de abscesos cutáneos (tórax y muslo), se desconoce microbiología. Al EF con lesiones cutáneas equimóticas, datos de debilidad de miembros pélvicos. HB: 9 g/dL, GB 19/mL, PMN 96%, Linfocitopenia: 3%, CD4 y CD8 ambos < 200/mm3. PCT 0.5 ug/L, CrS 4 mg/dL. TAC tórax derrame pleural bilateral, consolidación bibasal (> der.) y masa prevertebral (T7), prob. plasmocitoma con compresión extrínseca esófago y bronquio princ. izq. Se inicia ceftriaxona-clindamicina sin mejoría. Además de RT a plasmocitoma. 1 semana después TAC SNC > 10 lesiones intracerebrales con realce en anillo (= que IRM), absceso en psoas izq. y glúteo der. punción-drenaje-catéter cultivo + Nocardia (farcinica), se cambia a TMP/STX, linezolid, meropenem, con lo que hay mejora clínica y paraclínica (incluyendo IRM = < lesiones SNC). Fractura con mielopatia compresiva. Suspende ADE y sin mayor mejora particularmente neurológico-hematológico, aunque sí afebril y sin recurrencia de abscesos drenados, 6 semanas después fallece pese a mejoría de lesiones SNC, psoas y tej. blandos. **Discusión:** las infecciones por Nocardia son cada vez más frecuentes probablemente por la combinación de mejores diagnósticos microbiológicos y mayor conocimiento de factores de riesgo. Los abscesos cerebrales por Nocardia son infrecuentes (2% casos aislados) pero hasta 10-20 veces más, en formas diseminadas. Es importante la descripción de especie (sp.) ya que se describen susceptibilidades diferentes de acuerdo a cada una de ellas. **Conclusión:** Nocardia debe ser diagnóstico diferencial de toda infección (confirmada/sospechada) en inmunocomprometidos. Es importante identificar sp. y susceptibilidad para establecer la terapia antimicrobiana (TMP/SMX base del tratamiento). En abscesos (incluye SNC) el drenaje quirúrgico es ideal.

MISCELÁNEOS

0039 Menos es más (reducción de infecciones de vías urinarias y uso de sondas foley mediante herramienta electrónica)

Garza F, Galarza D
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: el uso de sondaje vesical, mediante sonda Foley es útil en los pacientes para cuantificación de diuresis en pacientes críticamente enfermos, drenar orina, obtención de muestras y procedimientos urológicos, se estima que hasta el 25% de los pacientes internados requieren colocación de sonda Foley durante algún punto de su internamiento y hasta 50% de estos pacientes persisten con la sonda a pesar de no tener indicación de la misma, aumentando la tasa de infecciones de vías urinarias (IVU), costo de estancia hospitalaria y aumento en la mortalidad, con una causa prevenible; un estudio piloto en nuestra institución, demostró que el 21% de los residentes no estaban enterados de que su paciente tuviera colocada la sonda Foley y por lo tanto no podían tomar decisiones sobre si esta debía de continuar o ser retirada, por lo cual nos dimos a la tarea de crear una herramienta electrónica con un apartado específico para el monitoreo diario y seguimiento de pacientes con sondaje vesical en el expediente electrónico. **Objetivos:** reducir las IVU asociadas al uso de sondas Foley y reducir el número de sondas Foley que no tengan indicación de continuar. **Material y métodos:** se realizó

el estudio en el Departamento de Medicina Interna que cuenta con 62 camas de internamiento, del Hospital Universitario de la UANL, que cuenta con 602 camas, de Marzo del 2015 a Junio del 2015, los primeros 2 meses se recolectaron los datos sin la intervención y los siguientes 2 meses se recolectaron los datos con la intervención de la herramienta electrónica: que no es más que un recordatorio diario que avisa sobre la presencia de sonda Foley y si es necesaria su continuación. **Resultados:** durante los primeros 2 meses de vigilancia, sin la intervención de la herramienta electrónica se detectó la presencia de sondas Foley mayores a 3 dias en el 21% de los pacientes vs 14% en periodo de intervención, 36% de estas sondas sin indicación médica vs 8% en periodo de intervención y una tasa de IVU de 5.6 por cada 100 días sonda vs 3.4 IVU por cada 100 días durante periodo de intervención. **Conclusiones:** el simple uso de un recordatorio electrónico sobre la continuación o retiro de sondaje vesical, disminuyo significativamente las sondas no indicadas, la duración en las sondas indicadas, y la tasa de IVU asociada a sondaje vesical.

0058 Secuestro pulmonar en un paciente adolescente. Reporte de un caso

Valdés L, Soberanis P, Videgaray F, Pedroza J
Hospital Ángeles Lomas

Introducción: el secuestro pulmonar es un padecimiento que rara vez se diagnostica en el adulto, es una malformación congénita poco frecuente, caracterizada por un segmento anormal de tejido broncopulmonar irrigado por una arteria anómala de origen sistémico. Fácilmente puede ser confundido con otros padecimientos, por lo que es importante tomarlo en cuenta como parte del diagnóstico diferencial ya que el tratamiento definitivo es quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente adolescente que ingresó al hospital con diagnóstico de absceso pulmonar, se realizaron estudios de imagen en donde se demostró la presencia de un secuestro pulmonar, que fue resuelto quirúrgicamente. **Descripción del caso:** paciente masculino de 15 años de edad, sin antecedentes médicos. Acudió al servicio de urgencias por tos con expectoración purulenta de 5 días de evolución, asociado a cefalea, fiebre, artralgias y debilidad generalizada. A su ingreso se encontró temperatura de 39º, taquipnéico, diaforético y con precordio hiperdinámico. A la exploración física se encontró un síndrome de derrame pleural izquierdo y algunos estertores crepitantes. En los estudios de laboratorio e imagen se encontró leucocitosis con neutrofilia, elevación de la proteína C y una opacidad bien delimitada en la base pulmonar izquierda. Con objetivo de caracterizar la lesión, se realizó una tomografía en donde se reportó inicialmente una imagen sugerente de absceso pulmonar. Ante la sospecha de secuestro pulmonar se realizó una angioresonancia magnética en donde observó una imagen compatible con secuestro pulmonar con irrigación infradiafragmática. Se realizó resección de la lesión, sin complicaciones durante su procedimiento, recibió tratamiento con ceftriaxona y clindamicina y fue egresado diez días después. **Discusión:** el secuestro pulmonar, ya sea intralobar o extralobar, es un padecimiento raro, que se puede presentar en distintas etapas de la vida sin dar manifestaciones clínicas. El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, pero que se debe considerar ante la presencia de neumonías recurrentes, abscesos pulmonares en pacientes sin factores de riesgo o neumonías no resueltas.

0090 Procalcitonina como predictor de resolución quirúrgica en pacientes con empiema

Vega A, Cortés A, Villarreal A, Aguilar N
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, SSA

Antecedentes: el empiema es una entidad con una incidencia en aumento y alta mortalidad (20 a 47 %). De la totalidad de derrames paraneumónicos (DPN), 10 a 20 % desarrollarán

un Empiema; más aún, a pesar de la estrategia convencional de tratamiento 13 % terminaran en cirugía. Los tiempos promedio para el desenlace quirúrgico oscilan entre 14 y 21 días; este retraso se ha relacionado con morbilidad hospitalaria, potencialmente mortalidad y aumento en costos de atención Recientemente se han explorado nuevos marcadores en patologías extrapulmonares que establecieron la resolución quirúrgica temprana. Particularmente han vinculado a la procalcitonina (PCT) en esta toma de decisión, sin embargo muy pocos han explorado el impacto en patología pleural (DPN y Empiema). **Objetivo:** explorar sí procalcitonina es útil como indicador de resolución quirúrgica en pacientes con DPN y empiema. **Material y métodos:** estudio prospectivo de casos y controles consecutivos durante un periodo de 2 años. Se definió como caso a todos los pacientes con evidencia de DPN o empiema. Por otro lado, se tomaron como controles a pacientes con derrame pleural de etiología no infecciosa. Al ingreso se midieron múltiples variables incluyendo PCT y proteína C reactiva (PCR) sérica y desenlace definido como intervención quirúrgica o resolución convencional. **Resultados:** se incluyeron 39 casos y 27 controles. 67 % de los casos requirió tratamiento quirúrgico. El valor de PCT entre grupos fue 0.89 vs 0.55 ng/ml (p= 0.097 en tanto el contraste de PCR entre grupos fue 156 vs 75 mg/dl (p < 0.001). **Conclusiones:** en nuestro estudio el valor de PCT es superior en los casos con DPN y empiema, de estos 2 de cada 3 terminan en cirugía. Por otro lado el valor de PCR diferencia notablemente casos de controles. Estos hallazgos requieren ser reproducidos para ser aplicados en la práctica clínica cotidiana

0107 Escleritis monoocular crónica como expresión de tuberculosis ocular: reporte de un caso

Vargas A
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

Introducción: en el estado de Tabasco solo se ha reportado un caso previo. Según el reporte global de Tuberculosis (Tb) 2014 de la OMS, es la segunda causa de muerte infecciosa, se estimó que en 2013 9 millones de personas desarrollaron Tb y en México con una incidencia de 20-49 casos por cada 100,000 personas/año. Una revisión de más de 10,000 casos de Tb entre 1940-1960, en el Sanatorio Mattapan, en Boston, demostró que solo el 1.5% tenía involucró ocular. En otro estudio de 1995 al 2010, con 3606 paciente referidos por uveítis, se documentó una incidencia de Tb ocular del 0.5%, demostrando que a pesar de ser baja su incidencia debe ser diagnóstico diferencial de inflamación ocular. **Descripción del caso:** mujer 47 años, COOMBE positivo, toxicomanías negadas, niega enfermedades crónico degenerativas o infectocontagiosas. Inició padecimiento hace 3.5 años con presencia de escleritis derecha, en tratamiento por oftalmología sin mejoría. EF fenotipo metabólico, Oftalmológico: AV: OD: 20/50, OI: 20/40, nódulo escleral superior con hiperemia ++, cornea con leucoma y sinequia, cardiopulmonar sin alteración. Labs: Hb: 12 gr/dl, plaquetas: 316 mil, Leucocitos: 9,400, Linfocitos: 2.83, Anticuerpos antinucleares, Anti Sm, Anti DNA negativos, VDRL (-), BAAR de expectoración seriado (-), PPD:(+) 14mm, PCR para Mycobacterium Tuberculosis (+), Rx de Tórax: sin alteraciones. **Discusión:** un estudio de JAMA ophthalmol, reportó predominio femenino en 64%, siendo 52.9% mas común la forma bilateral, 92% tuvó PPD(+), 15% manifestó escleritis, predominó la uveítis posterior en 42% presentando mayor riesgo de recaída (OR 13, p 0.04). Se demostró que la coexistencia con Tb pulmonar fue muy baja (5.8%) y 76% cursaron solamente con Tb ocular (3). En una serie de 7 casos de Tb ocular en México, se asoció Tb pulmonar en 1 de ellos, el dato clínico primordial uveítis anterior seguida de escleritis, 85% tuvo PPD (+) (4). En cuanto al tratamiento de la Tb ocular, en un estudio en

donde se reportaron 10 casos, se pudo evidenciar que hasta el 71.4% presentó mejoría con uso de antifimicos asociado ha esteroide sistémico(5). **Conclusión:** la incidencia de Tb ocular es baja, presentando como manifestaciones principales: uveítis y escleritis crónica no respondedoras a tratamiento oftalmológico habitual. Debe considerarse el uso de PPD como predictor de enfermedad latetente y afección ocular.

