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

meato con necrosis. Se realiza penectomía parcial y el reporte histopatológico: gangrena de glande asociada a absceso uretral extendido parcialmente a cuerpos cavernosos, calcificación distrófica de vasos en cuerpos cavernosos, trombosis vascular secundaria. **Discusión:** caracterizada por dolor, isquemia y úlceras necróticas en la piel y confirmado histopatológicamente con calcificación de la capa media, inflamación, fibrosis obliterativa endovascular y microtrombos en vasos de piel y tejidos subcutáneo, datos que presentó este paciente, con rara presentación por el sitio anatómico. Presenta diversos factores de riesgo (hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo secundario, uso de quelantes de fosforo que contengan calcio, calcitriol, diabetes mellitus, obesidad, hipoalbuminemia, acenocumarina, genero femenino y raza caucásica) asociados al padecimiento. El diagnostico es clínico. El manejo conservador con antibioticoterapia y debridamiento, o penectomía parcial a total con derivación urinaria. **Conclusión:** también conocida como arteriopatía urémica calcificante. Condición poco común y devastadora con morbilidad y mortalidad elevada por lo que su consideración en pacientes con factores de riesgo conocidos (terapia de remplazo renal) debe haber un esfuerzo terapéutico para la prevención y diagnóstico oportuno.

0098 Hipoalbuminemia como factor de riesgo de peritonitis en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Jimenez X, Liceaga G, Escobedo J
Hospital General Regional 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS

Introducción: la peritonitis es la complicación más importante y frecuente en la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). En México la peritonitis asociada con diálisis peritoneal continua ambulatoria es un problema de salud importante que impacta en la calidad de vida, supervivencia y estado nutricional del paciente. **Objetivos:** evaluar la Incidencia de Peritonitis en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en DPCA y su Asociación con Hipoalbuminemia, Dislipidemia, Características Sociodemográficas y enfermedad causante de enfermedad renal. **Material y métodos:** en el servicio de nefrología del Hospital General Regional No. 1 del IMSS de la Ciudad de México, se siguieron a los pacientes que en el periodo 2012-2014 hubieron ingresado al programa de DPCA. Se diagnosticó peritonitis en aquellos pacientes que presentaron dolor abdominal, fluido turbio con mas de 100 células/mm3 con mas de 50% de neutrófilos y síntomas de inflamación peritoneal, y presencia de organismos en la tinción de Gram o en cultivo de líquido efluente de diálisis peritoneal. Al momento del inicio de la diálisis se midieron los valores en sangre de Colesterol, Triglicéridos, Albúmina, Índice de Masa Corporal y características sociodemográficas. Se midió la Incidencia Acumulada de Peritonitis y se Estimó la Fuerza de Asociación de los factores de riesgo estudiados a través de la razón de momios (RM) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), con el fin de evaluar la participación independiente de los factores de riesgo se utilizó un modelo multivariado derivado de una regresión logística. Con una curva ROC se evaluaron los puntos de corte pronósticos de la albúmina para el diagnóstico de peritonitis. **Resultados:** se estudiaron 90 pacientes, de los cuales 47 tuvieron al menos un episodio de peritonitis (52.2%). En la curva ROC, la albúmina menor de 3 g tuvo una sensibilidad de 79% y una especificidad de 78%. En el análisis multivariado, al controlar por Edad y Sexo, Hipoalbuminemia (RM 9.6; IC95% 3.1 – 29.6) y los valores de Triglicéridos >150 mg (RM 7.6; IC95% 2.4 – 24.1) mostraron la mayor asociación con la peritonitis. **Discusión:** la incidencia de peritonitis es elevada y la desnutrición, expresada por hipoalbuminemia, es el principal factor de riesgo, ya que son necesarias para el

adecuado funcionamiento del sistema inmunitario.

0133 Determinación de la sensibilidad antimicrobiana de los agentes causales más frecuentes en pacientes con diagnóstico de peritonitis asociada a diálisis del Hospital Central Norte de Pemex, marzo 2013- marzo 2015

Matamoros A, Terán D, Reyes A, Castro L, Urtiz C, Rodríguez M, Corral M, López R, Sánchez E, Ramírez R
Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: en México, la enfermedad renal crónica es un problema de salud pública, la mayoría de los casos son secundarios a diabetes mellitus e hipertensión arterial. No se cuenta con un registro nacional de diálisis, sin embargo, aproximadamente del 70 al 80% de la población renal terminal son tratados con diálisis peritoneal (DP) y del 20 al 30% con hemodiálisis. La peritonitis es la complicación más frecuente de la DP, su importancia radica en que contribuye al fracaso de la técnica, a la hospitalización e incluso a la muerte. Es importante el inicio de la terapia empírica adecuada dentro de las primeras 6 horas del diagnóstico, para reducir la morbimortalidad asociada a esta patología, así como la toma adecuada del cultivo de líquido de diálisis para establecer el microorganismo responsable de la infección y ajustar de ser necesario un tratamiento específico. **Objetivo:** identificar la sensibilidad antimicrobiana de los agentes causales más frecuentes en la peritonitis asociada a diálisis del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. (PEMEX) **Material y métodos:** se revisaron expedientes médicos de pacientes con peritonitis asociada a diálisis y con desarrollo del cultivo, adscritos al programa de DP en el Hospital Central Norte de PEMEX durante el periodo de marzo 2013 a marzo 2015, obteniendo datos generales demográficos, comorbilidades, antibiograma de cada paciente, así como el tratamiento utilizado. **Resultados:** De 103 pacientes predominó la edad de 66 años o más, con comorbilidades asociadas hasta 75% con diabetes mellitus y 97% con hipertensión arterial. El principal patógeno fue Staphylococcus epidermidis, que mostró una alta resistencia a diferentes grupos antimicrobianos, limitando las opciones terapéuticas. La mayoría de estos casos se reportó con peritonitis previa, así como fracaso terapéutico. **Conclusiones:** para llevar un adecuado programa de diálisis se requiere un estudio integral de los pacientes inscritos a él, desde los aspectos relacionados con las características del área de tratamiento. Este estudio demostró como principales agentes causales de peritonitis asociada a DP a los microorganismos gram positivos, sin embargo se obtuvo un porcentaje elevado de fauna polimicrobiana. El principal patógeno desarrollado mostró alta resistencia a antimicrobianos y por lo tanto a la terapia empírica utilizada en esta unidad hospitalaria.

