

## Medicina Interna

### Internal Medicine

- MI-1 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: AMILOIDOSIS SISTÉMICA PRIMARIA
- MI-2 RUPTURA DE CUERDA TENDINOSA SIN ENFERMEDAD CORONARIA EXISTENTE
- MI-3 SÍNDROME DE ESCLEROSIS TUBEROSA
- MI-4 FIBROSIS RETROPERITONEAL Y CARCINOMA DE PROSTATA
- MI-5 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO EN PACIENTES QUE CONSULTAN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO CLASICA EVALUACION Y SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS
- MI-6 PRESENTACIÓN DE CASO: ABSCESO EPIDURAL LUMBAR COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA
- MI-7 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: EMBOLISMO SÉPTICO CEREBRAL SECUNDARIO A ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCCUS FAECALIS EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS
- MI-8 CARACTERIZACION DE LA POBLACION GERIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD Y SU DIFERENCIACION POR GRUPOS DE EDAD (VIEJO JOVEN VS VIEJO VIEJO)
- MI-9 CELULITIS ASEPTICA EN UN PACIENTE CON INFILTRACIÓN SUBCUTANEA DE MERCURIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA
- MI-10 EVALUACIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE ESTRATEGIAS DE PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- MI-11 PRESENTACIÓN DE CASO: INTOXICACIÓN POR VERAPAMILO CON BLOQUEO AV AVANZADO Y USO DE GLUCAGÓN
- MI-12 PRESENTACIÓN DE UNA TIPOLOGIA DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS. TITAN: TIPOLOGIA TOTAL DE LOS ANCIANOS
- MI-13 PANCREATITIS NECROTIZANTE ASOCIADO A INGESTA DE CONDURANGO (MARSDENIA REICHENBACHII)
- MI-14 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- MI-15 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN POBRE DE COLOMBIA
- MI-16 ¿EL ASMA COMO PATOLOGÍA ASOCIADA A LA POBREZA Y EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA?
- MI-17 PROTECCIÓN DE NEFROPATIA INDUCIDA POR MEDIO DE CONTRASTE CON BICARBONATO DE SODIO "ESTUDIO PROMEC"
- MI-18 BENEFICIOS DE LA DIETOTERAPIA "CÉSAR" EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DEL GRUPO SALUDCOOP, 2005-2008
- M-19 PRESENTACIÓN DE CASO: MASTOCITOSIS CUTÁNEA TIPO URTICARIA PIGMENTOSA
- MI-20 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO LUPUS POR PROPILTIOURACILO
- MI-21 PRESENTACIÓN DE UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA GERIÁTRICA UTILIZANDO LA METODOLOGÍA VALORACIÓN GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL (VGM)
- MI-22 PRESENTACIÓN DE CASO: CRISIS VASOOCCLUSIVA ESPLENICA POR RASGO FALCIFORME
- MI-23 PLASTICIDAD PUPILAR E HIDROTERAPIA
- MI-24 CALIDAD DE VIDA Y TIEMPO LIBRE EN TURISTAS COLOMBIANOS
- MI-25 BIOMETRIA PODAL EN COLOMBIA: ESTUDIO PRELIMINAR
- MI-26 CALIDAD DE VIDA Y MIGRAÑA EN TRABAJADORES HOSPITALARIOS COLOMBIANOS

MENÚ PRINCIPAL

Menú Medicina Interna

Continúa

MI-27 a MI-37

## Medicina Interna

### Internal Medicine

- MI-27 PATRONES DE DISLIPIDEMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA DE CARTAGENA
- MI-28 RELACIÓN ENTRE PROTEINURIA EN 24 HORAS Y PROTEÍNAS SÉRICAS ANTICOAGULANTES
- MI-29 PRESENTACION DE CASO: METIMAZOL COMO INDUCTOR DE ICTERICIA COLESTASICA
- MI-30 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EVALUAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
- MI-31 DENGUE: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LATINOAMÉRICA A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO
- MI-32 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: UNA REVISIÓN DE BIBLIOMETRÍA LATINOAMERICANA
- MI-33 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS EN LATINOAMÉRICA EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS
- MI-34 REVISIÓN BIBLIOMÉTRICA DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN COLOMBIA
- MI-35 ¿DIFIEREN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA GENERAL DE LOS HOSPITALIZADOS EN OTRAS ESPECIALIDADES EN ALGO MÁS QUE EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO?
- MI-36 PREVALENCIA DEL USO DE LA HIDROCLOROTIAZIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA CONSULTA EXTERNA EN VARIOS CENTROS DE BOGOTÁ
- MI-37 HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA, PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON LA EDAD

**MI-1****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: AMILOIDOSIS SISTÉMICA PRIMARIA**

CLAVIJO CLAUDIA, VALDERRAMA S

*Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Amiloidosis sistémica.**Objetivos.** 1. Revisión del tema. 2. Describir la prevalencia de amiloidosis primaria sistémica**Diseño del estudio.** Estudio observacional: Reporte de caso**Lugar del estudio.** Hospital Universitario Clínica San Rafael**Pacientes.** 1: MR**Intervenciones.** NO**Mediciones.** NO

**Resultados.** Se trata de una paciente de 80 años con cuadro de deterioro de la clase funcional, edemas y hematuria, con antecedente de HTA, no responde al manejo médico, ecocardiograma con disfunción diastólica tipo I, con función sistólica biventricular conservada, se descarta síndrome nefrótico, posteriormente presenta ictericia y dolor abdominal con fosfatasa alcalina elevada 1.093 u/l, se consideró posible carcinoma hepatobiliar el cual se descarta con TAC abdominopélvico que reporta ascitis, estudio de líquido gradiente de albúmina 1,3, negativo para malignidad, gamaglutamil transferasa elevada por lo cual se consideró cirrosis biliar primaria pero reporte de anticuerpos antimicrosomales reportan negativos, presenta deterioro progresivo con proceso séptico añadido, fallece a pesar del manejo médico. Reporte de necropsia: amiloidosis sistémica.

**Conclusiones.** Reporte de Patología: Septum cardiaco depósitos de material amiloide, glomérulos con abundante cantidad de material amiloide, suprarrenales depósito de grandes extensiones (70%) de material amiloide, hígado con depósito extenso de material amiloide, bazo tejido remplazado por material amiloide. Medula ósea: gran depósito de material amiloide. Se realiza revisión bibliográfica del tema amiloidosis sistémica primaria.

**MI-2****RUPTURA DE CUERDA TENDINOSA SIN ENFERMEDAD CORONARIA EXISTENTE****DÍAZ JOHANN, PINILLOS O***Clínica Rafael Uribe Uribe ESE Antonio Nariño, Cali - Colombia***Palabras clave.** Cuerda tendinosa.**Objetivos.** Describir un caso clínico.**Diseño del estudio.** Descriptivo.**Lugar del estudio.** Clínica Rafael Uribe Uribe ESE Antonio Nariño, Cali**Pacientes.** Descripción de un caso.

**Intervenciones.** Paciente de 49 años de edad quien consulta por historia de disnea súbita desde hace 2 meses, de carácter progresivo quien acude donde médico quien solicita ecocardiograma transtorácico que demuestra válvula mitral con leve a moderado engrosamiento de sus valvas, sin limitación en su movilidad y apertura, se observa cuerda tendinosa que excursiona hacia la aurícula izquierda que puede tratarse de ruptura de cuerda tendinosa secundaria o cuerda redundante, se produce insuficiencia grado III/IV, con FE 35%, otros hallazgos disfunción sistólica moderada a severa, patrón contráctil no uniforme que puede sugerir enfermedad coronaria multivaso o cardiomiopatía, aurícula izquierda moderadamente dilatada, insuficiencia aortica leve e insuficiencia tricuspidea moderada, dilatación y disfunción leve a moderada de cavidades derechas y se sugirió ecocardiograma transesofágico para definir el detalle estructural de la válvula mitral, se inicio manejo médico sin mejoría clínica, refirió durante la evolución disnea paroxística nocturna, aumento de la disnea, y deterioro de su estado general, se le realizo ecocardiograma transesofágico que identifico insuficiencia mitral de grado moderado a severo con imagen de ruptura de cuerda tendinosa dependiente de la cúspide anterior y se indico coronariografía y posiblemente cirugía de revascularización coronaria con cambios de válvula mitral y tricúspide con riesgo aumentado, posteriormente fue llevado a coronariografía identificando FE 20% con coronarias sanas y función del ventrículo izquierdo disminuida indicándose junta cardioquirúrgica la cual está en proceso.

**Mediciones.** Describir un caso donde no se documenta enfermedad coronaria con una cardiopatía dilatada y sin causa clara

**Resultados.** El caso se estudio con cardiología y se documentó ruptura de cuerda tendinosa y se llevó a junta cardioquirurgica que indicó cirugía la cual está en proceso

**Conclusiones.** Ruptura de cuerda tendinosa en paciente sin enfermedad coronaria

**MI-3****SÍNDROME DE ESCLEROSIS TUBEROSA****DÍAZ JOHANN, PINILLOS O***Clínica Rafael Uribe Uribe, ESE Antonio Nariño de Cali - Colombia***Palabras clave.** Esclerosis tuberosa.**Objetivos.** Descripción de un caso**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Clínica Rafael Uribe Uribe, ESE Antonio Nariño de Cali.**Pacientes.** Reporte de un caso.**Intervenciones.** Paciente de 37 años, de raza blanca, quien ingreso al servicio de urgencias por disnea progresiva, acompañado de tos, no fiebre aproximadamente de 3 meses de evolución, quien al ingreso se documento neumotórax espontaneo, por lo cual cirugía de tórax llevo a colocación de tubo de tórax, antecedentes de convulsiones en la infancia, maligna en primer grado de consanguinidad en el hermano, al examen físico se documentaron lesiones micropapulares tipituberculos en región malar, despigmentación del esmalte dentario, abdomen con masa que en estudios de TC equivalen a angioliipoma renal, anexo esto a documentar mas el caso y se encontró en TC cerebral y RM cerebral donde se reportaron nódulos subependimarios, el caso se llevo conjuntamente con nefrología, neumología y neurología, con conclusión final de esclerosis tuberosa. El caso se documentó con fotos.**Mediciones.** Se logra documentar por semiología e imágenes diagnosticas que cumple los criterios mayores y menores para esclerosis tuberosa.**Resultados.** Descripción de un caso.**Conclusiones.** Intervención del neumotórax y de los angioliipomas.

**MI-4****PRESENTACION DE CASO: FIBROSIS RETROPERITONEAL Y CARCINOMA DE PRÓSTATA****GUZMÁN JOHN, BAUTISTA W, RINCÓN O***Hospital Militar Central, Bogota, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Fibrosis retroperitoneal

**Objetivos.** La fibrosis retroperitoneal es una condición poco frecuente (1 caso por 200.000 habitantes año), generalmente cursa con una etiología difícil de establecer en cerca del 70%. Descrita en asociación con medicamentos, enfermedades del tejido conectivo y neoplasias en un 10%. La tomografía computarizada es útil para el diagnóstico diferencial y aporta información acerca de la extensión de la fibrosis. Presentamos un paciente que ingresó con síntomas constitucionales, en quien se documentó carcinoma de próstata con metástasis óseas en gamagrafía con patrón de Súper Scan, e hidronefrosis y falla renal secundaria a fibrosis retroperitoneal confirmado por tomografía de abdomen. Se trata de un hombre de 80 años con episodios de vómito asociado a pérdida de peso (20 Kg) de 4 meses de evolución. Agudización de síntomas en los últimos 4 días por lo cual consulta, asociado astenia, adinamia y lumbalgia. Antecedentes: HTA controlada tratamiento con enalapril. Hipertrofia prostática benigna desde hace 10 años. Hospitalizado en los 6 meses previos por cuadro similar. Revisión por sistemas: Disuria y orina turbia un mes previo a la consulta. Examen físico: Caquéctico, palidez mucocutánea, TA: 100/60 FC: 100 FR: 19 Temperatura 36,5 °C. Cardiopulmonar y Abdomen sin alteraciones. Tacto rectal: próstata ligeramente aumentada de tamaño con nódulo en lóbulo derecho de aproximadamente 0.5mm edema grado I de miembros inferiores, neurológico sin alteraciones. Hallazgos paraclínicos: anemia normocítica normocrómica, creatinina 1.6 mg/dl, Uroanálisis sugestivo de infección urinaria. AST: 50 U/L, fosfatasa alcalina: 1052, gamma-glutamil transpeptidasa: 325, VSG 25 mm/hr. Urocultivo E. Coli multisensible, ecografía renal: hidronefrosis izquierda. Tomografía computarizada abdomen: alteración de la densidad a nivel retroperitoneal, dilatación de pelvis renal y de los uréteres proximales compatible con fibrosis retroperitoneal. Gamagrafía ósea: anormal, consistente con enfermedad ósea metastásica multicéntrica con patrón de super scan. Exclusión gamagráfica de riñón izquierdo.