0109 Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida asociada a anticuerpos antifosfolípidos positivos tratada satisfactoriamente sin plasmaféresis: reporte de caso y seguimiento prospectivo a 4, 8, 12 y 16 semanas

Sepúlveda J,[1] Tevera M,[1] Contreras A,[2] Ramírez J,[1] Ocaña M,[1] Rincón R,[1] Martínez F[1]

[1] Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

[2] Hospital Juárez de México, SSA

Introducción: la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) adquirida es un síndrome autoinmune de microangiopatía trombótica caracterizada por una inhibición por autoanticuerpos de la actividad de la proteasa ADAMTS-13, provocando la formación de multímetros de factor de Von Willebrand y cuadros repetitivos de anemia hemólitica microangiopática, trombocitopenia y daño orgánico. El tratamiento de elección es la plasmaferesis, sin el cual la mortalidad supera el 90%. Reportamos un caso confirmado de PTT asociado a anticuerpos antifosfolípidos positivos y su evolución clínica posterior al tratamiento sin plasmaféresis a base de Rituximab , Metilprednisolona (MTP) y Ciclofosfamida (CyC). **Descripción del caso:** mujer de 21 años de edad ingresada por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por la presencia de equimosis generalizadas, fiebre ocasional de 39GC y crisis convulsivas de inicio tardío s. El hemograma inicial mostró hemoglobina (hb) de 9.6 g/dl y trombocitopenia de 11,000/mm3. Se extendió el protocolo encontrando DHL de 1402 U/l, bilirrubina indirecta de 2.75 mg/dl ,índice reticulocitario (IR) de 9.80% y COOMBS directo negativo. El frotis de sangre periférica (FSP) mostró 7 esquistocitos por campo, la actividad de ADAMTS13 inicial se reportó menor al 3% y se detectó la presencia de anticuerpos contra la beta2-glicoproteina1. Se concluyó PTT adquirida. Por ausencia de plasmaféresis se otorgó tratamiento de rescate con MTP 1g IV por 5 días, CyC 1g IV dosis única y Rituximab 500 mg/m2 de superficie corporal una dosis semanal por 2 dosis. Alcanzo remisión hematológica a la semana 2 del tratamiento, con hb de 9.0, plaquetas de 322,000, IR de 2.1%, DHL de 319 y 2 esquistocitos/campo en el FSP. La paciente fue egresada a la semana 3 y actualmente es vista en la consulta externa con tratamiento base se azatioprina 50 mg diarios. A las semanas 8,12 y 16 la paciente se mantuvo en remisión hematológica. A la semana 12 la actividad de ADAMTS 13 se reportó en 160% y los anticuerpos contra la beta2-glicoproteina1 persistieron positivos a títulos altos. **Conclusión:** pese a que la plasmaferesis es el tratamiento de elección en casos de PTT, es un recurso de difícil acceso. En estos casos, los tratamientos descritos para casos refractarios a plasmaeresis, podrían ser útiles como tratamiento de primera línea en unidades médicas sin plasmaféresis.

0115 *Salmonella spp*. como agente causal de empiema complicado

Matamoros A, Morones I, Salgado T, Gonzaga T, Corral M, Martínez M, Rodríguez M

Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: *Salmonella* es una bacteria gram negativa, la cual tiene 5 formas clínicas de presentación infecciosa como son: estado de portador, fiebre tifoidea, gastroenteritis, septicemia sin localización y enfermedad focal con o sin bacteriemia asociada. Usualmente estas infecciones suelen aparecer en estados de inmunodepresión y pueden ser diseminadas a cualquier órgano. El caso que se presenta describe una infec-

ción pleuropulmonar por este microorganismo, con evolución tórpida llegando a presentar septicemia. **Descripción del caso:** paciente masculino de 81 años de edad, diabético e hipertenso, con antecedente paraganglioma periaórtico maligno; acude por disnea progresiva, así como dolor torácico tipo pleurítico, que aumenta a la inspiración referido como 8/10. A su ingreso con taquicardia, 25 respiraciones por minuto, presenta un pico febril, saturación al 85% al aire ambiente, apreciándose diaforético, polipneico, se ausculta síndrome de derrame pleural derecho, sin edema periférico, leucocitos 19,600. Placa de tórax con derrame derecho de aproximadamente el 50%, sin congestión. Se le realiza toracocentésis con líquido amarillo turbio, pH 7, leucocitos 29160, PMN 88%, DHL 710, proteínas totales 3.93. Cultivo de líquido pleural: Salmonella sp. por lo que requirió de decorticación así como antibióticos evolucionando lenta pero favorablemente. **Discusión:** es conocida la relación entre inmunosupresión e infecciones extraintestinales por Salmonella, y asociado a tumores sólidos y hematológicos. El empiema por Salmonella es muy raro y con pocos casos reportados en la literatura internacional, Carel y cols. describen un caso de empiema por Salmonella asociado a cáncer tiroideo, García y cols. en España reportan derrame por adenocarcinoma pulmonar infectado por este agente. El paciente de este caso no tiene patología enteral sistémica o local, por lo que no se documentó diseminación infecciosa por contigüidad o hematógena. **Conclusión:** las infecciones por *Salmonella sp*. extragastrointestinales han ido aumentando, siendo reportadas mayormente en pacientes inmunocomprometidos. En este caso, no hubo expresión clínica de Salmonella, se descartó el estado de portador por lo que se asoció al estado de inmunocompromiso dado por diabetes y la presencia del tumor que presenta el paciente. Siendo importante para el internista esta asociación en la práctica clínica.

0130 Linfangioleiomiomatosis como causa de disnea en mujer premenopáusica. Reporte de caso

Perez R,[1] Ovando D,[1] Morales A,[2] Cuaya A[1]

[1] Hospital Juarez de México, SSA

[2] Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción: la linfangioleiomiomatosis (LAM) enfermedad quística progresiva, afecta mayormente a mujeres en edad reproductiva, clasificada clínicamente como enfermedad pulmonar intersticial asociada a invasión celular de progresión lenta, de bajo grado y destrucción quística del parénquima pulmonar. El músculo liso que infiltra y destruye el pulmón en la LAM es de origen desconocido y es de apariencia histológica inmadura, con baja evidencia de proliferación. Las manifestaciones principales son neumotórax recurrente, quilotórax, tumores abdominales, angiomiolipomas renales. La obstrucción linfática lleva a la acumulación de líquido quiloso en serosas. Hipótesis: estrógenos aumentan la supervivencia y potencial neoplásico, inhibiendo apoptosis. **Descripción del caso:** femenino de 48 años, sin antecedentes, padecimiento de 6 meses, con disnea MMRC 1, asociada a tos en accesos cortos, de inicio tratada como neumonía, con mejoría parcial de síntomas, los cuales se exacerban 3 meses después, aumentando disnea, con dolor pleurítico, expectoración purulenta y pérdida de 5 kg. A su ingreso con derrame pleural clínico y radiológico del 70%, saturación 88%, con sospecha inicial de empiema, se coloca sonda endopleural, con salida de líquido quiloso. Estudios de líquido pleural, citoquímico: amarillo, turbio, glucosa 80mg/dl, celularidad 20/ml (mononucleares 90%), tinción gram negativa, pH 7.56, LDH y proteínas no cuantificadas, triglicéridos 996 mg/dl. Espirometría patrón restrictivo severo. Tomografía toracoabdominal: quistes en parénquima pulmonar (más de 10), áreas de vidrio despulido, derrame

pleural izquierdo y condensación, sin afección a órganos abdominales. Niveles de VEGF-D no disponibles en México; broncoscopía no satisfactoria; toracotomía terapéutica-diagnóstica: biopsias en tinción de hematoxilina/eosina espacios quísticos, en las paredes de éstos nódulos de músculo liso inmaduro, proliferación de células musculares lisas y epiteloides atípicas alrededor de las estructuras broncovasculares y en el intersticio, inmunohistoquímica HMB45 + Actina +, con estos hallazgos se obtiene el diagnóstico definitivo de LAM. El diagnóstico precoz de mujeres con Esclerosis Tuberosa y LAM esporádica es importante ya que el tratamiento con inhibidores de quinasa, terapias de bloqueo a estrógenos, inhibidores de la autofagia, e inhibidores de angiogénesis, retrasan la progresión.

0157 Evaluación de principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con antecedente de evento cerebrovascular atendidos por el Servicio de Medicina Interna del Gospital General Dr. Manuel Gea González

Jáquez M, Tenorio E, Maya H, Juárez A, Reyes F, Rivera V, Nieto Z, Zapata A, Sebastián G
Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA

Introducción: la enfermedad isquémica cardiaca y cerebrovascular son la primera causa de muerte e incapacidad en el mundo. Los principales factores de riesgo asociados son el tabaquismo, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia (2). **Objetivo:** el objetivo de este trabajo es evaluar los principales factores de riesgo (edad, hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus 2, nivel sérico de lípidos) de los pacientes con diagnóstico de EVC en la consulta externa del área de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González de 01 de enero de 2011 a 28 de febrero de 2015. **Material y método:** un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se usó el registro de pacientes en la base de datos de consulta externa de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González con el diagnóstico de Evento cerebrovascular que haya tenido al menos 2 consultas de seguimiento y con reporte de características demográficas, enfermedades crónico degenerativas y colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos de enero de 2011 al 28 de febrero de 2015. **Resultados:** se incluyeron un total de 41 pacientes, 21 hombres (51.2%) y 20 mujeres (48.8%) entre 33 y 98 años de edad, de los cuales el 41.5% tenían diagnóstico de Diabetes Mellitus, el 85.0% con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica. El 71.4% de los pacientes presentaba RANKIN 1-2 al momento de acudir a consulta. El promedio de hemoglobina glucosilada fue de 6.5%, de tensión arterial 122/70 mm Hg, índice de masa corporal de 27% y LDL de 89 mg/dL y no hubo diferencia significativa entre evento isquémico y hemorrágico. **Discusión:** se logró un adecuado control en la tensión arterial y nivel de glucosa sérica, no así en el nivel de LDL e índice de masa corporal. De los pacientes con antecedente de un evento hemorrágico el 78% usaba estatina, en los pacientes que sufrieron un evento isquémico el 96%. Lo importante de este estudio fue valorar el nivel de control que se obtuvo en los principales factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con antecedente de evento cerebro vascular, teniendo en cuenta que la mayoría presentaba un nivel de discapacidad bajo, el impacto es su pronóstico fue mayor.

0169 Síndrome de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquística (EPQ): reporte de un caso de esta rara asociación

Ramirez J, Sepúlveda J, Tevera M, Ocaña M
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

Introducción: el POEMS es una enfermedad rara. Su asociación con enfermedad poliquística, es excepcional. Se reporta un caso de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquística. **Descripción del caso:** hombre de 72 años que

inició síntomas dermatológicos por lesiones hiperpigmentadas en ambas piernas y alteraciones en la sensibilidad. Se documentó hipercalcemia, lesión renal y anemia. Por sospecha de POEMS se inició protocolo de estudio, documentándose un pico monoclonal de IgG, polineuropatía por EMG, incremento de VEGF en suero y un AMO con infiltración por linfocitos linfoplasmocitoides. La TAC, evidenció múltiples quistes hepáticos y renales. Se concluyó POEMS asociado a EPQ (Figura 1). El paciente se encuentra bajo tratamiento con melfalan, prednisona y talidomida. **Conclusión:** El síndrome POEMS es un reto diagnóstico para el internista y su diagnóstico oportuno mejora el pronóstico. Existe solo un reporte en la literatura de la asociación POEMS-EPQ. y su causa se desconoce hasta el momento.

0231 Manejo de la vía aérea en el departamento de Medicina Interna: experiencia en un hospital académico de tercer nivel

Quintanilla D, Colunga P, Monreal R, Rendón E, Flores M, Villarreal M, Galarza D
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Antecedentes: El adecuado manejo de la vía aérea es primordial en el paciente críticamente enfermo. La necesidad de intubación orotraqueal (IOT) se asocia 39% de complicaciones agudas y a una mortalidad cercana al 50%. Existe poca evidencia sobre las tendencias en IOT así como su desenlace en salas ajenas a terapia intensiva y urgencias. **Objetivo:** Determinar las principales tendencias de IOT implementadas por residentes así como morbimortalidad asociada en el departamento de Medicina Interna. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 68 pacientes que requirieron IOT. Se analizaron características clínico-demográficas, indicaciones y protocolo de intubación, complicaciones agudas y crónicas, mortalidad hospitalaria y factores de riesgo para IOT. **Resultados:** La media de edad fue 48 ± 17 años, 77% hombres, con una estancia hospitalaria de 6 (0-42) días. Las principales causas de intubación fueron hipoxemia (51%), hipercapnia (19%) y paro cardio-respiratorio (15%). Midazolam fue el principal agente utilizado para inducción de la intubación (81%). Como complicaciones inmediatas, 52% presentaron hipotensión y 6% bradicardia, requiriendo uso de vasopresores hasta 66% en las primeras 24 horas post-intubación. 28% desarrollaron neumonía asociada a ventilador, siendo Pseudomonas aeruginosa (47%) el principal patógeno identificado, seguido por Acinetobacter baumanii (39%). Encontramos una tasa de mortalidad del 65%, presentándose esta durante las primeras 24 horas post-intubación en el 21%. Los principales diagnósticos asociados a IOT fueron neumonía (25%), tuberculosis pulmonar (11%) y enfermedad renal crónica (11%). Todos los pacientes con VIH/SIDA, cáncer y lesión renal aguda que requirieron intubación fallecieron. Los principales factores de riesgo para intubación fueron estancia hospitalaria mayor a 7 días, 2 o más comorbilidades y la presencia de neoplasias hematológicas. **Conclusiones:** Encontramos una elevada tasa de mortalidad, principalmente asociada al desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda en pacientes con neumonía, tuberculosis pulmonar y edema

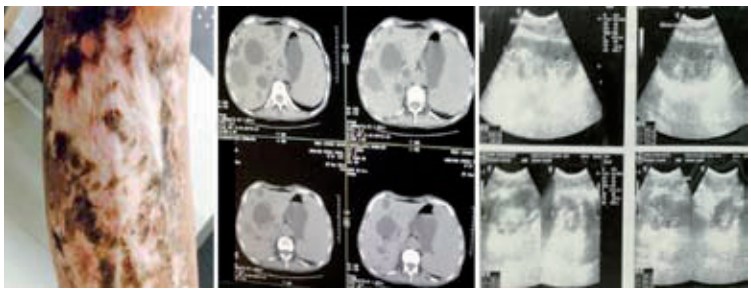


Figura 1.

agudo de pulmón por enfermedad renal crónica. Hipotensión representó la principal complicación post-intubación.

