialmente en personas de edad avanzada, siendo el síndrome de secreción inadecuada de hormona anti-diurética (SIADH) la causa más frecuente. Las etiologías más comunes de hiponatremia incluyen pseudohiponatremia por hipertrigliceridemia o hiperproteinemias, pérdidas renales o extrarrenales, deficiencia de glucocorticoides, insuficiencia renal o cardiaca, etc. Los antidepresivos son los medicamentos para los que existe más información relacionada con esta reacción adversa. **Caso:** femenino de 61 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con metoprolol y enalapril, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, metformina y acarbosa, y trastorno depresivo mayor en tratamiento con sertralina desde hace 4 meses. Índice tabáquico 30. Niega ingesta de diuréticos. Cuadro de 3 meses de evolución con episodios de vértigo, cefalea holocraneana, confusión mental y náuseas. 7 caídas durante este periodo. Ingresó a medicina interna por TCE leve secundario a episodio de vértigo. EF: Glasgow 14, equimosis periocular bilateral, Romberg y nistagmus negativo. Sin Dismetrias ni disdiadococinecias, tiroides no

palpable, mucosas hidratadas, sin edema. Laboratorio y gabinete: Radiografía de tórax y TAC de cráneo normal. Colesterol 173 mg/dL, Triglicéridos 120 mg/dL. Albumina 3.0 g/dL. Leucocitos 10x10³, NT 7.4 x10³, Hb 14 g/dL, Plt 384 x10³, glucosa 260 mg/dl, urea 27 mg/dL, BUN 12 mg/dL, Cr 0.8 mg/dL, NA 105 mmol/L, K 3.0 mmol/L Cl 105 mmol/L, T4T 9.8 ug/dL, TSH 3.2 UI/ml. Sodio en orina 125 SQL, Potasio en orina 19 SQL, Calcio en orina 7,1 mg/dL, Osmolaridad sérica 224. Osmolaridad en orina 220. **Conclusión:** la hiponatremia es un trastorno electrolítico frecuente y potencialmente grave en pacientes de edad avanzada. Debido a que el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética es un diagnóstico de exclusión, muchas veces es infradiagnosticado, por esta razón es primordial incluir en el diagnóstico diferencial la ingesta de medicamentos, teniendo en cuenta que la tasa de incidencia anual en mayores de 64 años es de 5 por cada 1000 expuestos a inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). La mayoría de los casos aparecen en el primer mes de tratamiento y gran parte de ellos se recupera en las dos semanas siguientes a la retirada del fármaco.

Palabras clave: secreción inadecuada, hormona, antidiurética, asociado, inhibidores recaptura, serotonina.

0052 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en paciente

joven secundaria a déficit de alfa-1 antitripsina, reporte de caso. Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Infante Héctor, Rivera César, González Jocelyn Raquel, Martínez Sergio, Citalan José Antonio, Domínguez Carlos, Monera Fernando

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México

Introducción: la deficiencia de alfa-1 antitripsina es un desorden genético caracterizado por su disminución en concentraciones séricas (< 50-80 mg/dl) o en su producción de una forma disfuncional. Es una antiproteasa endógena y su déficit ocasiona patologías que afectan la estructura y función pulmonar. Causa el 50% de casos de EPOC en pacientes menores de 45 años, debido a la falta de estudios y cohortes no se puede conocer con certeza la incidencia y prevalencia de esta en nuestro país. Los síntomas más frecuentes: disnea (84%) y sibilancias (65%).

Descripción del caso: femenino de 40 años, cuenta con el antecedente de EPOC diagnosticada a los 24 años, en tratamiento irregular con salbutamol a demanda, dependiente de oxígeno suplementario desde hace 2 años, 24 horas al día. Índice humo-leña: 130, niega tabaquismo. Acude a nuestra unidad hospitalaria por cuadro de disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, diaforesis, tos cianozante con expectoración hialina y dolor

torácico difuso. A la exploración física: cianótica con dificultad respiratoria, campos pulmonares con estertores bilaterales diseminados, saturación: 60% respirando al aire ambiente, que mejora a 80% con oxígeno suplementario. Placa de tórax con infiltrados alveolares difusos bilaterales. Tomografía simple de tórax con enfisema bulloso asociado a zonas de neumonitis por proceso infeccioso agregado, zonas de fibrosis, atelectasias laminares y derrame pleural. Laboratorios: leucocitosis, gasometría con acidosis respiratoria (pCO₂=86 mmHg) Ecocardiograma: FEVI 85%, insuficiencia tricuspídea severa, PSAP 140 mmHg. Espirometría con reporte de patrón obstructivo. Se mantiene por 48 horas con apoyo ventilatorio no invasivo (CPAP). Se solicita cuantificación sérica de alfa-1 antitripsina que se reporta en 35 mg/dl. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se retira apoyo de ventilación mecánica y posterior a su estabilización hemodinámica y remisión de cuadro infeccioso se decide egreso para manejo ambulatorio. **Comentario:** la deficiencia de ATT tiene un papel trascendental en la génesis de la neumopatía. El tamizaje se realizará en pacientes con EPOC menores de 45 años, expuestos a pocas cantidades de humo de cigarro y otras partículas nocivas. Oportunamente permitirá ofrecer medidas preventivas para retrasar la progresión de la enfermedad ya que aunque existen muchas



opciones terapéuticas, son poco accesibles económicamente y ninguna ha demostrado eficacia. **Palabras clave:** EPOC, anti-tripsina¹, bullas, joven, déficit, hipoxia.

0060 Utilidad de una intervención educativa en el uso racional de estudios de imagen

Salazar Carlos Eduardo

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Se ha evidenciado en diversos estudios la falta de conocimiento del personal médico sobre la dosis de radiación que es emitida por los estudios más prescritos en la actualidad así como la solicitud de estudios llevados a cabo sin indicación que fallan en proporcionar información que beneficie al diagnóstico y/o tratamiento del paciente. Nuestro objetivo es fomentar el uso racional y justificado de los estudios de imagen, disminuyendo costos y riesgos asociados mediante un ejercicio académico. El presente es un estudio unicéntrico de intervención, luego de obtener consentimiento de los residentes de medicina interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González se procederá a su reclutamiento. Se llevará a cabo una intervención educativa mediante sesiones en conjunto con el servicio de Imagen Diagnóstica añadidas al programa académico anual así como difusión de pósters con las principales indicaciones para los estudios de imagen más solici-

tados en nuestro departamento, su costo y la dosis de radiación que éstos conllevan; luego de un seguimiento a doce meses se realizará un análisis multivariado de los resultados obtenidos. Los cinco estudios de imagen más solicitados en el departamento de medicina interna durante el año 2015 fueron TC abdomen simple (19.3%), TC tórax simple (14.8%), TC abdomen contrastado (10.2%), TC cráneo simple (9.6%) y RMN cerebro simple (7.6% esto concuerda con lo encontrado en los primeros seis meses del presente año. En el índice de tomografías realizadas obtuvimos una media de 12.3, que contrasta con 22.5 en 2015; en el índice de tomografías repetidas media de 5.1 versus 11.4 reportado en el año previo. Finalmente, en el índice de tomografías justificadas encontramos una media de 77.1, similar al 81.0 que se registró en 2015. Es importante destacar que el número de ingresos a nuestro departamento ha sido considerablemente menor en el primer semestre de 2016 comparado con el año anterior (1381 versus 866) lo cual incide además en el número total de estudios realizados (308 versus 114 sin embargo los índices elaborados muestran una tendencia favorable a nuestra intervención tras apenas la mitad del seguimiento propuesto. Durante los próximos seis meses el Subprograma de Uso Racional de Estudios de Imagen ideado en nuestra institución continuará brindando

información sobre la utilización o sobreutilización de estudios de imagen, así como su impacto clínico y económico.

Palabras clave: radiología, tomografía, educación, radiación, prevención.

0065 Síndrome de May Thurner. Reporte de caso clínico

Ibarra Héctor Raúl, Del Cueto Ángel Noe, Atilano Alexandro, Serna Griselda, González Camilo Daniel, Galarza Dionicio Ángel, Villarreal Miguel Ángel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: el síndrome de compresión de la vena ilíaca (May-Thurner) es una entidad clínica rara. **Descripción del caso:** masculino de 23 años, sin antecedentes relevantes. Acude a consulta por dolor en extremidad inferior izquierda de 3 días de evolución, inicio súbito, acompañado de edema, eritema e hiperemia en la totalidad de la extremidad. Al ingreso afebril y hemodinámicamente estable; saturando 97% al aire ambiente. En extremidades pulsos presentes, aumento de volumen, dolor, calor, e hipertermia en extremidad inferior izquierda. Se realiza tomografía toraco-abdomino-pélvica contrastada en donde se evidenció tromboembolismo pulmonar, trombosis en vena iliaca común izquierda hasta la femoral común, compresión de la vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca contralateral, con lo cual se diagnóstica

síndrome de May-Thurner. Se descarta neoplasia o coagulopatía. Se brinda anticoagulación con Rivaroxabán. **Conclusiones:** la incidencia clínica de TVP relacionada con síndrome de May-Thurner es baja, 2-3%. La presentación más común es TVP aguda. Se requiere una evaluación concurrente para trombofilia, ya que hasta el 67% de los pacientes con Síndrome de May-Thurner puede presentar trombofilia. Ecografía dúplex es el examen de elección inicial para la TVP de las extremidades inferiores. El estándar de oro para diagnóstico es la venografía con contraste. El síndrome de May-Thurner sintomático debe ser tratado, para prevenir secuelas. La anticoagulación con heparina de bajo peso molecular preferentemente. El tratamiento definitivo requiere la revascularización. Mayor eficacia reportada con trombólisis dirigida por catéter, trombectomía mecánica y colocación de stent adyuvante. En el caso presentado se inició tratamiento únicamente con rivaroxabán. Durante el seguimiento ambulatorio de 2 años presentó mejoría clínica y sin presentación de complicaciones. La compresión de la vena ilíaca debe considerarse en el abordaje de TVP de la pierna izquierda.

Palabras clave: síndrome de May Thurner, TVP, rivaroxabán.

0074 Síndrome de Good (SG): un abanico de manifestaciones clínicas de origen inmunológico

Campos María Guadalupe, Ramírez Jimena, Ríos Martín Armando, Chávez Diana Amé-rica, Moreno Alejandra, Blanco Enrique Alejandro
HE Dr. Bernardo Sepulveda, UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: el SG es un síndrome paratímico caracterizado por el desarrollo de inmunodeficiencia mixta, de predominio humoral en pacientes con timoma, lo que condiciona una marcada susceptibilidad a infecciones y alteraciones autoinmunes. En la presentación clínica predominan las infecciones sinopulmonares recurrentes, dentro de las alteraciones inmunológicas, las más raras son las cutáneas. Presentamos un caso de este raro síndrome con la finalidad de mostrar el comportamiento clínico-patológico de esta rara entidad. **Caso clínico:** mujer de 77 años diabética controlada, que desde hace 8 años presenta vitíligo y alopecia no cicatricial, con cuadros recurrentes de infecciones sinopulmonares y un episodio de neumonía grave por *S. pneumoniae* durante la cual se realizó tomografía de tórax documentándose bronquiectasias y como hallazgo una tumoración mediastinal. Al momento de la valoración se encontraba asintomática. El panel viral para hepatitis B, C y VIH, BAAR, Gen Xpert, inmunológicos y estudios hormonales fueron normales o negativos. Los niveles séricos de inmunoglobulinas fueron: IgG:

565 (700-1600), IgA: 133 (70-400), IgM: 54.8 (40-230), IgE: 0.23. La citometría de flujo reportó linfocitos CD45: 1181 (4,000-10,000 células/mm³), CD3: 943 (700-2700 cel/mm³), linfocitos T CD4: 427 (nl: 500-1200 células/mm³), Linfocitos T CD8: 483 (nl 400-1600 células/mm³), con una relación CD4/CD8 invertida (0.88; normal >1). La histopatología del tumor mediastinal fue concluyente para timoma A de la clasificación de la OMS. Con los hallazgos anteriores se estableció el diagnóstico de SG y se inició manejo con ciclos mensuales de inmunoglobulina, presentando franca mejoría clínica y cese de las infecciones recurrentes, sin embargo con persistencia de las alteraciones cutáneas, agregándose un año después de la timectomía la presencia de liquen plano simple generalizado. **Conclusión:** el SG es una causa subdiagnosticada de inmunodeficiencia primaria de presentación tardía que debe considerarse en el diagnóstico diferencial en adultos con infecciones recurrentes en ausencia de VIH. La presentación atípica de este caso debutando con inmunodeficiencia humoral, alopecia y vitíligo simultáneamente, previo a la identificación del timoma remarca la diversidad clínica. Con tan solo 152 casos documentados, la alta morbimortalidad destaca la importancia de la identificación temprana y tratamiento oportuno, lo que impacta en el pronóstico del paciente.



Palabras clave: síndrome de Good, hipogammaglobulinemia, infecciones recurrentes, timoma, inmunodeficiencia, humoral.

0078 Apego a esquema de tromboprofilaxis farmacológica por medio de un recordatorio electrónico en pacientes con riesgo alto para evento tromboembólico mediante puntaje de Padua

Martínez Rolando Jacob, Reyes Alan Ledif, Álvarez Natalia, Canal Alejandra

Hospital Universitario UANL Dr. José Eleuterio González

Introducción: la aparición de eventos tromboembólicos en pacientes hospitalizados es una situación potencialmente prevenible. La aplicación de recordatorios electrónicos ha demostrado mejora en el apego a las medidas sugeridas de tromboprofilaxis por el American College of Chest Physicians en sus guías de recomendación. **Material y métodos:** estudio ambispectivo, descriptivo, observacional de pacientes admitidos donde se realizó análisis retrospectivo de 793 pacientes comprendido de Mayo del 2015 a Junio del 2015 y análisis prospectivo del periodo comprendido de Julio del 2015 a Julio del 2016 donde se incluyeron 1588 pacientes en el área de Medicina Interna del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León comprendida por dos salas de internamiento con 59 camas censables. Dichos datos

se obtuvieron a través de un sistema electrónico de indicaciones medicas el cual aplica Puntaje de Padua. Se estableció a partir de julio del 2015 al momento de elaborar el puntaje de Padua dependiendo del resultado obtenido si este es mayor de 4 puntos el sistema electrónico de indicaciones medicas despliega un recordatorio en el cual sugiere la aplicación de tromboprofilaxis farmacológica (Heparina 5000 UI subcutánea cada 12 horas) la cual puede ser agregada a criterio del medico tratante. El objetivo primario evalúa el apego por medio de un recordatorio electrónico a las medidas de tromboprofilaxis establecidas en las recomendaciones (2012) del ACCP (American College Chest Physicians) en pacientes con riesgo alto de evento tromboembólico (Puntaje de Padua > 4 puntos). **Resultados:** en el periodo retrospectivo se incluyeron 793 pacientes donde el apego a medidas de tromboprofilaxis farmacologica se reporto en 84.3% en el grupo de pacientes con definición de alto riesgo para evento tromboembólico según el Puntaje de Padua En el periodo prospectivo 1588 pacientes donde se implemento el recordatorio electrónico se encontró un apego de 90.2% a la aplicación de medidas de tromboprofilaxis en el grupo de pacientes antes mencionados. **Discusión y Análisis:** la estratificación de riesgo de evento tromboembólico temprana con Puntaje de Padua recordatorio

electrónico para aplicación de tromboprofilaxis farmacológica al ingreso del paciente da la oportunidad de su aplicación de manera temprana. **Conclusiones:** la implementación de un recordatorio electrónico mejora el apego a las medidas de tromboprofilaxis.

Palabras clave: tromboembolismo, tromboprofilaxis, recordatorio electrónico, puntaje de Padua.

0135 Poliangeítis con granulomatosis generalizada en mujer de 17 años asociado a brucelosis

Calvo Viridiana, Garzón Katheryn Betsabé

Hospital General Dr. Manuel Gea González

La poliangeítis con granulomatosis es una vasculitis sistémica, necrotizante asociada a la presencia de ANCA con patrón de tinción citoplasmática dirigido contra la proteinasa 3 (PR3). Se caracteriza por lesiones inflamatorias granulomatosas y necrotizantes localizadas principalmente en la vía respiratoria, asociadas a glomerulonefritis pauci-inmune. La incidencia anual es de 7 a 12 casos por millón de habitantes y la edad más frecuente de diagnóstico es de 45 a 60 años. Femenino de 17 años, sin antecedentes de importancia quien inició padecimiento con tos seca, en accesos. 2 reportes de *Brucella abortus* + (1:80). TAC de tórax con consolidación en pulmón izquierdo con zona de cavitación

central, nivel hidroaéreo, adenopatías mediastinales con centro hipodenso, paratraqueales superiores y prevasculares. Leu 17, Neu 14.7, Hb 7.1 Hto 23.3, Plt 712, PCR 28.327, EGO sangre +++. Exploración: conjuntiva hiperémica, quemosis, edema palpebral, nariz con deformidad silla de montar, síndrome pleuropulmonar de cavitación apical izquierdo, dolor a la palpación en articulaciones interfalángicas, rodillas y tobillos y edema de miembros pélvicos ++. Oftalmología diagnosticó queratitis ulcerativa periférica. Endoscopia nasal con mucosa hiperémica de aspecto granulomatoso con inflamación (biopsia: inflamación aguda abscedada y granulomatosa que rodea vasos de pequeño calibre necrosados). Se recabó cANCA 1:160, antiPR3 151, confirmándose poliangeítis granulomatosa. Sedimento urinario con eritrocitos dismórficos > 40% y microproteína en orina de 354. Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa difusa con lesiones necrosantes segmentarias de tipo pauciinmune (glomerulonefritis ANCA + clase crescéntica), cambios regenerativos acentuados en epitelio tubular y arteriopatía leve. Se inició esquema de inducción con hidrocortisona y ciclofosfamida. Brucella: Ig totales 1:320, IgM positivo 1:80. Se inició doxiciclina y estreptomina. Gammagrama óseo: proceso inflamatorio en articulaciones sacroilíacas y coxofemoral derecha. De acuerdo

al ACR, el diagnóstico es con 2 de 4 criterios, de los cuales nuestra paciente contaba con todos: involucro nasal, nódulos y cavitaciones en estudio de imagen, sedimento urinario con hematuria y cambios histológicos con infiltrado granulomatoso perivascular. Se catalogó como poliangeítis con granulomatosis generalizada con afección en vía respiratoria, renal, ocular y músculoesquelética asociada a brucelosis sistémica.

Palabras clave: vasculitis, brucelosis, glomerulonefritis.

0142 A propósito de caso: paciente femenino de 32 años de edad con cuadros repetitivos de infecciones recurrentes como presentación clínica de inmunodeficiencia común variable

Chávez Cristian Leonardo¹, Alcaraz Liliana¹, Jáuregui Jorge Alberto¹, Mendoza Guillermo¹, García Ulises Noel², Ortega Ricardo¹, Salazar Cynthia Jeanette²

¹ CMN UMAE T1 Bajío; ² CMN UMAE T1

La inmunodeficiencia común variable (ICV) se caracteriza por una falla en la producción de anticuerpos asociada a múltiples fenotipos clínicos. Sólo en 10% de los casos se ha detectado alguna mutación. La importancia de esta patología es que llega a retardarse el diagnóstico hasta por 8 años haciendo que pase subdiagnosticado y que los pacientes no reciban un tratamiento adecuado. La ICV se

caracteriza por una presentación bimodal con picos a los 10 años y en la cuarta década de vida. Las manifestaciones clínicas suelen ser de infecciones recurrentes, autoinmunidad, gastrointestinales, síndrome linfoproliferativo y mayor riesgo para neoplasias. Las infecciones son más frecuentes a nivel respiratorio. El consenso internacional de inmunodeficiencia común variable del 2016 establece criterios diagnósticos de ICV mencionando que el abordaje incluye niveles bajos de IgG, IgA e IgM sin considerar otros estudios suplementarios. Se reporta femenino de 32 años de edad con carga genética para leucemia, Lupus, hipertensión, vitíligo, hipotiroidismo y hepatocarcinoma. Tabaquismo negado, alcoholismo negado; en la infancia presentó infecciones de vías respiratorias recurrentes. Antecedente de neumopatía intersticial difusa diagnosticada en 2014 (seretide, deflazacort y oxígeno). Refiere múltiples cuadros de infección de vías respiratorias en últimos 4 años y otitis media en 4 ocasiones en la infancia. Cuenta con hospitalizaciones en julio de 2013 por neumonía, febrero de 2014 hospitalizada por neumonía, octubre 2015 por neumonía. En noviembre de 2015 inicia con disnea con astenia adinamia, debilidad generalizada, con presencia de palidez, artralgias, mialgias, niega picos febriles, tos con expectoraciones verdosas espesas en episodios. Se agrega sintomatología urinaria con disuria y polaquiuria; refiere con



hiporexia y pérdida de peso de 10kg en los últimos 2 años se inicia tratamiento con imipenem e itraconazol, se encuentra con pancitopenia por lo que se trasfunde y egresa al 11 día de estancia. En enero de 2016 nueva hospitalización con cefalea frontal pulsátil EVA 7/10 acompañada de fotofobia, fosfenos, náuseas y vómito y nuevo cuadro de neumonía. Como abordaje diagnóstico paraclínicos con pancitopenia, función hepática normal, ANA y AntiDNA normales, hipocomplementemia, aspirado de medula con careotipo normal, se toman inmunoglobulinas encontrando con hipogamaglobulinemia. Se inicia manejo con inmunoglobulina sin volver a presentar hospitalizaciones.