**Diseño del estudio.** No aplica**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central

**MI-5****DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO EN PACIENTES QUE CONSULTAN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO CLÁSICA  
EVALUACION Y SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS****MANTILLA WILLIAM, PINO L, GARZÓN C***Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C. - Colombia*

**Palabras clave.** Fiebre de origen desconocido clásica, infección, neoplasia, enfermedad inflamatoria no infecciosa, toxoplasmosis, Colombia.

**Objetivos.** Describir las características de la FOD en pacientes del Hospital Militar Central (HOMIC).

**Diseño del estudio.** Se siguió prospectivamente 28 pacientes con FOD que consultaron al HOMIC y cumplían los criterios de Durack para FOD clásica.

**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central

**Pacientes.** 28 pacientes

**Intervenciones.** Evaluación de

**Mediciones.** Observaciones

**Resultados.** Entre Julio de 2006 y Junio de 2007 se evaluaron 28 sujetos. La media de edad fue 44 años (intervalo 19 a 82). En todos los pacientes hizo el diagnóstico definitivo, la causa más frecuente de FOD fue infección (42%), seguido de neoplasia (32%), enfermedad inflamatoria no infecciosa (14%) y causas misceláneas (11%). La media de evolución de los síntomas fue 72 días (+/- 74), el tiempo medio hasta el diagnóstico 12,7 días (+/- 10,4) y el tiempo medio de hospitalización 12,8 días (+/- 7,9), Los síntomas más frecuentes fueron cefalea y astenia (37% y 32%). Los signos más frecuentes fueron taquicardia y palidez (30% y 32%). El diagnóstico más frecuente fue tuberculosis (n = 5) seguido de linfoma (n = 4). La toxoplasmosis fue la segunda infección en frecuencia. Solamente se presentó una defunción, en una mujer de 56 años, con linfoma.

**Conclusiones.** La FOD no es infrecuente en el HOMIC, con un comportamiento similar a la FOD de poblaciones no colombianas. Las infecciones son la principal causa de FOD, dentro de estas la tuberculosis y toxoplasmosis juegan un papel importante. Es importante incluir la búsqueda de toxoplasmosis dentro de protocolos propios.

**MI-6****PRESENTACIÓN DE CASO: ABSCESO EPIDURAL LUMBAR COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA****SANTA DANIEL ANDRÉS, AMADO S***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia*

**Palabras clave.** Absceso epidural, endocarditis, resonancia magnética, tomografía axial computarizada

**Objetivos.** Dar a conocer una presentación atípica de endocarditis bacteriana complicada con absceso epidural lumbar

**Diseño del estudio.** Descripción de un caso clínico

**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

**Pacientes.** Un paciente

**Intervenciones.** Paciente de 57 años quien se presenta al servicio de urgencias con cuadro de dolor lumbar de aparición súbita, intensidad 10/10, predominio izquierdo, e incapacidad para la marcha, a las 24 horas paciente inicia picos febriles de 39°, dolor persistente a pesar de analgésico. Al examen físico frecuencia cardíaca 100x, frecuencia respiratoria 16, tensión arterial 114/65, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, dolor exquisito a la palpación lumbar izquierda, puño percusión positiva, Lassegue negativo, dolor a la flexión de miembros inferiores, no alteraciones de la sensibilidad,

**Mediciones.** Se realizó, hemograma evidenciado leve leucocitosis con neutrofilia 90%, parcial de orina hematuria microscópica, ecografía abdominal, y tomografía axial computarizada de abdomen las cuales fueron normales, hemocultivo con germen gram positivo, se inició manejo con oxacilina en infusión, resonancia magnética de columna lumbar la cual inicialmente es reportada como normal, por lo cual se realiza ecocardiograma transesofágico, por persistencia de la fiebre y del dolor lumbar.

**Resultados.** Se continuó la búsqueda de foco infeccioso siendo el ecocardiograma positivo para vegetación de 0.5mm en seno coronario derecho válvula aórtica. Se revisa resonancia magnética, la cual presenta colección epidural anterior a nivel L3-L4, Neurocirugía indica manejo médico. Recibió tratamiento antibiótico por 6 semanas con excelente respuesta. Resonancia magnética de control con resolución de la colección

**Conclusiones.** El absceso epidural es una patología infrecuente, con pocos casos reportados en la literatura, la cual se asocia con procesos de diseminación hematogena, siendo una rara complicación de endocarditis bacteriana.

**MI-7****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: EMBOLISMO SÉPTICO CEREBRAL SECUNDARIO A ENDOCARDITIS POR *ENTEROCOCCUS FAECALIS* EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS****CAMARGO JUAN PABLO, GIL DR, VILLAMIZAR A, SANABRIA O***Universidad Nacional de Colombia. Hospital El Tunal, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Hemodiálisis, endocarditis, cardioembolismo**Objetivos.** 1. Evaluar las complicaciones embólicas de la endocarditis a nivel cerebral 2. Identificar los factores asociados para endocarditis en el paciente en hemodiálisis 3. Establecer la frecuencia del *Enterococcus faecalis* en la presentación de endocarditis y sus complicaciones 4. Reconocer los protocolos de manejo antibiótico para endocarditis por *Enterococcus faecalis* 5. Identificar los predictores de embolismo al sistema nervioso central.**Diseño del estudio.** Reporte de un caso**Lugar del estudio.** Hospital El Tunal**Pacientes.** Hospitalizado en la institución nombrada**Intervenciones.** Diagnóstico, seguimiento, manejo e identificación de complicaciones**Mediciones.** No aplica**Resultados.** Muerte del paciente por embolismo séptico cerebral (hemorragia frontoparietal derecha con drenaje a ventrículos laterales, cuarto ventrículo e hidrocefalia, edema cerebral) por endocarditis de la válvula aórtica con insuficiencia moderada**Conclusiones.** 1. La endocarditis en pacientes en hemodiálisis se asocia con una alta mortalidad y hay relación no solo con los catéteres, sino también, con las fistulas arteriovenosas. 2. El diagnóstico temprano de la endocarditis asociada a *Enterococcus faecalis* juega un rol fundamental en el tratamiento y pronóstico de la enfermedad 3. La alta frecuencia de complicaciones neurológicas asociadas a endocarditis, se asocian al aumento de la morbi-mortalidad 4. Se debe valorar el nivel de resistencia del *Enterococcus faecalis* a los aminoglucósidos en nuestras instituciones con el fin de buscar alternativas en el manejo 5. El riesgo de embolización en los pacientes con endocarditis infecciosa, se incrementa ante la presencia de vegetaciones mayores de 10 mm, compromiso de válvula mitral, demora en el inicio de la terapia antibiótica apropiada y cuando el agente etiológico es *Staphylococcus*.

**MI-8****CARACTERIZACION DE LA POBLACION GERIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD Y SU DIFERENCIACION POR GRUPOS DE EDAD (VIEJO JOVEN VS VIEJO VIEJO)****CHAVARRO DIEGO, PALACIO D, CANO C***Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Envejecimiento, viejos jóvenes, viejos viejos.**Objetivos.** Caracterizar la población geriátrica del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá (HUFSEB) ingresados durante el año 2007.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo, retrospectivo**Lugar del estudio.** Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá**Pacientes.** Adultos mayores de 65 años**Intervenciones.** Revisaron 3.210 historias clínicas**Mediciones.** Tablas de frecuencias e indicadores (razones y proporciones para las variables categóricas y medias de tendencia central y de dispersión para variables numéricas.**Resultados.** Los adultos mayores corresponden al 26.69% (3.210 pacientes) del total de los ingresos durante el año 2007. La distribución por género fue con un mayor número de mujeres, siendo aún mayor en el grupo de los viejos viejos. El servicio que más utilizan es el de Medicina Interna y aun mayor en los viejos viejos (79%). Las enfermedades cardiovasculares representan la causa principal de ingreso para los viejos jóvenes y las gastrointestinales para los viejos viejos. La institucionalización de los pacientes en hogares geriátricos al momento de su salida es alta. La estancia media hospitalaria es alta 6.9 SD±7.8 vs. 7.5 SD±6.2 días en los viejos jóvenes vs. los viejos viejos y representa casi el doble de la que tiene la institución (4.4 días). La mortalidad intrahospitalaria fue alta (5.65%), superior a la presentada por el hospital en general (2.16%). Durante la hospitalización los viejos viejos se mueren más (6.5% vs. 4%). La mitad de los adultos mayores reingresan al menos 1 vez al año a la institución y en un 8.72% durante el primer mes.**Conclusiones.** Este estudio muestra una situación muy particular de los adultos mayores, la cual podríamos resumir diciendo que no sólo son el grupo que mayor crecimiento ha tenido en los últimos años en el mundo y en Colombia en particular, sino que es uno de los que más está utilizando el sistema de salud de alta complejidad, con los grandes costos que genera.