0251 Depresión refractaria debido a hipomagnesemia crónica secundaria a síndrome de Gitelman. Reporte de caso clínico

Alemán R,1 Rincón C,1 Herrera G,1 Noyola M,1 Hernández P2
1IMSS, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, 2IMSS, Servicio de Endocrinología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Antecedentes: La depleción de magnesio bloquea el receptor NMDA, permitiendo el aumento de afluencia de iones calcio intracelular con la producción de formas reactivas de oxigeno generando disfunción neuronal por edema cerebral, dicho mecanismo es el responsable de trastornos en la conducta así como estado de ánimo, incluyendo la depresión. **Objetivo:** El propósito es describir un caso de hipomagnesemia crónica por síndrome de Gitelman como causa de depresión refractaria. **Informe de caso:** Masculino de 56 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo de más de 10 años de evolución en múltiples tratamientos; inhibidores de recaptura de serotonina (paroxetina, sertralina, citalopram) así como clonazepam sin presentar mejoría, también con antecedente de hipokalemia inexplicable, acude a valoración por presentar debilidad muscular generalizada asociada a parestesias, fasciculaciones faciales, bradipsiquia y bradilalia así como anhedonia, llanto fácil, hiporexia e insomnio, se documenta hipomagnesemia severa 0.7mg/dl con fracción excretada de magnesio 5% con cambios electrocardiográficos (prolongación del QT; 400ms), hipokalemia moderada 2.56 mg/dl con TTKG (Gradiente transtubular de potasio): 15.9, hipocalcemia leve 8.24mg/dl, hipocalciuria de 0.70mg con índice Calciuria/creatinuria: 0.05 y alcalosis metabólica. **Conclusiones:** Una de las causas a descartar en la depresión refractaria es la hipomagnesemia crónica en este caso secundaria a síndrome de gitelman, por lo que es importante sustituir el déficit ya que es coadyuvante en el tratamiento.

0255 Reducción del dolor en sala de Medicina Interna, en el Hospital Universitario UANL

Garza F, Galarza D
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño", en medicina interna de nuestra institución se cuenta con un programa de atención integral al paciente, en donde el manejo del dolor es uno de los ejes integrales, se realiza un formato oficial por cada residente encargado de atención al paciente donde se evalúa el dolor con una escala del 0 al 10 y se indica tratamiento según la escala del dolor de la OMS, dividiéndolo en dolor leve, moderado y severo, y se re-evalúa el dolor y la necesidad de analgesia de rescate las veces que sea necesario, así como el dolor al egreso. **Objetivo:** Comparar el uso correcto de analgésicos y la mejoría del dolor al egreso, según la escala de la OMS para dolor en la sala de internamiento de medicina interna del hospital universitario de la UANL, entre los meses de Marzo y Abril, posterior a una breve presentación oral (curso) hacia los residentes encargados del manejo del dolor en estos pacientes. **Materiales y metodos**: estudio longitudinal, a lo largo de 2 meses (marzo y abril), en la sala de medicina interna, donde se comparó el dolor al egreso en los pacientes, posterior a una presentación oral hacia los residentes encargados del manejo de estos pacientes con el fin de racionar el uso de analgésicos en casos no necesarios; Criterios de inclusión; pacientes mayores de 18 años que presentaran algún grado de dolor según la escala del dolor de la OMS y que requirieran el uso de algún analgésico; Cri-

terios de exclusión; pacientes que no presentaran dolor, o que rechazaran la administración de analgésico; se aplicó una encuesta al paciente sobre la intensidad del dolor, en base a esto se administró el tipo de analgesia indicado según escala de OMS y se revaloró el dolor a los 30 minutos, y la intensidad del dolor a su egreso. **Resultados:** durante el mes de Marzo presentaron dolor 86 pacientes vs 92 en Abril, siendo la causa de dolor más frecuente el dolor abdominal a causa de pancreatitis, seguido de dolor precordial por IAM; 21% presentó dolor mayor a 3/10 al egreso en marzo vs 7.6% en el mes de Abril posterior a curso oral y modificación de uso de analgésicos según la escala de dolor de la OMS, notando una importante baja en el egreso de pacientes con dolor y reduciendo el uso de analgésicos.

0287 Correlación entre los niveles séricos de ácido úrico y la prueba homa2 en sujetos no diabéticos

Elizalde C,1 Estrada M,2 Lozano J,1 López C,3 Rubio A1
1SSA, Hospital General de Ticomán, 2Otra, CINVESTAV DF, 3IMSS, CINVESTAV DF.

La hiperuricemia favorece el desarrollo de resistencia a la insulina por varios mecanismos, a su vez la resistencia a la insulina disminuye la excreción renal de ácido úrico, lo que produce hiperuricemia. HOMA2_B evalúa la función de la célula beta, mientras que HOMA2_IR mide el grado de resistencia a la insulina. **Material y método.** Estudiamos 88 pacientes no diabéticos, en quienes se determinaron los niveles séricos de ácido úrico (método enzimático), en todos ellos se realizó HOMA2_B y HOMA2_IR, la medición de los niveles de insulina se realizó por el método de ELISA (DiagMex, USA). Los resultados del HOMA se correlacionaron con los niveles séricos de ácido úrico mediante el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Incluimos 59 mujeres y 29 hombres, con edad promedio de 40 años, y un índice de masa corporal de 28.79±1.09. Los niveles promedio de ácido úrico fueron de 6.7±0.42 mg/dl en hombres y 5.01 ±0.46 mg/dl en mujeres. Al analizar a los 88 pacientes, no encontramos correlación entre los resultados de la uricemia con los resultados de HOMA2_B (r= 0.102, p= 0.343), ni con HOMA2-IR. (r= 0.206, p= 0.054), así como tampoco en los 24 sujetos con peso normal. En cuanto a los 31 pacientes con sobrepeso, tampoco encontramos correlación en HOMA2_B (r = 0.056, p=0.764), ni en HOMA2_IR (r= 0.150, p= 0.422). En los 33 pacientes con obesidad no hubo correlación en el HOMA2_B (r= 0.411, p=0.017). Sin embargo, en este grupo encontramos una correlación positiva entre los niveles séricos de ácido úrico y el HOMA2_IR (r= 0.466, p= 0.006). **Conclusión:** De acuerdo a nuestros resultados, el ácido úrico no parece interferir con el funcionamiento de la célula beta. Sin embargo, si contribuye a los mecanismos que llevan a la resistencia a la insulina en el paciente obeso, lo que justifica el control de la uricemia como parte del manejo del riesgo cardiovascular en estos sujetos.

0292 Azul de metileno en choque séptico refractario a uso de aminas; reporte de un caso y revisión del tema

Rivera M,1 Rivera J,2 Ramírez J2
1SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, 2IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato.

Antecedentes: El estado de CR se define como un estado de disfunción endotelial con hipotensión persistente a pesar de reanimación hídrica adecuada y administración de dosis altas de vasopresores con el objetivo de revertir el estado de inestabilidad hemodinámica. Se ha descrito rápida regresión de estado de CR inducido por sepsis con uso de AM. **Resumen Clínico:** Paciente masculino 65 años, antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Hipertensión Arterial y obesidad; ingresado a UTI, diagnóstico de choque séptico foco abdominal, secundario a perforación intestinal por enfermedad diverticular de

colon sigmoides y colon descendente, con IAM inferior sin extensión a VD sin revascularización posible, cursando en UTI con neumonía asociada a ventilación mecánica, inestabilidad hemodinámica, meritorio de manejo con norepinefrina 0.5 mcg/kg/min y Vasopresina pobre respuesta a terapia combinada, condicionando datos de bajo gasto presentando en UTI incremento de inestabilidad hemodinámica, taquiarritmia, revirtiendo con antiarrítmico y cardioversión eléctrica, imposibilitando disminución de aminas, considerando estado de CR; indicando AM IV (2 mg/kg) en bolo de 30´, buena respuesta, permitiendo disminución paulatina de norepinefrina así como Vasopresina, logrando estabilidad con posterior egreso de UTI hemodinámicamente estable. Discusión La etiología de CR se debe a disrregulación de síntesis y liberación de ON activación de la guanilato ciclasa del músculo liso vascular. El mecanismo de acción del AM es bloqueo de la producción y el efecto que tiene el ON en la vasculatura disminuyendo respuesta vasodilatadora en CR. A pesar del manejo de choque séptico basado en metas en base a guías internacionales vasoconstrictores convencionales como norepinefrina, vasopresina, nuestro paciente respondió únicamente a administración de AM; si bien anecdótico, este caso refleja el potencial uso de AM en casos similares. **Conclusiones:** En casos de CR la administración de AM como terapia adyuvante, se ha asociado a mejoría de los parámetros reflejados en optimización de la contractilidad miocárdica, transporte de oxígeno reducción progresiva de apoyo con vasopresores de forma progresiva y sostenida. Abreviaciones: IAM infarto agudo a miocardio, VD Ventrículo derecho, TAM tensión arterial media, UTI Unidad de Terapia Intensiva, CR Choque Refractario, ON óxido nítrico.

0300 Asociación entre el control del asma y los niveles séricos de IGE en adultos con asma alérgica

Corona A
SSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

Antecedentes: Los altos niveles de IgE se asocian con el asma; pero que los niveles más altos de IgE se asocian con más severidad el asma sigue siendo poco claro, hasta el momento se concluye que mientras superior es el valor de IgE se asocia con una menor función pulmonar basal, correlacionando que los niveles de IgE total son inversamente correlacionada con la función pulmonar basal y la gravedad del asma. **Objetivo del estudio:**: Asociar la prueba de control del asma con los niveles séricos de IgE total a 2 puntos de corte diferentes (100 y 150) en pacientes con asma alérgica. **Material y métodos:** Estudio transversal, analítico con base poblacional. Se seleccionaron sujetos con asma alérgica del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I Menchaca" Servicio de Alergia e Inmunología Clínica, tomando una muestra no probabilística, por conveniencia, estableciendo 2 puntos de corte en niveles de IgE sérica que fueron 100 y 150, en base a los cuales se determinó la asociación con variables como edad, sexo, años de evolución del asma, pruebas de función respiratoria, pruebas de control del asma y hospitalizaciones por asma en el año previo. **Resultados:** Se incluyeron 153 sujetos, con 2 puntos de corte de IgE sérica que fueron 100 Ul/ml y 150 Ul/ml. La asociación entre los 2 grupos no fue estadísticamente significatica con variables como control del asma (? 100: 32, 28.8%, P 0.975 y ? 150: 24, 25.5%, P 0.266), pruebas de función respiratoria, -FEV1 basal- (? 100: 73.1 ± 18.5, P 0.263 y ? 150: 72.7± 19.1 P 0.558) y hospitalizaciones por asma en el último año (? 100: 43, 38.7%, P 0.372 y ? 150: 38, 40.4%, P 0.215). **Discusión:** En nuestro estudio no se encontró la asociación de los niveles séricos de IgE con las pruebas de función respiratoria, hospitalizaciones o control del asma, a diferencia de lo mostrado en otros estudios donde si se muestra relación entre las cifras séricas de IgE con la severidad del asma, sin embargo en nuestro estudio se

han incluido únicamente a pacientes alérgicos, considerando que en base a lo mostrado en todos estos estudios, los sujetos no alérgicos pueden presentar mayor severidad del asma en base a las cifras séricas de IgE.

0318 Paciente con hemoptisis masiva secundario a linfoepitelioma en base de lengua con infarto agudo al miocardio del hospital regional de Ciudad Madero, PEMEX

Rodríguez M, Sánchez J, Cruz F, Cepeda E
PEMEX, Hospital Regional de Ciudad Madero.