0135 Factores riesgo relacionados con mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica y hemodiálisis intervencionista

Ibarra H,[1] Rodríguez C,[2] Segura V,[3] Hernández I,[1] Martínez J,[1] Sánchez C,[1] Cruz J,[1] Villarreal M,[1] Galarza D[1]
[1] Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UNAL
[2] Hospital Christus Muguerza
[3] Hospital Regional de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana, ISSSTE

Introducción: el riesgo de muerte en pacientes con ERC Avanzada es alto. Objetivo del estudio. **Objetivo:** determinar los factores asociados a mortalidad en los pacientes con ERCA. **Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, se estudiaron durante 90 días a pacientes con ERCA ingresados a Urgencias Adultos, con indicación de Hemodiálisis Intervencionista (HI), periodo de 1 de julio y el 31 de noviembre de 2014. Se realizó análisis estadístico con programa SPSS. **Resultados:** se incluyeron 41 pacientes, edad 51 años (17 - 76 años), hombres 23 (56.1%). La Valoración por nefrólogo registrada 9 (22%).

Los paraclínicos: Albumina, 2.88 ± 0.57 g/dl, Fosfato, 9.48 ± 2.90 mg/dl, Hemoglobina 7.22 ± 1.42 g/dl. Del total de pacientes 15 (36.6%) habían fallecido a los 90 días; Los niveles de albumina fue menor en los fallecidos (2.79 vs 2.93 y el nivel de Hb fue mayor en los fallecidos (7.5 vs 7.0). La sobrevida a 30, 60 y 90 días fue de 92.7 %, 85.4 % y 63.4 %, respectivamente.

0136 L-Carnitina como profilaxis primaria en la hipotensión arterial intradialítica (HAID) en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa 5

Ibarra H,[1] Segura V,[1] Gallegos D,[1] Briones S,[1] Sánchez C,[2] Cruz J,[1] Galarza D[1]

[1] Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

[2] Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: la HIAD es una complicación muy frecuente en el tratamiento de pacientes con ERC 5, su incidencia varia de un 15 - 30 %, dependiendo de la serie estudiada. En el 2002, los Paneles de expertos de la Asociación Americana de Pacientes Renales y de la National Kidney Foundation (NKF) han recomendado Levo Carnitina (LC) intravenosa para el tratamiento de la anemia resistente a eritropoyetina, hipotensión Intradialítica, cardiomiopatía y debilidad muscular. **Objetivo:** demostrar la efectividad de la LC, en la prevención de la HAID, en pacientes con ERC V. **Material y métodos:** se propone un Estudio Unicéntrico, Prospectivo, Aleatorizado, Doble Ciego, Controlado con Placebo, en el que se incluirán 32 Pacientes con ERC V en Hemodiálisis; los cuales se dividirán en 4 grupos, 8 pacientes en cada uno, a los cuales se administrara L-Carnitina o Placebo 30 y 0 minutos previos al inicio de la sesión, durante un periodo comprendido de 12 semanas. **Resultados:** se incluyeron 32 pacientes. Se han obtenido los siguientes resultados, como edad promedio 42.65, 35.38, 41.88 y 48.50 años, respectivamente para los grupos C30, C0, P30 y P0; en cuanto al sexo femeninos se incluyeron a 4, 4, 4 y 5 pacientes, respectivamente. Los resultados de laboratorio son 8.5, 8.65, 8.18 y 8.62 mg/dl, para cada grupo respectivamente sin significancia estadística. Hemoglobina obtenida promedio 8.39, 8.35, 9.69 y 8.22 mg/dl, respectivamente; plaquetas promedio 248, 236, 249 y 232, respectivamente; Albumina promedio 3.12, 3.57, 3.32 y 2.71 g/dl, respectivamente; Colesterol total promedio 118, 139, 147 y 134 mg/ dl, respectivamente. La incidencia de HAID en los pacientes evaluados encontrada fue de 34.32 % en el total de la población estudiada; la encontrada por grupos es de 12.5 %, 37.8 %, 62 % y 25 % (p 0.183) respectivamente para los grupos C30, C0, P30 y P0, sin representar significancia estadística. La Presión Arterial Media (PAM) es observada es de 89.5052 (± 9.13434) mmHg, 87.1823 (± 9.32126) mmHg, 83.3854 (± 4.26490) mmHg y 87.1927 (± 5.87759) mmHg, (p 0.443), para los grupos C30, C0, P30 y P0, respectivamente. **Conclusiones:** en el presente Ensayo clínico no se ha demostrado la utilidad de la carnitina como profilaxis primaria de la HAID en pacientes con ERC5.

0146 Mortalidad de pacientes incluidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria mayores de 60 años en el Hospital General de la Raza

Romero L

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: la insuficiencia renal crónica y la diálisis peritoneal en pacientes viejos se incrementa, datos a nivel mundial en esta población son limitados. **Objetivo:** analizar los datos de mortalidad y causas de muerte de pacientes mayores de 60 años de edad incluidos a un programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. **Material y métodos:** este estudio se llevo a cabo en el servicio de Medicina Interna adultos del Hospital General "Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional la Raza. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y retrolectivo: usando la base de datos de pa-

cientes ingresados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria adultos entre enero de 2009 y diciembre del 2013, se analizaron de manera retrospectiva los expedientes. Se obtuvieron datos de muerte por cualquier causa, al obtenerse una tasa general de mortalidad se ajusto de acuerdo al valor esperado para este grupo de edad según datos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **Resultados:** se incluyeron 129 pacientes, 63 mujeres y 66 hombres con un promedio de edad 68.80 (62.3- 75.3). Se encontró una tasa de mortalidad general de 20.9 % (P/AER) y una relación de mortalidad estandarizada de 0.41 (0.27- 0.65; IC 95% p= .001) Siendo las 5 principales causas de muerte: neumonía 30. 43%, peritonitis 21.73%, infección de tejidos blandos 13.04%, falla cardiaca 8.6%, infarto cerebral 8.6%. **Conclusiones:** en tasa bruta la mortalidad del grupo de pacientes en diálisis es menor a la esperada para el grupo de edad, el ajuste de tasas así mismo no sugiere mayor mortalidad a la descrita para la población general. Las causas de muerte son primordialmente infecciosas en comparación con las descritas de manera mundial.