**MI-9****CELULITIS ASEPTICA EN UN PACIENTE CON INFILTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE MERCURIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

PINO LUIS EDUARDO, MONSALVE G

*Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** Mercurio, metales pesados, celulitis aseptica**Objetivos.** Describir la ocurrencia de un caso de infiltración subcutánea con mercurio sin toxicidad sistémica**Diseño del estudio.** Descripción de caso**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

**Pacientes.** Paciente masculino de 19 años de edad, soldado del Ejército, natural de Ibagué, procedente de Puerto Inírida quien ingresó al servicio de urgencias de nuestro hospital con un cuadro clínico de 4 días de evolución de edema doloroso progresivo en mano derecha asociado a eritema, calor y limitación funcional para la flexo-extensión de los dedos, sin síntomas sistémicos. Como antecedente importante 15 días antes había realizado labores de extracción manual de oro en el río Guainía sufriendo una herida en el dorso de la mano derecha. Dentro de otros antecedentes fractura de tibia y peroné 15 meses atrás manejado ortopédicamente sin secuelas. Niega antecedentes ocupacionales. A la revisión de síntomas por sistemas niega síntomas respiratorios, gastrointestinales, neurológicos y dermatológicos. Al examen físico de ingreso se encontró un paciente consciente, hidratado, afebril, de contextura delgada, sin fascies de enfermedad crónica, álgico. Signos vitales TA 110/70 FC 80 x min FR 16 x min. Cavidad oral sin alteraciones, encías normales, no adenopatías cervicales. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, no doloroso, no masas ni megalias. Neurológico: Consciente, no déficit de pares craneanos, PINRLA 6mm, limitación por dolor para la flexo extensión de dedos de mano derecha, no zonas de hipoestesia, no déficit motor ni sensitivo focal, no signos meníngeos.. Minimal test 20/20. Musculo-esquelético: Edema blando con eritema y calor local en dorso de mano derecha con limitación para la flexo extensión activa de los dedos, con dos pequeñas heridas puntiformes en dorso con escasa secreción serohemática no fétida y secreción escasa de material grisáceo brillante de tipo mercurioide. Llenado capilar 3". Pulso radial y cubital presente. No áreas de hipoestesia, no equimosis, no áreas de hematoma. Piel y Faneras sin alteraciones. No alopecia. En el servicio de urgencias se realizó radiografía de la mano derecha evidenciando abundante material radioopaco en tejidos blandos con edema local sin presencia de enfisema subcutáneo ni alteraciones osteoarticulares. Como laboratorios adicionales se tomaron hemograma y VSG que fueron normales al igual que pruebas de función hepática, azoados y electrolitos. Se decidió hospitalización del paciente con impresión diagnóstica de infiltración subcutánea de mercurio, reacción a material extraño y celulitis secundaria decidiéndose cubrimiento antibiótico inicial con ciprofloxacina y clindamicina. No se tomaron niveles sanguíneos de mercurio debido a no disponibilidad en nuestra institución. En su hospitalización fue valorado por el servicio de Ortopedia quienes decidieron llevar al paciente a lavado quirúrgico de la mano derecha encontrando gran edema de tejidos blandos sin áreas de necrosis y escaso drenaje de mercurio por lo cual realizaron desbridamiento amplio y dejaron heridas de fasciotomía dorsal. Debido al riesgo de infección con *Aeromonas hydrophila* se decidió suspender ciprofloxacina y clindamicina y dejar manejo con amoxicilina / ácido clavulánico. Radiografías de control no evidenciaron una disminución importante en la cantidad de material radioopaco en tejidos blandos aunque clínicamente si hubo franca evolución hacia la mejoría con disminución del dolor y signos inflamatorios local. Se tomó cultivo de la secreción el cual fue negativo para gérmenes. Se realizaron niveles de mercurio en sangre, cabello y excreción de mercurio en recolección de orina en 24 horas en el laboratorio del Hospital San Ignacio cuyos resultados fueron indetectables. Velocidades de neuroconducción de miembro superior derecho mostró cambios sugestivos de neuropatía mielinica sensitiva de nervios radial y mediano, posiblemente secundarios a neurapraxia por efecto compresivo del gran edema de tejidos blandos al dual estuvo sometido. Hacia el día noveno de hospitalización en junta de decisiones decidimos iniciar D-penicilamina como manejo toxicológico debido a que no se había podido lograr una importante disminución de la carga de mercurio en los tejidos blandos y era imposible predecir la posibilidad de absorción vascular de este material localizado en el tejido. No se presentaron complicaciones asociadas al fármaco el cual se administró durante una semana. Durante los veinte días de hospitalización no se encontraron signos clínicos de toxicidad por mercurio y hubo resolución de los signos inflamatorios locales en la mano derecha lograndose cierre por segunda intención de las fasciotomías dorsales. El paciente completó 10 días con el esquema antibiótico instaurado. Ante esta mejoría clínica se dio de alta al paciente con controles periódicos. En el seguimiento a seis meses el paciente continua asintomático, con niveles de control indetectables de mercurio en sangre y con resolución completa de la celulitis en mano derecha sin secuelas neurológicas.

**Intervenciones.** Ninguna - **Medicaciones.** Ninguna - **Resultados.** Descritos

**Conclusiones.** La infiltración subcutánea con mercurio no es frecuente, hasta el año 2004 se encuentran reportes en la literatura de 72 casos, siendo el primero de ellos informado en el año 1929. Las autoinfiltraciones con mercurio se han observado en el contexto de pacientes psiquiátricos que han tenido intentos de suicidio, y aunque la letalidad de este evento no es tan alta como la de las intoxicaciones con los vapores mercuriales si pueden producirse importantes efectos locales como abscesos, necrosis y complicaciones tardías incluyendo neuropatías. No hay reportes de intoxicaciones crónicas por esta vía, aunque tampoco hay estudios que hayan llevado a cabo seguimientos por mas de dos años en estos pacientes. Hasta el momento se han reportado dos casos de muerte secundarios a embolización vascular del mercurio. Este caso muestra un evento raro e interesante, que plantea un reto terapéutico y de seguimiento.

**MI-10****Evaluación de concordancia entre estrategias de profilaxis de tromboembolismo venoso****HERNÁNDEZ JAVIER, DENNIS R, LONDOÑO D, GIL F***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Enfermedad venosa tromboembólica, profilaxis, decisión matrix, paciente médico**Objetivos.** Evaluar el grado de acuerdo entre profilaxis farmacológica para enfermedad venosa tromboembólica (EVT) realizada por el médico en escenario real y escenario teórico con la recomendada por un programa computacional (Decisión matrix). Secundariamente análisis exploratorio entre tres algoritmos de evaluación del riesgo de EVT y decisión matrix.**Diseño del estudio.** Estudio de concordancia**Lugar del estudio.** Hospital universitario San Ignacio**Pacientes.** Mayores de 18 años, hospitalizados por patología médica, sin contraindicación para profilaxis farmacológica**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Índice Kappa para evaluar el grado de acuerdo. Estadísticas descriptivas**Resultados.** Incluidos 896 pacientes (52,6%) de 1703 elegibles. Edad promedio 60,6años, 50% hombres. Principales causas de hospitalización: 26% infección severa no neumonía, 22,5% neumonía, 19% otras condiciones médicas de manejo intrahospitalario. Mayor porcentaje de pacientes con falla cardiaca, neumonía, malignidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y edad avanzada en el grupo que recibió profilaxis, 68% tuvo movilidad restringida, 23% no recibió profilaxis. Por decisión matrix 95,8% requería profilaxis, 52% recibe profilaxis innecesariamente y 22% requiriéndola, no la recibe. 57,7% no anticoagulado en escenario teórico, se anticoaguló en escenario real. Kappa entre el clínico y decisión matrix fue deficiente (0,08). Desacuerdo entre algoritmos de Menajobsky, Cohen, Milani y decisión matrix en pacientes de riesgo bajo**Conclusiones.** Esfuerzos deben ser dirigidos a mejorar las tasas de profilaxis, disminuyendo simultáneamente la profilaxis innecesaria. Decisión matrix puede ser útil con la limitante de su poca difusión, requerir un computador para su uso y estudios adicionales de validación. Algoritmos de Menajobsky, Milani y Cohen son demasiado sensibles y poco específicos. Los resultados pueden no ser extrapolables a hospitales generales.

**MI-11****PRESENTACIÓN DE CASO: INTOXICACIÓN POR VERAPAMILO CON BLOQUEO AV AVANZADO Y USO DE GLUCAGÓN**

ARBELÁEZ ALVARO, VARELA C

*Universidad del Valle, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario del Valle, Cali - Colombia***Palabras clave.** Intoxicación, verapamilo, glucagón**Objetivos.** Ilustrar un caso con uso de glucagón endovenoso para el tratamiento de la intoxicación por verapamilo.**Diseño del estudio.** Descripción de caso clínico.**Lugar del estudio.** Universidad del Valle Hospital Universitario del Valle Cali, Valle, Colombia**Pacientes.** Uno. Varón. 26 años.**Intervenciones.** Uso de glucagón endovenoso.**Mediciones.** Respuesta clínica. Registro electrocardiográfico.**Resultados.** Varón, 26 años, con antecedente de depresión. Ingerió 20 tabletas de Verapamilo de 80 mg. Presentó somnolencia, decaimiento y náuseas. Inicialmente, en el centro de salud, le realizaron lavado gástrico y administraron carbón activado; tenía TA 100/70 mmHg, FC 80 pm. Ingresó a nuestra institución 3 horas después del evento, así: TA 85/50 mmHg, FC 48 lpm, FR 20 rpm; somnoliento, piel fría, ruidos cardiacos lentos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ingurgitación yugular. El EKG de ingreso mostró un Bloqueo AV avanzado. Se continuó el manejo con: bolos de SSN, gluconato de calcio EV (4 gr); glucagón EV (2 mg en 1 minuto, luego 3 mg EV en 2 minutos); atropina EV (1 mg). A las dos horas presentó: TA 92/60 mmHg, FC 60 lpm. El segundo EKG ya presentaba un bloqueo AV de primer grado. Su evolución final favorable, sin complicaciones adicionales.**Conclusiones.** La intoxicación por calcioantagonistas es una urgencia que puede amenazar la vida. La toxicidad es más severa con el verapamilo, especialmente con la presentación de liberación retardada. Las manifestaciones son variadas. A nivel cardiovascular produce hipotensión, bradicardia, depresión miocárdica, bloqueo AV o ritmos de la unión. El glucagón tiene un efecto inotrópico independiente del estímulo beta 1. Es más útil en intoxicación por beta-bloqueadores, pero puede ser una terapia de apoyo en estos casos, especialmente cuando no hay respuesta al manejo inicial. La dosis es de 2-5 mg EV, que se pueden repetir a los 5 minutos, o administrar en goteo a 4mg / h. El caso presentado ilustra un manejo sin uso de aminas biógenas en la intoxicación por calcioantagonistas para la reversión de las manifestaciones cardiovasculares.

**MI-12****PRESENTACIÓN DE UNA TIPOLOGÍA DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS. TITAN: TIPOLOGÍA TOTAL DE LOS ANCIANOS****LÓPEZ JH, GRANADOS C, SÁNCHEZ R***Universidad Nacional de Colombia, Clínica Carlos Lleras, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Anciano, curso, pronóstico, enfermedad, salud, tipología**Objetivos.** Se propone una tipología de salud de los ancianos para guiar las decisiones en cuanto a diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente mayor.**Diseño del estudio.** Cohorte**Lugar del estudio.** Clínica Carlos Lleras y consulta privada**Pacientes.** 147 Individuos > 65 Años, 113 (Ambulatorios) y 61 hospitalizados en servicio de geriatría de la clínica**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Clasificación según tipología Titan: edad, género, diagnóstico, medicamentos, minimal, valoración funcional (Barthel) estancia hospitalaria y complicaciones. Los pacientes se clasifican en uno de siete grupos. El grupo 1 conformado por ancianos en excelente estado de salud física y mental. Grupo 2: personas con patologías de fácil control como HTA leve. Grupo 3: patología orgánica compleja como HTA con compromiso de órgano blanco, antecedente de neoplasia entre otras. Grupo 4: demencia. Grupo 5: patología orgánica avanzada. Titan 6: combinación de 3 o 5 más 4. Titan 7 déficit cognitivo avanzado y síndrome de inmovilidad.**Resultados.** Se describen 174 ancianos, 113 ambulatorios y 61 hospitalizados. La edad promedio fue 79 años (rangos: 68- 97). 113 Eran mujeres (65%) los diagnósticos más frecuentes fueron: hta (93 pacientes, 53,4%); dislipidemia (32; 18,4%); demencia (31; 17,8%); Epoc ( 29; 16,7%). El número de diagnósticos en promedio por paciente fue 4 al igual que el promedio de medicamentos prescritos. El titan fue: tipo 1 un paciente (0,6%); tipo 2, 41 (23,6%); tipo 3, 83 (47,7%); tipo 4, 9 (5,2%); tipo 5, 21 (12,1%); tipo 6, 14 (8%) tipo 7, 5 (2,9%). Globalmente la estancia hospitalaria promedio fue 7,9 días; para los pacientes titan 2,3,5 y 6 fue 5,7; 9,3; 8,7 y 6,3 días respectivamente.**Conclusiones.** Titan parece ser útil para seguimiento y pronóstico en ancianos ambulatorios y hospitalizados así como en la toma de decisiones. Su validación está en curso en un estudio prospectivo de seguimiento.