Los linfoepiteliomas se describieron por primera vez en nasofaringe en 1921 como carcinomas indiferenciados. El tabaco es el principal factor de riesgo asociado. Se presenta clínicamente como una úlcera, una masa exofítica o una infiltración profunda. Estas lesiones son indoloras, lo que podría explicar el diagnóstico tardío. Se reporta el caso de un paciente masculino de 63 años, originario de Cd Madero, trabajador activo de PEMEX. Con los siguientes antecedentes de importancia: tabaquismo positivo con un Índice Tabaquico de 49, alcoholismo positivo i intenso a base de cerveza. Negando enfermedades cronicodegenerativas. Inició su padecimiento el día 27/11/2013 en su domicilio con 2 episodios de hemoptisis, acompañado de disnea de aproximadamente una hora y dolor retro esternal tipo ardoroso. Se evidencia en urgencias de nuestro hospital un Bloqueo de Rama Izquierda de novo, catalogándose como IAMEST con mas de 12 horas de evolución. Durante su internamiento, presenta un cuadro de expulsión masiva de sangre por boca, de predominio postprandial, se decide realizar endoscopia, descartándose sangrado de origen gastrointestinal. Se solicita interconsulta a neumología, quien solicita TAC de torax simple reportándose sin alteraciones. Posteriormente, al estar ingiriendo alimentos presenta tres episodios sugestivos de hemoptisis masiva, realizándose fibrobroncospia encontrándose, a nivel supraglotico una lesión hemorrágica de crecimiento exofitico fácilmente. Se realiza TAC de cuello contrastado, donde se observa tumoración a nivel de Vallecula izquierda. Se realiza extirpación quirúrgica sin complicaciones, se exploran ganglios adyacentes sin alteraciones, reportándose por Patología como linfoepitelioma. Se trata de un caso de un sangrado que condicionó alteraciones hemodinámicas significativas hasta llegar a un Infarto Agudo del Miocardio. El linfoepitelioma como se describe, son tumores indoloros por lo que hace que se dificulte su diagnóstico. En este paciente, se realizo un protocolo de estudio para descartar la etiología del sangrado masivo, en donde se realizo endoscopia superior y Fibrobroncospia, encontrandose como hallazgo la tumoración exofítica. Este tipo de tumoración por sus características suele ser de suma agresividad, sin embargo en este caso con la extirpación quirúrgica, se logro la remisión completa de la enfermedad.

0319 Asociación entre la ideación suicida y la severidad del asma en adultos

Vivar B,1 Bedolla M,2 Pulido N,3 Morales J4
1Otra, servicio de Medicina Interna, división de Medicina Interna, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, 2Otra, servicio de Alergia e Inmunología Clínica, división de Medicina Interna, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, 3Otra, otro, 4Hospital Universitario, Universidad Veracruzana.

Introducción La presencia de los trastornos del ánimo se han asociado con el comportamiento clínico del asma, sin embargo, hay poca evidencia de la relación entre ideación suicida (IS) y asma. **Objetivo:** Analizar la asociación entre la IS y la severidad del asma en adultos. **Métodos.** A través de un estudio transversal y prolectivo se incluyeron 271 pacientes con asma. La severidad del asma se evaluó con la prueba de control del asma (ACT), volúmenes pulmonares (FVC y FEV1, % de los valores predichos) e historia de hos-

pitalización por asma en los 12 meses previos. Ideación suicida fue la presencia de pensamientos suicidas en las dos semanas previas, identificada con el Inventario de Depresión de Beck-II. **Resultados:** El promedio de edad fue 40.4 años, mujeres fueron 207/271 (76%). La frecuencia de asma controlada y asma alérgica fue de 88/271 (32.8%) y 201/271 (74%), respectivamente. Ansiedad tuvieron 51% y depresión 47%. La IS no mostró asociación con el control del asma (P 0.17 ni FVC (P 0.4) o FEV1 (P 0.6 tampoco con la hospitalización por asma (P 0.07). En su lugar, la ansiedad y depresión se asociaron con la IS ($P < 0.0001$, respectivamente). **Conclusión:** Nuestro estudio demuestra que no existe asociación entre IS y severidad del asma.

0323 Inmunodeficiencia común variable en una mujer embarazada. Reporte de un caso

Hernández P, García U, Delgado A, Soto J, Martín E, Ramírez J
IMSS, Centro Médico Nacional del Bajío.

Las alteraciones de la inmunodeficiencia común variable (ICV) son las más prevalentes en la vida adulta. Estimados actuales reportan uno caso por cada 25000 en la población general. Se manifiesta como infecciones recurrentes por microorganismos encapsulados, un mayor riesgo de autoinmunidad y malignidad. Durante el embarazo, el producto se encuentra en riesgo de desarrollar infecciones severas por la mínima cantidad de IgG trasplacentaria trasportada. Mujer de 34 años de edad y embarazo de 22 semanas de gestación, con antecedente de 2 años de infecciones de vías respiratorias superiores. En 2014 presentó pansinusitis y neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y en febrero de 2015 NAC con derrame pleural para neumónico. Exploración física son secreción verdosa e hiperemia en ambas fosas nasales y descarga retronasal. Hemoglobina 12.3g/dL, hematocrito 35.9%, plaquetas 179mil/ml, leucocitos 2.6mil/uL, neutrófilos 1378/uL, linfocitos 884/uL. Serología para VIH negativa. Perfil de inmunoglobulinas en tres ocasiones con valores por debajo del valor normal. Recuento de linfocitos B bajo y T normal. Se diagnosticó ICV y trató con gammaglobulina intravenosa a dosis de 600mg/kg cada 21 días de por vida. La ICV es un grupo heterogéneo de alteraciones que culmina en una falla de anticuerpos de inicio tardío. Las bases genéticas de la alteración no han sido identificadas. La mayoría de los pacientes tienen un padecimiento poligénico. Las mutaciones causantes del trastorno son ICOS, CD19, CD20, CD21 y CD81. Al contrario de la mayor parte de los defectos genéticos inmunes la presentación de la ICV tiene una presentación bimodal, con la mayor parte de los casos diagnosticándose entre los 29 y 33 años. Las manifestaciones clínicas habituales son infecciones bacterianas recurrentes. Un 73% de los pacientes sufren de neumonía atribuida a S. pneumoniae, H. influenzae, o micoplasma. La paciente cumple con todos los criterios, al presentar susceptibilidad aumentada a infecciones, IgG e IgA bajas al menos 2 desviaciones estándar por debajo del nivel normal para la edad, con IgM bajas, niveles bajos de células B. El tratamiento estándar es el reemplazo con inmunoglobulina intravenosa o subcutánea a dosis de 400 a 600mg/kg cada 21 a 30 días y durante el embarazo se recomienda aumentar la dosis el o acortar el periodo de infusión a dos semanas durante el último trimestre.

0330 Impacto de la intervención nutricional sobre los días de estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición

Cano E,[1] Morales L,[2] Rangel I,[2] Sánchez V,[2] Barragán A,[1] Cerda J,[1] Simental L,[3] Reyes M,[2] Ramos J,[2] Samper M[2]
1SSA, Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, 2Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey, Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey, 3IMSS, Unidad de Investigación Biomédica, delegación Durango.

Objetivo. Evaluar el impacto de la intervención nutricional sobre los días de estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición. **Métodos.** Se realizó un ensayo clínico aleatorio controlado al que se incluyeron hombres y mujeres mayores de 20 años de edad con malnutrición que fueron hospitalizados en el servicio de Medicina Interna los cuales se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención (grupo 1) quienes recibieron un plan nutricional ajustado de acuerdo a los requerimientos energéticos y protéicos, además del asesoramiento dietético basado en entrevistas cara a cara con el paciente e involucrando a los cuidadores o familiares para su apoyo durante su estancia hospitalaria; o al grupo control (grupo 2) donde recibieron el manejo nutricional estándar del departamento de apoyo nutricio durante su estancia hospitalaria. Además se llevó a cabo un seguimiento durante 6 meses para evaluar la mortalidad. **Resultados.** Un total de 28 y 27 pacientes con malnutrición fueron incluidos en los grupos 1 y 2, respectivamente. En condiciones basales solamente se observaron niveles más elevados de hemoglobina (12.3 ± 2.7 vs 10.2 ± 2.3, p=0.003) y más bajos de urea (47.3±33.5 vs 71.5±48.3, p=0.03) en el grupo de intervención con respecto al grupo control. Al final del seguimiento, los niveles de hemoglobina permanecieron más elevados en los pacientes del grupo de intervención en comparación con los del grupo control (11.9±2.6 vs 9.6±1.9, p=0.002). El promedio de los días de estancia hospitalaria fue menor en el grupo de intervención con respecto al grupo control (6.4±3.0 vs 8.4±4.0, p=0.03). Finalmente, la tasa de mortalidad a 6 meses fue similar en ambos grupos de estudio (HR= 0.85, IC 95%, 0.17-4.21). **Conclusión.** Los resultados del presente estudio sugieren que la intervención nutricional y el asesoramiento dietético disminuyen los días de estancia hospitalaria pero no la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición.

0339 Nivel de conocimientos en bioética básica en la población médica de Querétaro

Perusquía E,[1] Villaseñor N,[2] Dagda S[2]

[1]Privado, Médica Tec 100, [2]Universitario, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro.

Antecedentes: No se cuenta con un texto que describa con precisión cómo debe realizarse el aprendizaje práctico de la bioética ni se tiene consenso de los conocimientos "básicos" en los cursos de formación médica. El país presenta desigualdades éticosociales inmerso en un mundo con avances tecnocientíficos acelerados, lo que hace inevitable que las Instituciones hagan esfuerzos por impulsar la bioética para formar no solo profesionistas sino seres humanos íntegros. **Objetivo:** Evaluar grado de conocimiento en bioética en población médica con práctica clínica en Querétaro. **Metodología:** Encuesta de nueva creación de 27 ítems basada en los temarios de bioética de algunas universidades del país. Tamaño de la muestra 167 médicos titulados inscritos al Colegio Médico a mayo 2015. Se generó una base de datos en SPSS incluyendo análisis de dominios específicos. **Resultados:** Análisis con T de Welch. Análisis multivariado sin diferencias significativas. El promedio de calificación fue de 10 con un rango de 1 a 18. Por grupo etario el de 40 a 49 presentó el menor puntaje (11) y el mayor el grupo de 50 a 59 con una media de 13. En el dominio de conocimiento de calidad de vida y consentimiento informado, para los aspectos técnicos del primero el porcentaje de aciertos fue 50%, rango 47 a 53 con una fundamentación humanística < 15; en el segundo rubro un porcentaje de aciertos de 48%, rango 44 a 53 con fundamentación humanística 16%. **Conclusiones:** El conocimiento general en bioética se encuentra por debajo del límite mínimo requerido destacando que en la práctica cotidiana 1 de cada 2 decisiones éticas o bien carece de fundamentación o es directamente errónea. Existen carencias sobre el con-

sentimiento informado y la determinación de calidad de vida a nivel bioético. Aún a nivel técnico no se alcanzan los parámetros necesarios para una calidad de atención básica. El desconocimiento en el grupo de 40 a 49, probablemente está relacionado a la inexistencia de la materia en su plan de estudios y a mayor inmersión en la vida profesional priorizando la medicina técnica, dejando de lado temas humanísticos cambiando después de la jubilación. Es imprescindible la formación humanística Universitaria y la educación continua para los médicos con práctica clínica.

0369 Uso de la Escala de Padua para evaluar el riesgo de trombosis de manera sistematizada mediante su inclusión en el expediente electrónico en pacientes ingresados en salas de Medicina Interna del Hospital Universitario de Monterrey

García D, Náñez H, Martínez R, Hernández J, Espinosa J, González N

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

Antecedentes: 40% de los pacientes hospitalizados tiene 3 o más factores de riesgo para trombosis, existe poca adherencia a la recomendación de uso de tromboprofilaxis. La prevalencia de trombosis en pacientes sin profilaxis farmacológica, es de 10-20%, con el uso de profilaxis se reporta disminución del 50% en la incidencia. La escala de Padua evalúa riesgo de trombosis, consta de 11 ítmes: cáncer activo (3 puntos), tromboembolismo venoso previo: 3 pts, movilidad reducida: 3 pts, condición trombofílica conocida: 3 pts, trauma o cirugía reciente: 2 pts, edad ? 70: 1 pto, falla cardiaca o respiratoria: 1 pto, infarto agudo al miocardio o EVC isquémico: 1 pto, infección aguda o desorden reumatológico: 1 pto, IMC ? 30: 1 pto y tratamiento hormonal: 1 pto. Con 4 o más puntos se sugiere profilaxis farmacológica. **Objetivo:** Incluir la escala en un sistema electrónico, con la finalidad de que se aplique al 100% de los pacientes, se pretende aumentar el apego a la recomendación, además de estimar la incidencia de eventos trombóticos y sangrado asociado a tromboprofilaxis posterior a esa intervención. **Material y método:** mediante la escala se obtiene si el paciente tiene o no riesgo de trombosis. Mediante el sistema electrónico, se documenta el puntaje, siendo indispensable realizarlo para acceder a las indicaciones médicas, luego se incluyen otros ítems para evaluar riesgo de sangrado, el sistema despliega el riesgo de trombosis y sangrado, queda a criterio del médico la administración de la profilaxis. Previo al egreso, se documenta si se desarrollan eventos trombóticos o sangrado. **Resultados:** Se incluyó el total de pacientes ingresados desde mayo a agosto de 2015, (888 pacientes). Se excluyeron 95, ya que no se documentaron los datos a su egreso, quedando 793, se encontró que el 21.68%, presentó alto riesgo de eventos trombóticos, se administró profilaxis farmacológica en el 84.3% de esos pacientes, el resto tenía contraindicación. Se encontró un total de 4 eventos trombóticos, (0.50% de los pacientes incluidos), 2.32% de los pacientes con alto riesgo de trombosis, el sangrado asociado a tromboprofilaxis se presentó en el 3.44%. **Conclusiones:** esta medida aseguró la evaluación del riesgo de trombosis del 100% de los pacientes ingresados, con lo que se aumenta el apego a la recomendación de uso rutinario de tromboprofilaxis.