Palabras clave: inmunodeficiencia común variable, neumonía, hipogamaglobulinemia, pancitopenia.

0149 Factores asociados a intubación endotraqueal mayor de 48 horas en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Oyervides José Arturo¹, Ochoa Eric², Domínguez José Guillermo²

¹ Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey;

² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: la neumonía asociada a ventilación mecánica

es un problema frecuente en pacientes intubados > 48 horas. En nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI) las tasas no han logrado reducirse pese al uso del paquete preventivo (cepillado dental, clorhexidina oral, cabecera a 30°, movilización, higiene de manos e interrupción de sedación). Se introducirán tubos endotraqueales con succión subglótica como medida adicional. La identificación de pacientes en riesgo de intubación prolongada permitiría seleccionar a los que obtendrían un mayor beneficio de dicha estrategia. **Objetivo:** identificar los factores asociados a intubación > 48 horas en pacientes de la UTI de nuestro hospital. **Material y métodos:** cohorte retrospectiva. Se identificaron los pacientes internados en la UTI entre enero y junio de 2015. Se incluyeron los pacientes que fueron intubados y se excluyeron aquellos con traqueostomía, los fallecidos en las primeras 48 horas y los que procedieron de un hospital externo ya intubados. Se eliminaron pacientes con expedientes incompletos o extraviados. Se registraron: sexo, edad, peso, motivo de intubación, tiempo de intubación en horas, comorbilidades, signos vitales y exámenes de laboratorio al ingreso a UTI. Se efectuó un análisis univariado, bivariado y multivariado con SPSS® versión 20. Se consideró significativa una $p < 0.1$. **Resultados:** se incluyeron 106 pacientes; 39 (36.8%) permanecieron intubados >48 horas.

En el análisis bivariado, los factores asociados a intubación >48 horas fueron: insuficiencia respiratoria ($p < 0.001$), choque ($p < 0.001$), comorbilidad infecciosa ($p = 0.024$), neumonía ($p < 0.001$) y neutropenia grave y fiebre ($p = 0.025$). La regresión logística reveló como factores independientemente asociados a intubación >48 horas: choque ($b = 26.72$, $p = 0.012$), insuficiencia respiratoria ($b = 15.28$, $p < 0.001$), y comorbilidad infecciosa ($b = 2.97$, $p = 0.095$).

Discusión y Análisis: la evidencia científica sobre este tema es muy escasa. Un estudio previo observó otros factores asociados a intubación > 48 horas como: lesión renal aguda, antecedente de demencia, intubación emergente y no relacionada a evento quirúrgico. Los resultados dispares se deben a poblaciones de estudio diferentes. **Conclusiones:** choque, insuficiencia respiratoria y comorbilidad infecciosa fueron factores asociados a intubación > 48 horas en nuestra población. Estos hallazgos serán utilizados y validados a la brevedad mediante un estudio prospectivo.

Palabras clave: intubación, endotraqueal, prolongada, neumonía, ventilación, terapia.

0150 Loxoscelismo cutáneo y visceral: reporte de un caso

González Julio Cesar, Rodríguez Melissa Guadalupe, Contreras Sarahi, De la Torre Edgar Jesús, Irizar Sergio Saúl, Guzmán Karen Edith
Hospital Civil de Culiacán

Antecedentes: el loxoscelismo, es un cuadro clínico resultante por la mordedura de la araña loxosceles, también conocida como araña reclusa o violinista. El veneno de esta araña tiene acciones citotóxicas y hemolíticas. Este tiene al menos nueve componentes; entre éstos destaca la esfingomielinasa D, causa principal de la necrosis y hemólisis. El inoculo de el veneno produce dos cuadros clínicos, el loxoscelismo cutáneo y visceral. **Objetivo:** divulgar y dar a conocer las características clínicas de esta patología. **Informe de caso:** masculino de 56 años el cual acude al servicio de urgencias por presentar ataque al estado general, dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores de las que afectaba brazos, antebrazos y cara palmar de dedo índice, de las extremidades inferiores afectaba muslos y tercio inferior de piernas; lesiones estaban constituidas por ampollas de contenido hemorrágico así como manchas eritematovioláceas que confluían formando placas. Al interrogatorio se nos refirió haber sufrido mordedura de araña violinista 2 días previos a acudir a valoración. Desde su ingreso el paciente presento datos de choque séptico, para lo que se dio manejo. Posteriormente desarrollo Falla orgánica múltiple (hematológica y renal) así como CID. Dándose las medidas de soporte necesarias. Tras la mejoría del cuadro, el paciente fue manejado en conjunto

con cirugía para el desbridamiento de las heridas. Se logro el egreso posterior a un mes de manejo. **Discusión:** el loxoscelismo por si solo representa un reto diagnóstico ya que para este se necesita la visualización directa del artrópodo. Con lo que respecta al tratamiento aun no se encuentra con un manejo estandarizado. **Conclusiones:** esta patología es poco frecuente en nuestra región, por lo que se tiene poca experiencia en el manejo. Además en nuestro caso el paciente desarrollo ambas presentaciones clínicas con diversas complicaciones; y al no contar con un tratamiento estandarizado se opto por la administración de antihistamínicos, esteroides y antibioterapia, teniendo una respuesta lenta hacia la mejoría. Por lo anterior mientras no exista suficiente evidencia científica que permita la toma de decisiones, los resultados de los diversos tratamientos serán variables.

Palabras clave: loxoscelismo, veneno, esfingomielinasa D, cuadro clínico, CID, tratamiento.

0155 Impacto del proceso inflamatorio asociado a la disfunción endotelial en la severidad de la neumonía adquirida en la comunidad

Luciano Abraham¹, Melchor Alberto¹, Suárez Juan Antonio¹, Escobar Oscar²

¹ Hospital General Xoco, CDMX;

² Hospital General Tláhuac. CDMX

Introducción: la disfunción endotelial se define como un desequilibrio en la biodisponibilidad de sustancias activas endoteliales que predisponen a inflamación, vasoconstricción e incremento de permeabilidad vascular, que facilita el desarrollo de aterosclerosis, agregación plaquetaria y trombosis. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, de casos y controles, realizado en el Hospital General Xoco de la SSA, en medicina interna. Con pacientes >18 años y diagnóstico de neumonía severa al ingreso, con escala PSI IV y V. Controles: pacientes > 18 años con diagnóstico de neumonía no severa con escala PSI I-III. N= 66 pacientes elegidos de forma aleatoria, se formaron 2 grupos pareados de 33 pacientes. La variable fue índice tobillo-brazo (ITB) y estudios de laboratorios generales. Se obtuvo el resultado de ITB medido por el esfigomanómetro, corroborado con doppler vascular. **Resultados:** se incluyeron 66 pacientes de los cuales la mayoría fueron hombres con un 59.09% y 40.91% mujeres. El promedio de edad fue de 53.3±20.7 años. A todos se les midió el índice tobillo-brazo, los resultados bioquímicos con respuesta inflamatoria sistémica en un 80% Análisis estadístico. La estadística descriptiva de los resultados, se analizo con tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, varianza). Se utilizó la



prueba de χ^2 y se obtuvo asociación mediante razón de momios (OR). Se consideró significancia estadística un valor de $p \leq 0.05$. La recolección de datos se hizo en Excel y se analizaron con el programa estadístico SPSS edición 20. Se obtuvo el valor de (OR) y el intervalo de confianza (IC) para evaluar el riesgo que la disfunción endotelial el cual confiere mayor severidad en la neumonía adquirida en la comunidad. **Discusión:** el estudio arrojó que disfunción endotelial medida por el ITB aumenta el riesgo de gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad para pacientes adultos. En México y el mundo, no hay estudios donde se demuestre que un ITB elevado esté relacionado con el grado de disfunción endotelial en pacientes con neumonía severa. **Conclusiones:** se encontró una asociación entre la disfunción endotelial medida por el ITB y la severidad de la neumonía evaluada por el PSI de manera estadísticamente significativa. Se plantea diseñar nuevos estudios prospectivos, con mayor número de pacientes para determinar la asociación entre las variables evaluadas.

Palabras clave: neumonía severa, índice tobillo-brazo.

0160 Valoración nutricional en el adulto mayor críticamente enfermo

Gaytán Ángel Ariel¹, Esparza Estefanía de Fátima², Lara Víctor Javier¹, Sánchez Víctor Manuel¹

¹ Escuela Nacional de Medicina, Tecnológico de Monterrey; ² Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital San José Tec de Monterrey

La desnutrición es el tipo más frecuente de trastorno nutricional en el adulto mayor (AM), la prevalencia es del 26% de los AM que se encuentran hospitalizados o en asilos, siendo hasta del 30-60% en pacientes en la unidad de cuidados intensivos. La desnutrición en el AM incrementa los índices de morbi-mortalidad, así como los días de estancia intrahospitalaria y los costos en salud. **Objetivos:** primario: determinar si la valoración nutricional a través de la Valoración Global Subjetiva (VGS) predice mortalidad en el adulto mayor críticamente enfermo. Secundarios: determinar la prevalencia de desnutrición en el adulto mayor críticamente enfermo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) en el Hospital San José Tec de Monterrey; y explorar otras posibles variables predictoras. **Materiales y métodos:** diseño: estudio de casos y controles, observacional y analítico. Sujetos: Se analizaron 96 pacientes mayores de 60 años de edad que ingresaron a la UCIA del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. Mediciones: durante la estancia de los pacientes en UCIA se realizaron la VGS y medidas antropométricas por parte de la nutrióloga, se obtuvo el riesgo de mortalidad por la escala de

APACHE-II, y se recolectaron datos de laboratorio (transferrina, leucocitos, linfocitos) para explorar su correlación y potencial valor predictivo para mortalidad.

Resultados: 559 pacientes fueron admitidos en el período, 311 pacientes tenían más de 60 años, y sólo 96 pacientes contaban con la información completa para el estudio. La prevalencia de desnutrición en AM en la UCIA fue del 37%. Se observó mayor mortalidad en los sujetos con VGS de desnutrición, significativa estadísticamente, con una razón de momios elevada. La correlación resultó solamente moderada (- 0.307), por lo que se analizaron otras potenciales variables predictoras. Se realizó regresión logística incluyendo otras variables independientes; potencialmente predictoras; la única que permanece es el valor de transferrina, con una correlación r de Pearson de - 0.390, mejor que la de la VGS. Los valores altos de transferrina (> 67.5 mg/dL) parecen estar asociados a sobrevida. **Conclusión:** corroboramos que la VGS tiene asociación estadísticamente significativa con la mortalidad, como lo describen otros estudios, aunque su correlación es pobre y no se mantuvo en el análisis de regresión logística, solo resalta que los valores elevados de transferrina parecen estar asociados a mayor sobrevida.

Palabras clave: valoración nutricional, terapia intensiva, adulto mayor, mortalidad, predictores.

0168 Evaluación de la comunicación entre médico y enfermería: consejos sobre el proceso de medicación

Wah Martín, Galarza Dionicio, Del Cueto Ángel Noe
HU-UANL

En este estudio se trata de identificar y medir sobre la comunicación médico-enfermera en la prescripción, administración y conocimiento de los medicamentos que se utilizan en la sala de medicina interna del Hospital Universitario Dr. José E. González UANL. Además de hablar sobre la demografía del personal de enfermería en relación sobre la cantidad de búsqueda de información y algunos otros patrones en los errores de la prescripción en enfermería.

Material y métodos: se realizó una encuesta a las enfermeras del departamento de medicina interna del Hospital Universitario Dr. José E. González recabando en total 67 encuestas. Fueron recabados de todos los turnos de enfermería. Se realiza estudio de la demografía de enfermería y se realizan análisis estadísticos de frecuencias según la respuesta del personal de enfermería.

Resultados: el estudio resultó principalmente de enfermeras recién graduadas, enfermeras con experiencia y pasantes de enfermería. Se encontró que la mayoría de los recursos humanos de enfermería en el departamento se encuentran entre 18-29 años de edad, la predominancia del género femenino mayor a tres

veces el masculino. La mayoría de las encuestas se realizaron en enfermeras que trabajan de tiempo completo y en la guardia matutina, se identificó que la mayoría considera que el tiempo dedicado a la atención del paciente en la cuestión de los medicamentos es 100%. En lo que se refiere a la farmacovigilancia en el departamento de medicina interna, se está fuertemente de acuerdo en la mayoría de los casos sobre la interacción entre el médico y las enfermeras para hablar sobre decisiones de medicamentos. En la cuestión del apoyo entre médicos y enfermería, existe una relación positiva sobre buscar consejos y apoyo, pero un gran porcentaje de las enfermeras. La mayoría del personal personal de enfermería está a favor de la discusión de los temas relacionados con un paciente para mejorar la calidad, así como menos errores si el médico y la enfermera tuvieran comunicación con mayor frecuencia sobre el cuidado del paciente. **Conclusiones:** en este estudio se realizó la demografía del personal de enfermería del departamento de medicina interna. Se encontró una fuerte asociación entre el aumento en la comunicación entre las enfermeras y los médicos para mejorar el cuidado en el uso de los medicamentos en el departamento y su vigilancia. Se sugiere promover más el uso de fuentes de información según lo que expresa el personal de enfermería.

Palabras clave: farmacovigilancia, comunicación, enfermería, errores medicación.

0172 Miopatía por estatinas como causa de fracaso de la extubación en una paciente con infarto agudo de miocardio

Venegas Ángel Verner Olvera Arturo, Vásquez Enzo Christopher, Leal Gustavo, Carrillo Ana Laura, García Abraham Edgar

UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza IMSS, Ciudad de México. Servicio de Medicina Interna

Introducción: las estatinas son un grupo de medicamentos con un uso amplio en la actualidad. Sin embargo, causan algunos efectos adversos, como la miopatía, de manera frecuente presentándose con mialgias y en menor frecuencia como mionecrosis. La miopatía usualmente es proximal, simétrica, con debilidad para levantar los brazos por encima de la cabeza. El inicio de los síntomas es de semanas a meses después del inicio de las estatinas, pero puede ocurrir en cualquier momento. La resolución total de los síntomas tiene una media de 2.3 meses. En algunos estudios, la miopatía por estatinas tiene una prevalencia promedio entre 1.5 a 5%. **Caso:** paciente femenino de 73 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, tratada con losartán 50 mg c/12 horas. Con cuadro de infarto de miocardio en localización anterior extensa, por lo que recibe trombolítico



(TNK 35 mg) sin criterios de reperfusión en hospital de segundo nivel, es referida para realizar ICP colocándose stent medicado en la arteria descendente anterior; posteriormente se administró atorvastatina 80mg c/24 hs, ASA 150 c/24 hs, clopidogrel 75 mg c/24 hs, sedación y norepinefrina. Desarrolló nefropatía por contraste con anuria y falla cardiaca aguda, causando edema agudo pulmonar requiriendo ventilación mecánica. Una vez remitida la lesión renal aguda y estable hemodinámicamente, intenta extubarse, esto tras 16 días de administración de estatina, sin resultados adecuados en las pruebas de respiración espontánea por lo menos en tres ocasiones; se realiza traqueostomía al día 14 de ventilación mecánica y es ingresada a hospitalización de Medicina Interna. A su ingreso llama la atención elevación de la CK, ya sin sedación encontramos debilidad y dolor a la movilización de extremidades, por lo que se suspende la atorvastatina (día 22) observando disminución de las cifras conforme transcurrían los días, logrando una adecuada progresión y destete exitoso cinco días después. Evolución de las cifras de CK. DÍAS. 18/07/2016 29/07/2016 30/07/2016 02/08/16 04/08/16 06/08/16 12/08/16 CK 166 U/L 335 U/L 680 U/L 2159 U/L 4663 U/L 1700 U/L 166 U/L **Discusión:** en este caso, hubo una asociación directa entre la administración de la atorvastatina y la

elevación de la creatinina, acompañándose de fiebre, dolor al movilizar las extremidades y dificultad para el destete del ventilador; estas manifestaciones cedieron días después de suspenderse la estatina, observándose además disminución de la CK.

Palabras clave: atorvastatina, estatinas, miopatía, fracaso extubación, lesión renal aguda, infarto al miocardio.

0174 Osteonecrosis de maxilar inferior secundario al uso de bifosfonatos. Presentación de caso y revisión

Ruiz Alejandra², Álvarez Luis Carlos¹, Flores Leticia², Pineda Carmen², García Monserrat²

¹ Hospital Tultitlán ISSSTE; ² Hospital 1º de Octubre, ISSSTE

Introducción: bifosfonatos sintetizados en el siglo XIX, inhibidores de osteoclastos, han demostrado ser eficaces en el tratamiento sintomático y preventivo de procesos patológicos como son osteoporosis, enfermedad de Paget, hipercalcemia malignante, y en metástasis óseas de enfermedades tumorales malignas (cáncer de pulmón, mama, próstata). En estos pacientes se reduce la hipercalcemia estabilizando así la patología ósea, disminuye la incidencia de fracturas patológicas y dolor severo que acompaña a estas entidades ósea; tienen además actividad antiangiogénica induciendo la apoptosis de las células endoteliales. Sin embargo, se están documentando casos de

necrosis óseas maxilares y mandibulares, que se presentan tras exodoncias, cirugía endodóntica, e incluso espontáneamente, en pacientes en cuyo historial se incluye la terapia con bifosfonatos. **Descripción del caso:** femenino de 57 años con el diagnóstico de diabetes de 15 años con antidiabéticos, transfusiones positivas durante el tratamiento de cáncer de mama de 15 años de diagnóstico con mastectomía radical derecha más 25 sesiones de radioterapia así como uso de bifosfonatos por tiempo no especificado iniciando su padecimiento actual hace un año con presencia de dolor 10/10 aumento de volumen y cambios de coloración y temperatura a nivel local en maxilar inferior acudiendo a facultativo encontrándose lesión de continuidad en tejido óseo y blando con diagnóstico de necrosis maxilar con maxilectomía y colocación de prótesis acudiendo nuevamente hace una semana a nuestra unidad y en esta ocasión por dolor intenso 10/10 cambios de coloración y temperatura a nivel local nuevamente de maxilar inferior concluyendo datos de rechazo a material de osteosíntesis y programada para retiro del mismo. laboratorios control hb11.6gr leucos 10000 plaquetas 197000 sodio 140 potasio 3.9 glucosa 251 creatinina 0.9 urea 29 y nuevamente propuesta para protocolo quirúrgico para colocar placa de reconstrucción mandibular con condilo **Conclusiones:** el

objetivo es dar a conocer las complicaciones debido al uso de bisfosfonatos necrosis maxilar patología no tan frecuente en servicios de medicina interna. La importancia del diagnóstico temprano de la osteonecrosis maxilar ya que se puede evitar o reducir la morbilidad asociada a las lesiones destructivas del hueso y la severidad de sus implicaciones clínicas, exigen por tanto una identificación de estos pacientes, antes de ser sometidos a manipulación quirúrgica oral. **Palabras clave:** necrosis, maxilar, inferior, utilizar, bisfosfonatos, rechazo.

0175 Estudio de cohorte de enfermedad terminal no oncológico y factores pronóstico en mortalidad en pacientes geriátricos hospitalizados

Bracho Leonardo, Zertuche Tania, Barragán Abel
Tecnológico de Monterrey

Introducción: el envejecimiento de nuestra población en las últimas décadas se ha incrementando. El pronóstico de las enfermedades en pacientes geriátricos está frecuentemente influido por la condición basal de salud del anciano, la cual viene determinada por factores clínicos como el la capacidad funcional. La gran mayoría de las enfermedades crónico degenerativas como cáncer, falla cardíaca, renal, cirrosis, entre otras, cursan con un deterioro progresivo y final. **Objetivos:** conocer la prevalencia de pacientes geriá-

tricos con Enfermedad terminal no oncológica ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda en Monterrey, NL, con alta demanda de necesidades paliativas. Relación de la capacidad funcional y otros factores bioquímicos con la mortalidad. **Métodos:** estudio observacional, transversal y prospectivo. Se realizó un barrido de los ingresos con un tamaño muestra calculado en 390 pero solo se incluyeron pacientes mayores de 60 años de edad que presentaran un diagnóstico al ingreso de insuficiencia renal, cardíaca, hepática, EPOC, fragilidad, demencia, VIH/SIDA y EVC. Se realizó revisión de la HC, una entrevista con médico tratante, enfermera a cargo y con el paciente y familiar. Se solicitó consentimiento informado. Tras la revisión y entrevista, se incluyeron como pacientes con Enfermedad Avanzada (EA) no oncológico aquellos pacientes que cumplían con al menos uno de los siguientes criterios de enfermedad avanzada. a) pregunta sorpresa del Goldstandard Framework b) $PPS \leq 50$. c) criterios de la National Hospice Organization. d) Criterios específicos de terminalidad de cada enfermedad. Se valoró sobrevida a los 6 meses de inclusión de cada EA con certificado de defunción, tomándose como real paliativo, aquellos que fallecieron en dicho periodo (RP). **Resultados:** del total de ingresos de 390 pacientes, solo 69 pacientes eran mayores

de 60 años y contaban con diagnósticos de enfermedad crónicas degenerativas de esos solo 50 eran paliativos Se encontró una prevalencia de 72.5% en fase terminal entre pacientes geriátricos con diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativas l ingresados al servicio de Medicina interna La sobrevida promedio es corta en aquellos pacientes con un Karnofsky.