**MI-13****PANCREATITIS NECROTIZANTE ASOCIADO A INGESTA DE CONDURANGO  
(*MARSDENIA REICHENBACHII*)****GUARÍN CAROLINA, SIERRA F***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Pancreatitis , cardurango**Objetivos.** Describir la posible asociación entre pancreatitis necrotizante y la ingesta de plantas medicinales.**Diseño del estudio.** Reporte de un caso**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe de Bogotá**Pacientes.** Paciente masculino de 49 años con cuadro de 1 año de dolor abdominal inespecífico en manejo con aceites vegetales, ventosas calientes y mucosin. 8 días antes del ingreso administran condurango (*Marsdenia reichenbachii*) posterior a lo cual acude a nuestra institución por exacerbación del dolor, distensión abdominal y disnea. Es documentada pancreatitis necrotizante Baltazar E, sin lograr identificar etiología. Durante su hospitalización presentó falla orgánica múltiple y requirió manejo ventilatorio, inotrópico y antibiótico de amplio espectro, evolucionando satisfactoriamente.**Intervenciones.** no aplica**Mediciones.** no aplica**Resultados.** Posterior a múltiples estudios y revisión bibliográfica se descarta otro tipo de etiología, y se concluye que la pancreatitis necrotizante se asoció a la ingesta de condurango**Conclusiones.** Existen previamente casos reportados que demuestran la asociación entre la ingesta de plantas medicinales y la presencia de pancreatitis. Este es un reporte de caso en un paciente adulto joven, sin antecedentes de importancia, en el que se asocia la ingesta de condurango; sustancia que en la actualidad tiene un amplio uso como planta medicinal y la pancreatitis necrotizante. Este caso nos muestra la importancia de incluir en el interrogatorio de los pacientes la ingesta previa de medicamentos homeopáticos o nutraceuticos como probable causa de la enfermedad.

**MI-14****PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL****LÓPEZ JORGE H, CUELLO JM, BRAVO C***Clínica Carlos Lleras, Hospital Tunal, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** Anciano, hipertensión arterial, epidemiología**Objetivos.** Describir características epidemiológicas en ancianos con diagnóstico reciente de hipertensión. Detectar posibles casos de diagnóstico errado de hipertensión.**Diseño del estudio.** Serie de casos**Lugar del estudio.** Sitios de práctica de la Universidad Nacional. Bogotá**Pacientes.** Pacientes mayores de 70 años con un diagnóstico reciente de hipertensión arterial (HTA).**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Se obtuvo información en todo paciente mayor de 70 años con un diagnóstico de hipertensión arterial no superior a 2 años, acerca de datos demográficos, antecedentes patológicos, posibles eventos adversos, medicamentos, modo de diagnóstico y estadio de HTA, laboratorios y examen físico, incluyendo TA según JNCVII.**Resultados.** Se recolectaron 28 pacientes con un promedio de edad de 78,8 años (rango 71 – 97), de los cuales 18 (64%) fueron de género femenino. El sitio de diagnóstico más frecuente fue en consulta externa (75%). El promedio de TA en decúbito dorsal fue 144/78. 50% se clasificaron en estadio 2. La presión de pulso promedio fue 66,3 mmHg y el índice tobillo brazo 0,98. En 15 pacientes (53,6%), se pudo confirmar el diagnóstico de HTA y en los restantes 13 pacientes (46,4%), no hay claridad en cuanto al diagnóstico de HTA, ya que en el seguimiento han tenido cifras normales o bajas, en algunos casos sin medicación antihipertensiva. En los paraclínicos se encontraron tres pacientes con criterios de insuficiencia renal (creatinina > 1.4). 21 (75%) pacientes recibieron IECAs o ARAI; 8 (28,6%) pacientes tiazidas ; 5 (17,8%) pacientes recibieron betabloqueadores. 11 (39,3%) pacientes tomaban dos o más medicamentos antihipertensivos. Dos pacientes sufrieron caída, en un caso con fractura**Conclusiones.** En esta serie de casos se encontró que una proporción considerable de ancianos están recibiendo un diagnóstico inadecuado de HTA con posibilidad de eventos adversos serios. Sin embargo, la HTA es un riesgo importante de enfermedad cardiovascular aun en mayores de 80 años como se ha demostrado en estudios recientes.

**MI-15****ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN POBRE DE COLOMBIA****PEREIRA VIRGEN, PATERNINA AJ, ROMERO AM, BALLESTEROS IA, ROMERO AL***Universidad de Cartagena, Cartagena. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, (ASCOFAME), Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Prevalencia, pobreza, enfermedad crónica**Objetivos.** Determinar la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y factores de riesgo asociados en una comunidad pobre de Cartagena (Bolívar)**Diseño del estudio.** Estudio observacional descriptivo transversal**Lugar del estudio.** Sector de 'invasión' en Villa Hermosa, zona suroriental de Cartagena**Pacientes.** 40 familias, delimitadas en 8 cuadras**Intervenciones.** Diagnóstico de ECNT y los factores de riesgo por medio de un grupo de internos dirigidos por una médica familiar e internista, afiliados a la Universidad de Cartagena. Esto entre enero y junio de 2008**Mediciones.** Se diagnosticaron las patologías según criterios internacionales. El resto se diagnosticó clínicamente y/o mediante confirmación por un médico capacitado. Se analizó mediante software estadístico**Resultados.** En total se encuestaron 159 personas. 57% son desplazados por la violencia. Se clasifican según: Enfermedades crónicas (EC) que causan la muerte: enfermedades del aparato circulatorio (4,4%), EC cerebrales (3,8%), cáncer (0%), diabetes (1,3%), hepatopatías crónicas (0%). EC causan la muerte con poca frecuencia: depresión (0,6%), alérgicas (8,2%); EC asociadas: senescencia (0,6%). La prevalencia de hipertensión en >20 años es 12,3%; falla cardíaca reportada: 0,6%; enfermedad cerebrovascular y secuelas: 1,3%; enfermedades alérgicas 8,2%. Los factores de riesgo en por orden de prevalencia son: riesgo ambiental (91,2%), riesgo accidentalidad (66,4%), sedentarismo (61,4%), tabaquismo (9%), alcoholismo (8%) y obesidad (4%).**Conclusiones.** En general la prevalencia de ECNT fue más baja que la encontrada en la población general. La HTA fue más baja que la encontrada en otras poblaciones. La obesidad tuvo una muy baja frecuencia debido probablemente a la disminución de la ingesta adecuada. Tabaquismo, sedentarismo y alcoholismo también fueron bajos.

**MI-16****¿EL ASMA COMO PATOLOGÍA ASOCIADA A LA POBREZA Y EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA?****PEREIRA VIRGEN, PATERNINA AJ, ROMERO AM, BALLESTEROS IA, ROMERO AL***Universidad de Cartagena, Cartagena. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Asma, prevalencia**Objetivos.** Determinar la incidencia y prevalencia de asma en una comunidad pobre y de desplazados de Cartagena (Bolívar).**Diseño del estudio.** Estudio observacional descriptivo transversal, a partir de una base de datos del “Programa de acompañamiento y tutoría a familias desplazadas y vulnerables con enfoque en salud familiar” de ASCOFAME.**Lugar del estudio.** Sector de ‘invasión’ en Villa Hermosa, zona suroriental de Cartagena.**Pacientes.** 40 familias, delimitadas en 8 cuadras. Se incluyeron pacientes de 0 a 80 años, sin alteraciones mentales.**Intervenciones.** Diagnóstico de patologías en medicina y salud familiar por medio de un grupo de internos dirigidos por una médica familiar e internista, afiliados a la Universidad de Cartagena. Esto entre enero y junio de 2008.**Mediciones.** Se definió asma según los criterios clínicos de Global Initiative for Asthma. Se analizó mediante SPSS 15.0. Se determinó significancia estadística con  $P < 0.05$ .**Resultados.** En total se encuestaron 159 personas. 92 pacientes (57%) de ellos son desplazados. 11 pacientes (6,9%) del total de población presentaron asma como diagnóstico clínico. 6,2% en niños de 0-5 años de edad, 5-15 años un 8,9%, 16-21 años un 10,6%, 21-45 un 4%, y entre 45-65 un 7,7%. Un 66% de los pacientes tenían antecedentes familiares primer grado de asma vs. 10,7% en los 159 pacientes ( $p < 0,0001$ ). El tabaquismo no se asoció con asma en este estudio (9% vs. 9,1%).**Conclusiones.** A pesar del riesgo ambiental, el asma no fue una enfermedad altamente prevalente en este sector pobre. No se correlacionó el tabaquismo activo en este estudio con otros publicados donde sí se muestra una relación. El antecedente familiar es un factor conocido y ampliamente estudiado, que se corroboró en este estudio.

**MI-17****PROTECCIÓN DE NEFROPATIA INDUCIDA POR MEDIO DE CONTRASTE CON BICARBONATO DE SODIO “ESTUDIO PROMEC”****MAYA WILMAR, ARISTIZÁBAL J, GARCÍA A, GARCÍA J, JARAMILLO J, NIETO J, SANTOS O, JAIMES F***Universidad de Antioquia, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín – Colombia***Palabras clave.** Nefroprotección, bicarbonato, solución salina, medio de contraste.**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de la solución con bicarbonato de sodio comparado con la solución salina normal para prevenir la nefropatía inducida por contraste en pacientes con disfunción renal o en riesgo de la misma.**Diseño del estudio.** Ensayo clínico prospectivo, abierto, de asignación aleatoria.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Vicente de Paúl**Pacientes.** Mayores de 18 años, con creatinina  $\geq 1,2$ mg/dL y/o diabetes Mellitus 2, sometidos a medios de contraste para estudios diagnósticos o intervencionistas.**Intervenciones.** Grupo Tratamiento: solución bicarbonatada (150mEq/L) a una infusión de 3mL/Kg una hora antes y 1mL/Kg/hora por 6 horas después del procedimiento Grupo Control: Solución salina normal a una infusión de 1mL/Kg/hora 12 horas antes y 12 horas después del procedimiento.**Mediciones.** Muestra calculada de 106 pacientes por grupo para detectar 20% de diferencia en el cambio de los valores de creatinina. Se programaron 2 análisis interinos. Análisis de eficacia por intención a tratar con la prueba de ANCOVA. Los efectos adversos evaluados con la prueba exacta de Fisher. Se consideró p estadísticamente significativa  $<0,05$ .**Resultados.** Entre mayo 1 de 2007 y febrero 7 de 2008, se realizó la tamización a 1180 pacientes, se incluyeron en el estudio 220 pacientes (107 para bicarbonato y 113 para solución salina normal). No hubo diferencias importantes en las características basales de la población. La incidencia de nefropatía por contraste en el grupo de bicarbonato fue 12% (12 pacientes) y en el grupo de solución salina fue 7,1% (8 pacientes) con un RR de 1,68, IC 95% 0,72 a 3,94. En diabéticos, la nefropatía por contraste se presentó en 12,2%. Los efectos adversos fueron similares en ambos grupos.**Conclusiones.** No hubo diferencias significativas en la nefroprotección realiza con solución salina o solución bicarbonatada. Recomendamos ofrecer nefroprotección a todos los pacientes diabéticos tipo 2 y/o aquellos con creatinina mayor igual a 1, 2.