0375 Identificación de *Mycobacterium tuberculosis complex* en líquido cefalorraquídeo asociado a vasculitis del Sistema Nervioso Central: reporte de caso

Sánchez M,[1] Proaño J,[1] Hernández R,[2] Navarrete R,[1] Lara F,[1] Franco J[2]

1Privado, Hospital Ángeles Metropolitano, 2SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González

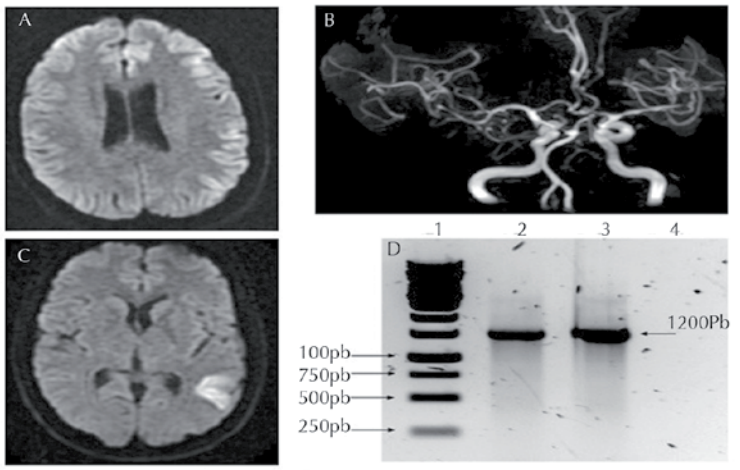
El diagnóstico oportuno de tuberculosis es esencial para inicio de tratamiento. El cultivo es tardado y la tinción

tiene baja sensibilidad en líquido cerebroespinal(LCE). La reacción en cadena de polimerasa(PCR) es una técnica rápida,sensible y específica. **Objetivo:** Describir la variabilidad de PCR en identificación de M. tuberculosis de LCE dependiendo la técnica. Caso:Mujer de 49 años,en tratamiento por cáncer de mama, 2 meses después presenta cefalea, confusión, paresia facio-corporal derecha y epilepsia. Resonancia magnética de encéfalo con isquemia hemisférica izquierda,frontal derecha y vasculitis de arteria cerebral media izquierda,manejada con ceftriaxona y dexametasona con buena evolución clínica y radiológica inicial. PCR de LCE negativo 3 ocasiones para gen rpoB, posteriormente se identificó M. tuberculosis complex con amplificación y secuenciación de 16S rRNA **Conclusión:**La especificidad de PCR permite inicio temprano del tratamiento. En alta sospecha se recomienda cambio de técnica.

0419 ¿Sabemos cuidar un catéter central? Valoración del apego a las guías clínicas en un centro universitario

Atilano A, Sánchez M, Galindo J, Galarza D
Universitario, Hospital Universitario, UANL.

Antecedentes: La evaluación del personal de salud y la creación de programas de educación, representa un tópico muy importante a discutir, cuando de prevención de infecciones nosocomiales se trata. Los datos en relación al apego a las guías clínicas son escasos en nuestro país; de esta manera que la identificacción de deficiencias en la prevención de infecciones asociadas a dispositivos intravasculares, podría representar un área de oportunidad a combatir como parte del manejo integral de nuestros pacientes. **Objetivo del estudio:** Valorar el apego a las guías clínicas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos intravasculares (catéter venoso central), en un centro universitario de tercer nivel. **Material y métodos:** Según el contenido de las guías clínicas actuales (IDSA 2011), fue creado un cuestionario de 20 preguntas evaluando los principales tópicos en relación al cuidado para la prevención de infecciones asociadas al catéter venoso central. Este fue aplicado vía electrónica a los residentes (N=38) y personal de enfermería (N=29) del Departamento de Medicina Interna de nuestro hospital. **Resultados:** Dando un punto a cada respuesta correcta, la media de puntos obtenida fue de 11.5 puntos (DS 2.5) en el grupo de residentes, y de 11.76 (DS1.9) entre el personal de enfermeria (p=0.20). En 14 de los 20 reactivos no hubo diferencia estadisticamente significativa en la selección de respuestas entreambos grupos, sin embargo el personal medico



***Resonancia magnética cerebral*: A) Secuencia de Difusión.** Zonas de restricción en región fronto-témporo-parietal izquierda y frontal derecha con patrón cortical giral. ***B*) Angioresonancia.** Zonas de vasculitis en el eje anterior del polígono de Willis, con mayores zonas de segmentación en la arteria cerebral media del lado izquierdo. **C) Secuencia de Difusión.** Imagen a las 96 horas de evolución, con zona de restricción temporo-occipital izquierda cortico-subcortical, en relación a evento vascular isquémico agudo. ***Reacción en cadena de la polimerasa*: D) Amplificación de la subunidad 16S rRNA a partir de líquido cerebroespinal.** Electroforesis en gel de agarosa al 1.5%. 1: marcador de peso molecular 1 Kb; 2: Muestra 1; 3: Muestra 2; 4: control negativo. Se obtuvo un producto de ~1200 pares de bases, la alineación de la secuencia mostró 100% de homología con *M. tuberculosis complex*.

mostro mayor conocimiento respecto al uso de apositos con clorhexidina(p=0.020), numero indicado de vias de un cateter(p=0.027), uso de antibioticos profilacticos (p=0.001), probabilidad de infeccion (p=0.025) a diferencia de enfermeria que conocia mejor el sitio anatomico de menor riesgo de infeccion (p=0.04) y el manejo de equipos de venoclisis (p=0.001). **Discusión:** Fue registrado un conocimiento deficiente de las guías clínicas actuales. Adicionalmente, la aplicación de este instrumento de evaluación denota que las practicas en ambos grupos varian sustancialmente, con un area de oportunidad importante para la capacitación del personal de salud.

0421 Manejo de la coagulopatía durante la colocación de un acceso central: reporte de un centro universitario

Sánchez M,[1] Enríquez R,[1] Avilés L,[1] Galindo J,[1] Galarza D,[1] Pérez D[2]

[1]Universitario, Hospital Universitario, UANL, [2]IMSS.

Antecedentes: Al día de hoy se considera una cifra de plaquetas >20 000 x 109/L como un umbral recomendado para la colocación de un cateter venoso central. Sin embargo la seguridad de tal cifra en un centro de enseñanza, asi como el umbral de transfusión periprocedimiento, permanecen controversiales. **Métodos:** De manera retrospectiva, se registraron los valores de plaquetas, tiempos de coagulación y transfusión periprocedimiento en relación a la colocación de CVC durante el año 2014. **Resultados:** Fueron analizados los datos provenientes de la colocación de 232 accesos venosos centrales colocados durante el año 2014. La media de plaquetas registrada fue de 218.1 x 109/L (DS 129.6). El 8.7% de nuestra muestra registró menos de 50 x 109/L plaquetas. Diez pacientes recibieron transfusión de plaquetas periprocedimiento (4.3%). De los pacientes con menos de 50 x 109/L plaquetas, el 52.6% recibió transfusión periprocedimiento. El 2.5% de los accesos centrales se colocaron en pacientes con menos de 20 x 109/L plaquetas; Registramos la presencia de hematomas en 5 de nuestros pacientes (2.1 %). En estos pacientes la mediana de cifra plaquetaria fue de 144 x 109/L (4-243). Dos de estos 5 pacientes presentaban menos de 50 mil plaquetas al momento de la punción (4 y 35 x 109/L respectivamente). En ambos casos, se llevo a cabo la transfusión de concentrado plaquetario periprocedimiento. En relación a los tiempos de coagulación, 41 pacientes (17.7%) registraron un INR mayor a 1.3. En este grupo de pacientes se registró la presencia de 1 hematoma en un paciente que simultaneamente presentaba 4 x 109/L plaquetas. Adicionalmente, en este grupo de pacientes, el 17.5% presentaba menos de 50 x 109/L plaquetas. **Conclusiones:** La transfusión peroprocedimiento en nuestro centro fue baja (4.3%), con registro de una tasa baja de complicaciones. No se registraron eventos adversos mayores en relacion a la presencia de coagulopatía por lo que la colocación de CVC en estos pacientes puede considerarse un procedimiento seguro.

0424 Síndrome de Good: infrecuente entidad como causa de infecciones crónicas. Reporte de un caso

Cortez J,[1] Cabrera A,[2] Canseco M[1]

[1]IMSS, Hospital de Especialidades, Centro Mdico Nacional La Raza, [2]IMSS, Hospital General de Zona 48,San Pedro Xalpa.

Antecedentes: El síndrome de Good es una inmunodeficiencia primaria, caracterizada por presentar Timoma e inmunodeficiencia humoral. La incidencia de Timoma es de 1.5 casos/millón de habitante, 5% presenta hipogamaglobulinema. No existen criterios diagnósticos establecidos. La causa y patogénesis es desconocida, existe la sospecha que el defecto pueda estar en la medula ósea. Se presentan en la cuarta o quinta década de la vida. Las formas de presentación clínica más frecuentes, son las infecciones recurrentes, alteraciones hematológicas y la diarrea crónica. Presentan hipogam-

maglobulinemia, pocas células B, relación anormal CD4:CD8, linfopenia TCD4, IgG, IgA e IgM bajas. El tratamiento sustitutivo con inmunoglobulina ha mostrado efectividad en la reducción eventos infecciosos. Presentan sobrevida a 5 años del 70%. Las principales causas de muerte son la infección, enfermedad autoinmune o las complicaciones hematológicas. CONTENIDO **Informe de caso:** Mujer de 56 años, debuto en 2012 con síndrome diarreico, vomito, cuadros de infecciones de vías respiratorias superiores. Múltiples exacerbaciones de cuadro gastrointestinal y deshidratación que condiciono repetidas hospitalizaciones. Con múltiples esquemas antibióticos. Más recae constantemente. Por sospecha de CUCI; inicia tratamiento específico, con poca respuesta. Inicia Abordaje multidisciplinario, encontrando tumor mediastinal, con resección de Timoma en enero 2013. Presento además neumonía nosocomial, sinusitis recurrente, otitis media. Enviada a inmunología y alergia con tres determinaciones de panhipogamaglobulinemia, inversión en la relación CD4:CD8. Inicia tratamiento con globulina 24gr mensual. Evoluciona con múltiples cuadros de infección respiratoria, sinusitis crónica y diarrea, que mejoraron con el tratamiento. **Conclusiones:** En los pacientes con timoma que presenten enfermedades infecciosas repetidas es necesario el estudio temprano microbiológico e inmunológico para descartar esta infrecuente patológica; incluyendo, al menos, cuantificación de inmunoglobulinas y células linfocitarias. E incluso postimectomia es necesario conocer la hipogamaglobulinemia secundaria y prevenirla con el uso de gammaglobulina temprana, lo cual reducirá las complicaciones e impactara en la calidad de vida de nuestro paciente; por ultimo dar seguimiento ante la posibilidad, aun que es baja, de recidiva de timoma.

0425 Síndrome de Parry-Romberg. Reporte de tres casos

Cortez J, Olvera A, Juárez A
IMSS, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza.

La enfermedad Parry Romberg (PR) es rara (2 casos por millón de habitantes), se caracteriza por hemiatrofia facial con anormalidades de Sistema Nervioso Central (SNC) y ocular. Presentamos 3 casos. Caso 1 Femenino de 41 años, con atrofia supraciliar derecha, meses después presenta crisis convulsivas y cefalea, discromías en hombro derecho y hemicara, perdida de volumen de tejidos blandos. Se diagnostica esclerodemia limitada. Se realizó Resonancia magnética de cráneo (RMC) con reporte de vasculitis de SNC ipsilateral. Se concluye síndrome de PR, iniciando esteroides, azatioprina y anticonvulsivantes con mejoría. Caso 2 Femenino de 43 años presenta dermatosis parietal derecha, alopecia y atrofia que incrementó hasta región supra ciliar y deformación ósea a los 8 años. A los 19 años presenta parálisis facial periférica ipsilateral, decidiendo toma de biopsia de piel cabelluda reportando esclerodermia, fibrosis intersticial y perivascular. La RMC reporta afección de tejidos blandos atrofia parenquimatosa de hemisferio derecho y vasculitis de SNC. Se inician pulsos de metilprednisona y ciclofosfamida con mejoría aunque persistencia de cefalea. Caso 3 Femenino de 36 años, debuta a los 4 años con mancha hipocrómica en región frontal derecha, evoluciona con deformación, hundimiento lineal y alopecia; se diagnosticó esclerodermia limitada. Progresó con esclerosis dérmica y deformidad ósea y atrofia hemifacial derecha, agregándose dolor ocular y disminución de agudeza visual ipsilateral acompañado de cefalea incapacitante. Se realiza RMC encontrando lesión cutánea y ósea frontal derecha, asociada a lesiones de parénquima de hiperintensidad de sustancia blanca y subcortical frontal derecha. Se inician pulsos de metilprednisona y metotrexate con mejoría importante y evolución estacionaria, se envía a cirugía plástica para reconstrucción, persiste con cefalea leve. Este síndrome cursa

con hemiatrofia facial afectando tejido subcutáneo, musculo esquelético, óseo y anormalidades de SNC y ocular, con diferentes probables etiologías infecciosa, autoinmune, traumática. La RMC reporta atrofia cortical focal y anormalidades en la vasculatura intracraneal. Puede autolimitarse en un curso de 20 años. No existe terapéutica estándar usándose de manera empírica corticoesteroides y/o inmunosupresores, tratamiento utilizado en nuestros pacientes presentando respuesta favorable.