0147 Comparación de eventos de peritonitis en mayores de 65 años frente a paciente jóvenes incluidos al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General de la Raza

Romero L
Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Objetivo: comparar los eventos de peritonitis en mayores de 65 años contra pacientes jóvenes (30- 64 años), determinar si la edad es factor de riesgo para nuevos cuadros de peritonitis. El objetivo secundario del trabajo es demostrar la diferencia de mortalidad por cualquier causa en ambos grupos. **Material y métodos:** usando la base de datos electrónica de pacientes ingresados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria adultos entre enero de 2012 y diciembre del mismo año, a 18 meses de iniciado el programa, se analizaron de manera retrospectiva los expedientes categorizando a los pacientes en dos grupos 30- 64 años y mayores de 65 años. Se obtuvieron datos de eventos de peritonitis, hospitalizaciones y muerte por cualquier causa. Los datos se analizaron para variables numéricas promedio ± DS, percentiles y prueba estadística χ^2 para variables nominales. **Resultados:** se incluyeron 28 pacientes, 16 (57 %) al grupo 30-64 años y 12 (43%) mayores de 65 años. La media de edad para el primer grupo fue de 58 años (51.48 - 64.2) y de 72 (67.32 -76.7) para el grupo dos. Comparado con pacientes jóvenes (<65 años), los pacientes viejos (> 65 años) demostraron mayores eventos de peritonitis (HR 3.0; IC 95%: 1.2-7.4; p= 0.02). La mortalidad no fue significativamente diferente en ambos grupos (HR 1.4; IC 95%: 0.94- 2.139, p=0.133). **Conclusiones:** los pacientes viejos tienen mayor número de eventos de peritonitis, los factores asociados a esto no parecen claros en este estudio, se propone esto debido a cambios propios del envejecimiento así como mayor prevalencia de comorbilidades. Sin embargo, comparados con los pacientes jóvenes la edad no parece ser un factor que afecte la mortalidad, sugiriendo que la diálisis peritoneal continua ambulatoria es un modo de terapia sustitutiva de la función renal viable para este grupo de edad.

0159 Uso de fosfatasa alcalina como marcador alterno a la hormona paratiroidea para el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en enfermedad renal crónica

Roman A
Hospital General Ticoman, SSA

Introducción: la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes desde hace dos décadas. Estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tenga un impacto en la salud. El trastorno mineral y óseo (MBD) es una

manifestación común de la ERC y contribuye al alto riesgo de padecimientos cardiovasculares en estos pacientes. El diagnóstico definitivo se basa en histológica (histomorfométrica) análisis de material de biopsia ósea con el apoyo de los cambios radiológicos y los cambios en los niveles de los marcadores de laboratorio subrogadas. De estos diversos marcadores, hormona paratiroidea (PTH) se ha considerado para ser el más sensible y actualmente es el utilizado con mayor frecuencia. **Objetivo:** Evaluar si la determinación de fosfatasa alcalina puede funcionar como marcador paralelo a la PTH en el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en la ERC. **Objetivo:** evaluar la fosfatasa alcalina como marcador paralelo a la hormona paratiroidea en el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en la enfermedad renal crónica. **Material y métodos:** estudio transversal analítico y de correlación. Se revisaron expedientes clínicos del servicio de medicina interna de hospitales de la secretaria de salud del DF, con diagnóstico de ERC TSFR, se tomarán en cuenta los siguientes parámetros del laboratorio: Glucosa, Cr, BUN, Urea, Hb, PTH, FA, CA, P y se determinará el producto Ca/P. Análisis Estadístico: Se realizó la correlación entre el valor sérico de PTH y FA en donde se aplicó regresión lineal y se comprobó mediante correlación de Pearson para ambas. **Resultados:** el promedio de PTH y FA fueron 1599 y 621 respectivamente, encontrándose que la correlación entre PTH y FA es estadísticamente significativa (con un índice de correlación de .27 y una P menor a .001), además se observa que por cada unidad de PTH la Fosfatasa Alcalina aumenta .56 Unidades. **Conclusiones:** la determinación de la Fosfatasa Alcalina se puede utilizar como alternativa en el diagnóstico de Hiperparatiroidismo secundario en pacientes con ERC en diálisis peritoneal, ya que es un recurso asequible para los pacientes.

0177 Efectividad de la espironolactona en el tratamiento de la microalbuminuria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

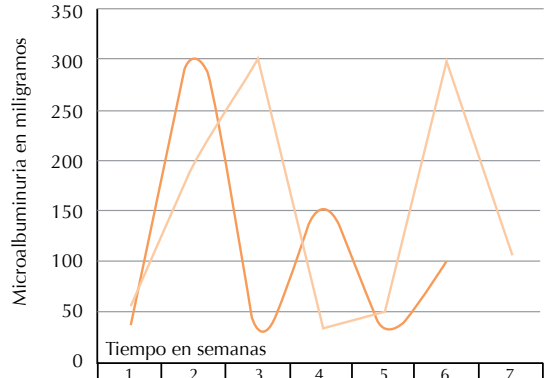
García M, Gutiérrez J
Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE

Antecedentes: la identificación de factores de riesgo permite la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases tempranas. En la población con alto riesgo para ERC es importante la detección y modificación de todos los factores de riesgo cuando sea posible **Objetivo:** evaluar la eficacia de la espironolactona en combinación con el tratamiento estándar (inhibidores de la ECA ó ARA II) en pacientes con microalbuminuria y Diabetes Mellitus tipo 2. **Material y métodos:** es un ensayo clínico, controlado, simple ciego. Se determinaron 2 grupos de observación: Grupo 1, con criterios previamente seleccionados bajo tratamiento con IECA /ARA II como antiproteinúrico y el grupo 2 a quienes se adicionó al esquema IECA /ARA II, 25 mg de espironolactona como medida de nefroprotección (Figura). **Conclusiones:** existe una tendencia de reducción de la microalbuminuria con la adición de espironolactona como medida de nefroprotección en comparación al grupo control, además de resaltar la eficacia que también mostró en el control de la presión arterial, condición clave en la preservación de la función renal en pacientes con factores de riesgo no modificable para el desarrollo de nefropatía

0200 Hipomagnesemia grave secundaria a necrosis tubular aguda

Rincon C, Noyola M, Aleman R, Esparragoza C, Almeyda Z
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: la hipomagnesemia secundaria a la necrosis tubular aguda es muy infrecuente y se ha asociado más a toxicidad farmacológica. **Descripción del caso 1:** mujer de 76 años con hipertensión arterial y depresión. Usaba hidroclorotiazida y paroxetina. Hospitalizada por pancreatitis aguda de origen



	1	2	3	4	5	6	7
Grupo IECA/ARA II y espironolactona	30	300	30	150	30	100	
Grupo control IECA /ARRAII	50	200	300	30	150	300	100

Figura 1. El grupo de estudio bajo el esquema nefroprotector con espironolacta (línea curva), presenta un descenso en los niveles de microalbuminuría dicho efecto se presenta a partir de la segunda semana tras implementar el tratamiento médico; dicho dicho efecto parecer mantenerse a través del tiempo en comparación con el grupo control (línea recta), donde el descenso de la microalbuminuria se da a partir de la tercera semana de tratamiento estándar (inhibidores de la ECA ó ARAII) y pareciera no tener un efecto sostenido, lo que implica que probablemente el efecto nefroprotector se pierda con el paso del tiempo o se reduzca la eficacia del mismo.