Palabras clave: paliativos, enfermedad no oncológica, factores pronósticos, mortalidad en 6 meses.

0219 Caso inusual de tromboembolia pulmonar aguda submasiva secundaria asociada a leiomiomatosis uterina, presentación de caso y revisión de la literatura

Rivera Manuel José¹, Rivera José Guadalupe², Valero Julián¹, Valero Maximiliano³

¹ Hospital General de Irapuato SSA; ² Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE 1 IMSS; ³ Universidad del Valle de México Campus Querétaro

La TEP rara vez reportada como complicación de leiomioma uterino. La Histerectomía riesgosa debido a posibilidad de desarrollar TVP-TEP postoperatoria. Se presenta caso mujer 5 década de la vida diagnóstico de leiomioma uterino candidata a histerectomía desarrolla TEP submasiva secundaria. Antecedentes DM2 5 años evolución tratada hipoglucemiantes orales, sangrado disfuncional 3 años valorada por



GyO, candidata a histerectomía total, antecedentes GO: M 12 G: 3 P: 2 A: 1 C: 0 FUP:12 PPF: no. FUR: Sangrado disfuncional. US AP revela útero área hipoecóica lesión de 14.4x10.8x7.4. Se programa histerectomía el 12/06/2016 reporta útero masa de 14x10x8 enviado a histopatología confirma leiomioma. Tras 72 hrs disnea de mínimos esfuerzos desaturación y taquicardia Rx tórax normal, doppler venoso miembros inferiores descarta TVP ECOTT: VD 35, TAPSE 35, RAO 30, SIV 14- 12 PP 12-10 FEVI 63% Movilidad VI normal, Función Diast E: 1.3 A .31 E-A 3.8 Vel Ao 1.0, Pulm 1.1 IT leve vel. 2-8, Gte 30 PSVD 40, VCI 1.8 colapsabilidad>50% EKG Taquicardia sinusal no SI QIII ó T III Eje -30°. AngioTAC: Art. pulmonar con defecto compatible con trombo. Recibe manejo UCI, HBPM, higiene venosa periférica y ASA; 96 hrs. posteriores a su ingreso alta de UCI por mejoría no complicaciones actualmente seguimiento por consulta externa. Diferentes autores han descrito casos en los cuales se asocia presencia de leiomiomatosis uterina y tromboembolia pulmonar en todos estos casos fue realizada histerectomía o miomectomía de igual manera los procedimientos como filtros de vena cava trombolisis y trombectomía arrojan resultados variados. El sitio más común de compresión causado por miomatosis uterina es la vena iliaca común incluso existen reportes de compresión a ambas venas iliacas comunes, esto

se ha asociado a la presencia de trombosis venosa y ulterior tromboembolia pulmonar en este caso nuestra conclusión es que el origen del trombo seguramente provino de iliaca común. La asociación de TVP y leiomiomatosis rara existe en literatura casos reporte en otros presencia de tromboembolia pulmonar en relación con la enfermedad uterina en cuestión; necesario hacer constar que la prevalencia de esta enfermedad uterina es alta en México esto lleva a que dentro del análisis protocolo diagnóstico de pacientes con anomalías menstruales, se realice estudio que descarte presencia de TVP, considerar a pacientes con riesgo potencial de eventos tromboembólicos, y empleo de tromboprolifaxis.

Palabras clave: tromboembolia pulmonar, leiomiomatosis uterina, trombosis venosa profunda.

0225 Correlación entre el valor de procalcitonina y la puntuación de las escalas SOFA y APACHE II en pacientes críticos con choque séptico

Martínez Mario¹, Melchor Alberto², Huerta Saul¹, Rubio Alberto F¹

¹ Hospital General Ticomán, SSA Ciudad de México; ² Hospital General Xoco, SSA Ciudad de México.

Los pacientes en estado crítico son pacientes en una situación fisiológica inestable en quienes pequeños cambios en su función orgánica pueden conducir a un grave deterioro. Se han elabora-

do y validado varios sistemas de calificación de severidad, útiles para valorar poblaciones de individuos en estado crítico; también hay biomarcadores que pueden ser útiles en la evaluación de la gravedad de los pacientes críticos y puede existir una correlación entre biomarcadores y estos sistemas de puntuación de gravedad, y pudieran traducirse en predictores de mortalidad. Los sistemas de cuantificación más utilizados son APACHE y SOFA los cuales establecen la severidad del paciente críticamente enfermo. Existen biomarcadores que han sido útiles en el diagnóstico de sepsis, de entre los más utilizados se encuentra la procalcitonina. Aún no ha quedado bien establecida una correlación entre escala pronóstica de severidad y la concentración plasmática de procalcitonina. Consideramos evaluar si existe correlación entre la concentración plasmática de procalcitonina y la severidad de la enfermedad determinada por SOFA y APACHE II en pacientes críticos por choque séptico. Planteamos como hipótesis que la concentración plasmática de procalcitonina en pacientes con choque séptico en estado crítico se correlaciona positivamente con la severidad de la enfermedad determinada por SOFA y APACHE II. Se determinó una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de choque séptico, de los cuales se obtuvieron las escalas SOFA y APACHE a su ingreso y niveles de procalcitonina.

Se utilizó estadística inferencial para correlacionar la variable procalcitonina con las variables SOFA y APACHE por medio del coeficiente de correlación de Pearson. En el estudio se incluyeron 20 pacientes, 10 masculinos y 10 femeninos. La correlación entre el nivel sérico de procalcitonina y la escala APACHE por coeficiente de correlación de Pearson es $r=.463$ y $p=.040$. Se determinó la correlación entre el nivel sérico de procalcitonina y la escala SOFA por medio del coeficiente de correlación de Pearson encontrando un valor de $r=.413$ y $p=.071$. Se concluye que existe correlación positiva entre la procalcitonina y la escala APACHE. No se encontró correlación entre procalcitonina y escala SOFA.

Palabras clave: escalas de severidad, APACHE II, SOFA, biomarcadores, procalcitonina, correlación de Pearson.

0237 Utilidad del índice de MELD en la valoración preoperatoria del paciente hepatópata para cirugía extrahepática, controversias y actualidades en anestesiología y medicina interna

Pérez María del Pilar¹, Mendoza Rocío¹, Orozco Sergio¹, Rivera José Guadalupe²

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío HRAEB SSA; ² Unidad Médica de Alta Especialidad Bajío UMAET 1 IMSS

En México la cirrosis hepática representa la 5º causa de muerte de acuerdo a reportes de SSA, 30 mil muertes año, la principal

etiología el alcoholismo. Del 10 al 20% de los pacientes requerirá algún procedimiento quirúrgico extrahepático urgente o electivo, situación que obliga al anestesiólogo e Internista a contar con herramientas para evaluar riesgo-beneficio quirúrgico y manejo perioperatorio óptimo. La estratificación por medio del ASA resulta insuficiente en predecir morbimortalidad, que se incrementa hasta el 25% vs 1% el paciente no cirrótico; se proponen dos escalas específicas la CPT y MELD. CPT tiene como limitación dos mediciones subjetivas como ascitis y encefalopatía, subestimando enfermedad clase A. MELD por otro lado, incluye mediciones específicas mayor valor predictivo en mortalidad a 30 días y mejor estimación de riesgo quirúrgico. Las 3 variables MELD incluyen: BT, INR y CrS. Se presenta paciente masculino 6 década de la vida, DM2 desde 2011, evento de HTDA variceal 2014, diagnóstico de Insuficiencia Hepática 2014 descartó origen autoinmune/viral, 2015 presenta cuadro clínico caracterizado por pérdida de control de esfínteres y disminución de fuerza en extremidades inferiores; en RMN documenta lisis vertebral nivel T5, TAC abdominal reporta tumor lóbulo hepático izquierdo; hospitalizado para protocolo diagnóstico. Durante su hospitalización cursa con infección de vías urinarias complicada por *E. coli* BLEE, desequilibrio metabólico asociado y síndrome

medular con disautonomía. Se solicitó realizar instrumentación de T5 para descompresión con toma de biopsia. Es valorado por servicio de Medicina Interna, la cual comenta ASA II, Lee moderado, falla respiratoria POP 0.77, riesgo trombogénico alto. Valoración preanestésica: ASA III EB, MELD 25. Mort>60%. De forma multidisciplinaria se difiere procedimiento. La bibliografía reporta que la insuficiencia hepática en estadios avanzados tiene riesgo alto de mortalidad per se, supera el 70% en casos avanzados relacionados a repercusión sistémica. Cuando el evento quirúrgico no se relaciona a mejorar función hepática como sería el caso del trasplante, la valoración preoperatoria debe establecer el riesgo beneficio de la cirugía extrahepática electiva. En la evaluación de pacientes con insuficiencia hepática, la adecuada estratificación del riesgo debe realizarse por escalas predictoras específicas, MELD reporta mayor especificidad, e identificación de los pacientes complicables es mayor.

Palabras clave: insuficiencia hepática, MELD, cirugía electiva, cirrosis hepática.

0290 Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) de causa infecciosa en un paciente adulto con hipoplasia congénita de la arteria pulmonar no conocida

Vergara Adriana, Soto Karla Andrea, Mondragón Faustino, Luna David, Rodríguez Alejo



Hospital Ángeles Metropolitano Masculino de 52 años, originario y residente de EUA. Empresario, viaja frecuentemente. Practica deporte intenso desde la juventud. Tabaquismo positivo en la adolescencia. Resto de antecedentes no relevantes para padecimiento. Inicia 4 días previos a su ingreso presentando cefalea, fiebre y tos productiva posterior a vuelo de 5 horas. Se medicó con aspirina sin presentar mejoría. En los siguientes días se agregó disnea de esfuerzos medianos y finalmente hemoptisis, por lo que acude a urgencias. Al llegar se encontró con T/A de 140/90, FC 120 lpm, FR 24 rpm, temp 37.8°C y SaO₂ 43%, que mejoró hasta 95% con O₂ por mascarilla. A la exploración física se encontró alerta, neurológicamente íntegro. Mucosas con deshidratación leve. Cardiovascular sin alteraciones. Campos pulmonares con estertores difusos de predominio derecho. Abdomen y extremidades sin alteraciones. Estudios paraclínicos: gasometría arterial con alcalosis respiratoria; biometría hemática con leucocitosis 14,640, neutrofilia 80% y bandemia 2%, procalcitonina de 0.86, dímero D 253 ng/ml y BNP 707 pg/ml. Prueba rápida de influenza negativa. Estudio de imagen inicial radiografía de tórax, que mostró patrón reticular difuso y consolidación en base derecha. Se realizó USG doppler de miembros inferiores y ecocardiograma, resultando normales, PSAP de 35 mmHg

y FEVI de 60%. La espirometría con patrón obstructivo y capacidad pulmonar total de 55%. Se descartaron patógenos atípicos por medio de cultivos. Como abordaje por sospecha de TEP, se realizó angiotomografía que documentó consolidación pulmonar basal derecha, ausencia de la arteria pulmonar izquierda y defectos de llenado en la vasculatura pulmonar izquierda. Al no ser posible realizar angiografía pulmonar por cuestiones administrativas, se realizó tomografía de tórax de alta resolución, con lo que se logró una reconstrucción de alta definición de la anatomía pulmonar, y se encontró el pulmón izquierdo hipoplásico, con vasos accesorios provenientes de la arteria mamaria en forma de huso, hipoplasia de la arteria pulmonar izquierda e hiperinsuflación y neumonía de focos múltiples en pulmón derecho. Se dió tratamiento antibiótico logrando resolución de neumonía y recuperando función respiratoria y se trasladó a su país de origen. **Palabras clave:** hipoplasia, arteria, pulmonar, SIRA, TEP, neumonía.

0303 Uso de ceftarolina fosamillo en el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad. Presentación de un caso
Prado Gala, Chanona Eduardo Antonio, Díaz Guadalupe
Hospital General de Tlaxcala

Introducción: a pesar del desarrollo de nuevos agentes

antimicrobianos, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) sigue siendo una causa principal de morbimortalidad a nivel mundial. El *Streptococcus pneumoniae* es el agente etiológico más común y representa el 90% de los casos, sin embargo, existen otros involucrados como el *Staphylococcus aureus*, el cual ha tomado gran relevancia en los últimos años debido a su gran virulencia y mortalidad. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una neumonía grave y su evolución a la curación con cefalosporina de 5ta generación. **Descripción del caso:** femenino de 36 años, obesa, sin otros crónico-degenerativos, con padecimiento actual de 15 días de evolución manifestado por tos seca, disnea y fiebre de 38° C quien recibió manejo ambulatorio con levofloxacino. Reingreso por deterioro respiratorio y alteración del estado mental. La exploración física reveló, Hipotensión, taquicardia, taquipnea, hipertermia, desorientación y agitación psicomotriz. En campos pulmonares estertores crepitantes. Gasometría arterial con alcalosis respiratoria e hipoxemia grave por pO₂ de 44 mmHg y un índice de Kirby de 78 mmHg. Se concluye en Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda severa. La radiografía de tórax mostró infiltrados en parches bilaterales. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos por criterios de severidad (Pneumonia Severity Index clase IV). Fue intubada,

sometida a ventilación mecánica y monoterapia con Ceftarolina Fosamilo a razón de 600 mg vía intravenosa cada 12 horas, durante cinco días. El resultado del cultivo de secreción bronquial fue positivo para *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina. La evolución clínica y radiográfica fue satisfactoria permitiendo el pronto destete de la ventilación mecánica y su egreso sin secuelas respiratorias. **Conclusión:** la mayoría de las guías recomiendan que el tratamiento sea basado en la presentación y severidad de la enfermedad. En este caso, el uso de ceftarolina fosamilo se presenta como una opción terapéutica eficaz en el manejo de la NAC, que pudiera sustituir al régimen terapéutico de primera elección, ya que se acortaron los días de estancia hospitalaria, evitando con esto otras complicaciones graves inherentes a hospitalización prolongada.

Palabras clave: ceftarolina, neumonía, *pneumoniae*, *aureus*, severidad, caso.

0354 Características clínicas de pacientes con enfermedad de Fabry valorados en la clínica de referencia nacional de enfermedades lisosomales

Pineda Luis Francisco¹, Leal Gustavo², Sánchez Oswaldo Augusto²

¹ Clínica de Referencia Nacional de Enfermedades Lisosomales. Departamento de Medicina Interna. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS; ² Departamento de Medicina Interna.

UMA-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: la enfermedad de Fabry (EF) es causada por la deficiencia de la alfa galactosidasa con depósito de glucoesfingolípidos lisosomales y genera disfunción orgánica. Sus consecuencias son enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y enfermedad vascular cerebral. **Objetivo:** determinar las principales características clínicas de la enfermedad de Fabry. **Material y métodos:** se realizó estudio de serie de casos, con descripción de las características de pacientes evaluados del 2010 al 2016. Se realizó estadística descriptiva. **Resultados:** fue un total de 45 pacientes, 21 hombres (51%) y 20 mujeres (48%). Con rangos de edad de 4 a 62 años con media de 30 años. Una edad media de inicio de síntomas de 14 años. Una edad media de diagnóstico de 26 años. El tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 11 años. El 87% tenía antecedente familiar de la EF. El 58% tuvo una comorbilidad (HAS la más frecuente). Solo en 34% se realizó el diagnóstico por manifestación propia de la EF, el resto tenía historia familiar y se diagnosticó por tamizaje. Los síntomas iniciales fueron; acroparestesias (48%), hipohidrosis (9.7%), dolor abdominal (9.7%). Las complicaciones graves o incapacitantes fueron; Neurológica (acroparestesias) en 80%, renal en 51% y cardíaca en 24%.

La afección neurológica fueron las acroparestesias en 100%, cefalea 12% y epilepsia 2.4%. El síntoma cardíaco más frecuente fue la disnea. La alteración HVI se observó en ECG (54%) y en ECOTT (32%). A nivel renal sólo el 34% tuvo proteinuria no nefrótica, en el 80% (33) tenía TFG < 90ml/min, un 14% (6) tenía TRR, 2 tienen trasplante renal. De 23 pacientes (56%) con biopsia renal tuvo alteraciones de la EF. La mutación más común fue c.1156C>T (p.gln386*). La principal indicación para la terapia de reemplazo enzimático fue la afección renal y neuropática.

Conclusiones: las manifestaciones clínicas de la EF en nuestra población son similares a las descritas a nivel mundial. Aun existe retraso en el diagnóstico, debido posiblemente al desconocimiento de la enfermedad. La afección renal y neuropatía son las complicaciones más frecuentes.

Palabras clave: enfermedad de Fabry, manifestaciones clínicas.

0379 Tromboembolia pulmonar masiva en paciente con neumonía intersticial. Reporte de un caso

Morales Alexéi Humberto, Antonio Iván

Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 56 años de edad, antecedente de hipertensión arterial sistémica de 30 años de diagnóstico y Gastritis crónica de larga evolución. Ingresó al servicio de Urgencias



por presentar principalmente disnea progresiva, agregándose tos, expectoración y fiebre en los días previos al ingreso. Se ingresa a Medicina Interna con los diagnósticos de Neumonía Adquirida en la Comunidad. Se realiza TAC de tórax encontrando datos compatibles con una Neumonía de focos múltiples y un patrón intersticial característico. Al reinterrogatorio dirigido refiere disminución de la fuerza muscular de la cintura escapular en los últimos meses. Se lleva a cabo protocolo diagnóstico para neumopatía intersticial y probable patología inmunológica. Clínicamente estable durante su estancia, con manejo antibiótico, apoyo de oxígeno y tromboprolifaxis. Presenta súbitamente disnea, taquicardia y taquipnea; ameritando manejo avanzado de la vía aérea. Electrocardiográficamente con taquicardia sinusal, sin patrón S1Q3T3. Gasométricamente con alcalosis respiratoria aguda. Presenta hipotensión arterial refractaria a tratamiento y parada cardiorrespiratoria sin éxito a la reanimación cardiovascular avanzada. Se documenta por necropsia causa de la muerte Tromboembolia pulmonar masiva y Hemorragia pulmonar extensa bilateral, además de confirmar bronconeumonía de focos múltiples, cavitada y abscedada con predominio en lóbulos basales bilaterales, hipertensión arterial pulmonar idiopática y neumonía intersticial descamativa.

Palabras clave: tromboembolia pulmonar aguda, neumonía intersticial.

0385 Linfangioleiomiomatosis en paciente con disnea y neumotórax espontáneo. Reporte de caso

López Uriel, Robledo Julio Cesar, Barrueta Jesús Manuel, Torres Jorge Alonso Joaquín
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasus

La linfangioleiomiomatosis es una enfermedad multisistémica de la mujer, caracterizada por la proliferación de células LAM similares a músculo liso anormales, lo que lleva a la formación de quistes en los pulmones, estructuras quísticas llenas de líquido en los vasos linfáticos axiales (por ejemplo linfangioleiomiomas) y angiomiolipomas renales. Presentamos el caso de femenino de 35 años de edad, que se presenta con disnea progresiva pasando de MRC 2 a 3 en un lapso de 2 semanas, se le realiza radiografía de tórax, documentando neumotórax espontáneo siendo candidata a colocación de sonda endopleural, por tomografía se observa enfermedad poliquística pulmonar y se le realiza biopsia pulmonar a cielo abierto, el reporte de patología menciona linfangioleiomiomatosis pulmonar con actina positivo 3+ 100%, HMB45 positivo 3+ 10%, receptores de progesterona positivo 3+ 100%, por lo que se inicia tratamiento con sirolimus.

LAM una vez que se consideró que era una enfermedad mortal de las mujeres en edad fértil para los que no hay tratamiento eficaz a excepción de trasplante de pulmón. Gracias a un estudio intensivo en las últimas 2 décadas, LAM ahora se considera que es una enfermedad crónica que puede afectar tanto a mujeres pre y posmenopáusicas, con una supervivencia libre de trasplante mediana de aproximadamente 29 años desde la aparición de los síntomas y un trasplante de 10 años supervivencia libre de 86%. Presentamos este caso por que es el primero que se logra documentar mediante estudio patológico en el estado de Tabasco, dado que es una patología poco común.

Palabras clave: linfangioleiomiomatosis, enfermedad quística pulmonar, neumotórax espontáneo.