**MI-18****BENEFICIOS DE LA DIETOTERAPIA “CÉSAR” EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DEL GRUPO SALUDCOOP, 2005-2008**

HOYOS EDGARDO, CABRERA F, BARRANTES J, RODRÍGUEZ R, IBÁÑEZ M

*Grupo Saludcoop Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Diabetes mellitus, dietoterapia, nutrientes**Objetivos.** Determinar la mejoría, clínica, metabólica y de perfil lipídico de los pacientes diabéticos tipo 2 sometidos a la dietoterapia CESAR**Diseño del estudio.** Estudio longitudinal de antes y después de la intervención por dietoterapia aproximadamente una año (Cuasiexperimental).**Lugar del estudio.** Grupo Saludcoop, Bogotá. Colombia**Pacientes.** 49 pacientes con diabetes mellitus tipo 2**Intervenciones.** Dieta Cesar: Orientada a la protección del endotelio con alimentos que estimulen la génesis de óxido nítrico, lipoproteínas de alta densidad, antioxidantes. Los alimentos que la componen son: carnes, frutas, verduras, plátano maduro y jugos naturales sin endulzantes**Mediciones.** Mediciones Antes y después de la dieta. En las variables dicotómicas, clínicas, de perfil renal y tratamiento, se utilizó la prueba McNemar o la prueba exacta Binomial. En las numéricas glucemia, perfil lipídico y perfil renal, con la T-student pareada o Wilcoxon exacta o asintótica. Nivel de significancia del 5% ( $p < 0.05$ , \*) y 1% ( $p < 0.01$ , \*\*).**Resultados.** Género más frecuente el masculino (59.2%) y edad promedio  $62.35 \pm 12.29$  años. Disminución muy significativa en poliuria del 77.6%, polidipsia 71.4% polifagia 71.4%, pérdida de peso 53.1% ( $p < 0.001$ ), dolor en MI y S 20.4% ( $p = 0.003$ ) dolor torácico 10.2% ( $p = 0.031$ ). Disminuyó la glucemia pre en promedio  $66.86 \pm 76.302$  ( $p < 0.001$ ), en glucemia post  $88.35 \pm 131.775$  ( $p < 0.001$ ) y en HbA1c  $1.7181 \pm 3.50673$  ( $p = 0.001$ ). Disminución significativa en 18.8% insulina cristalina ( $p = 0.00766$ ); NPH 33.3% ( $p < 0.001$ ), metformina 51% ( $p < 0.001$ ), lovastatina 68.7% ( $p < 0.001$ ), gemfibrocilo 28.6% ( $p < 0.001$ ); glibenclamida 53.1% ( $p < 0.001$ ), ASA 36.7% ( $p < 0.001$ ). Los pacientes evaluaron percepción de mejoría en 71.7%.**Conclusiones.** En la cohorte sometida a la dieta “Cesar” se encontró disminución posterior a la dieta, en poliuria, polidipsia, en dolor en MI y S, dolor torácico, en dejar de perder peso; en niveles de glucemia pre y post y en HbA1c, en uso de la insulina cristalina, insulina NPH, metformina, lovastatina, gemfibrocilo, glibenclamida y ASA y alta percepción de mejoría debida a la dieta.

**M-19****PRESENTACIÓN DE CASO: MASTOCITOSIS CUTÁNEA TIPO URTICARIA PIGMENTOSA****ZUÑIGA CLAUDIA, CASTRO N, ROLON M, LESMES B***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Mastocitosis, urticaria pigmentosa

**Objetivos.** La urticaria pigmentosa es la mas común de las matocitosis cutaneas que se caracteriza por lesiones maculopapulares hiperpigmentadas de predominio en tronco y extremidades secundarias al acumulo de mastocitos en la dermis. Se presenta el caso de una paciente femenina de 43 años que consulta por aparición de lesiones en piel de 4 a 5 años de evolución con aumento progresivo en tronco y extremidades niega otra sintomatología asociada, tiene antecedentes de polimenorreas, g2p2, estudio para VDRL positivo que al complementarlo al parecer fue negativo, familiares madre con CA seno, LES en familia materna, enfermedad coronaria y diabetes en familia paterna. Al examen físico buen estado general, piel con maculas pigmentadas y pápulas eritematosas entremezcladas localizadas en tronco, muslos y glúteos, respetan cara y localización acral, signo de Darier negativo, TA 120/70, resto del examen físico negativo. Se realizó biopsia de piel que muestra edema de la dermis superficial con infiltrado linfocitario perivascular, algunos eosinofilos con abundantes mastocitos en la coloración azul de toluidina. Hemograma normal, VSG 2, función renal, hepática y tiroidea normales, uroanálisis normal, triptasa 25,8 (1,9-13,5) estudios imagenológicos normales (TAC tórax y abdomen, EVDA, colonoscopia). Se realizo diagnóstico de mastocitosis cutánea se inicio manejo con UVA-1 con mejoría de pápulas eritematosas con las primeras 12 sesiones, continua con fototerapia 3 sesiones semanales con UVA-1 660 jul/cm2, con adecuada evolución.

**MI-20****PRESENTACIÓN DE CASO: LUPUS POR PROPILTIOURACILO****ZUÑIGA CLAUDIA, MATIJASEVIC E, PÉREZ I, CHALELA J, VILLAMIL A***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** Lupus, propiltiouracilo

Entre el 5-10% de los casos de lupus eritematosos sistémico son debidos a medicamentos, usualmente son cuadros de menor afectación sistémica y que remiten en semanas o meses después de la suspensión del medicamento, entre los medicamentos implicados están los utilizados para el tratamiento del hipertiroidismo. Se presenta el caso de una paciente femenina de 32 años, traductora, con aparición de lesiones maculo papulares eritematosas que comprometen hemicuerpo superior, tórax, región retroauricular, periorbitaria y cuero cabelludo, asociado a poliartralgias y edema de predominio en articulaciones metacarpofalángicas, de un día de evolución asociado a deposiciones líquidas, proceso infeccioso respiratorio alto 5 días previos para lo cual recibió manejo antibiótico por 3 días. Antecedente de enfermedad de graves diagnosticada a los 15 años de edad en manejo irregular con propiltiouracilo durante 6 meses lo suspendió una semana antes del ingreso por intolerancia (malestar general, sensación de palpitaciones), artritis al parecer de etiología autoinmune en la infancia. Al examen físico con placas eritematosas, edematosas, infiltradas distribuidas en cara, tórax y extremidades, dolor a la palpación articular sin signos de sinovitis, resto del examen físico negativo. Paraclínicos: hemograma con leucocitosis y neutrofilia leves, anemia, uroanálisis sin sedimento activo, función renal y hepática y electrolitos normales, TSH 0.003, T3 L 7.91 Pg/ml, T4 L 3.2 ng/dl, ANAs positivos 1: 1280 (Homogeneo), P-ANCA 1:640, C3 120, C4 18, gamagrafía tiroidea compatible con bocio difuso con importante captación, electrocardiograma inversión simétrica de la onda T en derivaciones precordiales, ritmo auricular ectópico y bloqueo AV Mobitz II. Manejo con Propranolol, Yodo radioactivo 10 a 12 milicurios, metilprednisolona IV día. Evolución favorable con resolución de proceso cutáneo y articular con el uso de esteroides sistémicos y la suspensión del propiltiouracilo.

**MI-21****PRESENTACIÓN DE UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA GERIÁTRICA UTILIZANDO LA METODOLOGÍA VALORACIÓN GERIÁTRICA MULTIDIMENCIONAL (VGM)****HEREDIA RODRIGO ALBERTO, GRANADOS C, LÓPEZ J***Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. - Colombia.***Palabras clave.** Comprehensive Geriatric Assessment, Valoración Geriátrica Multidimensional**Objetivos.** La VGM ha sido definida como la cuantificación de todos los atributos y déficits importantes, médicos, funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y utilización de recursos en el anciano. Nuestro objetivo fue: Aplicar un modelo de historia clínica geriátrica a un grupo de ancianos institucionalizados en un hogar geriátrico y comparar los hallazgos encontrados con los de la valoración inicial (historia clínica tradicional) al ingreso al hogar.**Diseño del estudio.** Estudio de prevalencia descriptivo.**Lugar del estudio.** Bogotá, Hogar Sagrada Familia - Religiosas de San José de Gerona.**Pacientes.** Todos los residentes del Hogar Sagrada Familia. (n=82)**Intervenciones.** La fase 1 correspondió a la aplicación del formato propuesto de historia clínica geriátrica a todos los residentes e ingresos al hogar en el periodo del 01 Septiembre del 2007 al 31 Abril 2008 (n=82). En la fase 2 fase se revisó la historia clínica de ingreso a aquellos pacientes que ingresaron al hogar antes del estudio (n=53).**Mediciones.** Se midió frecuencia de diagnósticos clínicos y mentales. Deterioro cognitivo (Minimental test), valoración de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel), riesgo de caídas (Prueba de Romberg modificado y Alcance funcional), riesgo de desarrollar úlceras de presión (Escala de Norton), presencia de polifarmacia. En un segundo paso se comparo la información dada por ambas historias de los ítems anteriormente mencionados.**Resultados.** La historia clínica tradicional no realizó el diagnóstico cuádruple ni determinó el riesgo de úlceras de presión ni de delirium en ningún paciente. Midió solo en un 9.4% las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel), valoro el riesgo de caídas solo en un 3.7%, las medidas basadas en la ejecución en un 5.6% y realizaron el Minimental test solo en 9.4% de todos los residentes. El modelo de historia geriátrica encontró que el hogar es mayoritariamente habitado por mujeres 84.1% con un promedio de 4 diagnósticos clínicos. Los pacientes con diagnósticos de deterioro cognitivo leve y demencia de cualquier tipo suman 46%. El índice de Barthel (ABVD) encuentro 29.2% en rango de dependencia moderado y severo. El riesgo de caídas alto lo presentan 55.5% de los residentes. Veinte de los residentes presentan alto riesgo de úlceras de presión y hay polifarmacia en un 71% de los residentes.**Conclusiones.** El modelo propuesto de historia clínica geriátrica basada en la VGM sugiere dar una información escrita veraz, organizada, repetible y comparable de los déficit y atributos del anciano.

**MI-22****PRESENTACIÓN DE CASO: CRISIS VASOCLUSIVA ESPLÉNICA POR RASGO FALCIFORME****GUZMÁN JOHN, BAUTISTA W***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Rasgo Falciforme**Objetivos.** N/A

**Diseño del estudio.** Reporte de caso clínico. El rasgo falciforme se presenta en portadores heterocigotos, quienes sintetizan hemoglobina S. En bajas concentraciones ( $\leq 45\%$ ) no tiene consecuencias fisiológicas o hematológicas importantes, pudiendo existir casos raros de hematuria y crisis vaso-oclusivas. La importancia de esta condición radica en la presencia del gen alterado y la posibilidad de transmisión a la descendencia. Presentamos el caso de un hombre proveniente de Cartagena quien posterior al ingreso a Bogotá, presenta cuadro de ictericia y dolor abdominal secundario a crisis vaso oclusiva esplénica. El diagnóstico fue sugerido por prueba de ciclaje positiva y confirmado por electroforesis de hemoglobina, recibiendo tratamiento analgésico e hidratación con resolución de la sintomatología. Paciente de 19 años mestizo quien posterior a su arribo a Bogotá 5 días previos al inicio del cuadro clínico, presenta dolor abdominal progresivo de moderada a severa intensidad localizado en hipocondrio izquierdo que aumentaba con la inspiración profunda, asociado a fiebre y emesis. Único antecedente hepatitis A hace 2 años. Examen físico: Piel trigueña, ictericia en escleras, sin signos de dificultad respiratoria. TA: 120/80 FC: 92x' FR: 18x'. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, no distendido, muy doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo, esplenomegalia grado I, no signos de irritación peritoneal. Extremidades y Neurológico sin alteraciones. Laboratorio: Hemograma: Leucocitos: 1248; Neutrófilos 70%; Linfocitos 16%; Eosinófilos 6% Hemoglobina 13.8g/dl; Hematocrito 39.9%; Plaquetas 252.000; Reticulocitos 1.5%; Frotis Sangre Periférica: Glóbulos Rojos normales en número y morfología. Gota Gruesa negativa. AST 9 U/dl; ALT 10 U/dl; Bilirrubina Total 3.1mg/dl; Indirecta 2.8mg/dl; Directa: 0.42mg/dl. Función renal y parcial de orina normales. Prueba de ciclaje: Positivo para células falciformes. Ecografía Abdominal total: Hígado normal, Bazo ligeramente aumentado de tamaño sin lesiones focales. TAC de abdomen: Infartos esplénicos múltiples. Electroforesis de hemoglobina: Concentración Hemoglobina S: 48%.