0427 Combinación de bosentan y sildenafil en la hipertensión arterial pulmonar de diversas etiologías

Pérez R,[1] Santana P,[2] Bustillos M,[2] Domínguez G[2]
[1]ISSSTE, Hospital Regional ISSSTE Monterrey, [2]ISSSTE.

Antecedentes: A pesar de que la hipertensión pulmonar es una enfermedad compleja, grave, progresiva de gran letalidad. Su pronóstico se ha modificado favorablemente desde hace unas décadas con las nuevas terapias farmacológicas como los antagonistas de los receptores de la endotelina y los inhibidores de la fosfodiesterasa 5.La sobrevida se calcula en un 34% a 5 años permitiendo la disminución de la magnitud de la repercusión hemodinámica así como los síntomas. **Objetivos:** El objetivo es realizar un análisis de pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar mediante parámetros gasométricos y ecocardiográficos además de su correlación con la clínica bajo el esquema combinado de tratamiento. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional longitudinal comparativo analítico (cohorte de seguimiento) de 14 pacientes portadores de HAP de diverso origen los cuales fueron tratados mediante la asociación de Bosentan y Sindenafil. La mejoría se evaluó mediante la disminución de la Presión Sistólica de la Arteria Pulmonar y la presión parcial de oxígeno. Se realizó un análisis comparativo estratificado de los diversos grupos por sus patologías. Se realizó prueba de rangos con signo de Wilcoxonm para variables cuantitativas y Chi2 Para cualitativas así como ANOVA. La siguiente figura muestra las diferentes etiologías para hipertensión pulmonar donde destaca fibrosis, cardiopatía izquierda y colagenopatías. **Resultados:** Al realizar el análisis estadístico se encuentra disminución de PSAP de la medición posterior al tratamiento en con la medición antes de tratamiento resultando comparación con una diferencia significativa, Al realizar el análisis estadístico aunque aparentemente se encuentra una mejoría en la PO2 de la medición posterior al tratamiento en comparación con la medición de la PO2 antes de tratamiento no se establece una diferencia significativa sin embargo clínicamente se observa mejoría en clase funcional respecto a la caminata de 6 minutos **Conclusión:** El tratamiento en conjunto de Bosentan con Sildenafil mejora la PSAP ecográficamente correlacionada con la clínica además de disminuir significativamente el número de internamientos por año, presentando una mejoría significativa en pacientes con TEP, y una peor evolución clínica en colagenopatías a pesar del tratamiento

0435 Microangiopatia tumoral trombótica pulmonar: reporte de un caso y diagnóstico diferencial

González C, Flores L, Esquivel V, Ruiz F
SSA, Hospital General de Tampico.

Femenino de 45 años, diabética e hipertensa. Cáncer cervicouterino sometida a histerectomía y ooforectomia bilateral, radioterapia, quimioterapia y braquiterapia. Alta en enero 2015. Inicia 2 semanas previas con disnea progresiva, medianos a mínimos esfuerzos y tos con expectoración hialina. Cuadros previos similares con manejo sintomático. Tórax amplexión y amplexación disminuidas, disminución en la entrada y salida de aire, crepitos finos en ambas regiones subescapulares y sibilancias difusas, ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia 140. Abdomen globoso a expensas de panículo

adiposo peristalsis normal. Hb 12.6 g/dl, pH 7.49 PCO2 43 mmHg, HCO3 32.8 mmol/L Lac 1.5 mmol/L. Prueba rápida de influenza Negativa. Procalcitonina 0.14 ng/mL, PCR 38, Dimero D 3736. Radiografia Tórax: Opacidades parahiliares bilaterales, aplanamiento de ambos diafragmas, arcos costales horizontalizados, imagen de carcinomatosis. Electrocardiograma con taquicardia sinusal 140 lpm. Biopsia de ganglio cervical. Paciente con empeoramiento y broncoespasmo recurrente. Biopsia con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Presenta paro cardiorrespiratorio que no revierte a maniobras. Se declara defunción. El embolismo tumoral es una de las causas de disnea más difíciles de diagnosticar. Se prefiere el término de microangiopatia tumoral tromobotica pulmonar. Hay pacientes en los que el carcinoma ya es conocido cuando inicia la disnea, en otros no es posible determinarlo. La autopsia presenta émbolos pulmonares en 26%. El síntoma más común es la disnea (57%). Una vez instaurada la supervivencia es escasa. La exploración física destaca taquicardia, taquipnea, tos, dolor pleurítico y abdominal. La gasometría puede revelar hipoxemia y alcalosis respiratoria. El Electrocardiograma revela eje a la derecha y taquicardia sinusal, solo en un 15%. Radiológicamente van desde cardiomegalia, arterias pulmonares prominentes e infiltrado intersticial si existe lingangitis carcinomatosa. En cáncer cervico uterino un 80% se relaciona con carcinoma escamoso, 15% adenocarcinoma, y adenoescamosos 3-5%. Rara vez reconocido antes de fallecimiento. El embolismo tumoral microscópico debe considerarse diagnóstico diferencial en pacientes con disnea subaguda. Un diagnóstico difícil aun en el paciente sintomático. Se requiere alto nivel de sospecha, aun cuando ya exista una neoplasia subyacente.

0445 Miopatía mitocondrial tipo miopatía aislada por deficiencia de coenzima Q10. Reporte de un caso

Paulino G, Mendoza S, Rodríguez F
IMSS, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza.

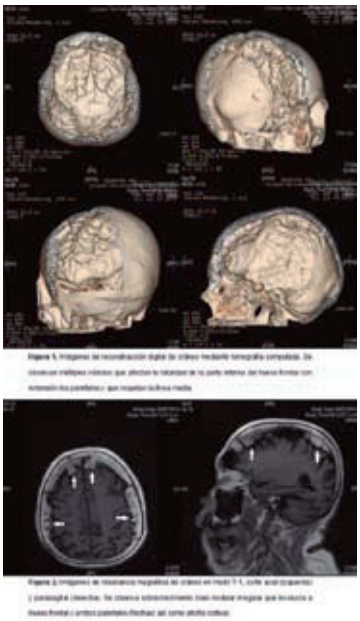
Introducción: La miopatía mitocondrial tipo miopatía aislada es una enfermedad rara debida a alteraciones en el DNA nuclear o mitocondrial con afección únicamente muscular. **Objetivo:** Conocer las características clínicas e histopatológicas de la miopatía mitocondrial. Caso: Femenino de 36 años; un año de evolución con fatiga muscular, incapacidad para actividad física, parestesias y dolor urente en extremidades. Examen físico y neurológico con intolerancia a ejercicio y debilidad muscular proximal. Se descartó consumo de fármacos o alteración hidroelectrolítica; perfil tiroideo y enzimas musculares (creatincinasa y mioglobina) normales; autoanticuerpos negativos. Electromiografía con neuroconducción sensorial y motora normal e incremento en actividad de inserción y frecuencia de disparo y actividad polifásica aserrada al reposo concluyendo miopatía sin inestabilidad de membrana. La prueba de ejercicio mostró acidosis metabólica con pH 7.21 y curva de Lactato 6.2, 5.3 y 9.8 mg/dL con amonio 33 mg/dL compatible con miopatía mitocondrial. Biopsia muscular con tinciones de hematoxilina y eosina con infiltrado adiposo sin vacuolas, histoquímica enzimática identifica fibras sin actividad enzimática y refuerzo subsarcolémico concluyendo daño miopático; inmunofluorescencia descartó distrofia muscular. Microscopia electrónica con pérdida de miofibrillas y crestas, mitocondrias pequeñas, vacuolización y cuerpos mielínicos concluyendo Miopatía Mitocondrial. La actividad de cadena respiratoria en límite inferior de complejos IV (0.149) y II+III (0.02) indicando deficiencia de conezima Q10. La paciente se encuentra en sustitución de la misma con buena respuesta al tratamiento. **Discusión:** La miopatía se divide en 3 grupos: metabólica, inflamatoria y misceláneo. La inflamatoria tiene aumento de

enzimas musculares, infiltrado linfocitario y anticuerpos. El misceláneo incluye distrofinopatías, caveolinopatías, congénitas y endocrinas. El caso concluyó miopatía metabólica mitocondrial, descartando glucogenosis y trastorno lipídico a través de la prueba de ejercicio en isquemia y biopsia muscular; ya que la hiperlactatemia y amonio normal, alteración mitocondrial y disminución en la actividad enzimática de complejos de cadena respiratoria integra miopatía mitocondrial sin afección a otros sistemas. De las mitcondropatías la única tratable es la deficiencia de coenzima Q10.

0469 Síndrome de Morgagni-Stewart-Morel

Gracia A0
0.Otra Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

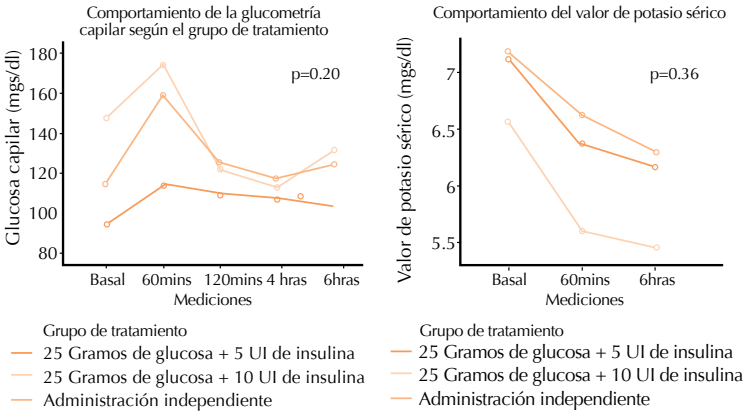
Introducción: La hiperostosis frontal interna (HFI) es un sobrecrecimiento del hueso frontal que puede ocurrir acompañada de síntomas neuropsiquiátricos, manifestaciones metabólicas y endocrinológicas formando el síndrome de Morgagni-Stewart-Morel. Se presenta el caso de una paciente que cumple criterios para tal síndrome. **Caso clínico:** Mujer de 74 años con historia de exposición a humo de leña, vitíligo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y deterioro cognitivo quien ingresa al hospital por malestar general, mareo, ansiedad, confusión, desorientación y dificultad para la marcha. Se realizaron estudios de imagen de cráneo encontrándose hiperostosis frontal interna extensa, atrofia cortical y un infarto lacunar talamico izquierdo. Durante su estancia hospitalaria se documentó la presencia de obesidad grado I, hiperglucemia, hipertrigliceridemia e hiperuricemia. **Conclusión:** La paciente cumplió con los criterios del síndrome de Morgagni-Stewart-Morel.



0492 Uso combinado de glucosa-insulina en el manejo de hiperkalemia: Impacto de la dosificación en el registro de hipoglucemia y éxito terapéutico

Sanchez M0, Garza R0, Garcia A0
0.Universitario Hospital Universitario UANL

Antecedentes: El uso combinado de glucosa-insulina representan la principal opción terapéutica en el manejo de la hiperkalemia con el riesgo de inducir hipoglucemia severa, registrada en el 10 al 75% de los casos. Los datos disponibles sobre este tema, provienen de poblaciones pequeñas en pacientes no diabéticos y en valoración retrospectiva. **Material y métodos:** Se crearon 3 grupos de estudio. Grupo 1: 25 gramos de glucosa IV + 5 U de insulina rápida. Grupo 2: 25 gramos de glucosa IV + 10 U de insulina rápida. Grupo 3: Administración inicial de 25 gramos de glucosa IV y 5 minutos después administración de 10 U de insulina rápida IV. Se vigilaron los valores de glucosa capilar y potasio por 6 hras. **Resultados:** Se registraron 27 pacientes. La mediana de edad es de 54 años (23-84 años). Se ha registrado 1 evento de hipoglucemia sintomática (3.7%) No se registro diferencia estadística significativa en el valor de potasio y glucosa capilar a lo largo del seguimiento. **Conclusiones:** La tasa de hipoglucemias fue inferior a lo registrado previamente en la literatura, sin diferencias significativas en relación con la dosis de insulina u orden de los componentes utilizados.