0387 Sincronía de condiciones geriátricas (synkoinon) como predictoras de mortalidad intrahospitalaria. Hacia un nuevo paradigma en la atención en salud: la meta-enfermedad

García Juan Carlos
Unidad de Atención Geriátrica Hospitalaria. UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. IMSS

La multimorbilidad no determina necesariamente el pronóstico. Las condiciones geriátricas llamados síndromes geriátricos a pesar de asociarse con desenlaces adversos no se evalúan de

forma habitual en hospitalización y se desconoce si la presencia simultánea (synkoinon) en un sujeto ejercen un efecto sinérgico sobre la mortalidad. **Objetivo:** conocer la frecuencia en que se coexisten los síndromes geriátricos y determinar si la sincronía de éstas condiciones (synkoinon) incrementa la mortalidad intrahospitalaria. **Métodos:** cohorte retrospectivo en ingresos de pacientes de edad ≥ 70 años con evaluación geriátrica integral con variables en la dimensión social, mental, biológica, funcional y número de síndromes geriátricos por paciente agrupados en categorías 0-1, 2-3, 4-5, 6-7, 8-9 y 10 o más condiciones geriátricas. Desenlace: mortalidad hospitalaria. Se determinó riesgo relativo (RR) por grupo para mortalidad intrahospitalaria, riesgo no ajustado de mortalidad intrahospitalaria por regresión logística (Exp B) e intervalo de confianza al 95% (IC95%), y aquellas variables con $p \leq 0.05$ se incluyeron a un modelo de regresión logística múltiple con curvas Kaplan Meier. **Resultados:** 1521 pacientes. Edad 76.78 años (70-100), femenino 724 (47.6%). La presencia al ingreso de 0 y 1 síndrome geriátrico estuvo en 346 (22.7%) con ocho (2.3%) defunciones; 2 y 3 síndromes en 472 (31%) con ocho (1.7%) defunciones; 4 y 5 en 291 (19.1%) con 11 (3.8%) defunciones; 6 y 7 en 216 (14.2%) con 26 (12%) defunciones; 8 y 9 en 129 (8.5%) con 20 (15.5%) defunciones; y ≥ 10 síndromes en 67

(4.4%) con 14 (20.9%) defunciones. 87 (5.7%) defunciones en total. Teniendo como grupo control a los pacientes con 0 y 1 síndromes geriátricos el RR de mortalidad e IC 95% en el grupo de 2 y 3 síndromes fue 0.728 (.271-1.960), con 4 y 5 síndromes 1.660 (.659-4.183), con 6 y 7 síndromes 5.782 (2.567-13.024), con 8 y 9 síndromes 7.752 (3.321-18.099) y con 10 o más síndromes 11.160 (4.467-27.883). Delirium, índice de Barthel, inmovilidad, fragilidad, índice de comorbilidad de Charlson y escolaridad conservaron valor predictor de mortalidad intrahospitalaria en regresión lineal multivariada con IC95% 1 y $p < 0.05$. Kaplan Meier log-rank < 0.05 . **Conclusiones:** mayor número de condiciones geriátricas incrementan significativamente la mortalidad hospitalaria. Identificarlas permitirá estrategias oportunas al grupo con elevadas necesidades y de alto costo modificando la actual atención y prestación de servicios.

Palabras clave: adultos mayores, síndromes geriátricos, mortalidad hospitalaria.

0395 Linfocitosis hemofagocítica secundaria a tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente como resultado de protocolo de fiebre de origen desconocido

Giraldo Diego Alejandro, Moreno Stephanie Zenaida, Mayoral Héctor, Ayala Ivonne Alexandra, Cabrera Diana Sofía, Sánchez Virginia Hipólita

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La linfocitosis hemofagocítica es una entidad poco común, caracterizada por la desregulación en la activación y proliferación de los macrófagos, desarrollando fagocitosis de las células sanguíneas y sus precursores en la medula ósea. Se presenta con fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, pancitopenia y niveles altos de ferritina. La variedad secundaria se ha asociado infecciones, malignidad y autoinmunidad. **Caso:** hombre de 35 años con toxicomanías y tatuajes, sin otras conductas de riesgo, que inicia padecimiento de cuatro meses de fiebre de tipo intermitente no cuantificadas con predominio vespertino que se acompaña de diaforesis nocturna, mialgias y artralgias así como pérdida de peso de 15 kg en 2 meses, asociado a náuseas, vómito postprandial y evacuaciones diarreicas. Signos vitales normales. A la exploración física destaca adenopatías inframandibulares derechas de 1 cm en promedio de diámetro, hepatomegalia y edema en miembros pélvicos. Biometría hemática: leucocitos de $2440 \times 10^3/uL$, neutrófilos $1140 \times 10^3/uL$, linfocitos $400 \times 10^3/uL$, monocitos $900 \times 10^3/uL$, hemoglobina 9.27 g/dL Hematocrito 28.41% VCM y HCM normales, plaquetas $36.300 \times 10^3/uL$. creatinina 0.8 mg/dl, sodio 122 mmol/L, potasio de 3.6 mmol/L. EGO: normal. VDRL



Negativo. Triglicéridos 201 mg/dl, proteínas 5.3 g/dl, Albumina 2.32 mg/dl resto de pruebas hepáticas normales, DHL 928 U/L TP 16.3", INR 1.3. TTPa 37.2", Fibrinógeno 330 mg/dL, PCR 34.20 mg/L VSG 44 mm/hr. Ferritina 1909 ngmL. Tele de tórax sin alteraciones. Ultrasonido abdominal hepatoesplenomegalia. Se inicia protocolo con policultivos (mielocultivos, hemocultivo, urocultivo y coprocultivo) sin crecimiento, panel viral con VIH, hepatitis y TORCH (-), Lavado broncoalveolar con BAAR (-), Cultivo de hongos y para tuberculosis (-). Durante internamiento con persistencia de fiebre, disminución de la agudeza visual con evidencia vasculitis periretiniana, Ecocardiograma derrame pericárdico de 350 ml. Aspirado de médula ósea: celularidad disminuida, megacariocitos ausentes y presencia de múltiples histiocitos. Se inicia manejo para síndrome hemofagocítico con esquema (etopósido, ciclosporina, dexametasona) con remisión de la entidad pero con desarrollo de tuberculosis meningea confirmada por ADA de 11.2 U/L y PCR positivo. Resonancia magnética con paquimeningitis. En la literatura mundial se han reportado tan solo 63 casos de asociación de estas entidades.

Palabras clave: síndrome hemofagocítico, linfocitosis hemofagocítica, tuberculosis diseminada, fiebre de origen desconocido, tuberculosis meningea.

0399 Neuroinfección por *Salmonella* entérica del grupo D. Reporte de caso

Calvo Viridiana, Peña Eduardo
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Salmonella spp., es un bacilo gramnegativo que se divide en dos especies: tifoidea y no tifoidea, de acuerdo al cuadro clínico. La afección sistémica, en las infecciones no tifoideas, se encuentra de forma más frecuente en pacientes inmunocomprometidos. En el contexto anterior, la presentación más común es bacteremia y se asocia a manifestaciones extraintestinales, dentro de las cuales encontramos meningitis y encefalitis. Masculino de 63 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica sin seguimiento ni manejo y consumo crónico de indarozona. Inició con diaforesis, náusea, disnea en reposo y dolor torácico retroesternal, opresivo, intensidad 8/10, con irradiación interescapular de 2 horas de duración. Fue encontrado con pérdida del estado de despierto, por lo que se decidió su traslado al servicio de urgencias, donde se documentaron marcadores bioquímicos para necrosis miocárdica (posteriormente clasificado como cardiopatía isquémica crónica estable). Durante su estancia, se documentó, por estudios de laboratorio y correlación clínica: prostatitis y salmonelosis entérica (2 Hemocultivos

y coprocultivo con *Salmonella* multisensible), se inició moxifloxacino y ceftriaxona. Por alteraciones del estado neurológico, se solicitó punción lumbar encontrando Glu 25, DHL 145, Prot 133, cél 200 (Neu 80%) y se inició ceftriaxona y vancomicina. Se documentaron PCR 23.506, HbA1c 11.1% y cortisol 2.65. Dada la persistencia de sintomatología neurológica, se realizó TAC de cráneo (sin alteraciones) y nueva punción lumbar con Glu 132 (central 210), PT 145, Cl121, cél 55 (PMN 60%) y cultivo positivo para *Salmonella* del grupo D por lo que se ajustó manejo con levofloxacino y meropenem, cumpliendo 14 días con adecuada respuesta clínica. La frecuencia de meningitis por *Salmonella*, se estima entre 0.3-8% y se asocia a alta letalidad y presentación de complicaciones como empiema subdural y absceso cerebral. El tratamiento de elección son cefalosporinas de tercera generación o fluoroquinolonas por 7 a 14 días y, en segundo término meropenem el cual a su vez, mejora la penetración de las fluoroquinolonas a nivel de sistema nervioso central. Pese a la baja frecuencia de presentación, nuestro paciente cursó con neuroinfección por *Salmonella*, probablemente asociada a estado de inmunosupresión por mal control glucémico e hipocortisolismo, presentando adecuada respuesta a antibioticoterapia empleada a pesar de no ser un esquema estandarizado.

Palabras clave: salmonelosis, neuroinfección.

0403 Abordaje diagnóstico de una lesión focal esplénica

Baca Alfredo, Terán José Óscar, López Luis Raúl, Ángeles Abish, Guzmán Perla Marlene, Martínez Manuel

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: las lesiones focales esplénicas son un grupo heterogéneo que varía según su etiología: congénitas, vascular, infeccioso, tumoral y traumático. De las anteriores las más frecuentes son las vasculares (infartos esplénicos), congénitas (quistes), tumorales malignos (linfoma) o benignos (hamartomas). **Caso clínico:** masculino de 77 años con diabetes mellitus 2 mal controlada, hiperplasia prostática benigna, infección de vías urinarias de repetición, Hipertensión arterial sistémica, nefropatía diabética G3A3. Ingresa por dolor en fosa renal derecha de intensidad 9/ 10 en la escala del dolor el cual se exacerba en decúbito dorsal, abdomen con datos clínicos de ascitis. Hospitalizado por infección de vías urinarias, leucocitosis (11.800), paracentesis diagnóstica con índice de GASA 1.05, se realiza ultrasonido abdominal con reporte masa heterogénea (hipoecogénica, quística) en bazo de probable origen neoplásico (15.4 cm) corroborado por resonancia magnética. **Discusión:** las lesiones neoplásicas esplénicas

se clasifican según sus características ecográficas en benignas o malignas (primarias o metastásica). Dentro de las lesiones focales malignas primarias, el linfoma de Hodgkin es la más frecuente (30-40%), y podrá ser reclasificada como lesión de alto (>3cm) o bajo grado (<3cm) las lesiones malignas metastásicas representan el 50% y son secundarias a cáncer de mama, pulmón, recto u ovario. El hamartoma es la lesión benigna más frecuente (14.5%) seguida por el absceso esplénico, sin mayor repercusión clínica. En caso de duda diagnóstica o que los resultados arrojados por el ultrasonido no sean concluyentes, se debe optar por la tomografía de abdomen y tórax como estudio de imagen complementario, el cual aporta una sensibilidad y especificidad cercana al 100%.

Conclusiones: se presenta el caso de un paciente con lesión focal esplénica única de características malignas sin datos clínicos ni antecedente de cáncer. Por lo cual se considera como primera posibilidad diagnóstica linfoma no Hodgkin de alto grado.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, lesión focal esplénica.

0417 La paradoja de la hipersensibilidad a los glucocorticoides.

Reporte de caso

Reyes Isaac, Martínez Néstor, Lagunas Maricarmen, Hernández Roberto, Terán José Oscar, Santillán Wendy Josefina

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

La importancia de estos fármacos en la práctica médica es de suma relevancia, ya que se utilizan como inmunosupresores, anti-proliferativos, antiinflamatorios y antialérgicos. Pero: ¿Pueden estos fármacos con fines inmunosupresores-antiinflamatorios provocar reacciones alérgicas? Esta posibilidad, aunque remota, ha sido descrita en la literatura médica como reacciones de hipersensibilidad sistémica y local. **Epidemiología:** las reacciones de hipersensibilidad son raras. - La incidencia es desconocida, aproximadamente el 0.1% de las administraciones parenterales. - Se han reportado 20 reacciones de urticaria y broncoespasmo en 2256 pacientes en quienes se les administró glucocorticoides. - Otro estudio reportó 14 casos sospechosos de reacciones de hipersensibilidad a la administración parenteral de glucocorticoides en 5 millones de personas. **Fisiopatología:** no está determinada. Se piensa que es por la molécula nativa o metabolitos que actúan como haptenos se unen a proteínas séricas, forman complejos alérgicos y desencadenan producción de anticuerpos. Las reacciones de hipersensibilidad son más frecuentes con prednisona y prednisolona oral, mientras que la anafilaxia lo es con metilprednisolona. **Caso clínico:** femenino de 44 años con antecedentes de tabaquismo por 20 años con índice tabáquico de 10, etilismo ocasional. Alergias: dermatitis de contacto por irritantes trata-



da con hidrocortisona tópica y fexofenadina. Esclerosis múltiple recurrente remitente desde hace 17 años tratada con fingolimod y levetiracetam. Presentó brote de esclerosis múltiple con neuritis óptica y paresia de miembro pélvico izquierdo, recibió tratamiento con metilprednisolona 1 gramo vía intravenosa posteriormente presentó prurito cutáneo generalizado, 24 horas después edema facial y en tórax, eritema generalizado respetando palmas y plantas. Desapareciendo sintomatología en aproximadamente 6 días. **Conclusión:** la práctica médica en Medicina Interna es muy variada, tratando múltiples patologías que en ocasiones requieren el uso de glucocorticoides, aunque la incidencia es muy baja y hay una gran carencia de estudios en este rubro, es de suma importancia, no solo por la gravedad del cuadro clínico desde un rash hasta una anafilaxia, sino también por la importante restricción terapéutica en ciertas patologías, como en el caso comentado donde son un pilar fundamental en el tratamiento.

Palabras clave: glucocorticoides, hipersensibilidad, anafilaxia, haptenos.

0422 Linfoma no Hodgkin extranodal, con carcinoma folicular de tiroides como complicación de radioterapia. Reporte de caso Sánchez Eduardo, Santillán Wendy Josefina, Paz Alan, Hernández Adrián, Mijangos Javier, Alba Leonor

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: el linfoma anaplásico de células grandes tipo B es una variante poco común, además su presentación extranodal es extremadamente rara. Constituye 5 a 10% de los linfomas no Hodgkin, el marcador anti-CD30 es positivo en 80% de los casos. Ya con el diagnóstico, se sugiere realizar un PET-CT posterior a inicio de tratamiento, esperando encontrar respuesta a tratamiento; no así, una segunda neoplasia primaria.

Caso clínico: masculino de 69 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica de larga evolución. Inició con aumento de volumen en el compartimiento anterior de muslo derecho, con crecimiento lento y progresivo durante dos años. Refiere dolor en articulación coxofemoral y región lumbar aumentando de intensidad conforme al aumento de tamaño de tumoración en dicha región. A la exploración se detecta tumoración de 13 cm, dura y fija a plano profundo en compartimiento anterior de cuádriceps derecho. Se realiza biopsia escisional de la tumoración, reportando por patología: linfoma anaplásico de células "B" -ACL (+++) positivo -CD 20 (+++) positivo -CD3 (+++) positivo en linfocitos reactivos -HMB 45 (-) negativo -CTK 1/3 negativa -KI 67 positivo 70% inmunohistoquímica:-CK 5/6 (-) negativa-sinaptofisina (++)

positiva-desmina (-) negativa -CD 20 (+) positivo -CD 30 (+) positivo -CD 15 (-) negativo -CD 5 (+) positivo. Se inicia tratamiento con radioterapia durante 3 meses. Posteriormente se realiza PET-CT, marcando actividad elevada en nódulo tiroideo, y glándulas suprarrenales. Conllevando a un ultrasonido tiroideo: presencia de nódulo ovoideo isoecoico con halo hipoecoico, centro ecogénico en relación a calcificación, circunscrito, con vascularidad central periférica al Doppler color, localizado la porción media del lóbulo izquierdo. Finalmente, se realiza biopsia con aspiración por aguja fina, resultando carcinoma folicular de tiroides. **Conclusiones:** el linfoma no Hodgkin de presentación extranodal es una entidad poco frecuente. Aún más lo es un linfoma anaplásico de células B, localizado y en tejidos blandos. Se ha estimado un número absoluto de neoplasias secundarias en pacientes con tratamiento posterior a linfoma no Hodgkin, mostrando 40 a 90 casos por 10000 pacientes por año. Debido a lo anterior, el seguimiento del tratamiento es crucial para estos pacientes.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, extranodal, segundo tumor primario, cáncer folicular tiroideo, linfoma anaplásico de células B.

0428 Características clínicas, serológicas y factores etiológicos de 116 pacientes con crioglobulinemia en un centro de tercer nivel en México

Rangel Juan, Barrera Ana, Atisha Yemil

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: la crioglobulinemia está asociada con diversas enfermedades sistémicas y manifestaciones clínicas; en población mexicana se desconoce su comportamiento. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes con crioglobulinemia en un centro único de la Ciudad de México. **Material y métodos:** se incluyó a todos los pacientes que tenían determinación confirmada de crioglobulinemia $\geq 1\%$ de marzo 2004 a agosto 2015. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se compararon mediante la prueba de X² considerando significativos valores de $p < 0.05$. **Resultados:** se encontraron 116 pacientes con crioglobulinemia, diez tenía un criocito mayor al 5%, a ninguno se le realizó inmunofijación; 76% tenían virus de hepatitis C (VHC), 11% lupus, 4% Sjögren y 3% alguna neoplasia linfoproliferativa. 63% presentaron manifestaciones clínicas, 27% afección cutánea, 26% neuropatía periférica, 16% afección renal y 17% artralgias. Sobre las características inmunológicas, en 52% se encontraron anticuerpos antinucleares (ANAs) positivos, 70% C3 disminuido, 80% C4 disminuido y 93% factor reumatoide (FR) positivo. A mayores niveles de criocito se

encontró mayor frecuencia de manifestaciones clínicas (46% vs 77% vs 80% $p=0.002$). En el subgrupo de pacientes con VHC no se encontraron neoplasias linfoproliferativas (0 vs 14% $p=0.002$). En los pacientes con patologías autoinmunes, se encontraron menos manifestaciones clínicas atribuibles a crioglobulinemia (39% vs 71% $p=0.002$). **Discusión y Análisis:** el VHC fue la primera causa asociada, hallazgo reportado en otras series; contrario a lo esperado, lupus superó a Sjögren como la patología autoinmune más frecuente. Se encontró un mayor número de manifestaciones clínicas comparado con lo descrito, lo que correlaciona con la alta frecuencia FR positivo, C3 y C4 disminuidos, factores asociados a manifestaciones clínicas. En los pacientes con VHC posiblemente se requiera mayor seguimiento para encontrar asociación con linfoma. En los pacientes con enfermedades autoinmunes, tal vez, la crioglobulinemia deba considerarse como un marcador de actividad y no como una patología independiente. **Conclusiones:** el estudio logró evaluar a una población numerosa con crioglobulinemia en México, siendo el hallazgo de más relevancia un número de manifestaciones clínicas mayor a lo descrito en otras series, lo que sugiere que la determinación excepcionalmente se realiza de escrutinio en nuestra población. **Palabras clave:** crioglobulinemia, crioglobulinas, virus de

hepatitis C, lupus eritematoso generalizado, púrpura, vasculitis.

0446 Histoplasmosis gigante, diagnóstico diferencial de nódulo pulmonar y resultado de tratamiento quirúrgico

Vázquez Sergio¹, Martínez José Arturo², Becerril Eduardo², Ogaz Mónica, Cabrera Luis, Gama Uriel

¹ Hospital General de Pachuca;

² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: la histoplasmosis es una micosis profunda o sistémica causada por un hongo dimórfico denominado *Histoplasma capsulatum* var. *Capsulatum*, afecta el sistema retículoendotelial. Generalmente inicia a nivel pulmonar y puede diseminarse a diferentes órganos. Tiene diversas manifestaciones, las pulmonares suelen dividirse en una fase aguda, siendo más frecuente en niños y adultos jóvenes y las crónicas se observan en pacientes de mayor edad. Las manifestaciones crónicas son el resultado de una respuesta inmune prolongada y efectiva del huésped o a una cantidad pequeña del agente infeccioso. Nódulos pulmonares pueden observarse décadas después de la infección inicial y presentar un reto diagnóstico para el clínico por la su dificultad para diferenciarlos entre una neoplasia o un tuberculoma. Típicamente los histoplasmosomas son pequeños menores de 1 cm, asintomáticos y pueden incrementar de



tamaño con el tiempo. **Caso:** mujer de 51 años, originaria de Oaxaca, residente del Estado de México. Antecedente de viajes frecuentes a Oaxaca. Inició en septiembre de 2014, con tos sin expectoración, recibió tratamiento antimicrobiano por sospecha de neumonía sin mejoría y con persistencia de la tos. En marzo de 2015 presentó expectoración hemoptoica en una ocasión y disnea de mínimos esfuerzos; por lo que fue referida a unidad de tercer nivel, donde dimos seguimiento. Se realizó TAC con ventana pulmonar con presencia de un macronódulo. En la muestra del LBA se realizó tinción de Grocott, con reporte de quistes de *Pneumocystis jiroveci* y probables levaduras intracelulares, el antígeno en orina para histoplasma fue positivo. Se inició tratamiento con itraconazol y se realizó resección en cuña de la lesión, reporte de patología con presencia de levaduras intracelulares. Los cultivos para hongos, bacterias y micobacterias se reportaron sin desarrollo. Presentó mejoría clínica y fue dada de alta con tratamiento anti fúngico. **Discusión:** el caso toma importancia por los resultados de laboratorio que causaron dificultad en el diagnóstico, sin embargo el análisis de patología fue concluyente así como la buena respuesta al tratamiento. El tratamiento de los histoplasmosas gigantes (> 3 cm) aún es controvertido, la presencia de enfermedad pulmonar moderada, justifica el

inicio de tratamiento antifúngico; sin embargo, se ha descrito en series de casos empeoramiento de la enfermedad pulmonar, siendo el tratamiento quirúrgico fundamental para la remisión de la enfermedad.