**MI-23****PLASTICIDAD PUPILAR E HIDROTERAPIA****GUTIÉRREZ CLAUDIA I, VERA C (2); LEON-SARMIENTO FE (3)**

(1) *VISIONIK, Bogotá, D.C.* (2) *Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.* (3) *Unidad de Movimientos Anormales, Fundación Santa Fe/Uniciencias Research Group, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. - Colombia*

**Palabras clave.** Sistema nervioso autónomo, pupila, hidroterapia, pupilometría, plasticidad neural

**Objetivos.** Conocer la modulación de la respuesta pupilar post-ingesta de agua.

**Diseño del estudio.** Cuasi-experimental

**Lugar del estudio.** Colombia

**Pacientes.** Dos voluntarios, (1 hombre; 1 mujer); de 26 años, con defecto de refracción menor a 1 dtp, sin alteraciones Clínicas fueron evaluados.

**Intervenciones.** Ingesta de 500 ml de agua a temperatura ambiente, en una sola toma, durante 5 minutos

**Mediciones.** Se realizó la pupilometría con un aberrómetro, con iluminación mesópica y escotópica. Las mediciones se realizaron en condición antes de e inmediatamente después de ingerir los 500 cc de agua. El día de la prueba no se debía ingerir, cafeína, alcohol, cigarrillo, medicamento y alimentos dos horas antes de la medición.

**Resultados.** La pupilometría promediada, hecha previo a la ingesta de agua, con iluminación mesópica fue de 6.58 mm y escotópica fue de 6.83 mm; post ingesta de agua la pupilometría hecha cada 15 minutos fue de 6.58 mm, 6.47 mm, 6.27 mm y 6.26 mm con iluminación mesópica y de 6.83 mm, 6.93 mm, 6.97 mm, 6.72 mm con iluminación escotópica.

**Conclusiones.** Esta investigación demuestra que la hidroterapia, tal y como esta propuesta para regular el sistema cardiovascular, produce una respuesta pupilar parasimpático, ofreciendo así una nueva posibilidad diagnóstica de integridad del sistema nerviosa autónomo y su correspondiente plasticidad neural en los humanos.

**MI-24****CALIDAD DE VIDA Y TIEMPO LIBRE EN TURISTAS COLOMBIANOS****LEON-S MARTHA E, VILLALBA IE, HERRERA S, RINCÓN ME, GARAVITO A, LEÓN-SARMIENTO FE***Departamento de Economía, Unitropico, Yopal, Colombia. Docente-Investigadora, Grupo Bioeconosalud, Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo. Unidad de Movimientos Anormales y Neuromagnetismo, Fundación Santa Fé/ Uni.ciencias Research Group. Universidad Nacional de Colombia, Bogota, D.C.- Colombia***Palabras clave.** calidad de vida, economía de la salud, turismo**Objetivos.** Investigar la percepción biosicosocial de los individuos que acuden al parque natural ecológico Los Arietes, en Villanueva, Casanare**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Villanueva, Casanare, Colombia**Pacientes.** 415 individuos pertenecientes a 100 familias que fueron investigadas.**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Percepción de la calidad de vida en el tiempo libre, usando el cuestionario adaptado para el estudio de capacidad de carga psicológica de los turistas en un parque natural, validado internacionalmente.**Resultados.** 59.2% fueron mujeres y 40.8% hombres. El 56.1% de la población tenía educación media y/o básica; la mayoría de la población investigada (57%) era mayor de edad. El 83.2% de los visitantes al parque lo hicieron en familia y el 16.9% se encontraban con familia y amigos. El 76.3% de la población informó que el estado del lugar era excelente, el resto lo calificó como aceptable. El 75.8% encontró agradable el sitio destinado para el turismo. El 26.7% reportó incomodidad por ruido. A pesar de esto, el 95.8% de los encuestados respondieron que el lugar era satisfactorio para el descanso y para distracción del tiempo libre, por ser un ambiente de esparcimiento en un medio natural, y estar cerca de la ciudad. El 95% de los encuestados respondieron que la interacción entre lo natural y lo sociocultural, mejora los estilos de vida saludable y les ayuda a restablecer sus fuerzas para continuar con sus labores de trabajo.**Conclusiones.** El ocio y el tiempo libre se han constituido en indicadores de calidad de vida y son parte del “bien-estar” y la homeostasis tridimensional del ser humano. La adecuada utilización del ocio, como parte del tiempo libre, favorece la salud y “bien-estar” de los humanos. La importancia que cada individuo le atribuye a la utilización del tiempo libre incluyeron, en este caso, la satisfacción física y medioambiental, así como la interacción con la naturaleza en el parque natural ecológico Los Arietes-Villanueva (Casanare), donde la riqueza de fauna y la flora que allí existe, permite a los visitantes reponer fuerzas para continuar trabajando.

**MI-25****BIOMETRIA PODAL EN COLOMBIA: ESTUDIO PRELIMINAR****BAYONA EDGARDO A (1), BAYONA-PRieto J (2,3), LEON-SARMIENTO FE (3)***(1) CIPRES-Universidad Antonio Nariño, Bogotá, D.C.; (2) CIRINEO-UDES, Bucaramanga; (3) Unidad de Movimientos Anormales, Fundación Santa Fe/Uniciencias Research Group, Universidad Nacional, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Biometría, podología, pedigraffa**Objetivos.** Caracterizar de manera biométrica, los tipos de pie que poseen los colombianos.**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Colombia**Pacientes.** 100 individuos (84 mujeres, 16 hombres) con edad promedio 49.6 años (rango: 15 - 77) fueron evaluados.**Intervenciones.** ninguna**Mediciones.** Se realizaron estudios biométricos podobiológicos en bipedestación, incluyendo pedigraffas y podometrías bilaterales. Estas evaluaciones se midieron y compararon de acuerdo a las normas establecidas por el "patrón de oro" establecido a nivel mundial para este tipo de análisis, y que establece los tipos de pie como egipcio, cuadrado y griego.**Resultados.** 200 pies fueron analizados. Se encontró que en Colombia, el biotipo predominante a nivel podal, es el cuadrado con un 48%; seguido por el egipcio (29%) y por el griego (23%).**Conclusiones.** Este estudio plantea una nueva mirada a uno de las estructuras anatómicas poco investigadas en la práctica clínica colombiana. Además, ofrece información importante que deberá ser tenida en cuenta por ciencias como la calceología y ortopodología, al momento de fabricar el calzado de los colombianos, para evitarles complicaciones podiátricas iatrogénicas, que en muchas ocasiones se tornan irreversibles; principalmente, en pacientes con pie diabético.

**MI-26****CALIDAD DE VIDA Y MIGRAÑA EN TRABAJADORES HOSPITALARIOS COLOMBIANOS****GARAVITO ALICIA (1), GUTIÉRREZ CI (2), LEON-SARMIENTO FE (3) & GRUPO MIDASELA***1) CAVILA Ltda. Calidad de Vida en Latinoamérica; (2) VISONIK; (3) Unidad de Movimientos Anormales, Fundación Santa Fe/Uniciencias Research Group, Universidad Nacional, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Migraña, midasela, calidad de vida.**Objetivos.** Establecer la prevalencia de migraña y su impacto en la calidad de vida en trabajadores hospitalarios del hospital regional de Duitama, Colombia**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Colombia**Pacientes.** A 238 trabajadores de planta del hospital regional de Duitama (188 mujeres y 50 hombres), con promedio de edad de 40 años (intervalo 23 - 59 años) se les aplicó los protocolos de la OMS para estudios neuroepidemiológicos y MIDASELA (MIDAS en español para Latinoamérica).**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Los instrumentos aplicados se codificaron y almacenaron en una base de datos elaborada en EpiInfo 6.04. Se obtuvieron promedios, modas, frecuencias absolutas y relativas e intervalos de confianza del 95%. Se empleó el test de la chi cuadrado para comparar proporciones y razones de prevalencia como medidas de asociación.**Resultados.** Se encuestaron 238 personas. El 79% (188) fueron mujeres. La edad media de los individuos encuestados fue de 39 años (Rango 23 - 59). El 52% de los pacientes trabajaba en horario diurno y el 48% en jornada rotatoria (diurno y nocturno). La prevalencia de migraña fue de 22,5% (IC: 17,7-28,3) con predominio en mujeres (94,6%). El grupo de edad mas afectado fue el intervalo de 20-29 años. Entre las 54 personas sospechosas de migraña por el protocolo de la OMS, 37 (68,5%) se confirmaron por neurológica clínica; hubo 13 falsos negativos (7%). La sensibilidad y especificidad fueron del 74 y el 91%; el valor predictivo positivo fue de 68,5% y el negativo de 92,9%. La edad media de los pacientes fue de 40 años (rango: 23-59 años). De otro lado, el 47,2% de los pacientes notaron alteración en un 50% de su productividad laboral y cotidiana. Solo el 3,8% dejo de trabajar; el 29,7 % dejo de hacer actividades cotidianas y el 66,4% se ausentó de actividades recreativas y/o familiares debido a la migraña. La productividad de los funcionarios con migraña se vio afectada, en promedio, en un 40%, que correspondió a 274 días y a \$17.536.000 anuales de gastos indirectos.**Conclusiones.** Este estudio sugiere que se deben desarrollar estrategias orientadas al mejoramiento diagnóstico y seguimiento oportuno de los individuos que padecen migraña, en esta institución, dado que esto redundará en un mejoramiento del costo-beneficio para la empresa y la calidad de vida de los trabajadores afectados y sus familias.

**MI-27****PATRONES DE DISLIPIDEMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA DE CARTAGENA****PAILLIER J, PATERNINA AJ, ROMERO AM***Universidad de Cartagena, Cartagena - Colombia***Palabras clave.** Dislipidemia, factores de riesgo, hipertensos**Objetivos.** Determinar los diferentes patrones de dislipidemia en una población hipertensa.**Diseño del estudio.** Estudio observacional descriptivo de modalidad cross-sectional, a partir de la base de datos del proyecto "Riesgo cardiovascular global en una población hipertensa de la ciudad de Cartagena", registrado en la Universidad de Cartagena.**Lugar del estudio.** Pacientes de Cartagena (Bolívar) atendidos en consulta externa en una IPS local.**Pacientes.** Pacientes hipertensos mayores de 25 años. Se excluyeron pacientes con enfermedad aguda o crónica que altere los niveles de laboratorio o determinación de los factores de riesgo cardiovascular.**Intervenciones.** A través de médicos de la IPS local se tomaron las encuestas entre enero a marzo de 2008.**Mediciones.** Los niveles de laboratorio se tomaron después de ayuno de 8 horas. Se clasificaron los pacientes en los diferentes patrones de dislipidemia según la OMS. Se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.**Resultados.** En total se estudiaron 324 pacientes. La distribución por patrones de dislipidemia fue: sin dislipidemia (25%), hipertrigliceridemia (16%), hipercolesterolemia aislada (28,8%), dislipidemia mixta (17,3%), HDLc bajo (6,8%), LDLc alto más HDLc bajo (5,6%). El 4,5% de los que tienen HDLc bajo son menores de 40 años. Lo más común en los hombres fue la hipercolesterolemia aislada (25,8%). El 27,4% de los hombres no tienen dislipidemia; en las mujeres, 24,8%. Solo el 27,8% de los pacientes toma antilipemiantes.**Conclusiones.** La determinación de los patrones es importante para el diagnóstico de dislipidemias primarias. Existen pocos estudios en nuestro medio que evalúen de forma global la clasificación de los patrones de dislipidemia. La prevalencia de alteraciones de triglicéridos, colesterol y HDLc fue más baja que en otros estudios poblacionales de no hipertensos.