biliar. Tuvo lesión renal aguda, al inicio del cuadro clínico con creatinina 4,5 mg/dl, y electrolitos séricos normales, a los 8 días había mejorado del cuadro abdominal y se encontró con creatinina 0,94 mg/dl, urea 16mg/dl, sodio 146meq/l, potasio 2,3meq/l, cloro 103meq/l, calcio 5,2mg/dl, fósforo 2,0mg/dl, magnesio 0,6mg/dl, densidad urinaria 1,015, FENa 2,74%, sodio urinario (UNa) 120meq/l, FEMg 15,9%. Clínicamente con nistagmo y signos Trousseau y Chvostek positivos, no se documentaron alteraciones electrocardiográficas. Corregidos los electrolitos, la paciente requirió suplementación oral con sulfato de magnesio a razón de 1g cada 8 horas y en el seguimiento a 4 semanas el magnesio sérico fue de 2,1mg/dl. **Descripción del caso 2:** mujer de 64 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipotiroidismo y cardiopatía isquémica crónica. Usaba insulina glargina, metoprolol, enalapril, espironolactona, clopidogrel, atorvastatina y levotiroxina. Se hospitalizó por síncope, una semana previa había presentado vómito y diarrea. Se documentó ritmo nodal y requirió colocación de marcapasos temporal. Sus laboratorios iniciales fueron: creatinina 2mg/dl, urea 106mg/dl, sodio 148meq/l, potasio 6,2meq/l. Resolvió la lesión renal aguda y requirió tratamiento por neumonía nosocomial. A los 10 días se halló con creatinina 0,3mg/dl, urea 16mg/dl, albúmina 1,7g/dl, sodio 134meq/l, potasio 4,0meq/l, cloro 96meq/l, calcio 5,2mg/dl, fósforo 2,1mg/dl, magnesio 0,9mg/dl, densidad urinaria 1,005, FENa 0,71%, UNa 109meq/l, FEMg 26,8%. Sólo presentó fasciculaciones musculares como manifestación y extrasístoles ventriculares polimórficas. Corregido el déficit hidroelectrolítico, la paciente requirió suplemento vía oral con 24 gramos diarios de sulfato de magnesio. A las 8 semanas de seguimiento con la misma dosis su nivel de magnesio fue tan sólo de 1,4mg/dl. **Discusión y Conclusiones:** a diferencia de los casos reportados en la literatura médica, el cuadro de las pacientes no se asoció a toxicidad farmacológica y a 8 semanas de seguimiento la hipomagnesemia persiste.

0217 Epidemiología y pronóstico del daño renal agudo adquirido en la comunidad *vs* daño Renal Agudo Hospitalario

Dehesa E, Rodríguez M, Meza C, Hernández D, Salas R, Peña H, Tamayo B, Kawano C, Irizar S
Departamento de Nefrología y Medicina Interna, Hospital Civil de Culiacan, SSA

Introducción: las diferencias epidemiológicas y pronosticas entre el daño renal agudo adqui-

rido en la comunidad (DRA-C) vs el daño renal agudo hospitalario (DRA-H) han sido poco estudiadas en nuestro país. **Objetivo:** comparar las características epidemiológicas y pronóstico de los pacientes con DRA-C vs DRA-H. **Material y métodos:** estudio de cohorte. Se estudiaron 192 pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna. Se determinó el diagnóstico de DRA al ingreso (DRA-C) o durante su hospitalización (DRA-H) en base a la cifra de creatinina sérica de acuerdo a los criterios de la Acute Kidney Injury Network (AKIN). La etiología, gravedad y evolución del DRA fueron comparadas entre los pacientes con DRA-C vs DRA-H. **Resultados:** La edad promedio fue 57±19 años y 59.4% eran del sexo masculino. La incidencia del DRA-C fue 22.4% (n=43) y de 5.7% (n=11) para el DRA-H, para una incidencia global del 28.1% (n=54). El 51.7% de los episodios de DRA fueron AKIN 1, 12.9% AKIN 2 y 35.4% AKIN 3. La causa renal fue la más frecuente con 55.6%, prerrenal 38.9% y obstructiva 5.6%. El 9.3% de los episodios de DRA requirió de hemodiálisis y 75.9% presentó recuperación de la función renal a su egreso. La estancia hospitalaria (EIH) (9±9 vs 7±6 días; $p < 0.05$) y la mortalidad (18.5 vs 7.2%; p=0.02) fueron mayores en pacientes con DRA vs sin DRA. Los pacientes con DRA-H presentaron EIH más prolongada (15±12 vs 8±8 días; $p < 0.05$) y tendencia estadística a mayor mortalidad (36.4% vs 14%; $p = 0.08$) vs los pacientes con DRA-C. Los factores de riesgo asociados en forma independiente con el desarrollo de DRA en el análisis multivariado fueron: sexo masculino con OR de 2.4 (1.1-5.6; $p = 0.03$), hipertensión arterial con OR de 3.1 (IC95% 1.01-9.7; $p = 0.05$), sepsis con OR de 2.9 (IC95% 1.1-7.4; $p = 0.02$) y el diagnóstico previo de ERC con OR de 5.34 (IC95% 1.4-22.4; $p = 0.01$). **Conclusiones:** el DRA fue frecuente al ingreso y durante la hospitalización en nuestra población. El DRA-C así como el DRA-H tuvieron un efecto negativo en el pronóstico de los pacientes. Los episodios de DRA-H fueron más graves, con mayor EIH y mortalidad (tendencia estadística) en comparación con los pacientes con DRA-C. Nuestro trabajo aporta datos clínicos y epidemiológicos muy importantes sobre el tema en nuestro país, en donde la información sobre el DRA-C y DRA-H es deficiente.

0219 Factores clínicos, dialíticos y de laboratorio asociados a mala calidad de vida en pacientes mexicanos en hemodiálisis

Dehesa E, Meza C, Rodríguez M, Orozco R, Salas R, Hernández D, Peña H, Tamayo B, Kawano C, Irizar S
Hospital Civil de Culiacan, SSA