Palabras clave: histoplasmosa gigante, nódulo pulmonar, tratamiento quirúrgico.

0450 Análisis exploratorio de IgE específica para alergia respiratoria a través de InmunoCAP-Phadiatop y correlación con eosinófilos en sangre periférica

Barrientos Moisés¹, Robledo Julio César¹, Esquivel José Franklin², Pérez Jorge Alonso Joaquín¹

¹ Hospital General de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús; ² Laboratorios Frontera Sur Clínico-Alergias-Molecular

Objetivo: evaluar los niveles séricos de IgE total y específica en alergia respiratoria y la correlación con cifras de eosinófilos totales en sangre periférica en un grupo de pacientes con síntomas respiratorios (enfermedades alérgicas CIE10), de acuerdo a edad, género y estación año. **Material y métodos:** estudio transversal. Periodo marzo 2013-julio 2015. Procedimiento descriptivo, siendo la maniobra de interés la determinación en sangre total de IgE específica para alérgenos respiratorios empleando 30 microlitros de sangre total para realizar el conteo por impedancia a través de equipo KX21 automatizado. La

determinación de IgE fue por el método InmunoCAP100 y quimioluminiscencia retardada. El resultado de IgE específica (pool de proteínas ácaros, epitelio de animales) se tomó positivo un valor ≥ 0.35 kU/L. Se recabaron variables demográficas como edad, sexo, estación del año. Estadística. Análisis de correlación utilizando coeficiente de correlación de Pearson. Comparación de grupos con Prueba de "t" para muestras independientes y U Mann-Whitney. **Resultados:** se incluyeron 203 pacientes. Masculinos 51.2%, La estación del año en la que se registró la mayoría de estudios de laboratorio fue primavera e invierno 40.9% y 27.6% respectivamente. Edad $X=19.78 \pm 21$, mediana=7 años (2-89 años). Leucocitos $X=8.6 \times 10^3 \pm 2.6$ (2.9-15.6), linfocitos $X=4.31 \times 10^3 \pm 2.9$ (0.6-2.1) y eosinófilos $X=358 \pm 318$ (0-1830) mediana=280. IgE total $X=288 \pm 580$ (1-4292) mediana=60.5 kU/L. InmunoCAP-Phadiatop fue positivo en 113 (55.7%) y IgE total (>100 kU/L)=49.7%. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre estaciones del año y género. Encontramos diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de IgE total y género $p < 0.037$. La cifra de IgE total cuando se comparó con los grupos definidos por InmunoCAP fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). Coeficiente de correlación de Pearson 0.09, es decir fue una correlación débil, dato similar se encontró cuando se correlaciono

con linfocitos Pearson=0.04. Cuando se comparó la cifra de eosinófilos con el grupo sensibilizado detectado ImmunoCPAP $p > 0.05$. **Conclusiones:** los valores de IgE total y específica para alérgenos respiratorios se encontraron elevados en este grupo de pacientes con síntomas respiratorios. La correlación entre el conteo de eosinófilos en sangre periférica e IgE total es débil, por tanto, se requiere niveles de IgE en suero para apoyar el diagnóstico.

Palabras clave: IgE, InmunoCAP-Phadiatop, alergia, eosinófilos.

0482 Derrame pleural masivo como primera manifestación de linfoma folicular

Valero Grissell Alejandra¹, Rodríguez Benigno Emmanuel¹, Reyes Ivonne Leticia¹, Matías Félix Alberto¹, Luna Rocío¹, Zúñiga José Mauricio¹, Campos José Manuel²
¹ Hospital Juárez de México; ² Hospital General Regional de Apizaco Emilio Sánchez Piedras

Antecedentes: los linfomas no-Hodgkin (LNH) constituyen la 12^a causa de cáncer en ambos sexos de acuerdo a GLOBOCAN. En México, la etiología maligna es la 2^a causa de derrame pleural de acuerdo a cifras del INER, siendo el LNH el 5^o lugar en frecuencia. Dentro de estos, el linfoma folicular, tiene un curso habitualmente indolente, siendo las adenomegalias, la primera manifestación. Presentación del **caso:** Mujer de 41 años quien no cuenta con APNP de relevancia;

APP solo antecedente de colecistectomía, el resto negados. Ingresó por padecimiento de 15 días, caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho leve y distensión sin otro síntoma acompañante. Se agrega a los 12 días dolor torácico derecho tipo pleurítico, intensidad moderada, disnea mMRC 2, la cual progresa a mMRC 4; consulta con médico externo quien encuentra derrame pleural masivo derecho, por lo que es referida. Al ingreso nuestro hospital, se encontró al examen físico en tórax síndrome de derrame pleural derecho del 100%, abdomen dolor leve en hipocondrio derecho, sin organomegalias palpables; se encontraron adenomegalias de 1.5 cm en región axilar bilateral, blandas, indoloras, únicas. En el estudio de líquido pleural: citoquímico: exudado no complicado; cultivo para bacterias, hongos, baciloscopía y ADA: negativos; citopatológico: negativo para células neoplásicas. Mastografía y ultrasonido de abdomen y pelvis sin datos sugestivos de neoplasia. Perfil inmunológico para LES y AR negativos. TAC de tórax y abdomen: derrame pleural derecho, sin masas pulmonares, adenomegalias mediastinales, retroperitoneales y pélvicas. Broncoscopía normal. Biopsia bronquial normal. Biopsia de ganglio axilar: negativa para malignidad. Al no haber diagnóstico etiológico, se lleva a la paciente a toracotomía, se toman biopsias de pleura, pulmón y ganglios, reportando en

el estudio histopatológico de este último linfoma folicular. **Discusión:** el linfoma folicular, es el 2^o subtipo más frecuente de LNH, con curso comúnmente indolente. Su forma de presentación habitual es como adenomegalias cervicales axilares e inguinales indoloras, crecen y disminuyen de tamaño de forma espontánea, siendo el involucro pleural poco frecuente. Para nuestra paciente, la primera manifestación fue un derrame pleural masivo, que para su diagnóstico etiológico requirió de un método invasivo. **Conclusión:** los linfomas foliculares si bien son relativamente frecuentes, su manifestación con derrame pleural de primera instancia es inusual.

Palabras clave: derrame pleural, linfoma no-Hodgkin, linfoma folicular.

0490 Factores pronósticos en pacientes con neoplasias sólidas y sepsis en el departamento de urgencias

Valdés David Alfonso, Domínguez Guillermo, Atisha Yemil
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: la sepsis grave y el choque séptico tienen mortalidad importante y son causa frecuente de ingreso a urgencias en pacientes con cáncer. El diagnóstico oportuno e inicio temprano del tratamiento impacta en la mortalidad. El lactato sérico se usa como factor pronóstico en sepsis y choque séptico, sus valores se



pueden modificar en pacientes con cáncer y no está estudiado su valor pronóstico en estos pacientes. **Objetivos:** determinar la relación entre índice de choque, lactato y mortalidad a 30 días en pacientes con tumores sólidos y sepsis. De manera secundaria valorar otros predictores de mortalidad, evaluar otros desenlaces (requerimiento de apoyo mecánico invasivo). Describir la efectividad para inicio temprano de antibióticos en este hospital y la utilidad de SOFA y MEXSOFA en estos pacientes. **Material y métodos:** estudio de cohorte, observacional, descriptivo, prospectivo. Se incluyeron adultos con tumores sólidos y sepsis que se hayan abordado con gasometría arterial al ingreso a urgencias, se recabaron variables clínicas y de laboratorio al ingreso, parámetros de gravedad, se hizo un análisis univariado y multivariado enfocado a variables que predican mortalidad a 30 días. **Resultados:** se analizaron 80 pacientes en un periodo de 10 meses, la neoplasia más frecuente fue linfoma(33.8%), la mayoría estadio clínico III-IV(75%). Las infecciones más frecuentes fueron neumonía (33.8%) y colangitis (27.5%). El 48% presentaron sepsis grave, 25% requirieron vasopresor. En el análisis univariado se asociaron con mortalidad, la temperatura, pH arterial, leucocitos al ingreso, neutrófilos totales al ingreso, y la presencia de sepsis grave o choque séptico. No hubo asociación estadística con índice de

choque o los valores de lactato. En el análisis multivariado el mejor predictor de la mortalidad fue la leucocitosis $>15,000/\text{mm}^3$. **Conclusiones:** lactato e índice de choque no son buenos predictores de mortalidad a 30 días en pacientes con sepsis y tumores sólidos. Aquellos que se presentan con una respuesta inflamatoria importante expresada por leucocitosis $>15,000/\text{mm}^3$ tuvieron mayor mortalidad. **Discusión.** La mortalidad importante en pacientes con leucocitosis pudiera explicarse por una respuesta inflamatoria muy intensa, casi todos tenían PCR muy elevada y cursaron con infecciones más graves o con mayor repercusión a nivel sistémico, y pudieron haber cursado con reacción leucemoide, algo que en otros escenarios ya se ha asociado a aumento de la mortalidad

Palabras clave: sepsis, cáncer, mortalidad, pronóstico, leucocitosis.

0499 Reporte de un caso: absceso esplénico manifestado como fiebre de origen desconocido

Magaña Guadalupe Montserrat
Hospital General Regional núm. 1 de León, Gto.

Femenino de 61 años de edad, ama de casa, con cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por fiebre, intermitente, no cuantificada, sin predominio de horario, remitía con antipiréticos acompañada de ataque al estado general, náusea y vó-

mito de contenido gastrobiliar (5/día). Disnea de medianos esfuerzos, diaforesis de predominio nocturno y pérdida de peso de 10 kg en 1 mes. 15 días después se agrega evacuaciones diarreicas (10 evacuaciones en 5 días) sin moco ni sangre recibió tratamiento antibiótico sin mejoría. Ingreso 7.03.16 EF: FC:104 x', FR: 22 x', TA: 90/60 mmhg, Temp: 38.1°C consciente, orientada, pupilas isocóricas, mucosas húmedas, pálidas, faringe hiperémica, con ingurgitación yugular grado I. Ruidos respiratorios y cardiacos de buena intensidad, soplo sistólico foco mitral I/VI. Peristalsis 3 x', disminuida en intensidad. no doloroso, se palpa hepatoesplenomegalia, 2 cm por debajo de borde costal. adenomegalias región inguinal, bilateral, no móviles, dolorosos. Extremidades pulsos, sensibilidad y fuerza normales, edema, +/-+++ de tipo blando. Varices y telangiectasias ambas piernas. Lab. Gluc 94, Cr 0.5, Urea 38, Hb 9.1, VCM 80, HCM 26.5, leuc 4.4, Neutros 3.7, plaq 173, Tífico O 1:160, Proteus OX-19 1:80. Evolución: 09.03.16 TA 90/60, T° 37 Continua con diarrea, fiebre intermitente, hiperglucemia, hipoalbuminemia, transaminasemia, elevación de bilirrubinas y azoados. Tx ceftriaxona, pb IVU 15.03.16 TA 80/50, T° 38.5 Diminución en la frecuencia de evacuaciones diarreicas. cultivos negativos. Rx tórax normal. sangre oculta en heces negativo. 18.03.16 valoración hematolo-

gía por trombocitopenia (128 mil y en descenso) frotis de sangre periférica normal. TAC abdomen con imagen hipodensa en bazo, engrosamiento paredes uterinas y líquido libre. 23.03.16: TA 80/50, T°38.5 Exacerbación de disnea, estertores crepitantes basales bilaterales, sat O2 78%, ECG ondas T invertidas cara anteroseptal. dímero D 503, procalcitonina 2.36. 25 marzo ´16: FC 100 x', FR 24 x', TA 80/50 T°39 deterioro hemodinámico uso de aminos vasoactivas, ingresa a UCI. INR 4.3, TP 47.5, TPT 42.9, Hb 6.6, plaq 54. 31.03.16 valoración GYO colposcopia normal, atrofia. Deterioro clínico, crisis convulsivas, intubación, estado de choque. 2.04.16 FC 130 x', FR 27 x', TA 70/50 T°38.5 Se realiza LAPE, con esplenectomía 03.04.16 fallece. Examen macroscópico: parénquima esplénico congestivo, zona friable purulenta.

Palabras clave: absceso esplénico, fiebre de origen desconocido, falla orgánica múltiple.

0516 Relación del índice neutrófilo/linfocito y severidad en el síndrome de apnea hipo-apnea obstructiva del sueño en pacientes obesos

Morales María del Carmen, Zapata Rogelio, Díaz Leydi Jineth, Arango Johana Isabel, Whittal Laura Patricia
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Antecedentes: la apnea obstructiva del sueño (AOS) describe

un patrón de respiración irregular durante el sueño debido al colapso parcial o completo e intermitente de la vía aérea superior. Diferentes estudios han demostrado la elevación de biomarcadores de inflamación sistémica en pacientes con SAHOS tales como PCR, IL6, TNF- α e IL1. Sin embargo el índice neutrófilo/linfocito (INL) es un método barato, fácil de obtener que puede agregarse a la estratificación de riesgo de los pacientes. **Método:** estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional que incluyó 125 pacientes mayores de 18 años. El objetivo fue determinar la relación entre el INL y la severidad del SAHOS. Resultados. Se estudiaron 125 casos, de estos: 25 pacientes no tenían SAHOS, 15 tenían SAHOS leve, 27 SAHOS moderado y 58 pacientes SAHOS grave. En cuanto al INL este se clasificó de acuerdo al percentil 25 (1.45), 50 (1.96), 75 (2.62). La relación del INL y el índice de hipopneas (IH) mostró una correlación positiva débil ($r=0.19$, $P 0.03$ con el índice de apneas (IA) se obtuvo una correlación cuantitativa débil ($r=0.16$, $p 0.07$), entre el índice de apnea/hipopneas (IAH) fue de ($r=0.3$, $p 0.01$ y finalmente se encontró una correlación de leve a moderada negativa entre el INL y la SatO2 con una ($p 0.05$). **Discusión:** Oyama et al encontraron una correlación inversa significativa entre la dilatación mediada por flujo y el IAH en 95 pacientes con

una P de 0.01, demostrando la asociación entre el INL y el grado de la AOS. Los valores del INL eran mayores en aquellos paciente con SAHOS severo que en los otros grupos con una P de 0.05, donde se encontró una correlación significativa entre los valores normales del INL y el IAH definiendo el valor de corte para el INL en 1.53 que se asoció como predictor de gravedad en paciente con SAHOS con un OR de 4.27 con una P de 0.02, además encontró que el incremento del IMC junto a un INL fueron factores independientes para presentar SAHOS grave.

Conclusiones: en este estudio, se estableció como punto de corte del INL un valor de 2.62, sin embargo, al comparar los grupos no se observaron diferencias en pacientes con SAHOS severo, se encontró una correlación negativa significativa entre el INL y los niveles de SatO2 en sangre con una P 0.05, lo que sugiere que la hipoxemia crónica guarda una estrecha relación con estados inflamatorios, por lo que se ha propuesto al INL como un nuevo marcador de inflamación.

Palabras clave: obesidad, apnea obstructiva del sueño, índice neutrófilos/linfocitos, índice de apnea-hipoapnea, índice de hipoapnea, saturación de oxígeno.

0525 Casi ahogamiento en aguas negras. Reporte de un caso

Rivera Dante Jesús, Calzada Jade, Montaña Nalleli Orquídea, Ruíz Ana Luisa, Grajales Alfonso, Ro-



dríguez María Graciela, Mayoral José Manuel

Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Masculino de 43 años, sin antecedentes de importancia, quien sufre accidente laboral el día 02/08/2016 al presentar caída y sumersión en pozo de aguas negras. Es rescatado por servicio de emergencia y trasladado a hospital regional, en el camino se un evento de paro cardiorespiratorio sin especificarse el tiempo de duración. Es ingresado a la sala de urgencias con Glasgow de 3 puntos con sibilancias y dificultad respiratoria con posterior ingreso a Unidad de Terapia Intensiva en donde al manejo de la vía aérea con intubación orotraqueal se aspiran abundantes aguas negras. La radiografía de tórax evidenció infiltrado intersticial difuso y con acidosis respiratoria severa, con lo que se reporta paciente muy grave y con alta probabilidad de complicación a corto plazo, requiriendo aminas vasoactivas por 5 días, además de ventilación mecánica invasiva. Se realizó TAC de tórax la cual reportó infiltrados intersticiales bilaterales, con derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. A su ingreso se realizó toma de cultivos los cuales reportaron, crecimiento de *E. coli* BLEE (+) y *S. aureus* en secreción bronquial, sensible a carbapenémicos iniciando terapia dirigida. En la Unidad de Cuidados Intensivos se logró

una extubación exitosa a los 8 días de su ingreso el 12 de agosto del 2016. El día 18 de agosto 2016 ingresó al servicio de Medicina Interna en malas condiciones neurológicas con incapacidad para el habla y con paresia en las 4 extremidades, solamente mostrando respuesta a maniobras dolorosas con gesticulación. Se inician ciclos de cerebrolisina a dosis de 50 ml (1076 mg) por día durante 10 días. Asimismo se tomó TAC de cráneo de control por persistencia de fiebre y se evidenció pansinusitis, por lo que se continúa con tratamiento antibiótico con terapia dirigida acorde a resultados de cultivos. En la evolución neurológica del paciente se presenta mejoría clínica evidente iniciando habla el día 24 de agosto, con posterior mejoría de la fuerza muscular e inicio de la marcha con asistencia de auxiliar. El paciente evolucionó paulatinamente hacia la mejoría y fue egresado el 30 de agosto para continuar seguimiento por consulta externa. A los 10 días de su egreso se presenta paciente a consulta de valoración siendo capaz de comunicarse en forma verbal con leguaje lento, además de presentar marcha ligeramente claudicante con asistencia de andador. Se solicita que el trabajo sea presentado en tribuna para compartir los videos de la recuperación neurológica.

Palabras clave: síndrome de sumersión, síndrome de casi ahogamiento, cerebrolisina.

0527 Síndrome de Hermansky Pudlak. Primer reporte de caso en el estado de Chiapas

Lara Selene, Hernández Liliana Ivett, Sarmiento Jorge Raúl
Hospital Chiapas Nos Une. Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza

Introducción: el síndrome de Hermansky Pudlak (SHP) descrito en 1959 por Hermansky F y Pudlak P consiste en la triada de albinismo oculocutáneo, diátesis hemorrágica y acumulación de cuerpos ceroides de lipofuscina. La mutación del gen HPS tiene una prevalencia en el noroeste de Puerto Rico, de 1 en 1800 o presente en 5 de 6 albinos. En México, solo se ha reportado el caso de 2 hermanas con el síndrome. Por lo anterior se presenta el siguiente **caso:** masculino de 30 años, mexicano vive en zona rural del estado de Chiapas, agricultor de profesión. **Antecedentes:** refiere albinismo en 1 hermano, no consanguinidad, exposición a humo de leña, con índice de exposición a biomasa 20 horas/año, niega exposición a agentes orgánicos o inorgánicos y tabaquismo. Acude con historia de 1 año de evolución de disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, tos productiva y epistaxis en los últimos 2 meses. A su admisión, disnea en reposo, saturación periférica de oxígeno 86% al aire ambiente, incrementando a 95% con oxígeno por puntas nasales, polipnea, crepitantes bilaterales y taquicardia sinusal. Hipopigmentación de piel y

cabello, fotofobia, nistagmus horizontal y acropaquias. Resto normal. Resultados de laboratorio: biometría hemática aumento de hemoglobina (17.9 mg/dl) y hematocrito (54.7%). Fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina y conteo de plaquetas normal, el tiempo de sangrado prolongado (14 min), resto de los estudios normales. La espirometría muestra un patrón restrictivo (FVC 43% del predicho, FEV1 48% del predicho y FEV1/FVC 96%). La radiografía de tórax con infiltrado reticular difuso bilateral y áreas de confluencia de predominio lateral izquierdo. La tomografía de alta resolución engrosamiento de septos interlobulillares, bronquiectasias por tracción, patrón en panal de abeja con gradiente apico-basal, de predominio basal y periférico bilateral. ECOT con HAP. Por lo anterior se sospecho de caso de SHP y se inicio manejo con corticoesteroides orales e inhalados y oxígeno de forma domiciliaria. **Conclusiones:** se sospecha que el paciente cursa con un SHP ante la presencia de albinismo oculocutáneo, fibrosis pulmonar y diátesis hemorrágica. La ausencia de gránulos densos en las plaquetas examinadas por microscopía electrónica confirma el diagnóstico de SHP. En este caso si bien no se completo el protocolo para confirmar diagnóstico, el cuadro clínico es compatible con el SHP, así como la evolución reportada en los pacientes con este síndrome. El tratamiento actual es de soporte.

Palabras clave: Hermansky Pudlak, diatesis hemorrágica, albinismo oculocutáneo, cuerpos ceroides y lipofuscina, fibrosis pulmonar.