**MI-28****RELACIÓN ENTRE PROTEINURIA EN 24 HORAS Y PROTEÍNAS SÉRICAS ANTICOAGULANTES****GRANADOS CARLOS E, CALDERÓN CM***Universidad de la Sabana, Chía - Colombia. Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, D.C. - Colombia*

**Palabras clave.** Hipercoagulabilidad, trombofilia, proteinuria, síndrome nefrótico, proteína C, proteína S, antitrombina, sensibilidad, especificidad.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre proteinuria en orina de 24 horas en rango glomerular con el porcentaje de actividad de las proteínas séricas anticoagulantes (antitrombina, proteína C y S). Determinar puntos de corte.

**Diseño del estudio.** Estudio prospectivo de correlación diagnóstica.

**Lugar del estudio.** Hospital Universitario de la Samaritana (III nivel), Bogotá DC.

**Pacientes.** Ambulatorios con proteinuria mayor a 1 gr/24h. Se excluyeron pacientes con otras causas documentadas de trombofilia.

**Intervenciones.** Porcentaje de actividad sérica de antitrombina, proteína C y S; proteinuria en 24 horas

**Mediciones.** Coeficiente de correlación, construcción de curvas ROC, características operativas.

**Resultados.** De un total de 290, 51 pacientes cumplieron los criterios de elegibilidad, 28 de sexo femenino. Promedio de edad 47,8 años y de proteinuria 4,8 gr/24h. La etiología más frecuente fue diabetes mellitus seguida de lupus eritematoso sistémico. No se encontró relación lineal entre la proteinuria en 24 horas y alguna de las proteínas séricas anticoagulantes. Tanto para la proteína C como para la proteína S se determinó como punto de corte ideal un valor mayor o igual a 6,6 gr/24h de proteinuria. A dicho punto de corte no hubo significancia estadística para detectar disminución en la actividad de la proteína S, DOR 2,75 (IC95% 0,67-11,4). Sin embargo para detectar actividad disminuida de proteína C el LR(+) fue de 5.33 (IC95% 2.96-9.61) y el LR(-) de 0 (p=0,001). No se encontraron pacientes con disminución en la actividad de la antitrombina.

**Conclusiones.** Pacientes que cursen con niveles de proteinuria menor a 6,6 gr/24h es improbable que cursen con disminución en la actividad de la proteína C. Niveles iguales o superiores sugieren descartarla.

**MI-29****PRESENTACION DE CASO: METIMAZOL COMO INDUCTOR DE ICTERICIA COLESTASICA****RENDÓN IVÁN, PINTO R, CONTRERAS F, RESTREPO J, SIERRA F***Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia***Palabras clave.** Metimazol, hipertiroidismo, ictericia, colestasis, hepatitis.

**Objetivos.** Reporte de caso Una mujer de 33 años con diagnóstico previo de hipertiroidismo, secundario a enfermedad de Graves´ y quien previamente con un perfil hepático normal, se le inicia manejo con metimazol 20 mgs cada 12 horas para su patología de base, presentando a las cuatro semanas “tinte amarillo” en ojos asociado a prurito, astenia y adinamia, en quien al examen físico solo era positivo su ictericia generalizada. La paciente es admitida al servicio de urgencias presentando en el perfil hepático ictericia de características colestásicas, en quien el perfil serológico para hepatitis A, B, y C perfil autoinmune e imágenes son normales, Por lo que se realiza biopsia hepática encontrándose colestasis intrahepática en quien en el contexto de la paciente la primera posibilidad sería secundario al metimazol el cual se suspende, con mejoría clínica a los 5 días y normalización de las pruebas hepáticas a las 5 semanas.

**Discusión.** Aunque el metimazol es generalmente un agente antitiroideo bien tolerado y con un adecuado perfil de seguridad, siempre se debe tener la sospecha de la inducción de reacciones adversas mayores como la colestasis hepática.

**MI-30****DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EVALUAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN****CABALLERO CARLO VINICIO, JAUREGUI E, BORDA M, VERGARA P, VILORIA R***Universidad del Norte, Barranquilla - Colombia***Palabras clave.** Evaluación cuantitativa de proyecto de investigación**Objetivos.** Diseñar y evaluar la aplicabilidad de un instrumento de medición que permita una evaluación adecuada de proyectos de investigación que se presenten a la Asociación Colombiana de Reumatología (ACR).**Diseño del estudio.** Se diseñó un instrumento a partir de las normas existentes para la elaboración de proyectos de investigación según Colciencias y en base al manual "Momentos, Etapas y Elementos a Seguir para Elaborar un Proyecto de Investigación" de la Universidad del Norte, constituyéndose en 18 items que conforman dos grandes grupos: Forma y contenido.**Lugar del estudio.** Barranquilla, Colombia.**Pacientes.** Se evaluaron trabajos de investigación.**Intervenciones.** Los elementos que constituyen el instrumento se divide en dos grandes grupos: Forma con un valor de un 20% y en contenido que incluye tres aspectos: teórico (contiene 7 items la sumatoria de éstos da un valor del 50 %), metodológico (contiene 8 items con un valor del 20%), el administrativo (con un valor de 10%) y la bibliografía con un valor de 5%. Cada item se expresa de un rango de 0-1**Mediciones.** Los puntajes se organizaron por rangos, agrupándose en 5 categorías: muy malo (<49%), malo (50-59%), regular (60-69%), bueno (70-80%) y muy bueno (>80%). Los 24 trabajos se evaluaron por dos investigadores, uno con el instrumento (CVC) y otro con una evaluación cualitativa (EJ).**Resultados.** El 30% de los trabajos presentados se encuentran en la categoría de muy bueno, buenos (13%), regulares (26.1%), malos (8.7%) y muy malos (21.7 %). Entre la evaluación cuantitativa y la cualitativa se encontró una concordancia del 80% entre los 10 primeros trabajos y de un 60% entre los primeros 5 trabajos.**Conclusiones.** El instrumento elaborado facilita el trabajo, apoya la evaluación objetiva y tiene una buena correlación con el método de evaluación tradicional.

**MI-31****DENGUE: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LATINOAMÉRICA A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO****RODRÍGUEZ BERDUGO DEISY LUCÍA, CABALLERO CV, DE LA ROSA D***Fundación Universidad del Norte, Barranquilla - Colombia***Palabras clave.** Dengue/Epidemiología, Fiebre Dengue hemorrágico/Epidemiología**Objetivos.** En las Américas, se ha observado claramente la emergencia y reemergencia del dengue con una grave situación epidemiológica. Realizamos un estudio bibliométrico en las bases de datos, para conocer y categorizar las publicaciones actuales sobre la situación epidemiológica del Dengue en Latinoamérica.**Diseño del estudio.** Descriptivo retrospectivo**Mediciones.** Se realizó una revisión sistemática en Pubmed y en las bases de datos Latinoamericanas, Scielo, Lilacs, Redalyc e Imbiomed; Palabras implementadas en la búsqueda Dengue/Epidemiología, Fiebre Dengue hemorrágico/Epidemiología; resultados categorizados según la base de datos, país y tipo de publicación.**Resultados.** La búsqueda arrojó 516 publicaciones, 131 (25.3%) en Pubmed, 79 (15.3%) en Scielo y 271 (52.5%) en Lilacs. Las contribuciones de Redalyc e Imbiomed son solo del 3.6% y 3.1% respectivamente. Del total de publicaciones, 134 (25.9%) son artículos originales, 42 (8.1%) artículos de revisión y 12 (2.3%) reportes de casos, correspondiendo el 63.7% entre otras a boletines epidemiológicos, editoriales y comentarios. El país con más publicaciones es Brasil con 40.9% del total, seguido en orden de producción de México (12.4%), Cuba (11.8%), Colombia (11%) y Venezuela (5.8%). En estos países el porcentaje de publicaciones originales es de 28.7% para Brasil, 25% para México, 19.6% para Cuba y 33.3% para Colombia. Venezuela no reporta artículos originales.**Conclusiones.** A pesar de la importancia epidemiológica del dengue, en América latina se han publicado muy pocos artículos originales sobre el tema (25.9%). La mayoría de las publicaciones corresponden a boletines informativos y de bajo nivel de evidencia (63.7%) Se requiere estimular la investigación en este campo.

**MI-32****FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: UNA REVISIÓN DE BIBLIOMETRÍA LATINOAMERICANA****CASTRILLÓN JAIME ANDRÉS, ANAYA M, RODRÍGUEZ D, GARCÍA J, DE LA ROSA D, CABALLERO CV***Fundación Universidad del Norte, Hospital Universidad del Norte, Barranquilla -Colombia***Palabras clave.** Fiebre de origen desconocido, bibliometría, bases de datos**Objetivos.** El objetivo de este estudio es realizar una descripción de artículos latinoamericanos referentes a FOD realizando un análisis bibliométrico.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo-**Lugar del estudio.** Barranquilla.**Pacientes.** No**Intervenciones.** No**Mediciones.** Estudio retrospectivo con análisis de casos, en ocho bases de datos (PubMed, OVID, Cochrane, Scielo, Lilacs, Redalyc, Ebsco y Pubindex). Para la búsqueda se emplearon las palabras claves fever unknown origin y fiebre de origen desconocido. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a la definición. Los datos fueron estratificados en Excel acuerdo a la definición. Los datos fueron estratificados en Excel para acuerdo a la definición. Los datos fueron estratificados en Excel para tabulación y análisis.**Resultados.** Resultados: La búsqueda arrojó 689 artículos entre los años 1969-2007, de los cuales el 24.96% (172 artículos) son latinoamericanos; en PubMed de 240 artículos, se registraron en LA 47 (25%). Los países con mayor publicaciones fueron: Brasil 28.72%, México 15.42%, Argentina y Chile 13.82%, y Cuba 10%. El tipo de documento más publicado son las presentaciones de caso (39.3%). En Colombia se registraron 6 artículos (3.48%).**Conclusiones.** Conclusión: El número de artículos encontrados sobre el tema es relativamente bajo; la participación de Colombia dentro de los países en LA que registraron publicaciones es pobre ocupando un 6º lugar, lo cual debería incentivar la investigación en LA y en nuestro país en especial.