Introducción: la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) y su tratamiento ejercen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y determinar los factores clínicos, dialíticos y de laboratorio asociados a mala CVRS en pacientes mexicanos con ERCT en hemodiálisis. **Material y métodos:** estudio transversal multicéntrico. Se aplicó la versión mexicana validada del cuestionario KDQOL-SF36v1.3 a pacientes adultos en hemodiálisis crónica de diferentes regiones de México. Se clasificaron de acuerdo a la puntuación global del cuestionario en: pacientes con mala CVRS (debajo de la mediana) (M-CVRS) y pacientes con buena CVRS (arriba de la mediana) (B-CVRS). Mediante correlación lineal y análisis de regresión logística multivariado se estudiaron las variables clínicas, dialíticas y de laboratorio asociadas a M-CVRS. **Resultados:** Se incluyó a 194 pacientes adultos; el 37.6% del Norte, 28.9% del Sur y 33.5 % del Centro del país, edad de 54+16 años y 54.6% hombres. El 47.4% tuvo el diagnóstico de M-CVRS. Las dimensiones más afectadas del componente KDQOL fueron: la calidad de interacción social, cognitiva y trabajo. En el componente SF36 del cuestionario fueron: rol físico, rol emocional y percepción general de salud. Hubo mala correlación lineal entre parámetros clínicos (edad), dialíticos (KtV, tiempo en diálisis) y

bioquímicos (Ca, P, Ca x P, Hb, albumina) con la puntuación de CVRS (rango de correlaciones r = -0.3 a 0.2). Los factores asociados con M-CVRS en el análisis multivariado fueron: el tiempo (meses) en hemodiálisis (OR 1.02; IC95% 1.0-1.04; p=0.02), uso de catéter vs fistula como acceso vascular (OR 3.1; IC95% 1.2-7.4; p=0.01) y albumina sérica < 4 g/dl (OR 4.0; IC95% 1.5-10.4; p < 0.01). **Conclusiones:** Es el primer estudio multicéntrico que demuestra que el diagnóstico de M-CVRS en pacientes con ERCT en hemodiálisis es muy frecuente en nuestro país; siendo las dimensiones más afectadas las de rol físico, rol emocional y función física. Se observó una débil asociación entre factores clínicos, dialíticos y de laboratorio con la CVRS. Los factores asociados con M-CVRS fueron: el tiempo en hemodiálisis, uso de catéter vs fistula como acceso vascular y albumina sérica < 4 g/dl.

0220 Adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del *Kidney Disease Questionnaire KDQOL-SF36* versión 1.3

Dehesa E,[1] Olvera D,[2] González C,[3] Baizabal R,[4] Orozco R,[1] Peña H,[1] Tamayo B,[1] Hernández D,[1] Salas R[1]

[1] Hospital Civil de Culiacan, SSA

[2] Hospital de Ciudad Valles, San Luis Potosí, ISSSTE

[3] Hospital Christus Murgueza, Puebla, UPAEP

[4] Hospital de Xalapa, Veracruz, ISSSTE

Objetivo: traducir el cuestionario KDQOL-SF36 v1.3 del ingles al idioma español; adaptarlo culturalmente y validarlo en la población mexicana. **Material y métodos:** el procedimiento de traducción,adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del KDQOL-SF36 se realizó según recomendaciones de RAND Health.La validez fue evaluada mediante el α de Cronbach entre ítem-total, ítem-dimensión y dimensión-total.La confiabilidad test-retest fue evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase intra-observador e interobservador. **Resultados:** se aplicaron cuestionarios a 194 pacientes adultos en hemodiálisis. El 37.6% del Norte, el 28.9% del Sur y 33.5 % del Centro del país.La versión Mexicana demostró ser valida y confiable, como se muestra en la (Cuadro 1). **Conclusiones:** primer estudio de adaptación transcultural y validación en población Mexicana.Las propiedades psicométricas son validas y confiables, con resultados psicométricos similares a la versión original en inglés.

Cuadro 1. Valoración de confiabilidad (coeficiente de correlación intraclase inter e intraobservador) y validez de constructo (α de Cronbach) de la versión mexicana del KDQOL-SF36

Variables	CCI (n=18) interobservador	CCI (n=18) intraobservador	α de Cronbach (n=194)
Componente KDQOL			
Síntomas ERC	0.882	0.878	0.818
Efecto de ERC	0.793	0.926	0.736
Carga de la ERC	0.850	0.886	0.736
Trabajo	0.853	0.895	0.445
Conginitivo	0.733	0.845	0.669
Calidad de la interacción social	0.781	0.731	0.479
Función sexual	0.930	0.853	0.886
Sueño	0.719	0.916	0.636
Apoyo social	0.849	0.600	0.846
Apoyo del equipo de diálisis	0.641	0.693	0.811
Satisfacción con cuidados de diálisis	0.687	0.900	NA
Componente SF36			
Función física	0.888	0.892	0.937
Rol físico	0.964	0.975	0.884
Dolor	0.742	0.930	0.812
Percepción de salud general	0.502	0.628	0.638
Bienestar emocional	0.865	0.937	0.821
Rol emocional	0.761	0.631	0.701
Función social	0.715	0.865	0.609
Vitalidad	0.798	0.932	0.762

0239 Síndrome hemolítico-urémico asociado a evento previo de pancreatitis aguda: reporte de un caso

Ortiz M
SSA, Hospital General de Cuernavaca Dr José G. Parres

Introducción: El Síndrome hemolítico-urémico (SHU) es una entidad clínica definida por la triada: anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, en la que las lesiones subyacentes están mediadas por un proceso de microangiopatía trombótica; tiene diversas etiologías y características clínicas, sin embargo la presentación de síndrome hemolítico urémico/púrpura trombocitopénica trombótica desencadenado por un evento de pancreatitis aguda es rara. Informe de caso Paciente masculino de 36 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 1 año de diagnóstico y dislipidemia, quien ingresa a Urgencias por presentar dolor epigástrico de inicio agudo, acompañado de náusea y emesis. A su ingreso con hemoglobina 15.8 y plaquetas 120 mil. Se observa hiperamilasemia (sin reactivo en unidad para lipasa) y se documenta pancreatitis aguda Balthazar B por tomografía. A las 72 horas de su ingreso los síntomas se encuentran en resolución y la amilasa en descenso, sin embargo se documenta anemia y trombocitopenia de instauración aguda y, 48 horas posterior a dicho hallazgo, se agrega elevación de azoados con tasa de filtración glomerular de 17mL/min con deterioro paulatino hasta requerir tratamiento sustitutivo de la función renal a los 14 días de su ingreso hospitalario. Posterior a la resolución del evento de pancreatitis aguda se realiza determinación de anticuerpos antinucleares, antimembrana basal glomerular y anticitoplasma de neutrófilos con reporte negativo. Se realiza biopsia renal con reporte de microangiopatía trombótica por lo que se realiza plasmaféresis (plaquetas 104 mil), sin recuperación de la función renal. **Discusión:** La patogenia del SHU en muchos pacientes puede involucrar la deficiencia en ADAMTS13 o alteración en la regulación del complemento, sin embargo los eventos que desencadenan los episodios agudos de SHU son poco comprendidos. La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria local que puede provocar una respuesta inflamatoria sistémica. Hay evidencia de que la disfunción endotelial es una de las manifestaciones críticas de las formas severas y existen reportes de SHU posteriores a eventos de pancreatitis aguda sin alteraciones en ADAMTS13, lo cual sugiere que el estado inflamatorio del páncreas puede ser desencadenante de dichos eventos por factores fisiopatológicos diferentes y poco comprendidos.