0504 Reporte de caso: tuberculosis pleural en paciente con resultado de adenosin deaminasa negativo, confirmado mediante sistema GENE XPERT

Vazquez S0, Gama U1, Solis S0, Lopez M0, Casillas J0
0.SSA Hospital General de Pachuca; 1.SSA Hospital General de Pachuca

Antecedentes: La tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública a nivel mundial. La infección extra pulmonar por el complejo de Mycobacterium tuberculosis corresponde al 15% de los casos, de los cuales 11% corresponde a tuberculosis pleural y 1-2% tiene manifestaciones cutáneas. Recientemente se han empleado nuevas tecnologías de diagnóstico con amplificación de ácidos nucleicos cada vez más empleadas debido a su rendimiento diagnóstico. **Informe de caso:** Paciente masculino de 67 años, originario de la sierra del Estado de Hidalgo, sin carga genética ni antecedentes personales de importancia quien ingresó al servicio de Medicina Interna, con dermatosis localizada en región abdominal caracterizada por nódulos, fístulas y úlceras, de dos años de evolución acompañada de fiebre de dos semanas de evolución y síndrome de derrame pleural unilateral derecho. El líquido pleural fue de características exudativas, sin desarrollo bacteriano con tinción Ziehl Neelsen negativo. Dentro de sus estudios complementarios destaca ELISA para VIH negativo, prueba de tuberculina de 17 mm a las 48 horas y bloque celular de líquido pleural negativo para células neoplásicas. En la tomografía de Tórax se corroboró derrame pleural así como paquipleuritis. Además la cuantificación de adenosin deaminasa reportó valor total de 14.4 U/L. Posteriormente se realizó estudio molecular con sistema automatizado Gene Xpert el cual fue positivo para Mycobacterium Tuberculosis. En base a esto se inició tratamiento acortado estrictamente supervisado. El resultado inicial dermatológico con análisis en fresco y cultivo negativo para hongos y bacterias, sin embargo con el resultado por PCR, se repitió de forma intencionada el estudio histopatológico, reportando la presencia de granulomas caseificantes con invasión desde la pared abdominal hasta la pared vesical. El paciente fue revisado dos meses después con mejoría clínica sin evidencia de hallazgos patológicos por tomografía de pulmón. **Conclusiones:** Las técnicas de laboratorio convencionales como la microscopía directa para el diagnóstico de Mycobacterium Tuberculosis tienen baja sensibilidad. Por otra parte, los cultivos consumen tiempo, requieren medidas de bioseguridad y personal de laboratorio capacitado. La prueba de Adenosin Deaminasa cada vez es más utilizada en análisis de Tuberculosis con afectación de serosas, ya que se ha reportado en lugares de alta prevalencia con sensibilidad de 95.7%, especificidad de 84%, y un valor predictivo negativo de 97.9%, con IC 95% (96.4-94.8), cuando valores de corte de mayores a 35 UI/L, dejando un bajo número de falsos negativos reportados, delos cuales se incluyen casos con derrame pleural en fase temprana y pacientes con infección por VIH., motivo por

el cual toma interés el caso de este paciente que no presenta estas manifestaciones, y en el cual se llega al diagnóstico mediante PCR , con el sistema automatizado Gene Xpert, con este método se han reportado series donde se ha encontrado una sensibilidad para muestras extra pulmonares de 94.4% con una especificidad de hasta 100%, rendimiento diagnostico superior al de otros nuevos métodos como interferón gama y Adenosin Deaminasa.

0526 Enfermedades relacionadas con el desarrollo de úlceras por presión en sala de Medicina Interna de un hospital de enseñanza

Cuéllas J0, Galarza D0, Baena L0, Martínez Y0
0.Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Antecedentes: Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico con pérdida de sustancia cutánea. Prolongan la estancia hospitalaria, incrementan los costos y dan una imagen negativa a la institución. En el departamento de Medicina Interna de nuestro hospital contamos con el Programa de prevención de Úlceras por Presión (UPP) con el fin de prevenir su desarrollo y tratarlas. **Objetivo de estudio:** Describir las patologías primarias de los pacientes que desarrollan UPP. **Material y método:** Estudio descriptivo. Se clasificaron a todos los pacientes que ingresaron a la sala de Medicina Interna de nuestro hospital del 1 de enero del 2015 hasta el 31 de julio del 2015 de acuerdo al riesgo de desarrollo de UPP con la escala de Norton. Se registraron a los que ingresaron con UPP y a los que las desarrollaron de manera intrahospitalaria. Se documentaron los diagnósticos primarios de estos pacientes. **Resultados:** Se evaluaron 1,744 pacientes; 101 se con riesgo alto, 295 riesgo intermedio, 1,348 riesgo bajo. 62 pacientes presentaron UPP. 34 (54.8%) pacientes de género masculino y 28 (45.2%) femenino. El promedio de edad fue de 64 años. El promedio de días de estancia fue de 7 días. El 100% de los pacientes que desarrollaron UPP tenían riesgo alto. Las patologías más prevalentes fueron 16 (25.8%) pacientes Neumonía, 7 (11.2%) EPOC, 4 (6.4%) Sangrado de tubo digestivo, 4 (6.4%) Insuficiencia cardíaca, 3 (4.8%) Fibrilación auricular, 3 (4.8%) Tromboembolismo pulmonar, 3 (4.8%) Enfermedad renal crónica, 2 (3.2%) Pancreatitis aguda, 2 (3.2%) Encefalopatía hepática, 2 (3.2%) Meningitis, 2 (3.2%) Diabetes descompensada, 2 (3.2%) Lupus eritematoso sistémico, 12 (19.8%) otras patologías. **Discusión:** La patología que más se relacionó con el desarrollo de UPP en nuestro estudio fue neumonía; sin embargo debemos realizar un análisis multivariado para evaluar el riesgo relativo que esta enfermedad representaría.

0575 Reporte de caso: histiocitosis de Langerhans de inicio y diagnóstico en el adulto

Solís S, López M, Arrieta M, Vigueras A, García S, Vázquez S, Gama U, Lemus J, Ku A, Hernández G
SSA, Hospital General de Pachuca.

Antecedentes: La histiocitosis de células de Langerhans se caracteriza por una proliferación monoclonal de las células de Langerhans, puede afectar cualquier parte del cuerpo.En adultos, es un trastorno raro, con incidencia de 1 a 2 casos por millón de habitantes. **Informe del caso:** Femenino de 55 años con carga genética de cáncer de colon y vejiga.Antecedente personal patológico de tabaquismo 4.5 paquetes/año, diabetes tipo 2 en tratamiento con glimepirida. Presenta cuadro clínico crónico caracterizado por ulceras dolorosas en región perianal bajo tratamiento con antimicrobianos y antimicóticos tópicos, sin mejoría clínica. A la exploración física se encontró dermatosis diseminada a región axilar, inguinal y perianal constituida por placas eritematopapulares y úlceras de bordes circunscritos, ovaladas, asimétricas, con fondo limpio y restos de fibrina, dolorosas. Se realizó biopsia de piel en tincion con hematoxilina-eosina se observan histiocitos en la dermis papilar con marcado epidermitropismo. Inmunohistoquímica CD1a

y S100 positiva. Se realizaron estudios de extensión: aspirado de medula ósea, tomografía de cráneo con foco en silla turca, ultrasonido de hígado y bazo, tomografía de tórax, serie ósea y perfil tiroideo sin encontrar hallazgos patológicos. En la colonoscopia se observaron hemorroides internas grado I y II con úlceras localizadas en la región perianal anterior. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día.Seis meses después de iniciar tratamiento con mejoría clínica y desaparición de la dermatosis. **Conclusiones:** La histiocitosis de Langerhans es una enfermedad rara en el adulto. Inicia generalmente en la segunda década de la vida y requiere de un diagnóstico inmunohistoquimico Según lo reportado por el Registro Internacional de la Sociedad del Histiocito en 2003, la histiocitosis de células de Langerhans del adulto se manifiesta con compromiso pulmonar (58,4 %), óseo (57,3 %), cutáneo (36,9 %) o diabetes insípida (29,6 %) y, a diferencia de la forma infantil, con compromiso genital. Es trascendental el seguimiento a nuestro caso con la evaluación rutinaria de los órganos de riesgo, particularmente a nivel pulmonar, por el antecedente de tabaquismo y neoplasias asociadas. Además los pacientes con afección exclusiva a piel tienen una supervivencia de 89%, mientras que la supervivencia de pacientes multisistémicos es de 23% a 5 años.

0670 Reporte de caso: pancitopenia multifactorial en paciente con cuci, secundario a deficit folatos y b12, infeccioso (citomegalovirus y mycoplasma) que condicionaron presencia de crioglutininas, más toxicidad farmacologica

Ramos A
IMSS, Manuel Ávila Camacho UMAE, Puebla.

Hombre 19 años antecedente enfermedad inflamatoria intestinal tipo CUCI 6 años del diagnóstico, en debut de la enfermedad recibió infliximab con lo que se mantiene inactivo, solo recibe mesalazina, hace 6 meses presenta brote moderado se agrega azatioprina 100 mg día, posterior permanece inactivo. Ingresa por fiebre 30 días de evolución, inicio intermitente, posterior diario, vespertina, no cede a uso de antipiréticos, acompañada de diaforesis nocturna, tos sin predominio de horario, no productiva, perdida ponderal 2 kg, evacuaciones bristol 5-6 sin moco, sin sangre, promedio 3 por día, astenia, adinamia, laboratorios con pancitopenia y elevación de DHL, se hospitaliza, valores en hemograma no congruentes y presencia de crioaglutininas 1:2048, acido fólico 1.1 ng/ml, B12 78 pg/ml, ambos disminuidos, protocolo para descartar oportunistas, carga viral positiva para citomegalovirus y anticuerpos IgM positivos para mycoplasma pneumoniae. Biometría hemática hemoglobina 8.4 g/dl, hematocrito 14%, eritrocitos 950 000, plaquetas 34 000, leucocitos 640, neutrófilos 220, comparado control de 20 días previos Hb 16.2 g/dl, htc 48.4, plaquetas 202 000, leucocitos 8 800, neutrófilos 5 400. Colonoscopia reporta íleon granular e hiperplasia linfoidea corroborada por histología. Aspirado medula ósea con cambios megaloblásticos. Coombs directo positivo. Tomografia pulmonar de alta resolución con patrón intersticial, BAAR negativo, Epstein Barr negativo. Se suspende azatioprina, se inicia ganciclovir, claritromicina, prednisona más hematínicos, con respuesta clínica, así como la dilución de crioaglutininas 1:512, recuperación en valores de la biometría hemática. Análisis: pacientes con CUCI tienen alta tasa de recambio a nivel de mucosa intestinal aumentando requerimientos de folatos, además pueden tener afectación ileal, sitio de absorción de B12, predispone a anemia megaloblástica, la azatioprina se relaciona a pancitopenia por toxicidad medular e interferencia en metabolismo de folatos, siendo más frecuente en pacientes con déficit de la enzima tiopurina metiltransferasa, y un factor extra, la predisposición por inmunosupresión para infección por CMV y mycoplasma, que la relacionamos con la presencia de crioglutininas, previo descarte de las causas más frecuentes, todo en conjunto condicionando pancitopenia en nuestro paciente.

0694 Linfoma hidroa vacciniforme. Presentación de un caso

Aranda A, Acosta M, Ojeda J
SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: El linfoma hidroa vacciniforme-like(LHVL)es una entidad rara y agresiva, descripta en niños y adolescentes de países latinoamericanos y asiáticos que clínicamente se presenta con episodios recurrentes de edema facial,acompañado de vesículas,úlceras y cicatrices varioliformes, en áreas fotoexpuestas y no fotoexpuestas, así como positividad a IgG para virus de Epstein Barr (VEB).En los estudios inmunohistoquímicos puede expresar CD4, CD8 o en ocasiones CD56 como marcador. La palabra hidroa deriva del griego hýdor que significa agua, lo cual refleja la naturaleza vesicular de la dermatosis y vacciniforme deriva del latín vaccinum,semejante a la vacuna,en relación con la tendencia a la curación con cicatriz.En el año 1862 Bazin realizó la primera descripción de hidroa vacciniforme(HV). **Objetivos:** Dar a conocer un caso de linfoma hidroa vacciniforme en un paciente con cicatrices varioliformes. Caso clínico Masculino de 22 años,originario y residente de Celaya, Guanajuato, campesino. Antecedente de dermatosis en la infancia,referida como lesiones tipo vesícula o ampolla,con presencia de líquido transparente, que le aparecían y desaparecían, dejando como secuela cicatrices. Inició su padecimiento actual 8 meses previos a su ingreso a nuestra institución con presencia de fiebre intermitente no cuantificada, sin predominio de horario,acompañada de tumoración cervical derecha, recibió tratamiento antibiótico no especificado,con mejoría parcial. Un mes después acudió a hospital General de Celaya, donde se le realizó drenaje y se envió biopsia a patología, sin encontrar datos patológicos. Durante la hospitalización se encontró nueva tumoración en cara interna de brazo izquierdo, con aumento posterior del tamaño de la extremidad, se realizó nueva toma de biopsia de esta lesión obteniendo resultado histopatológico de Linfoma no Hodgkin. Fue valorado por dermatología quien refiere dermatosis que afecta los antebrazos, codos y tercio inferior de brazos, sobre todo en zonas fotoexpuestas,bilateral y simétrico. La dermatosis constituida por cicatrices de tipo varioliforme, que van de 0.3 a 3cm, no se observan lesiones primarias activas. Se solicitó además IgG para VEB resultando positivo.Se informa el resultado de la biopsia de lesión de brazo izquierdo reportando Linfoma de células T, CD3, C45 RO, CD 30 positivos, compatibles con LHVL.