**MI-33****SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS EN LATINOAMÉRICA EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS****GARCÍA JUAN CAMILO, CASTRILLÓN J, ANAYA M, RODRÍGUEZ D, DE LA ROSA D, CABALLERO CV***Fundación Universidad del Norte, Hospital Universidad del Norte, Barranquilla – Colombia***Palabras clave.** Tuberculosis, epidemiología, latinoamérica.**Objetivos.** El objetivo de este estudio es realizar una descripción de artículos referentes a la epidemiología de la tuberculosis.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo.**Lugar del estudio.** Barranquilla.**Pacientes.** No**Intervenciones.** No**Mediciones.** Estudio retrospectivo con análisis de casos, en cinco bases de datos (Google académico, Lilacs, Redalyc, Scielo y Medline0). Para la búsqueda se emplearon las palabras claves tuberculosis, epidemiología y Latinoamérica. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a la definición. Los datos fueron estratificados y clasificados según base de datos, autor, tipo de artículo y año de publicación en Excel para tabulación y análisis.**Resultados.** Se obtuvieron 314 artículos entre los años 1988-2008, de los cuales el 62% corresponden a artículos originales, el 24% artículos de revisión y el 14% reportes de casos. Los países con mayor publicaciones fueron: Brasil 26.75%, Cuba 21.33%, Chile 11.7%, Colombia 10.8% y México 9.87%. Entre los años 1988 y 1997 se publicaron 26 artículos (8.3%) y durante la segunda década (1998 y 2008) se publicaron 288 artículos (91.7%).**Conclusiones.** El número de artículos obtenidos referente a la epidemiología de la tuberculosis en LA es bajo. El líder dentro de los países en LA que registraron publicaciones es Brasil. Colombia ocupa el 4º lugar. Los resultados anteriores deben ser un estímulo para aumentar las publicaciones en toda LA y en especial Colombia.

**MI-34****REVISIÓN BIBLIOMÉTRICA DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN COLOMBIA****ANAYA MARCO ANTONIO, CASTRILLÓN J, RODRÍGUEZ D, GARCÍA J, CABALLERO CV, DE LA ROSA D***Fundación Universidad del Norte, Hospital Universidad del Norte, Barranquilla - Colombia*

**Palabras clave.** SIDA, infección por VIH, Colombia, base de datos, vigilancia epidemiológica, epidemiología.

**Objetivos.** Conocer y categorizar las publicaciones actuales

**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Lugar del estudio.** Barranquilla.

**Pacientes.** no.

**Intervenciones.** no.

**Mediciones.** Se realizó una revisión sistemática de bases de datos Latinoamericanas, Scielo, LILACS, redalyc, Imbiomed y además de PUBMED y google académico. Se seleccionó a aquellos que enfatizaban en la situación epidemiológica del SIDA en Colombia. Posteriormente se clasificó según el tipo de publicación, autor, año de publicación y la fuente.

**Resultados.** Se obtuvo un total de 1562 referencias, de las cuales 75 (4.80%), se ocupaban de la situación epidemiológica del SIDA en Colombia. 55 estudios (73.3%) fueron descriptivos, 17.3% revisión, 4% citas y 5% otro tipo de publicación. Se registró la mayor producción entre los años 2001-2005 (33.3%). El autor con mayor número de publicaciones fue el colombiano Ricardo García Bernal con 7 registros, y Lilacs la base de datos con mayor aporte con 34 publicaciones (45.3%).

**Conclusiones.** En el análisis bibliométrico realizado, la mayoría de las publicaciones correspondían a estudios descriptivos. El número de publicaciones ha sido fluctuante a lo largo de estas dos décadas

**MI-35****¿DIFIEREN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA GENERAL DE LOS HOSPITALIZADOS EN OTRAS ESPECIALIDADES EN ALGO MÁS QUE EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO?****MATJASEVIC EUGENIO, BELTRÁN JR, GARZÓN N, ROA J***Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de los Andes, Bogotá, D.C.-Colombia*

**Objetivos.** En nuestro hospital, y en otros hospitales del mundo, los pacientes del servicio de Medicina Interna General (MIG) tienen mayores promedios de estancia hospitalaria que los de otros servicios del Departamento de Medicina Interna y de otros departamentos del Hospital (No-MIG). Queremos saber si, independientemente del diagnóstico de ingreso, existen diferencias entre los pacientes MIG y No-MIG que expliquen dicha mayor estancia.

**Diseño del estudio.** Prospectivo, grupo control aleatorizado.

**Lugar.** Hospital Universitario de cuarto nivel en donde los subespecialistas de Medicina Interna hospitalizan pacientes de manera independiente al servicio de MIG

**Pacientes.** Cincuenta pacientes hospitalizados de manera consecutiva en MIG a partir del 1 de mayo de 2008 (“pacientes”) y 50 controles asignados al azar entre los pacientes hospitalizado en la misma fecha en cualquier servicio No-MIG, excepto pediatría y obstetricia (“controles”).

**Intervenciones.** Ninguna

**Mediciones.** Tanto a “pacientes” como a “controles” se les aplicaron los siguientes instrumentos en el momento del egreso: *Patient Severity Index* de Horn (severidad de la enfermedad), *Comorbidity Index and Score* de Charlson (Comorbilidad), *Rapid Disability Rating Scale* (incapacidad para autoayuda).

**Resultados.** Con respecto a pacientes No-MIG los MIG tienen: mayor estancia hospitalaria (promedio±DE, p) ( $13.18 \pm 13.86$  vs  $6.22 \pm 4.74$ ,  $p=0.001$ ), mayor edad ( $74.4 \pm 14.39$  vs  $59.5 \pm 18.06$ ,  $p=0.00001$ ), mayor incapacidad para la autoayuda ( $27.82 \pm 6.4$  vs  $23.22 \pm 5.9$ ,  $p=0.0003$ ), mayor severidad de la enfermedad que motivó su hospitalización ( $40.4 \pm 16.1$  vs  $32.8 \pm 20.4$ ,  $p=0.04$ ) y mayor comorbilidad con menor esperanza de vida para los próximos 10 años ( $22 \pm 33$  vs  $63 \pm 35$ ,  $p=0.00000003$ )

**Conclusiones.** Los pacientes de MIG permanecen hospitalizados más tiempo posiblemente como consecuencia de su mayor edad, mayor severidad de su enfermedad de base, más comorbilidades y más incapacidad para el autocuidado que los pacientes No-MIG.

**MI-36****PREVALENCIA DEL USO DE LA HIDROCLOROTIAZIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA CONSULTA EXTERNA EN VARIOS CENTROS DE BOGOTÁ**

CANO NAIRO, PINILLA AE, SPINEL NL, PEÑARANDA EA, GRANADOS CE

*Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, D.C.-Colombia***Palabras clave.** Hipertensión arterial. Diabetes mellitas tipo 2, hidroclorotiazida, prevalencia.**Introducción.** El control adecuado de la hipertensión arterial sistémica es fundamental para la prevención de la morbilidad y mortalidad por eventos cardiovasculares, principalmente en pacientes diabéticos. Por este motivo, las últimas recomendaciones de tratamiento de la hipertensión arterial sistémica hace énfasis en alcanzar las metas ideales de presión arterial, a través de una correcta terapia antihipertensiva, que incluye la prescripción de un diurético tiazida como uno de los tratamientos de primera línea y en casi todos los casos de terapia combinada, dada su eficacia farmacológica, seguridad y bajo costo.**Objetivo.** Determinar la prevalencia del uso de hidroclorotiazida en el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica de los pacientes diabéticos tipo 2, describir el tratamiento farmacológico antihipertensivo en este grupo de pacientes y estimar el grado de control en las cifras de presión arterial, glucemia de ayuno, hemoglobina glucosilada y perfil lipídico.**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de corte transversal analítico. Se seleccionaron dos poblaciones de pacientes hipertensos y diabéticos, una perteneciente al régimen subsidiado y la otra al régimen contributivo en salud, que asistieron a control por consulta externa durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2007 y el 29 de febrero de 2008. En ambas poblaciones se recolectaron tanto variables epidemiológicas como aquellas relacionadas con el tratamiento antihipertensivo (fármacos, cifras de presión arterial) y de control metabólico (glucemia, hemoglobina glucosilada, perfil lipídico y potasio). El análisis de los datos se realizó con el programa Stata 9.2 módulo para análisis de estudios de prevalencia.**Resultados.** La prevalencia de uso de hidroclorotiazida en la muestra total de diabéticos hipertensos fue 30.6%; en la Institución Prestadora de Salud del régimen contributivo fue 31.7% y en la del régimen subsidiado fue 29.9% ( $p=0.6351$ ). La monoterapia fue la forma más común de tratamiento farmacológico (44.6%). Los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina fueron el grupo farmacológico de mayor prevalencia de prescripción (65.7%). El 53.2% de la muestra total se encontró en terapia no ideal dada por terapia contraindicada en 2.8%, problema de sinergia 9.6% y no recomendada en 40.8%. El 78.4% de los pacientes en la muestra total presentó la PA por encima de metas ( $< 103/80$  mmHg). No se encontraron diferencias en la PA promedio de pacientes con o sin prescripción de hidroclorotiazida. En la muestra total, la prevalencia de registro de glucemia basal en un período de seis meses fue 36.1%; para la hemoglobina glucosilada en un período de un año correspondió a 12.3%; estas prevalencias fueron mayores en la Institución prestadora de salud del régimen contributivo ( $p=0.000$ ). En la muestra total la prevalencia de registro del perfil lipídico completo en el último año fue 22.6%. Los porcentajes de pacientes con valores registrados de perfil metabólico en metas son: glucemia basal 54.4%, hemoglobina glucosilada 33.3%, colesterol de baja densidad 23.2%, colesterol de alta densidad 28.2% y triglicéridos 38.3%. En este estudio, la diferencia de medias de la glucemia, hemoglobina glucosilada y perfil lipídico no fue significativa entre los tratados y no tratados con hidroclorotiazida.**Conclusiones.** La prevalencia de uso de hidroclorotiazida en diabéticos hipertensos fue baja, los pacientes diabéticos son tratados principalmente con monoterapia con inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y más de la mitad de las prescripciones correspondieron a terapia no ideal. La prevalencia de hipertensión arterial no controlada es elevada. Los pacientes del estudio tienen bajas prevalencias de registro de los parámetros del perfil metabólico y un alcance insuficiente de metas. Los cambios en el perfil metabólico en pacientes prescritos con hidroclorotiazida no fueron significativos.

**MI-37****HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA, PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON LA EDAD****SAMBONI MÉNDEZ MARIELA, BRABO MC, HERNÁNDEZ A, GRANADOS CE, LÓPEZ JH.***Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia. Hospital: Clínica Carlos Lleras Restrepo, Bogotá, D.C.- Colombia***Palabras clave.** Hipotensión Ortostática, prevalencia, hospitalizados, edad.

La hipotensión ortostática (HO) es un hallazgo frecuente en pacientes ancianos, aumentando el riesgo de caídas y limitando la autonomía y calidad de vida, sin embargo es poco explorada en el examen físico por los clínicos. Se define como la disminución de al menos 20 mm Hg en la presión sistólica o 10 mm Hg en la presión diastólica tres minutos después de cambiar de posición supina y la erecta al menos en dos registros en 24 horas.

**Métodos.** Se recolectaron datos demográficos, procedencia y antecedentes de la historia clínica de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de nuestro hospital; se realizaron dos mediciones separadas de tensión arterial para evaluar la prevalencia de hipotensión ortostática; adicionalmente se exploraron signos de arterioesclerosis.

**Resultados.** Ingresaron al estudio 124 pacientes; 42.7% de 60 o más años, 57% eran mujeres, 77% tenían HTA como antecedente, 63% consumían antihipertensivos, 9% recibían medicamentos de uso psiquiátrico, la mayoría tenían sobrepeso u obesidad, solamente 9% tenían bajo peso, 23.5% presentaron Fenómeno de Osler, el índice Tobillo Brazo fue significativo en el 35.7%, solamente 4% tenían diagnóstico previo de HO; finalmente 35% de la población presentó HO. Se encontró asociación con la edad mayor o igual a 60 años OR 3.2 IC 95% (1.08 – 11.7).

**Conclusiones.** Existe subdiagnóstico de hipotensión ortostática; se encontró asociación con edad mayor de 60 años; no se encontraron otras asociaciones; la HO requiere de su búsqueda activa.