0388 Experiencia en terapia sustitutiva renal continua Prismaflex® en un centro privado de tercer nivel de atención: indicaciones y desenlaces clínicos con base a función renal

Cid L, Herrera J, Zúñiga J, Sánchez A
Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC.

Introducción: Existe poca información el uso de terapia de reemplazo renal continua (TRRC), se desconocen factores asociados mortalidad. **Objetivo:** Describir características al ingreso, indicaciones de TRRC, evolución, complicaciones y mortalidad de pacientes sometidos a TRRC. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con LRA sometidos a TCRR durante abril de 2013 a abril de 2014, se evaluaron variables clínicas, de laboratorio, tasa de filtrado glomerular (TFG) por CKD-EPI, estadio de AKIN, tratamiento, APACHE II al ingreso, se describe evolución y desenlaces con base en función renal. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes con edad de 71 ± 11 años, mediana de estancia intrahospitalaria de 22 (RIQ8-35) días, LRA AKIN 1, 2, 3 en el 3.7, 51.9 y 33% respectivamente; TFG 40 ± 39 ml/min al ingreso; APACHE II mediana 23 (RIQ 12 – 29 uso de diuréticos previo a TRRC en 57%, IRC previa con requerimiento de HD en 25%; indicaciones principales: inestabilidad hemodinámica 100%, disminución de

volúmenes urinarios en 89%, acidosis metabólica 64%, sobrecarga de volumen 46%, elevación de BUN 10.7%, hiperpotasemia 8.8%; causas de LRA: multifactorial 77%, sepsis 64.4%, isquemia 32%, tóxica 35.7%, cardiogénica 28.6%, otras 17%; intervalos de tiempo: ingreso UTI - inicio de aminas mediana 16 (RIQ 10 – 143) hr, UTI – inicio TRRC mediana de 96 (RIQ 68 – 255) hr, inicio de aminas – inicio TRRC mediana 35 (RIQ 10-153) hr; tiempo total de TRRC mediana 105 (RIQ 68-255) hr, tiempo por filtro con media de 29 ± 16.5 hr/filtro; ingresos obligados por hora con media de 171 ± 95 ml/hr; modalidades: CVVHDF, CVVDF y CVVHD en 88, 7 y 7%, respectivamente; anticoagulación con heparina en 14.5%, reinyección post filtro y pre filtro en 20.6 y 77%, respectivamente; dosis efectiva de diálisis con media de 35 ± 7.3 ml /hr; supervivencia tras retiro de TRRC de 29%, recuperación de la función renal en 37% de supervivientes, mortalidad global de 64.3%. No se identificaron complicaciones atribuibles a la TRRC. El análisis multivariado no reveló factores asociados a mortalidad. **Conclusiones:** Reportamos la experiencia del CMABC en el uso de TRRC, se trata de pacientes graves con alta mortalidad, entre los supervivientes casi la tercera parte recuperó función renal tras retiro de TRCC, no se encontraron factores independientes asociados a mortalidad.

0567 Síndrome de Sagliker, expresión catastrófica de hiperparatiroidismo secundario

Reyes J, Legorreta J, Vallejo L, Calzada P, Acosta N
Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Femenino de 31 años de edad, con diagnostico de enfermedad renal crónica secundario a estado hipertensivo del embarazo preeclampsia, en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal por 13 años, perdida de cavidad por proceso infeccioso peritoneal, cambio de modalidad a hemodialisis, con mal control de enfermedad osea mineral, refractaria a tratamiento con analogos de vitamina D, y activadores selectivos de vitamina D (paricalcitol) se documentan tumores pardos en parrilla costal y tumoración en maxilar, determinación de hormona paratiroidea intacta con reporte de 2500pg/ml, gamagrama paratiroideo 99m Tc-MIBI adenoma paratoriodeo inferior izquierdo.

TAC de tórax con múltiples tumores pardos en parrilla costal y ECOTT con aortoesclerosis de valvula aortica y FEVI 71%. fue necesaria la resección paratiroidea con secuela síndrome de hueso hambriento, con necesidad de suplementacion de calcio y vitamina D (calcitriol).

0633 Úlceras necróticas cutaneas en un paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERC): una presentación poco común de arteriolopatía urémica calcificante

Bueno J0, Bueno G0, Peña J0, Rosas O1
Privado, Hospital Ángeles Mocel; 1IMSS.

Antecedentes: La arteriolopatía urémica calcificante, enfermedad rara que ha desafiado a la comunidad médica. Se observa en pacientes con ERC en hemodialisis, pero no se limita a estos pacientes. Es caracterizada por trombosis, fibrosis y calcificaciones arteriolares de pequeño y mediano calibre, afectando la dermis y tejido celular subcutáneo, es posible en algunos casos observar calcificaciónes extravasculares. **Caso clínico:** Presentamos una paciente mujer de 73 años de edad con diagnóstico de ERC terminal en hemodiálisis quien presenta úlceras y lesiones necróticas en mano derecha de un mes de evolución, además de datos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y dolor urente en esa región, cumpliendo en

su internamiento con los criterios clínicos, bioquímicos y de imagen de este padecimiento. **Resultados:** En los estudios con hemoglobina 9.3 g/dl, hematocrito 28.3%, VCM 102fl, HCM 33.6pg, leucocitos 8,000uL, neutrófilos 6,240uL y linfocitos 1,360, producto Ca-P 65.18 y PTH de 600 pg/ml. Cultivo de secreción con Proteus vulgaris y Enteroccoccus faecium en cultivo. Se realiza angiotomografía de antebrazo derecho reportando arteria humeral tortuosa en su tercio distal sin alteraciones a nivel de la bifurcación, placas de ateroma calcificadas a nivel radio-carpiano. Arteria cubital se aprecia amputada a nivel del tercio proximal sin que se observe recanalización en proyecciones tardías. **Conclusión:** La paciente presentaba como factores tener ERC en hemodiálisis, DM2, Hiperparatiroidismo; además de infección de tejidos blandos condicionando SIRS Y sepsis. En algunos pacientes no es imprescindible realizar la biopsia de piel ya que el riesgo de presentar extensión de la infección y bacteriemia era alto. Los factores de riesgo son la ERC en hemodiálisis en 80%, ser mujer en 68%, edad media de presentación 59 años. El diagnóstico es mediante, clínica, estudios de imagen y/o biopsia. Se recomienda biopsia de piel, si no existen contraindicaciones. Factores que afectan negativamente el pronóstico son la presencia de enfermedad avanzada, así como la presencia de lesiones isquémicas y necróticas proximales en la piel y tejidos blandos como es el caso de nuestra paciente. La isquemia digital tiene mejor pronóstico que la necrosis de la piel. La infección es la principal causa de mortalidad asociada a esta enfermedad, hasta un 58% de los casos reportados.