0558 Angioma cavernoso, abordaje diagnóstico

Flores Cándido², Sánchez Jimena¹, Meza Patricia Alejandra², Gil Israel Nayensei², Pérez Eliseo², García Rafael², Ortega Benjamín²
¹ Hospital General de Zona 32 IMSS; ² Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca (HRAEI) Secretaría de Salud

Introducción: las malformaciones de los vasos intracraneales son trastornos congénitos relacionados con alteraciones del desarrollo de la red vascular. Según las características histológicas se distinguen cuatro entidades: malformaciones arteriovenosas, telangiectasias capilares, malformaciones venosas y angiomas cavernosos.

Objetivo: dar a conocer el abordaje diagnóstico de un paciente con sintomatología inicial gastrointestinal y sospecha de causas neurológicas. **Reporte de caso:** masculino de 40 años, antecedentes; diabetes mellitus tipo 2 hace 15 años en tratamiento con glibenclamida/metformina hace 5 años recientemente con insulina NPH 20/10UI. Inicia padecimiento hace 1 mes previo a su ingreso con cefalalgia holocraneana intensidad 8/10, náusea, vómito, mareos, epigastralgia de tipo urente, manejado en otro hospital con omeprazol,

metronidazol, USG hígado y vías biliares y panendoscopia de tubo digestivo alto sin anormalidad. En su estancia en hospitalización persiste con epigastralgia, mareos, náusea y vómito, se repite USG hígado y vías biliares reporte de hígado graso leve, colon irritable, panendoscopia de tubo digestivo alto con gastroparesia erosiva biliar se toma biopsia, TAC abdomen con engrosamiento región antropilórica. Biopsia gástrica con gastropatía reactiva/química, se realiza IRM encéfalo con lesión ocupativa en pedúnculo cerebeloso lateral al 4to ventrículo con imagen en "palomita de maíz" hemorragia subaguda. Se realiza neurocirugía con reporte histopatológico de angioma cavernoso. **Discusión:** los cavernomas pueden ser únicos sin un origen familiar, con riesgo de presentación igual a la población general (0.5%), y pueden ser múltiples con patrón de herencia autosómica dominante hasta 50% se pueden presentar en familiares. Su cuadro clínico puede ser insidioso pudiéndose hacer evidentes entre los 20 y 40 años, con manifestaciones que van desde crisis convulsivas, datos clínicos de hemorragia cerebral, cefalalgia, retraso mental en niños. La IRM más típica en los cavernomas no complicados es conocida como lesión en "palamitas de maíz". **Conclusiones:** las lesiones cerebrales vasculares pueden tener una variedad de cuadros clínicos, ponderando los datos gastrointestinales de este paciente, con náusea, vó-



mito en ocasiones incoercible, cefalalgia, mareos y el abordaje de causas gastrointestinales con posterior causas de origen neurológicas mareos, vómito incoercible llevo al diagnóstico de angioma cavernoso.

Palabras clave: angioma, náusea, incoercible.

0562 Adaptación transcultural y validación de la versión en español del cuestionario SARC-F en adultos mayores mexicanos residentes de la comunidad

Rosas Oscar, Parra Lorena, Szlejf Claudia, Cruz Esteban, García Ana Isabel

Instituto Nacional de Geriátría

Introducción: no existen escalas en español que evalúen sarcopenia, se requiere una medición accesible ante la importancia de la sarcopenia en el adulto mayor (AM). **Objetivo:** los objetivos de este estudio incluyeron la adaptación transcultural y la validación de la versión en español de México del cuestionario SARC-F en adultos mayores mexicanos residentes de la comunidad. **Diseño del estudio:** análisis transversal, de un estudio prospectivo de cohorte. **Metodología:** datos obtenidos de la cohorte FraDySMex que incluyó AM del sureste de la Ciudad de México. Se incluyeron 487 participantes, hombres y mujeres, mayores de 60 años. Las variables estudiadas incluyeron datos demográficos, comorbilidades, estado mental, estado nutricional, dependencia en actividades

de la vida diaria, fragilidad y calidad de vida. Las mediciones objetivas de la masa muscular esquelética incluyeron: índice de masa muscular esquelética (SMI, por sus siglas en inglés), el cual fue obtenido utilizando la DEXA, fuerza muscular, por medio de la dinamometría manual, la velocidad de la marcha por medio del GaitRite®, pico de torque y potencia de la extensión de la rodilla a través de un dinamómetro de isocinética, Batería Corta del Desempeño Físico y el balance por medio de la prueba Modificada de Integración Sensorial del Equilibrio en una superficie inestable, con los ojos cerrados. El SARC-F traducido al español y los criterios del Consenso del Grupo Europeo sobre sarcopenia en personas de edad avanzada y del grupo asiático, fueron aplicados para evaluar la sarcopenia. **Resultados:** La versión en español del cuestionario SARC-F mostró una confiabilidad interna alfa de Cronbach=0.641. Todos los ítems del cuestionario se correlacionaron con el puntaje total de la escala de manera positiva ($\rho=0.43$ a 0.76), la concordancia inter-observador fue de ICC=0.80. La validez de criterio, al comparar, los criterios del Grupo Europeo (alta especificidad y valores predictivos negativos) y el cuestionario SARC-F se correlacionaron de manera positiva con otras mediciones relacionadas con la sarcopenia (edad, calidad de vida, cognición, dependencia en actividades de la vida diaria,

estado nutricional, depresión, velocidad de la marcha, fuerza de presión manual pico de torque y potencia de la extensión de la rodilla, SPPB, balance, SMI y fragilidad). **Conclusión:** la escala SARC-F fue adaptada transculturalmente y validada con éxito, al español, en adultos mayores mexicanos residentes en la comunidad.

Palabras clave: sarcopenia, dinapenia, validación, fragilidad, desempeño físico, desnutrición.

0570 Síndrome de hipersensibilidad a alopurinol: reporte de caso

Acosta Nayeli¹, Juárez Alberto², Rivera Alejandro¹

¹ Centro Médico ISSEMYM Ecatepec; ² Hospital Regional ISSEMYM Texcoco

Se presenta caso de síndrome de DRESS, el cual se encuentra dentro de la diversidad de reacciones por hipersensibilidad inducido por alopurinol, con incidencia de 0.1% en pacientes bajo tratamiento con alopurinol, sin predominio de sexo y asociado al alelo HLA-B*58:01 el cual al combinarse con el oxipurinol (metabolito de alopurinol) aumenta la sensibilización de las células T y desencadena alguna de las reacciones asociadas, se reporta mortalidad de 9-20%. Masculino de 32 años de edad sin antecedentes de relevancia, recibe tratamiento por Hiperuricemia asintomática con alopurinol 300 mg cada 12 horas. 2 semanas posteriores

a inicio de dicho fármaco presenta lesiones tipo papulosas en ambos codos recibiendo tratamiento con antihistamínico sin mejoría, agregados al segundo día exantema generalizado macular eritematoso y edema facial, acompañándose de prurito intenso generalizado, ictericia conjuntival, coluria, fiebre hasta 39 grados, hepatomegalia, adenopatías cervicales e inguinales múltiples. Se documenta AST 870 U/L ALT 1900 U/L hiperbilirrubinemia total de 12 mg/dl directa 9.2 mg/dl Indirecta 2.8 mg/dl fosfatasa alcalina 870 U/L LDH 650 U/L citometría hemática con 22000 leucocitos 3400 eosinófilos 6500 linfocitos con reporte de atipia, panel viral negativo para VIH, VHB, VHA, VHC, ANAS negativos. Colangiorresonancia sin obstrucción de la vía biliar. USG con reporte de hepatomegalia sin dilatación de vía biliar. Se realiza Biopsia de piel donde se documenta infiltración linfocitaria perivascular superficial con vascularización focal de las células basales, espongiosis leve e hiperqueratosis. Cumple con 2 criterios mayores (lesión hepatocelular aguda y dermatitis exfoliativa) y 3 criterios menores (fiebre, eosinofilia y leucocitosis) diagnosticándose síndrome de hipersensibilidad a alopurinol manifestándose como síndrome de DRESS (reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos). Se da tratamiento con pulsos de metilprednisolona 500 mg/día durante 3 días

con posterior mantenimiento 1 mg/kg observando disminución considerable de edema facial e inicio de descamación en lesiones de extremidades, existe disminución gradual de pruebas de funcionamiento hepático, eosinófilos y linfocitos, manteniéndose en vigilancia por complicaciones con esteroide sistémico. Es importante conocer las indicaciones de tratamiento con hipouricemiantes ya que el uso inadecuado de los mismos puede conllevar a reacciones adversas potencialmente mortales. **Palabras clave:** alopurinol, hipersensibilidad, DRESS, dermatitis, hepatitis, eosinofilia.

0580 Análisis de la variabilidad de flujo y saturación del servicio de urgencias médicas del Hospital Juárez de México

Valero Grissell Alejandra, Pérez Elizabeth, Castañón Jorge Alberto, Conde José Manuel, Mayén Julio César, Navarro Felipe, Tanaka Alfredo
Hospital Juárez de México

Introducción: la saturación de los servicios de urgencias médicas (SUM) impacta de forma global, directa y negativa en la calidad de la atención. Se cree que uno de los factores que genera gran parte de la saturación es la variabilidad de flujo (número de pacientes que arriban por unidad de tiempo a una unidad médica). Se han diseñado escalas multidimensionales con el fin estandarizar, medir y graduar la saturación de los SUM, con

resultados variables al momento de aplicarlas en forma generalizada. Polanco et al desarrolló un Índice de Saturación Modificado (ISM), que utiliza variables que recaen sólo en el SUM y gradúa la saturación en 4 niveles de advertencia, demostrando ser una herramienta útil. **Material y métodos:** se efectuó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal durante el año 2015. Se incluyeron todos los pacientes registrados en el censo del SUM del Hospital Juárez de México (HJM) de este periodo. El objetivo primario fue describir y analizar la variabilidad de flujo del SUM del HJM durante un año. Los objetivos secundarios fueron validar de forma retrospectiva el ISM y establecer el grado de saturación de acuerdo a este. **Resultados:** se cuantificaron 36,800 pacientes; se incluyeron para el análisis 34,123. La muestra se dividió en pacientes que recibieron consulta (21,947) y pacientes que ingresaron a observación (12,176). Los datos se agruparon por día y turno. Análisis de flujo: consultas: los días lunes se dio el mayor número de consultas, en turno matutino; en fin de semana, el mayor número de consultas se dio en turno nocturno. Ingresos a observación: hubo más ingresos los días lunes en turno vespertino; en fin de semana, hubo más ingresos en turno nocturno. El ISM reportó Saturación Extrema en el 73.8% del año, sin predominancia por día o turno. Se hizo una regresión logística



multivariable para las variables que conforman el ISM, mostrando una capacidad de predicción de saturación de 91.7%, si se toma en cuenta las variables que incluyen a pacientes en observación, número de médicos, enfermeras y camas. **Discusión:** es de los pocos estudios que describe el comportamiento del flujo de un SUM y saturación de forma objetiva. **Conclusión:** el número de recursos humanos que labora por turno y el número de camas disponibles desempeñan un rol importante en la génesis de la saturación, independientemente de la variabilidad de flujo. El ISM es una herramienta útil para medir la saturación e identificar qué factores la determinan.

Palabras clave: variabilidad de flujo, saturación de los servicios de urgencias médicas, índice de saturación modificado.

0586 Microangiopatía trombótica: un reto diagnóstico

García Ana Lya, Gil Aurelio, Villanueva Arisbeth, Jarero Carlos, Villagrán Manuel

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: las microangiopatías trombóticas comprenden un grupo de entidades, caracterizadas por anemia hemolítica no autoinmune, trombocitopenia, y un grado variable de afectación orgánica. Entre las más importantes se encuentran la púrpura trombocitopénica trombótica y el síndrome hemolítico urémico, que en ocasiones pueden cons-

tituir un gran reto diagnóstico.

Caso clínico: se trata de paciente femenino de 21 años de edad, primigesta, con el diagnóstico de preeclampsia y diabetes gestacional. Posterior al término del embarazo por vía abdominal, inicia con cifras tensionales de difícil control, aunado a esto, se documenta bicitopenia (anemia, trombocitopenia), elevación de azoados, incremento de deshidrogenasa láctica, disminución de haptoglobinas, coombs directo negativo, por lo que se realiza frotis sanguíneo, en el cual se visualizan 2.6% de esquistocitos, estableciendo así el diagnóstico de microangiopatía trombótica. Requiriendo de terapia sustitutiva renal por síndrome urémico. Se inicia abordaje diagnóstico, con determinación de actividad de ADAMTS 13: 76%, anticuerpos inhibitorios IgG contra ADAMTS 13 13.6 unidades/mililitro, determinación de anticuerpos antinucleares 1:80, patrón moteado, anti DNA negativos, C3 disminuido y C4 normal. Es tratada con plasmaféresis y posteriormente, en la presencia de cifras sistólicas superiores a 200 mmHg, presenta crisis convulsiva parcial secundariamente generalizada, tratada con propofol y fenitoina. Una vez, en mejores condiciones generales se toma biopsia renal, la cual reporta glomérulos con datos de hipoperfusión, trombos recientes de fibrina, y esquistocitos. **Discusión:** la etiología de la microangiopatía trombótica, se puede dividir en causas primarias

y secundarias. La determinación de la actividad de ADAMTS 13, de anticuerpos inhibitorios de ADAMTS 13, el porcentaje de esquistocitos, determinación del complemento, son esenciales para el diagnóstico. **Conclusiones:** Las microangiopatías trombóticas son entidades nosológicas poco frecuentes, siendo las más importantes la púrpura trombocitopénica trombótica y el síndrome hemolítico urémico, que cursan con una alteración del endotelio vascular, que propicia anemia hemolítica y trombocitopenia, con la ulterior formación de trombos en la microvasculatura. La comprensión de sus mecanismos fisiopatológicos, llevará a una mejoría en el diagnóstico y tratamiento y por ende pronóstico de dichas enfermedades.

Palabras clave: microangiopatía trombótica, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome hemolítico urémico, síndrome hemolítico urémico atípico, ADAMTS 13, anticuerpos inhibitorios contra ADAMTS 13.

0596 Patrón tomográfico de crazy paving como manifestación de neumopatía intersticial descamativa

Vázquez Sergio, Casillas José Domingo, Ogaz Mónica, Arrieta Magdalena, Lemus Jorge Alejandro

Hospital General de Pachuca

Antecedentes: la neumonía intersticial descamativa (NID) forma parte de las neumonías

intersticiales idiopáticas y tomo su nombre del patrón histológico dominante, descrito como células epiteliales descamativas, sin embargo ahora se reconoce que es producida por la acumulación intraalveolar de macrófagos. Es asociada a fumadores, con una incidencia de 58 a 91%, más frecuente en hombres en relación 2:1, se ha considerado como una respuesta sub-aguda al daño por tabaco. Fisiológicamente ocasiona hipoxemia y una restricción pulmonar. Las alteraciones radiográficas son limitadas y no específicas. Los patrones tomográficos principales son atenuaciones en vidrio despulido, de forma bilateral y simétrica en más de 50% de los casos, con predominio en zonas inferiores en 73% de los casos. El patrón tomográfico crazy-paving es producido por una imagen linear súper impuesta con engrosamiento del septo interlobar que simula la imagen de una superficie irregular de empedrado, originalmente descrito en proteinosis alveolar, continúa siendo la causa de este patrón 70 a 90% de los casos. **Caso:** femenino de 53 años, con antecedente de depresión mayor, en tratamiento con fluoxetina y risperidona, tabaquismo con índice tabáquico de 45 paquetes/año, ingreso urgencias por disnea progresiva hasta en reposo, Glasgow no traumático de 10 puntos, con saturación basal de 49% que mejoró a 90% con oxígeno suplementario. Resultado de perfil de drogas negativo. Rx de tórax

con imagen en vidrio despulido bilateral difuso, tomografía de tórax donde se encuentra patrón en "crazy paving", e imagen en "vidrio despulido de forma bilateral". Espirometría con patrón restrictivo severo, se realiza broncoscopia, con lavado bronquial, y toma de biopsia, los cuales reportan: Neumonía intersticial descamativa, y se inicia manejo con esteroide sistémico. Posterior a un mes de tratamiento la paciente presenta mejoría con saturación basal 90%, y disminución importante e imagen en vidrio despulido bilateral difuso en radiografía de tórax. **Discusión:** el patrón tomográfico de crazy paving se presenta en su mayoría de casos en pacientes con proteínosis alveolar (70-90%), en procesos infecciosos predominantemente bacterianos, y algunos casos de neumonías intersticiales idiopáticas de los que predominan reportes de neumonía intersticial usual, neumonía intersticial no específica; sin embargo hay muy pocos reportes a cerca de la neumonía intersticial descamativa con esta presentación.

Palabras clave: crazy, paving, neumopatía, intersticial, descamativa.

0599 Edema agudo pulmonar por altura. Presentación de un caso

Buena Guadalupe Margarita, Torres Karla Samantha, Rosas Oscar Hospital Ángeles Mocol

Introducción: el edema pulmonar por altura, es el edema no

cardiogénico, que puede presentarse en sujetos predispuestos, no aclimatados, expuestos a hipoxemia, durante los primeros días a una altitud > 2500m. Con incidencia <31%. Si no se desarrolla entre el 4-5 día, no ocurrirá, a menos que haya un nuevo desplazamiento a mayor altitud. Se presenta disnea (96%), disminución de la tolerancia al ejercicio, tos, estertores, taquipnea, taquicardia, fiebre, alteración del sueño, cianosis, cefalea y alteraciones digestivas. Los criterios de Lake Louise nos dan el diagnóstico, con al menos 2 síntomas (disnea en reposo, tos, disminución de la tolerancia al ejercicio) y 2 signos (crépitos, cianosis central, taquipnea y taquicardia), más un cambio de altitud y la exclusión de otras causas. Se observan infiltrados alveolares en parches e HAP. Se sugiere descender < 1000m o hasta que los síntomas se resuelvan, no deben esforzarse, ya que puede exacerbar el edema. Se da apoyo con oxígeno, se puede indicar nifedipino, beta agonista, inhibidores de la fosfodiesterasa, dexametasona, presión positiva continua de la vía aérea y cámara hiperbárica, según sea el caso. **Descripción del caso:** masculino de 38 años de edad. A su llegada a la Ciudad de México posterior a un viaje de 17 horas procedente de Rusia, inició con disnea de grandes esfuerzos, fatiga, tos con expectoración hialina, posteriormente progresión de la disnea hasta ser incapacitante. Se encuentra taquicárdico, con



polipnea, datos de dificultad respiratoria, estertores bilaterales y sibilancias aisladas. Se realizó prueba rápida de Influenza con resultado negativo, procalcitonina y Dímero D dentro de parámetros normales, con cultivos por lavado bronquioalveolar para virus y atípicos, ELISA y BAAR negativos. Tomografía de tórax de alta resolución con patrón intersticial. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) con hipertensión arterial pulmonar (HAP) moderada. Se inició manejo con beta agonistas y esteroide. Al tercer día de inicio del cuadro, con mejoría clínica, con tomografía de tórax de control sin patrón intersticial. **Conclusión:** todas las personas que no están aclimatadas y que ascienden rápidamente a grandes alturas, están en riesgo de cualquier enfermedad letal, que ocurre en los primeros días después de la llegada a una gran altitud. 2500m se han usado como límite para la enfermedad de gran altura. Es subestimada, ya que muchos casos no consultan, ni se reportan por presentar un cuadro leve.

Palabras clave: edema agudo pulmonar, edema pulmonar por altura, edema no cardiógeno, disnea súbita, criterios de Lake Louise, hipertensión arterial pulmonar.

0612 Tamponamiento cardiaco secundario a pericarditis por citomegalovirus en paciente con trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas
Limón Eduardo Arturo

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: la infección por citomegalovirus (CMV) es una de las infecciones en pacientes que reciben trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Durante la infección activa por el virus se afectan principalmente el sistema gastrointestinal, hepático y hematopoyético. Se describe el caso de una paciente con TCPH complicada con infección por CMV con una manifestación inusual. **Caso clínico:** femenino de 28 años con antecedente de mielofibrosis tipo III, llevada a TCPH alogénico en agosto 2015. Cursó con infección por CMV en la fase postrasplante temprano. Enfermedad diseminada por CMV en Abr/2016 PCR de CMV con 60000 copias por lo que recibió por 10 semanas manejo con valganciclovir 450mg cada 12h. Inicia su padecimiento actual el 08/08/16 con la presencia de úlceras orales, evoluciona con fiebre de 38°C y evacuaciones diarreicas el 28/08/16 motivo de ingreso a hospitalización. A su ingreso con TA 80/40, FC 120, Sat 88%, FR 22; la revisión con úlceras orales, cuello con plétora yugular, precordio rítmico, ruidos respiratorios con murmullo vesicular bilateral, abdomen blando, doloroso en marco cólico, extremidades sin edema. Se inició manejo bajo el contexto de sepsis con cristaloides sin respuesta. Evoluciona al deterioro con falla respiratoria

e hiperlactatemia por lo que es admitida en la unidad de cuidados intensivos Requirió manejo con norepinefrina con pobre respuesta. Se le realizó TAC simple de tórax en la que se observa acumulo de liquido pericárdico. Se le realiza ecocardiograma transtorácico donde se observa derrame pericárdico calculado de al menos 500cc, con colapso de ambas aurículas y de la pared libre del ventrículo derecho. Se realizó pericardiocentesis con colocación de catéter pig tail 5Fr sobre introductor 5Fr con extracción de 1200cc de liquido xantocrómico, citoquímico compatible con liquido inflamatorio, se realizaron las siguientes pruebas resultando negativas: cultivo convencional, PCR TB, PCR *T. cruzi*, adenovirus, tinción de KOH. la prueba de PCR para CMV positiva para 323127 copias. Se dio manejo con valganciclovir 450mg cada 12h y drenaje por catéter a permanencia hasta su resolución 10 días después. Ecocardiograma de control con derrame residual mínimo por lo que se retira catéter y se da de alta. **Conclusiones:** la pericarditis por CMV es una entidad grave que puede evolucionar a tamponade de manera aguda. El ecocardiograma es útil en el diagnóstico diferencial del choque cardiógeno.