0730 Síntomas más frecuentes en la prueba de mesa inclinada en los pacientes con disautonomía

Solís E, García-Frade L, Hernández C
Privado Hospital Ángeles del Pedregal.

Los pacientes con disautonomía dependiendo al subgrupo al que pertenezcan: IO (Intolerancia ortostática), VV (síncope vasovagal) o POTS (síndrome de taquicardia postural ortostática) pueden tener diferente sintomatología durante la prueba. **Objetivo:**reportar la frecuencia con que se presentan diversos síntomas en la prueba inclinada. Métodos: Se analizaron los reportes de 1655 pruebas de inclinación, se conformó una base de datos con: edad, sexo, si la prueba fue positiva en fase activa o pasiva, primera sintomatología y última sintomatología reportada, diagnóstico. **Resultados:** de un total de 1655 pacientes, se excluyeron277 por presentar prueba negativa quedando un total de 1374 pacientes. Siendo 71% mujeress (975) hombres 29% (398) con una edad promedio de 33.9 años. Siendo la distribución por subgrupos de la siguiente manera: , 699 (50.9%) fueron clasificados como VV, 605 (44%) como IO y 70 (5.1%) como POTS Mareo: IIG (Incidencia Inicial general) del 38%, Sintomas iniciales 41%(248) en IO, 40%(28) POTS, 36.3% (254) VV. IFG (incidencia final general) 13%, 17.4% (105) IO, 10%(7) POTS, 9.9%(69) VV

Náusea: IIG 6.1%, 5.1%(31) IO, 8.6%(6) POTS, 6.9%(48) VV. IFG 4.5%, 4.5%(27) IO, 8.6% (6) POTS, 4.1%(29) VV. Diaforesis: IIG 7.7%, 7.4% (45) IO, 7.1% (5) POTS, 8.2% (57) VV. IFG 13.4%. 14.9% (90) IO, 15.7% (11) POTS 12.2% (85) VV. Cefalea: IIG 12%, 14.9%(90) IO, 8.6% (6) POTS 10.2% (71) VV. IFG 1.4% , 2.1% (13) IO, 1.4% (1) POTS, 0.9% (6) VV. Fatiga: IIG 22%, 26.8% (162) IO, 18.6%(13) POTS, 18.7% (131) VV. IFG 9.6%, 16.5% (100) IO, 11.4% (8) POTS, 3.7%(26) VV Palpitaciones: IIG 6.2% (86), 7.9% (48) IO, 12.9% (9) POTS, 4.1% (29) VV. no se reporta IFG por no haberse presentando como sintomatología final. **Discusión y conclusiones:** como se puede observar el mareo y la fatiga son los principales síntomas reportados durante la prueba con porcentajes similares. Por el carácter inespecífico de los síntomas consideramos importante que cuando un paciente refiera dicha sintomatología se considere dentro de los diagnósticos etiológicos diferenciales la posibilidad de un síndrome disautonómico, consideramos que el número de pruebas analizadas confiere una adecuada población pero vale la pena complementarlo con estudios multicéntricos para aumentar el número de reportes.

0754 Histiocitosis de células de Langerhans multisistémica tratada con infliximab: el papel de la terapia anti- TNFα.

López R0, Quintal I0, Vázquez A1, Malagón J0
0.IMSS, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI Servicio de Medicina Interna; 1.IMSS, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, UMAE, Centro Médico Nacional Siglo XXI Servicio de Dermatología.

Antecedentes. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una proliferación clonal anormal de células con un inmunofenotipo positivo para S-100, y CD1a con gránulos de Birbeck en el citoplasma. Su etiología es aún enigmática. Tiene una incidencia d 2-5 casos por millón de habitantes/año. Es más frecuente en hombres. Su espectro clínico puede ser local o sistémica (40%). No existe consenso sobre cuál es el tratamiento más efectivo y seguro. **Informe de Caso.** Femenino de 56 años protocolizada por demencia de inicio temprano, identificando un granuloma calcificado parietooccipital derecho sin determinar causa. Presenta úlceras dolorosas de fondo blanquecino y pápulas eritematosas en región anogenital e inguinal bilateral. Se refiere a dermatología donde realizan biopsias de las lesiones descritas: reportando dermatitis crónica granulomatosa compatible con enfermedad de Crohn extraintestinal(tinción negativa para micobacterias u otros microorganismos). Se inicia terapia biológica a base de infliximab presentando remisión completa de las úlceras descritas. A los 2 años post-administración de infliximab, se suspende por presentar infección de vías aéreas superiores. Posteriormente presenta poliuria y somnolencia, diagnosticando diabetes insípida central, hipogonadismo hipogonadotrópico y descartando neuroinfección u otras infecciones sistémicas. En sesión de expertos del servicio de patología se realiza nueva revisión de laminillas observando morfología celular típica y positividad para CD1a, realizando el diagnóstico de HCL. Discusión. En nuestra paciente se consideró como diagnóstico inicial enfermedad de Crohn, administrándosele infliximab, resolviendo las lesiones anogenitales y estabilizando las deficiencias neurológicas causadas por la HCL, diagnosticada ulteriormente por histopatología. Existen reportes en la literatura que describen mejoría de los síntomas y signos de afección de SNC refractarios a tratamientos de primera y segunda línea en HCL posterior a la administración de infliximab. **Conclusión.** El diagnóstico de HCL requiere un alto índice de sospecha por la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas, requiriendo un abordaje multidisciplinario. El infliximab es útil para el tratamiento de manifestaciones dermatológicas y probablemente del sistema nervioso central en la HCL multisistémica.

0816 Síndrome de salida torácica vascular. Reporte de un caso

Carrillo A, Adalid D, Alvarado S
IMSS, Hospital de Especialidades CMN La Raza.

Antecedentes: el síndrome de salida torácica (SST) es un padecimiento con diagnóstico polémico dado su amplio espectro clínico que va en relación al compromiso de plexo braquial (90 – 95%), vascular (arteria 1% o vena subclavia 5%), y en otros casos puede ser inespecífico. Los pacientes se presentan con signos aislados y síntomas específicos de acuerdo al compromiso de la estructura anatómica afectada. **Informe de caso:** mujer de 36 años, que inicia padecimiento 6 meses previos con cambios de coloración en palma de mano izquierda azul – violácea tras el cual presenta dolor en dicha región, que se exacerba con elevación de la extremidad torácica izquierda para actividades cotidianas, disminución de temperatura y diaforesis; en los últimos 3 meses cursa con edema en la extremidad; se envía a valoración por sospecha de vasculitis. A la exploración física se realizaron prueba de Adson que fue positiva, maniobra de Wright tras la cual se logra reproducir la sintomatología. La radiografía de tórax no mostró alteración. Se realizó ultrasonido Doppler dúplex de miembro torácico izquierdo en la región distal se observa a la vena de trayecto, con diámetro en reposo de 6.8mm y en abducción de 5.7mm, con reducción de 9mm; al modo Doppler color espectral se obtiene un registro venoso retrógrado con pulsatilidad cardiaca conservada, con una velocidad máxima de 25cm/seg en reposo y a la abducción se observa ensanchamiento espectral con elevación de la velocidad máxima hasta 56cm/seg, estos hallazgos con traducción en forma indirecta de estrechamiento del diámetro vascular a nivel proximal. La paciente fue enviada a rehabilitación con el que ha habido mejoría parcial de la sintomatología. **Discusión:** el SST es la compresión de una o más estructuras neurovasculares que atraviesan la apertura superior del tórax. La sintomatología referida es de amplio espectro y de inicio insidioso, que obliga al cínico a la búsqueda intencionada y realización de maniobras como Adson y Wright que pueden ser positivas hasta en un 90%; los estudios de imagen son útiles para identificar la estructura anatómica responsable y el ultrasonido Doppler color con incremento de las velocidades sugieren el diagnóstico vascular.

0829 Causas de estancias inapropiadas en un servicio de medicina interna

Cabrera A[0], Jaimes D[1], Laguna M[2], Monroy S
[0]IMSS, Hospital General de Zona No. 48, [1]IMSS, Hospital General de Zona No. 48, [2]ISSSTE, Hospital Regional 1º. de Octubre

El promedio de días de estancia en hospital es un indicador de eficiencia de la prestación del servicio porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutiva cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos con la posibilidad de readmisión temprana en el primer caso o complicaciones nosocomiales en el segundo. Conocer las causas de estancia inapropiada (EI) nos permite establecer estrategias para otorgar atención de calidad evitando complicaciones al paciente y reducir costos económicos en la atención. Arbitrariamente se considera estancia prolongada a > 5 días de hospital. **Objetivo:** determinar las causas de estancias inapropiadas en un servicio de medicina interna. **Pacientes y método:** estudio observacional, retrospectivo, realizado en un servicio de medicina interna de 100 camas donde se evaluaron 630 pacientes con más de 5 días de estancia. Las causas de EI se clasificaron de acuerdo a quien podía ser el responsable: a) Personal de salud, b) Relación entre hospitales de diferente nivel de atención, c) Capacidad de ges-

tión de jefatura o coordinación clínica, d) Condición clínica del paciente. **Resultados:** De un total de 2880 pacientes ingresados a medicina interna durante el periodo de enero a junio del 2015, 630 pacientes (21.8%) tuvieron > 5 días de estancia. Las causas principales de estancia inapropiadas fueron las siguientes Condición clínica del paciente (40%), demora en estudios o interconsulta (25%), tratamiento conservador (18%), indecisión para el egreso (5%), fin de semana (5%), necesidad de otro nivel de atención sin ser aceptados (5%)procedimientos que no necesitaban ingresarse (3%). **Conclusión:** la estancia inapropiada afecta la calidad de atención en términos de seguridad para el paciente, aumenta los costos de atención además de limitar la capacidad de los hospitales dificultando el acceso a cama. Conocer las causas y trabajar en ellas permite aumentar la calidad y reducir costos de atención.

NEFROLOGÍA

0017 Incidencia de nefropatía inducida por contraste temprana y tardía

Molina A, Ruíz FI, Moguel B, Armenta AI
Hospital Español de México

Introducción: la nefropatía inducida por contraste (CIN) yodado es la tercer causa de lesión renal aguda intrahospitalaria. **Objetivos:** determinar la incidencia de CIN temprana y tardía en un el Hospital Español de México. Establecer si los factores de riesgo "clásicos" asociados al desarrollo de CIN aplican en nuestra población. **Material y métodos:** estudio prospectivo, observacional y de no intervención de 6 meses. Incluimos a todos los pacientes expuestos a contraste yodado intravenoso (IV) o intra-arterial (IA). **Resultados:** 129 pacientes. La incidencia de CIN temprana fue de 22.4. La incidencia de CIN tardía fue de 14. Los factores estadísticamente significativos en la CIN fueron tasa de filtrado glomerular (p=0.03) e hipoalbuminemia (p= 0.02). **Conclusión:** la incidencia de CIN en la población de nuestro hospital es muy alta Puede relacionarse a la distribución etaria. Sólo la hipoalbuminemia y la TFG correlacionaron estadísticamente como factores de riesgo de CIN.

0096 Necrosis de pene como rara manifestación de calcifilaxis en la uremia

del Prado X, Martínez N, Alemán D, Salgado T, López Y, Ceñal I
Hospital Central Norte, PEMX

Introducción: la necrosis de pene por calcifilaxis es una entidad rara, ocurre en enfermedad renal crónica estadio 4 o 5. Con morbimortalidad a 6 meses (80%) y ocurre en 1-4% de los pacientes en diálisis. La incidencia de calcifilaxis peneana se aproxima al 6%. **Descripción del caso:** masculino 61 años, índice tabáquico 40, hipertenso descontrolado e insuficiencia renal terminal en hemodiálisis desde octubre 2007. Inicia con dolor en pene y proceso inflamatorio, cambios de coloración en glande, disuria, disminución del calibre de chorro urinario y secreción sanguinolenta. Presenta calcio sérico 10.3, potasio 6.5, urea 176.8, leucocitos 28.3, neutrófilos 27.7.Se realiza ultrasonido y tomografía: enfermedad ateroesclerótica generalizada, placas calcificadas en ramas distales del tronco celiaco, mesentérica superior, renales, suprarrenales, testiculares, mesentérica inferior y colaterales de iliacas internas, colaterales principales aortoiliacofemorales. Sin trombosis arterial. Evoluciona con glande cianótico y en área alrededor de