0714 Sjögren primario con glomerulonefritis membranoproliferativa y falla cardiaca aguda como manifestaciones extraglandulares

Sanchez B0, Villaseñor J0, Soto V1, Garcia F0
0 SSA, Hospital General de León, 1 SSA, Hospital General de México.

El síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía, solo el 10% presenta afección extraglandular. **Objetivo:** Describir el caso de una paciente con diagnóstico previo de Síndrome de Sjögren que desarrolló miocarditis y glomerulonefritis crioglobulinémica con buena respuesta a tratamiento inmunosupresor. **Informe del caso:** Femenino de 44 años de edad con edema progresivo de miembros inferiores, ortopnea, pletora yugular grado II, soplo holosistólico (mitral y tricúspideo). Estudio analitico: Hb:5.4gr/dl, Creatinina: 1.9mg/dL. Abundante acantocitos y cilindros hemáticos, ANA: positivo, Anti RO y Anti La positivos. C3 y C4 disminuidos. Se realiza ecocardiografía con disfunción global con FEVI 28%. **Conclusión:** En base al síndrome seco, positividad para ANA, con especificidad para anti Ro y anti La, al tipo de afección cutánea y renal (glomerulonefritis con patrón membranoproliferativo) se concluyó diagnóstico de Sjögren con manifestaciones extraglandulares, con evolución favorable.

0717 Bloqueo auriculoventricular completo como primera manifestación de acidosis tubular renal tipo IV

Rodríguez F, Galarza D, Guerrero E
Universitario José Eleuterio González

La ATR (acidosis tubular renal) tipo 4 es un trastorno común en pacientes con enfermedad renal crónica con TFG (tasa de filtrado glomerular) relativamente preservada por nefropatía diabética o nefritis tubulointersticial, sin embargo la hiperkalemia severa (>6 mEq/L) solo se más frecuente en aquéllos que consumen IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) y ARA II (Antagonistas del receptor de angiotensina II). Se describe el caso de una paciente de 62 años con Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial (tratada con ARAII) e insuficiencia renal cónica etapa 3b con una presentación atípica de ATR tipo 4. Acudió a urgencias con síntomas de bajo gasto cardiaco; debilidad generaliza-

da, hipotensión y bradicardia por un ritmo nodal asociado a una hiperkalemia severa (9.5 mEq/L). Su gasometría venosa reveló una acidosis metabólica anion gap normal. El anion gap urinario con un valor positivo y gradiente transtubular de potasio bajo. Sin alteraciones en el cortisol sérico matutino. Electrocardiograma con ausencias de ondas P y frecuencia cardiaca de 38 latidos por minuto. Fue tratada inicialmente con medidas hipokalemicas y aminas vasoactivas con buena respuesta sin embargo el retorno a la normokalemia y a un ritmo sinusal (que permitió el destete de las aminas vasoactivas) se presentó hasta la resitución hormonal con fludrocortisona ante el defecto mineralocorticoide evidente.

0743 Asociación entre la calcificación corneal y conjuntival evaluado por el Score de Porter y Crombie, con las escalas de mortalidad aceptadas para insuficiencia renal crónica

Ortega B, Zapata R, Rivera E, Rivera L, Sierra M
SSA, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) aumenta la mortalidad 20 veces comparado con la población general. La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye el factor de riesgo más importante de muerte. La calcificación vascular secundaria a enfermedad ósea metabólica por IRC, es el marcador más importante para riesgo de eventos cardiacos y se ha relacionado directamente con incremento de mortalidad. Otras calcificaciones como la de córnea y conjuntiva comparten la misma fisiopatología que la calcificación vascular, pero actualmente se desconoce su relación con la mortalidad en este tipo de pacientes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la calcificación corneal y conjuntival evaluado por el Score de Porter y Crombie (PyC), con las escalas de mortalidad aceptadas para Insuficiencia Renal Crónica. MÉTODOS: Estudio analítico, transversal, prolectivo de 30 pacientes con diagnóstico de IRC en el servicio de Medicina Interna reclutados de Febrero a Julio del 2015. Criterios de inclusión: Edad 18-75 años. Sexo indistinto. IRC en Hemodiálisis (HD). Se determinó la asociación entre grado de score PyC con calcificación aórtica y Scores de Mortalidad. **Resultados:** Se estudió 30 sujetos (16 mujeres, 14 hombres) con una edad promedio de 51,2 años en mujeres, y 40 años en hombres. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos excepto en la talla. La media del tiempo de HD fue de 7,1 meses en mujeres y 8,6 meses en hombres. No hubo diferencias entre los grados del score PyC y los puntajes de las diferentes escalas de mortalidad usadas. No hubo diferencias respecto a las escalas de mortalidad cardiovascular y el score de falla orgánica. Los grados de calcificación de córnea no correlaciona con las escalas de mortalidad. **Discusión:** La calcificación corneal y conjuntival es la calcificación metástasica más común en pacientes con Insuficiencia Renal crónica y comparte factores de riesgo y sucede al mismo tiempo que la calcificación vascular. El grado de calcificación vascular se asoció al grado de calcificación corneal, pero diferencia del primero, el cual es un factor predictor de mortalidad en pacientes en hemodiálisis, el score de Porter y Crombie, no guarda relación con las escalas de mortalidad en el paciente renal ni con el riesgo cardiovascular.

0786 Síndrome de Fanconi (SF) y acidosis tubular renal distal (ATR1) dos defectos tubulares adquiridos coexistiendo en una paciente con lupus eritematoso sistemico (LES)

Albarracin J, Rios M, Alberti P, Flores G, Galvan M, Mejia N, Lugo J
IMSS, UMAE Centro Medico Nacional Siglo XXI, HE Dr. Bernardo Sepulveda

Introducción: las tubulopatias son patologías multicausales poco descritas en adultos y asociadas a fármacos, infecciones, autoinmunidad o patologías sistémicas que pueden coexistir causando tubulopatias complejas. **Caso clínico:** mujer de 31 años con LES y diarrea

crónica, acude por debilidad, disestesias y espamo carpopedal; se diagnostica enteropatía por lupus con desnutrición y deficiencia de vitamina D condicionando hipocalcemia e hipomagnesemia, por presentar hiperpotasuria, acidosis metabólica hipercloremica AG normal, y orina alcalina con AG positivo se diagnostica ATR1; al coexistir glucosuria, proteinuria, hiperuricosuria e hiperfosfaturia se sospecho SF, tras sobrecarga de bicarbonato se corrobora defecto de reabsorción. Iniciamos vitamina D, inmunoglobulina y prednisona revirtiendo la tubulopatia. **Conclusión:** describimos tubulopatías adquiridos coexistiendo en LES por nefritis lúpica predominante tubulointersticial, hiperglobulinemia e hipovitaminosis D, causas infrecuentes.