Palabras clave: citomegalovirus, tamponade, choque cardiógeno, trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, pericarditis, pericardiocentesis.

0621 Osteomielitis vertebral complicada con empiema

Mireles Cynthia Andrea, Hernández Diego

Departamento de Neumología, Hospital Ángeles del Carmen, Guadalajara, Jalisco

Introducción: la osteomielitis vertebral es una entidad infecciosa que es infradiagnosticada, así como su asociación con derrame pleural o empiema es muy rara, pero se ha descrito previamente. Describimos un paciente que se presenta con una osteomielitis complicada con empiema causada por un *Staphilococo aureus* meticilino sensible. **Caso clínico:** hombre de 51 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 meses previos, el cual comienza con cuadro de tos irritativa asenia, adinamia y fiebre no cuantificada 2 meses antes, 3 semanas previas con dolor en costado derecho, tratado en varias ocasiones con antibioticoterapia con pobre respuesta y persistencia de síntomas, se toma Radiografía de Tórax encontrando derrame pleural atípico, loculado, se realiza toracocentesis con pus franca, cultivo positivo para *S. aureus* sensible a meticilina, concomitantemente se encuentra lesión osteolítica en T10, se realiza resonancia magnética nuclear de columna lumbar con datos de discitis de T9 y osteomielitis de T10 se inició tratamiento con clindamicina y drenaje con sonda de toracotomía con buena respuesta clínica. **Conclusiones:**

la asociación de derrame pleural y osteomielitis vertebral es extremadamente rara, encontrándose esta asociación en la literatura en menos de 20 casos reportados, si incluimos los casos donde se presenta empiema el número se reduce a 2 casos reportados previamente. El germen predominante en el 70% de los casos reportados es *S. aureus*. Al parecer un factor predisponente es la presencia de diabetes mellitus ya que el 50% de los pacientes la presenta, así como hemos encontrado una fuerte relación entre el género masculino y la presencia de esta enfermedad. El tratamiento no se encuentra bien establecido, pero se recomienda una terapia no menor a 6 semanas.

Palabras clave: osteomielitis vertebral, empiema, *S. aureus*, diabetes mellitus, derrame pleural, toracocentesis.

0636 Efecto de los corticosteroides en la evolución clínica de neumonía adquirida en la comunidad con datos de sepsis ensayo clínico aleatorizado

Arteaga Mayra, Martínez Mayte, Pérez Elizabeth
Hospital Juárez de México

Introducción: la Organización Mundial de la Salud estima que la infección del tracto respiratorio inferior es la causa más común de muerte por infección en el mundo (la tercera causa más común en general), con casi 3,5 millones de muertes anuales. Juntos, neumonía e influenza

constituyen la novena causa de muerte en los Estados Unidos, resultando en 50.000 muertes estimadas en 2010. La neumonía adquirida en la comunidad que es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización se asocia con el exceso de mortalidad durante los años posteriores entre los supervivientes, incluso entre los jóvenes sin enfermedad concomitante. **Metodología:** se incluyeron 34 pacientes con Neumonía adquirida en la comunidad con datos de sepsis se aleatorizaron uno a uno un grupo a recibir metilprednisolona 0.5 mg/kg cada 12 horas por 5 días un grupo de no intervención, en los objetivos generales, se medió falla a tratamiento y estabilidad clínica a las 120 horas y 72 horas respectivamente, en los objetivos específicos, días de estancia intrahospitalaria y necesidad de ventilación mecánica invasiva. **Análisis estadístico y Resultados:** se realizó el análisis estadístico con el programa IBM SPSS para la variable estabilidad clínica para el grupo de metilprednisolona (M=1.2 SD=0.43) para el grupo de no intervención (M=1.4 SD=0.51 t-2.0 (P=0.16) referente a falla al tratamiento para el grupo de metilprednisolona con (M=1.1 SD= 0.33) para el grupo de no intervención (M=1.4 SD 0.50 t-1.43 (P=0.05) (IC 90%). Para los objetivos específicos, días de estancia intrahospitalaria para el grupo de metilprednisolona (M=7.5 SD=2.0) para el grupo de no intervención (M=9 SD=3 t-1.6



($P=0.10$) Para la variable ventilación mecánica para el grupo de metilprednisolona con ($M=1.8$ $SD=0.39$) para el grupo de no intervención ($M=1.7$ $SD=0.43$ $t0.41$ ($P=0.68$) (IC 90%). Se vio disminución de la tasa de falla al tratamiento en comparación con el grupo de estudio de no intervención. Sin embargo aunque la evidencia científica aún es escasa no se ha mostrado beneficio en la mortalidad, hacen falta amplios ensayos clínicos aleatorizados y controlados para llegar a conclusiones sólidas.

Palabras clave: neumonía adquirida en la comunidad, esteroide, sepsis.

0679 Nevo pigmentado leptomeníngeo

Arteaga Mayra, Ovando Daniel Fernando, Reyes Ivonne Leticia, Martínez Mayte

Hospital Juárez de México

Masculino de 42 años, divorciado, comerciante, bachillerato completo, católico, originario y residente del Estado de México. Antecedentes heredofamiliares: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica. APNP: tabaquismo positivo con un índice tabáquico de 12 cajetillas al año, etilismo ocasional sin llegar a la embriaguez, combe negativo, niega otras toxicomanías, no tatuajes no perforaciones. APP: sin crónico-degenerativos, rinoplastia, no alérgicos, no traumáticos, no transfusionales; IVSA a los 15 años, 15 parejas sexuales heterosexuales. Inicia

padecimiento actual 6 meses antes de su ingreso con presencia de cefalea holocraneana intensidad 5/10 EVA acompañado de náuseas sin emesis, disminuye con el reposo, exacerbación de la cefalea hasta una intensidad 9/10, con episodios de emesis; hace 3 meses se agregan parestias de miembros inferiores con patrón ascendente y diplopía horizontal, pérdida de la fuerza transitoriamente en miembros inferiores y se agregan crisis convulsivas parciales en una ocasión. A su ingreso sólo con nistagmus horizontal agotable con múltiples nevos pigmentados en dorso anterior y posterior, ninguno con datos de malignidad; resto de la exploración normal, sin datos de irritación meníngeo a la punción lumbar con LCR transparente 26 células, 100% monocitos, glucosa 41, proteínas 140, gramnegativo. Hipertrofia de ventrículos laterales, pleocitosis, TAC de cráneo con presencia de múltiples lesiones hiperdensas en ambos hemisferios a nivel de la corteza, dilatación discreta de ventrículos laterales, resonancia magnética de cráneo con datos de infiltración meníngeo. Se da abordaje de meningitis crónica linfocítica y se realiza punción para obtención de LRC; se envía para WB para cisticercosis, la cual resulta negativa, así como para borreliosis, encontrándola negativa, TB negativo tanto cultivo como PRC, ECA para descartar sarcoidosis, resultando negativa, PCR para CMV, herpes virus negativo, cultivos para hongos

y bacterias negativo. Descartando todo posible diagnóstico infectológico, se propone toma de biopsia de meninges abierta encontrando hiperpigmentación con reporte de histopatología de lesión pigmentada subaracnoide. Continúa en vigilancia por parte de neurología y neurocirugía con manejo con esteroides y anticomiciales.

Palabras clave: leptomeninges, lesión pigmentada.

0695 Linfoma folicular: presentación atípica

Vigueras Alma Poema, Casillas José Domingo, Sinco Armando, Nava Hipólito Román, Parra Alicia Jackeline

Hospital General de Pachuca

El linfoma folicular (LF) es una neoplasia derivada de los linfocitos B maduros, representa cerca del 20% del total de linfomas, prototipo de los linfomas indolentes, de manera individualizada su curso clínico puede ser ampliamente variable y difícil de predecir. Aproximadamente un 20% tienen una evolución más agresiva y con una supervivencia inferior a los cinco años. Masculino de 55 años de edad, con antecedente de exposición por 20 años a material de construcción, inició sintomatología con disnea de grandes esfuerzos y tos con expectoración blanquecina, un mes después refirió dolor pleurítico, con disnea en reposo, negó síntomas B, aunque se observó un derrame pleural izquierdo del 80%. Se realizó

toracocentesis diagnóstica, con características de exudado, por lo que se efectuó toracoscopia para drenaje con toma de biopsia pleural, reportando inflamación crónica y aguda, negativa para células neoclásicas; se egresó por mejoría; 3 meses después presentó síntomas B, además de aumento del perímetro abdominal, reincidió la disnea que fue progresando hasta ser de medianos esfuerzos, acudió a consulta externa con hallazgo de adenomegalias axilares e inguinales de 2x3 cm, con reincidencia de derrame pleural izquierdo del 30%, hepatomegalia y esplenomegalia. Se tomó biopsia de ganglio axilar derecho de 2x2 cm, que se envió a patología, donde se reveló un linfoma folicular; en estudios de extensión, en aspirado de médula ósea, se encontró una infiltración de tipo linfoma no Hodgkin, con hipocelularidad general, en tomografía axial computarizada toracoabdominal con adenomegalias a nivel torácico y abdominal, con hepatomegalia y esplenomegalia, según clasificación de Ann Arbor en un estadio IV; en biometría hemática con anemia normocítica normocrómica, con panel viral para VHC, VHB y VIH negativos; en inmunohistoquímica se reportó un linfoma folicular grado 2 con CD20 y BCL2 positivos. La mayoría de los pacientes con FL son asintomáticos, pudiendo presentar adenopatías periféricas; únicamente el 20% de los pacientes presentan síntomas B,

lo que condiciona un diagnóstico en estadios avanzados, un porcentaje muy bajo presenta una evolución agresiva, como en nuestro caso, que mostró derrame pleural como manifestación inicial, posteriormente síntomas B, con lo que se pudo realizar el diagnóstico.

Palabras clave: linfoma folicular, derrame pleural, síntomas B, Ann Arbor, adenopatías, biopsia.

0710 Recuperación funcional en pacientes ancianos postoperados de fractura de cadera

Pérez Karla Isabel, Gutiérrez Jesús

Institución de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: la fractura de cadera permanece como una de las más comunes y potencialmente devastadoras lesiones de la población geriátrica. Estas fracturas tienen un impacto que se extiende más allá de la lesión ortopédica obvia, pues involucran aspectos tanto médicos como de rehabilitación, psiquiátricos, sociales, económicos y familiares. **Material y método:** estudio cénico, de tipo observacional, prolectivo y longitudinal en pacientes ancianos con fractura de cadera realizado en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez; se incluyeron todos los pacientes ancianos con fractura de cadera que ingresaron al servicio de Medicina Interna y Ortopedia, por lo que no se requirió de cálculo muestral, se realizó un análisis

descriptivo sobre el comportamiento de la población anciana con fractura de cadera por lo que no se requiere de un grupo control. **Resultados:** en relación con la recuperación funcional de los pacientes intervenidos de fractura de cadera, los resultados de la valoración de acuerdo a la escala FIM comparando con el previo (obtenido del interrogatorio de ingreso al hospital y de la evaluación a los 3 y 6 meses), se observó que en cuanto a las actividades que más presentaron deterioro después de la fractura de cadera, fueron las actividades del dominio motor, sin embargo, también pero en menor grado las actividades del dominio cognitivo. Las actividades que menos afectación presentaron por la fractura de cadera fueron las relacionadas con la interacción social. **Discusión:** la población de estudio coincide con las evidencias encontradas que confirman que la mayoría de los registros de fractura de cadera corresponden a mujeres de 70 años. La media de edad fue 73.4 años, mientras que en otros estudios la edad media es 80.17 y 82.3 años, excepto un estudio realizado en Brasil que registra una edad media de 77 años. **Análisis:** coincidimos con otros estudios en la existencia de diferencias significativas entre las variables propias de los pacientes, tales como el deterioro cognitivo y enfermedades, y la convivencia a los 3 meses, con la evolución funcional de los mismos. Las limitaciones del estudio



se deben al tamaño de muestra; la existencia de 17 hombres no permite establecer relaciones confiables con la variable sexo. **Conclusiones:** la fractura de cadera en el anciano genera connotaciones negativas a nivel funcional tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las instrumentales, además de las repercusiones en la institucionalización y/o mortalidad.

Palabras clave: recuperación, funcional, ancianos, postoperados, fractura, cadera.

0727 Eficacia de benzodiacepina parenteral administrada en bolos crecientes vs infusión continua en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica

Tamayo Alejandro de Jesús¹, Huerta Dalila¹, Suárez Juan Antonio²

¹ Hospital General Ticomán; ² Hospital General Xoco

Introducción: la supresión etílica es la presencia de hiperactividad vegetativa por el deseo imperioso o necesidad de ingerir alcohol debido al cese o reducción del uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. El tratamiento ideal para la supresión etílica es a base benzodiacepinas, el modo de administración de acuerdo a su vida media se ha preferido por el uso de bolos; sin embargo, no existen estudios que comparen la vía de administración. **Objetivo:** determinar la eficacia terapéutica de la administración de benzodiacepina

parenteral en bolos crecientes vs infusión continua en el tratamiento del SAA. **Material y método:** se eligieron pacientes con diagnóstico de supresión etílica en Hospital General de Xoco durante julio de 2013 a noviembre de 2015; se incluyeron a 96 pacientes entre 18 a 50 años de edad, que cumplieron con los criterios de selección; se eligieron de forma aleatorizada, con dos modalidades de tratamiento con diacepam parenteral, infusión vs bolos, comparando CIWA-Ar inicial vs CIWA-Ar a las 24 horas y los días de estancia hospitalaria.

Resultados: las características clínico-demográficas de la población se evaluaron con U de Mann-Whitney, incluyéndose a 94 hombres (99%) y 2 mujeres (1%), con una edad en cada grupo, respectivamente, de bolo 41.6, infusión 41.1, infusión y bolos 40.7 ($p=0.52$), un tiempo de consumo en meses de severidad de supresión etílica de acuerdo a CIWA-Ar: bolo 17.2, infusión 15.2, combinado 15.8, con $p=0.34$). El porcentaje de control de acuerdo con las diferentes modalidades terapéuticas fue de bolos 70.7, infusión 54.2, combinado 69.1, con $p=0.76$. Análisis estadístico: para la descripción de los resultados se utilizaron medidas de resumen, como media y desviación estándar. Para el análisis inferencial se utilizó U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, de acuerdo con la naturaleza de las variables, para estimar las diferencias y

asociaciones entre variables, respectivamente. Se consideró significación estadística cuando $p \leq 0.05$. **Conclusiones:** con los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que el tratamiento con bolos de diacepam es superior que la infusión continua en el control de pacientes con supresión etílica, utilizando como herramienta de control la escala CIWA-Ar; sin embargo, los días de estancia hospitalaria no tuvieron variaciones.

Palabras clave: supresión etílica, CIWA-Ar, tratamiento, benzodiacepinas, infusión continua, bolos.

0730 Mortalidad asociada al índice de masa corporal en adultos mayores de 70 años hospitalizados en servicios médicos y servicios quirúrgicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Barqueño Virgen, García Juan Carlos

Instituto Mexicano del Seguro Social, CMN Siglo XXI, UMAE Hospital de Especialidades

Objetivo: establecer las diferencias en la mortalidad en pacientes hospitalizados con IMC en el estrato denominado de bajo peso (menor de 22 kg/m²) en servicios médicos, en comparación con servicios quirúrgicos. **Material y método:** se calculó un tamaño de muestra de 612 pacientes por grupo. De 2,657 pacientes con EGI, 895 no tenían registro de peso y talla y

77 más se eliminaron por seguir hospitalizados o ser trasladados a otros servicios o unidades. Se realizó análisis estadístico con medidas de frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central y dispersión. Para diferencia de proporciones de mortalidad se utilizó χ^2 para obtener índice de disparidad (OR) y determinar riesgo de mortalidad con bajo peso por servicios médicos y quirúrgicos.

Resultados: se evaluaron 1,224 pacientes, 612 por grupo; hubo 111 defunciones en total; 82 (13.40%) de 612 pacientes se encontraban hospitalizados en servicios médicos y 29 (4.74%) de 612 pacientes, en servicios quirúrgicos. El IMC promedio en pacientes fallecidos en servicios médicos y quirúrgicos fue 25.5 y 24.7 kg/m², respectivamente; 17 (20.73%) de las 82 defunciones en pacientes médicos tenían IMC menor a 22 kg/m² y 10 de las 29 defunciones en pacientes quirúrgicos tenían IMC menor a 22 kg/m². Se calculó t de Student, encontrando significación de 0.063 muertes en ambos grupos. El riesgo relativo encontrado fue de 0.497 (IC 95%, 0.195-1.264). Se encontró también relación estadísticamente significativa entre el número de comorbilidades y el índice de Charlson en la mortalidad, con p=0.000 y p=0.0001 en servicios médicos y quirúrgicos, respectivamente. El síndrome geriátrico que se asoció significativamente con un incremento en la mortalidad fue el abatimiento funcional, en 89%

de los 82 pacientes fallecidos en servicios médicos y en 65.5% de los 29 pacientes fallecidos en servicios quirúrgicos, con p=0.004.

Conclusiones: existe mayor mortalidad en pacientes hospitalizados adultos mayores de 70 y más años en servicios médicos, en comparación con pacientes en servicios quirúrgicos. El IMC promedio de los fallecidos es normal. La mortalidad no es estadísticamente diferente en las defunciones de pacientes con IMC de bajo peso. El abatimiento funcional, mayor número de enfermedades y un índice de Charlson superior a 5 se asocian con mayor mortalidad en pacientes adultos mayores de 70 y más hospitalizados en servicios médicos.

Palabras clave: mortalidad, IMC, bajo peso, mayores de 70 años, servicios médicos, servicios quirúrgicos.

0732 La queja de sueño se asocia con la existencia de fragilidad en adultos mayores que residen en comunidades rurales

Moreno Karla¹, Maza Miguel², Rojas Óscar¹, Manrique Betty¹, Salinas Aarón¹

¹ Instituto Nacional de Geriátría;

² Hospital Ángeles Mocol

Antecedentes: los problemas del sueño son de ocurrencia elevada entre los adultos mayores (AM). La exposición a problemas de sueño se relaciona con alteraciones neurohormonales, en los ritmos circadianos y en la reserva homeostática. Esas alteraciones están implicadas en los meca-

nismos fisiopatológicos de la fragilidad. Algunos estudios han abordado los problemas del sueño y fragilidad; sin embargo, los resultados no son concluyentes y la información disponible está muy concentrada en AM de Estados Unidos o restringida a AM hombres, por lo que la generalización de los resultados a otros grupos poblacionales es difícil.

Objetivo: evaluar si la queja de sueño se asocia con el fenotipo de fragilidad en una muestra de adultos mayores que viven en áreas rurales. **Material y método:** para el presente trabajo se empleó la medición de seguimiento (2013) del estudio longitudinal de Fragilidad Rural México. La muestra analítica estuvo integrada por 591 AM de 70 años y más. La fragilidad se evaluó usando los criterios del Estudio de Salud Cardiovascular (extenuación, debilidad muscular, inactividad física, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso involuntaria). Se consideró existencia de queja de memoria mediante la pregunta (del *Geriatric Mental State version B, 3rd edition*): ¿ha tenido problemas del sueño recientemente? Se empleó un modelo de regresión logística, ajustado por covariables demográficas y de salud, en el que se incluyó un término de interacción entre trastorno de sueño y sexo. **Resultados:** la edad promedio de los AM fue 76.3±3.3 años y 52.8% eran mujeres. La prevalencia de trastornos de sueño fue de 20% (16.8 en hombres y 21.8



en mujeres) y la de fragilidad de 11%. El trastorno de sueño se relacionó de manera significativa con fragilidad en las mujeres (OR=3.24, $p < 0.01$) y no en hombres (OR=0.76, $p=0.66$), controlando por covariables. **Análisis y Conclusiones:** la queja de sueño se asocia con mayor prevalencia de fragilidad en mujeres. La queja de sueño permite identificar sujetos vulnerables a la fragilidad. Estos resultados ponen de relieve las necesidades de considerar los problemas de sueño en la evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Se necesita investigación longitudinal que permita entender los mecanismos de esta relación.

Palabras clave: sueño, fragilidad, adulto mayor, femenino, factor de riesgo, prevención.

0737 Evaluación de fragilidad con el instrumento InterRAI-AC y su asociación con mortalidad intrahospitalaria en el adulto mayor hospitalizado para cuidados agudos en la unidad de Medicina Interna en un hospital de referencia

Almaraz Diana Aracely, Robledo Julio César, Barrueta Jesús, Torres Jorge Alfonso Joaquín

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: los síndromes geriátricos (SG) se asocian a morbilidad, mortalidad y menoscabo de la calidad de vida. La hospitalización resulta en nuevas discapacidades y pérdida de

independencia. La supervivencia hospitalaria aumenta con la valoración geriátrica integral (VGI). El interRAI-AC (Acute Care) es un instrumento de VGI estandarizado. **Material y método:** estudio longitudinal, prospectivo, evaluación comparativa. **Objetivo:** evaluar fragilidad en adultos mayores ingresados para cuidados agudos en Medicina Interna de un hospital de referencia, mediante el interRAI-AC y conocer su relación con mortalidad. Del 1 de mayo al 31 de octubre de 2015 se incluyeron a usuarios 60 años de edad o más a su ingreso. La aplicación se llevó a cabo a través de una entrevista semiestructurada con el paciente, cuidadores presentes y personal de salud. Se utilizó prueba de chi cuadrada de Pearson, T-student, regresión logística binaria y regresión de Cox, según fuera apropiado. Los análisis se efectuaron con intervalo de confianza (IC) de 95% y significancia $p < 0.05$. **Resultados:** de los 200 pacientes, 53.5% hombres, la media de edad fue 71.1 años. Presentaron alteración cognitiva 35.5% premórbido, 82% al ingreso y 64.3% en la revaloración previa al egreso. Dificultad visual el 71.4% y auditiva el 37.3%. El 50% reportó estado de ánimo deprimido. El 37.8% de los usuarios tenían dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en premórbido, aumentó a 80.8% al ingreso y 73.2% en la revaloración. Durante la hospitalización, 13% desarrollaron o tuvieron

progresión de úlceras por presión, lo cual tuvo asociación con mortalidad intrahospitalaria. De los 12 dominios evaluados con interRAI-AC, 8 mostraron asociación con mortalidad: cognición, comunicación, estado de ánimo y conducta, función física, continencia, nutrición y piel; las secciones mayormente relacionadas (77.5%) son cognición, comunicación y conducta. **Discusión y Análisis:** la frecuencia de dishabilidad (dificultad para realizar ≥ 1 ABVD) al egreso fue el doble con respecto al estado prehospitalario. Se identificó variabilidad clínica significativa entre los periodos de evaluación. **Conclusiones:** con base a estos hallazgos, con el instrumento de valoración geriátrica integral interRAI-AC es posible evaluar las características de fragilidad en el anciano hospitalizado para cuidados agudos; una mayor puntuación, que traduce mayor deterioro, se asocia a mortalidad intrahospitalaria.

Palabras clave: fragilidad, dishabilidad, interRAI-AC, valoración geriátrica integral, síndrome geriátrico, mortalidad.

0770 Programa de rehabilitación física temprana en el anciano hospitalizado para prevenir declive funcional

Zaragoza Lorena, Narváez Leticia ISSSTE

Introducción: el envejecimiento abarca modificaciones en la calidad estructural y funcional de la piel, la masa muscular, la reserva

cardiorrespiratoria, los sistemas oculovestibular, nervioso central y nervioso periférico, la velocidad de reacción y respuesta y el nivel cognitivo y conductual, que paulatinamente llevan a la dependencia a partir de los 65 años. La hospitalización en sí también puede plantear riesgos para el declive funcional debido a los efectos deletéreos de reposo en cama, actividad restringida y cambios en la dieta sobre la masa muscular magra. De los adultos mayores que son ingresados a hospitalización, el 33% presentan deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria. Se incrementa a cerca del 50% cuando superan los 80 años de edad, por lo que se propone adecuar un programa de rehabilitación física para pacientes ancianos hospitalizados con el objetivo de realizar movilización temprana y prevenir el declive y dependencia funcional, así como mejorar la calidad de vida, disminuir los días de estancia intrahospitalaria previniendo síndromes geriátricos. **Material y método:** de acuerdo a la clasificación de Méndez, se realizó un ensayo clínico, de tipo observacional, prospectivo y longitudinal en pacientes ancianos hospitalizados con riesgo de declive funcional, se seleccionaron pacientes que cumplan criterios de inclusión, con estancia hospitalaria menor de 48 horas del ingreso y permanezcan por lo menos 5 días en el servicio. Se aplicó la escala ISAR-HP, seleccionando

aquellos que tuvieran a partir de 2 en la puntuación; a éstos se les aplicó índice de Barther, Norton, CAM, GDS-1, Lawton y Brody, al ingreso y al egreso hospitalario. Seleccionados los pacientes, se aplicó el programa de intervención de rehabilitación temprana realizado por el equipo de rehabilitación y reproducido por el familiar. **Resultados:** se incluyó a 50 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna, que no tuvieran más de dos días de ingreso hospitalario. La tasa de apego al programa fue de 100%; 22 fueron mujeres, que equivale al 44% y 28 hombres, equivalentes al 56%; edad media: desviación estándar fue de 78 años, promedio de estancia hospitalaria de 11.8 días; número de cuidadores con un promedio de 1.7; se observó prevención del declive funcional en 63% de los pacientes.

Palabras clave: envejecimiento, declive funcional, rehabilitación física.

0771 Uso de “levántate y anda” y dinamometría manual como factores pronósticos para caídas, institucionalización, hospitalización y mortalidad a 6 meses
Medrano-Deleija Isis Ixchel¹, Alanís-Fraga Celeste¹, Gómez-García Salvador², Dávila-Valero Julio César³, Barragán-Berlanga Abel Jesús¹, Jiménez-Ríos Jessica Yoselyn⁵, Valdovinos Salvador Bruno⁶

¹ Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina; ² IMSS, HGZ 4; ³ Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina/IMSS, HGZ

4; ⁵ SSNL Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda; ⁶ SSNL Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda/Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina

Introducción: la fragilidad es un síndrome geriátrico; la velocidad de la marcha y la dinamometría son criterios diagnósticos del mismo y guardan relación con desenlaces como caídas (Ca), dependencia/institucionalización (D/I), hospitalización (Ho) y muerte (Mu). **Material y método:** cohorte, longitudinal a 6 meses, observacional, descriptivo; se midió la velocidad de la marcha a través del test “Levántate y anda” de 3 mts (TUG3m) y fuerza de prensión a través de dinamometría manual, relacionándolos con Ca, D/I, Ho y Mu. Se incluyeron 67 pacientes, >60 años, sin enfermedad descompensada en la consulta de geriatría del H Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda. El análisis de los datos se realizó mediante validación cruzada, χ^2 , exacta de Fisher (EF), análisis de curvas ROC. Para la velocidad de la marcha se tomaron los puntos de corte internacionales (alterado si >13.5 seg) y para fuerza de prensión los generados por el INGER (hombres <22 kg; mujeres <18 kg). Se consideró significación estadística si $p < 0.05$, con un IC de 95%. Se hizo un grupo de población general (PG) y luego se subanalizó por género (masculinos y femeninos); los puntos de corte para cada uno de los grupos se midieron con ROC y



se eligieron los de mejor sensibilidad y especificidad para los eventos ya mencionados, luego se analizaron por validación cruzada y se definió si era significativo. **Resultados y Discusión:** TUG3m: se obtuvo resultado en PG significativo para D/I con punto de corte >13.5 segundos (χ^2 : $p < 0.02$; RR 1.8; IC 1.2-2.6 EF: $p < 0.02$; error: 2%). En femeninos una velocidad de la marcha >13.5 segundos les confiere además riesgo para Ho (χ^2 : $p < 0.03$; RR: 1.9, IC: 1.4-2.6; EF $p < 0.04$). Dinamómetro: para D/I en masculinos con fuerza <24 kilos (ROC S60% y E80%) tiene un RR de 6.6 (χ^2 : $p < 0.03$; IC 2.3-18.9). En Ho en PG con un RR de 2.1 (χ^2 : $p < 0.03$ EF: $p < 0.04$, IC 1.17-23.9; en masculinos una fuerza <34 kilos (ROC S50% y E20%) presentan un RR de 3.1 (χ^2 : $p < 0.04$ IC 1.14 a 8.9 EF $p < 0.08$). Para PG un RR de Mu de 2.9 (χ^2 : $p < 0.05$). **Conclusión:** la velocidad de la marcha se asocia a un mayor riesgo para dependencia/institucionalización en PG y en mujeres para hospitalización, mientras que la fuerza de prensión se asoció, además de las anteriores, con riesgo de muerte. Tal vez los cortes para nuestra población sean diferentes como se vio en hombres con dinamometría <34 kg. Para un mejor análisis se requerirá un mayor tiempo seguimiento, así como una muestra más extensa. **Palabras clave:** síndrome geriátrico, velocidad de la marcha, dinamometría manual, fragilidad, TUG 3 metros, dinamómetro.

0775 Síndrome de Mayer-Rokitonski tipo II/síndrome de Klippel Feil

Moreno Mayra, García Iveth Eunice, Luna Rocío, Zúñiga José Mauricio

Hospital Juárez de México

Paciente femenina de 28 años de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes relevantes: luxación congénita de cadera sin manejo quirúrgico, niega convivencia con tosedores crónicos, alérgicos, quirúrgicos, traumáticos y transfusionales previos a su ingreso. Inició su padecimiento tres meses previos a su ingreso con tos en accesos con esputo, sin predominio de horario, disnea MMRC2, diaforesis nocturna y cefalea frontal opresiva, adenopatías cervicales bilaterales, además de lesiones condilomatosas en región genital, asociadas a síntomas urinarios. A su ingreso con bicitopenia a expensas de leucopenia y trombocitopenia. Se realiza aspirado de médula ósea, encontrando una displasia megacarioblástica. Se realiza biopsia de ganglio y PCR en líquido pleural, resultando positivo para *Micobacterium tuberculosis*. Se realizan BAAR en serie de tres para descartar actividad pulmonar. Se realiza mielocultivo de bacterias, hongos y tuberculosis, resultando negativo. Se realiza TAC de tórax y abdomen para descartar actividad de tuberculosis a otro nivel, con presencia de ectasia renal. A la exploración física con anormalidades

esqueléticas compatibles con síndrome de Klippel-Feil, motivo por el cual se solicita valoración por parte del servicio de Genética y se envía cariotipo. Se egresa con los diagnósticos de tuberculosis diseminada ganglionar y pleural en tratamiento, síndrome mielodisplásico y síndrome de Klippel Feil. Se da tratamiento antituberculoso durante un año. Presenta segundo internamiento por pancitopenia, celulitis preseptal derecha y retinopatía por discrasia sanguínea. Se realiza cultivo, donde se descarta que el síndrome mielodisplásico sea secundario a infiltración de la médula por tuberculosis, motivo por el cual se realiza nuevo aspirado de médula ósea y se solicita valoración por Hematología. Se deja manejo con pipereacilina tazobactam, se inicia terapia transfusional y es egresada con seguimiento por parte del servicio de Hematología. Reingresa 10 meses posteriores a egreso por presentar síntomas de cor anémico. Ingres a cargo del servicio de Hematología, donde se realiza frotis de la sangre periférica, encontrando la presencia de blastos. Se realiza aspirado de médula ósea, el cual confirma la presencia de blastos más del 12%, encontrando una leucemia mieloides aguda. Se ofrece tratamiento con quimioterapia, el cual es rechazado por la paciente, motivo por el cual es egresada con tratamiento paliativo.

0777 Asociación de síntomas depresivos en la estancia hos-

pitalaria en una población geriátrica internada por fractura de cadera

Ocampo Sonia Sofía, Torres Nadia Denise, Del Ángel Daniel, Vera Raymundo, Jiménez Edgar, Cuéllar Adrián Bernardo

Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: las fracturas de cadera son el segundo grupo más frecuente de fracturas por fragilidad y ocasionan un aumento de morbilidad en pacientes geriátricos. La depresión es el trastorno psicológico más frecuente asociado en fractura de cadera. Por lo tanto, la identificación de estos pacientes es a menudo un componente crítico del éxito de la recuperación.

Objetivo: evaluar los síntomas depresivos al ingreso y asociar los efectos del estado de ánimo con estancias hospitalarias prolongadas. **Material y método:** se realizó estudio observacional, prospectivo, descriptivo y comparativo. Se evaluaron 31 pacientes mayores de 65 años, los cuales se ingresaron con diagnóstico de fractura de cadera traumática unilateral y se sometieron a tratamiento quirúrgico en el periodo comprendido de enero a junio de 2016. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 15 ítems; una puntuación de 6 puntos o más se clasificó como deprimido; ésta se aplicó al ingreso. Se siguieron los pacientes durante su estancia intrahospitalaria

hasta su egreso. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, dependencia en ABVD y AIVD (mediante las escalas de Katz y Lawton y Brody) y polifarmacia. Se excluyeron pacientes que presentaban delirium o que no fueron valorables. **Resultados:** se evaluaron 31 pacientes: 24 mujeres (77.4%) y 7 hombres (22.5%). 56.25% pacientes obtuvieron un puntaje ≥ 6 puntos (deprimidos 40.6% obtuvieron un puntaje < 6 puntos (no deprimidos). Los pacientes deprimidos presentaron una edad media de 82.5 años. Los pacientes no deprimidos presentaron una edad media de 82 años. Los puntos de la escala GDS obtuvieron una media en deprimidos de 7 y en los no deprimidos de 4, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$). La estancia hospitalaria en pacientes deprimidos fue de 13.5 días y en no deprimidos de 15 días sin significancia estadística ($p = 0.437$). Los pacientes con polifarmacia fueron 4 deprimidos (30.8%) y 9 no deprimidos (50%). La dependencia en ABVD se presentó en 8 pacientes deprimidos (61.5%) y en 9 pacientes no deprimidos (50%). La dependencia en AIVD se presentó en 8 pacientes deprimidos (61.5%) y en 14 no deprimidos (77.8%). **Conclusiones:** los síntomas depresivos no se asocian con una estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 65 años internados por fractura de cadera en una unidad de Traumatología y Ortopedia.

Se requiere mayor número de muestra para investigación en estudios futuros.

Palabras clave: fractura, cadera, adulto mayor, síntomas depresivos, estancia intrahospitalaria.

0782 Relación de gastos respecto al uso de los antibióticos en Medicina Interna de un hospital de referencia de 3er nivel en el noreste de México

Hawing José Ángel, Serna Griselda, Ilizaliturri Octavio, Medina Tania Annel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: el uso racional de antibióticos –tal como indica la OMS– debe extenderse más allá de los fines epidemiológicos relacionados a la prevención de resistencia bacteriana. Los costos relacionados al uso de este grupo de medicamentos constituyen un área de oportunidad para mejorar las finanzas de los sistemas de salud de países en desarrollo, de tal manera que conocer el impacto económico real de la administración de antibióticos resulta crucial para alcanzar dicho objetivo.

Material y método: se trata de un estudio observacional, prospectivo donde se registraron los antibióticos más comúnmente utilizados en la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José E. González y su impacto términos de costo bruto y costo real durante los meses de enero de 2015 a agosto de 2016. **Resultados:** el costo to-



tal de la administración de los 10 antibióticos más prescritos en la sala de Medicina Interna durante el periodo evaluado fue de \$2,528,713.00 pesos. Los 3 antibióticos más usados en durante el periodo de evaluación fueron: 1) imipenem, 2) vancomicina, 3) ceftriaxona, todos de presentación intravenosa. El costo real en la administración de los antibióticos prescritos fue en promedio un 167% mayor respecto al costo bruto (precio de adquisición). En contraste, los antibióticos de administración por vía oral, sólo constituyeron un 23.9% del costo total, siendo significativamente menor con respecto a los antibióticos intravenosos ($p=0.013$). **Conclusión:** por mucho, los antibióticos carbapenémicos lideran la lista de los antibióticos más costosos para nuestra institución. Los costos intrahospitalarios de la administración de antibióticos conforman una corriente de egresos económicos que deben ser evaluados de forma estrecha, sobre todo en hospitales de administración y asistencia pública. De acuerdo a nuestros datos, la administración vía oral de antibióticos es preferible en términos económicos; sin embargo, esto no llega a ser siempre posible debido a la complejidad de patologías infecciosas que acuden a nuestro hospital.

Palabras clave: antibióticos, costos.

0784 Epidemiología de úlceras por decúbito por estratos

diagnósticos en un hospital universitario

Medina Tania Annel, Hawing José Ángel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: las úlceras por presión prolongan el tiempo de estancia hospitalaria y aumentan los costos de atención. Con medidas adecuadas se pueden evitar en un porcentaje importante de los casos. Como es bien sabido, no contamos con estudios a nivel nacional que indiquen su incidencia. mediante escalas validadas para limitar el impacto de éstas en el curso clínico de su enfermedad de base. **Material y método:** se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario en el periodo de enero-agosto 2016 con revisión de expedientes clínicos y registros de enfermería con respecto a detección diaria de úlceras por decúbito en la sala de Medicina Interna. Se evaluaron todos los pacientes desde su ingreso, mediante la escala de Norton como tamizaje inicial para detección de úlceras por decúbito. Dicha escala se divide en 5 ítems, a saber: estado general, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia. La interpretación de dicho score se realiza de forma lineal inversa, siendo los puntajes menores de 13 puntos de alto y muy alto riesgo para desarrollo de úlceras. De acuerdo al diagnóstico de ingreso a la sala de internamiento, se estratificaron a los pacientes

en 9 grupos: 1) neurológico, 2) metabólico, 3) digestivo, 4) cardiovascular, 5) nefrológico, 6) infeccioso, 7) hematológico, 8) pulmonar, 9) otros. Del total de ingresos a nuestra sala de internamiento en el periodo revisado, se evaluaron el 97.56% usando la escala de Norton al momento del ingreso, construyendo una base de datos de 1763 pacientes. **Resultados:** durante el periodo evaluado, en promedio cada mes el 13% de los pacientes ingresados tiene un score de Norton con alto y muy alto riesgo. Los estratos diagnósticos más comunes relacionadas con un score de alto riesgo para desarrollo de úlceras por presión fueron: neurológico (25%), nefrológico (18%), pulmonar (15%). Ahora bien, en el subanálisis se identificó al síndrome urémico como la patología de ingreso más común constituyendo el 17.57% de la población, quedando en segundo lugar el EVC isquémico (14.84%), seguido de neumonía (10.54%). **Conclusiones:** lo anterior contrasta ligeramente con lo reportado en la literatura médica referenciada. En nuestro trabajo el diagnóstico que se asoció a mayor riesgo de desarrollar úlceras es síndrome urémico. A pesar de ello, el EVC cuenta una tasa nada despreciable de desarrollo de úlceras. Por lo anterior, es necesario enfocar los esfuerzos en al menos esas 3 entidades identificadas en nuestro estudio.

Palabras clave: úlceras, intrahospitalario, uremia, EVC.

0785 Relación entre control glucémico y metabólico con depresión, deterioro cognitivo leve y demencia en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2

Medina Tania Annel, Hawing José Ángel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

El 26% de los adultos mayores tiene diabetes mellitus y esta cifra se incrementará en las próximas décadas. La diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores es un factor de riesgo de depresión, deterioro cognitivo y demencia. La presencia de demencia y Deterioro Cognitivo Leve (DCL) modifica las metas terapéuticas en los pacientes con DM2. **Objetivo:** conocer la relación entre el control glucémico y metabólico en pacientes con o sin deterioro cognitivo leve, demencia y depresión según las guías internacionales de la ADA 2016 en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. **Material y método:** estudio observacional, descriptivo, longitudinal y re-

trospectivo donde se analizaron 54 pacientes diabéticos del servicio de Geriátrica, de enero a junio de 2016. Se dividieron las variables en 5 grupos: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve (DCL), demencia y con o sin depresión. A su vez, el grupo de demencia se dividió en 3 subgrupos: demencia vascular (DV), enfermedad Alzheimer (EA) y demencia mixta. Las variables independientes fueron: edad, género, glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada (Hba1c), lipoproteína de baja densidad (Ldl) e índice de masa corporal (IMC). **Resultados:** se evaluaron 54 pacientes con media de 76±7 años de edad. Los resultados de Hba1c (media) en el grupo sin deterioro cognitivo fue de 8.0%±7, DV 6.6%±.9, EA 6.4%±.4, demencia mixta 6.9%±.5, DCL 8.6%±2, grupo sin depresión 7.45%±1 y con depresión 7.2%±1. Los niveles de glucosa en ayuno (media): grupo sin deterioro cognitivo 136mg/dL±38, DV 150mg/dL±27, EA 142 mg/dL±64, demencia mixta 156mg/dL±45,

DCL 146 mg/dL±39, grupo sin depresión 133 mg/dL±40 y con depresión 148 mg/dL±35. En el estudio de variables el grupo con demencia vascular reportó una media de LDL de 95.3mg/dL contra EA 121 mg/dL y mixta 111 mg/dL. Se observa una diferencia estadística significativa en el grupo con depresión al tener una media de índice de masa corporal más alta en comparación a los demás grupo (p: .01). Existe una tendencia de mayor control glucémico en el grupo con demencia (p: .01). **Conclusiones:** tendencia de mayor control glucémico en DCL y demencia, sugiriendo que el apoyo del cuidador pudiera ser variable. LDL en el grupo de demencia vascular cumplen metas terapéuticas a diferencia de los otros subgrupos. Se observó alta prevalencia de obesidad (42%), depresión (51%) y tanto deterioro cognitivo leve como demencia (66%) en nuestra población diabética.

Palabras clave: demencia, deterioro cognitivo, glucemia, colesterol, riesgo cardiovascular.