0791 Nefropatia inducida por la administracion de medios de contraste durante el intervencionismo coronario percutaneo en pacientes con sindrome coronario agudo con funcion renal normal

Almanza J
Privado Angeles del Pedregal.

Antecedentes: existen estudios clínicos internaciones en donde se ha documentado el daño inducido en el Riñón (Nefropatía) por los medios de contraste. **Objetivo:** analizar la incidencia, los factores de riesgo y el pronostico de los pacientes portadores de Síndrome Coronario Agudo (SCA), con Función Renal Normal (FRN) pre existente a los que se les indujo Nefropatía por la administración de medios de contraste durante los procedimientos de intervencionismo coronario percutáneo (PTCA) en nuestro hospital. **Material y metodos:** estudio observacional, Retrospectivo, Unicentrico, con seguimiento prospectivo de 854 pacientes ingresados en forma consecutiva a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Post-quirúrgicos de la División de Medicina Critica del Hospital Juárez de México de la Secretaria de Salud con Síndrome Coronario Agudo (SCA) de 01/04/2012 al 01/04/2015, de los que 419 fueron llevados a procedimientos de intervencionismo coronario percutáneo (PTCA) y se expusieron a medios de contraste, sin nefropatía pre existente. Con Creatinina al Ingreso de < 1.3 mg/dL. Definiendo la Nefropatía inducida por material de contraste durante (PTCA), al Incremento de la Creatinina Basal > 0.5 mg/dL ó > 25% del valor basal. **Resultados:** de los 419 pacientes con SCA solo 35 (8.4%) presentaron Nefropatía. Los factores Independientes Predictores de la misma fueron la Hemoglobina al ingreso (odds ratio = 0.74 y la Tropinina I Máxima previa al PTCA (odds ratio = 1.05. El mayor deterioro de la Función Renal fue directamente proporcional a la Mayor Mortalidad (5 (14.28%) VS 28 (6.4%). En análisis multivariable de regresión de Cox la Nefropatía Inducida por medios de contraste durante la PTCA no resulto predictora independiente de mortalidad total, pero si de mortalidad cardiaca (hazard ratio = 5.6; intervalo de confianza del 95%. **Conclusiones:** la Nefropatía Inducida por la administración de medios de contraste durante los procedimientos de PTCA en pacientes con SCA y FRN, es frecuente e impacta en la supervivencia a mediano y largo plazo.

0828 Nefropatía por inmunoglobulina a (IGA) asociada a dengue

Alvaro J, Soto E, Garcia A
ISSSTE, Hospital Regional ISSSTE, Veracruz.

Mujer de 29 años, fiebre por dengue en noviembre de 2013, antígeno NS1 positivo y lesión renal aguda que mejoró con manejo médico; durante el internamiento proteinuria y hematuria microscópica en EGO (500 mg/dl y 10 a 20 eritrocitos por campo) y crisis hipertensiva. La biopsia renal reportó nefropatía por IgA, fibrosis intersticial y arteriolopatía hialina moderada. Se brindó medida antiproteinúrica con captopril. **Comentario:** la nefropatía por IgA se ha asociado con infecciones por *Haemophilus parainfluenzae, Staphylococcus, Mycoplasma Pneumoniae* y hepatitis B. Cursa con micro-

hematuria y proteinuria ligera. El diagnóstico requiere biopsia observándose aumento de la matriz mesangial, hipercelularidad, necrosis focal, cicatrices segmentarias y medias lunas en el espacio de Bowman. La paciente manifestó datos de síndrome nefrítico por glomerulonefritis post infecciosa y es posible que el detonante fue el virus del dengue aunque esta asociación no ha sido reportada.

0832 Asociación entre descontrol hipertensivo y dosis de hemodialisis suboptima en pacientes del Hospital General de Texcoco Guadalupe Victoria

Cortes R[1], Calderon M[1], Garcia J[2]
[1]SSA, Hospital General de Atizapan Salvador Herrejon, [2]SSA, Hospital General de Texcoco Guadalupe Victoria.

Introducción: Lla hipertensión arterial (HAS), es una comorbilidad en pacientes con enfermedad renal crónica que juega un papel importante en el desenlace de eventos cardiovasculares adversos. La fisiopatología de HAS en pacientes en hemodiálisis(HD) es multifactorial, considerando relevante el exceso de sodio(Na) y la expansión de volumen por hiperactividad del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) siendo posible controlar la TA al mantener el peso seco de los pacientes con HD optimas. **Objetivos:** determinar si contribuye al descontrol hipertensivo dosis subóptimas HD. **Material y métodos:** se estudiaron 74 pacientes en un estudio retrospectivo de casos y controles. Criterios de inclusión: edad > 18 años, en HD, en tratamiento farmacológico de HAS, en manejo de anemia con eritropoyetina (EPO), Na en solución de diálisis < 138mEQ. Se distribuyó la población estudiada en 4 grupos: HAS con HD óptima, HAS sin HD óptima, normotensos con HD óptima, normotensos sin HD óptima. Se consideraron controlados aquellos con TA < 140/90mmHg, hipertensos aquellos con TA > 140/90 mmHg, siguiendo los lineamientos de JNC-8 sobre pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento farmacológico. Se definió como HD optima 3 sesiones por semana, 3 horas duración, KtV 1.2 a 1.4. **Resultados y conclusiones:** en las medidas de frecuencia se estimó la prevalencia del factor de riesgo en la población en estudio = 0.81, factor de riesgo en casos expuestos = 0.86, factor de riesgo en controles = 0.75. En las medidas de impacto potencial, se calculó la razón de Momios: 2.05, fracción etiológica potencial = .4386.Se obtuvo un IC (0.77, 3.33) por método MietmeN, χ^2, Mantel y Hanzel: Xmh = 1.1791845447, de acuerdo a este último resultado se considera sin significancia estadística, pues se obtuvo un valor < 1.96, por lo que no se puede establecer una asociación entre descontrol HAS y HD sub-óptima, en este trabajo; es requerida una mayor población de pacientes con accesibilidad a 3 sesiones de HD a la semana. **Discusión:** HAS controlada podría atribuirse a potenciación del manejo farmacológico. Se reporta la TA pre-HD, siendo la determinación que más se asemeja a la tensión arterial ambulatoria interdiálisis sin embargo se ha establecido que es mas confiable un monitoreo de TA durante 44 horas en periodo interdialitico. La EPO puede contribuir al descontrol hipertensivo.

NEUROLOGÍA

0014 Esclerosis lateral amiotrófica. Reporte de un caso

Batún J, Olán FI, Hernández E
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA