

Trabajos de Investigación Residentes

Resident Research Jobs

TIR-1

ANEMIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL Y FACTORES ASOCIADOS: UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES MEDICOS HOSPITALIZADOS

MATEUS JUAN, ALZA JHONGERT, CÁRDENAS JORGE, CASTAÑEDA ANDRÉS, WANCJER BENJAMÍN.

Departamento de Medicina interna, Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.

Introducción. Diferentes avances médicos están conllevando al desarrollo de anemia intrahospitalaria. Empero, el comportamiento y las enfermedades asociadas no se han descrito en ningún paciente no quirúrgico. Nuestras observaciones clínicas sugieren la hipótesis de que las flebotomías y las comorbilidades son factores que influyen en la anemia adquirida en el hospital.

Diseño. Estudio observacional analítico, cohorte retrospectiva.

Metodología. Se analizó el comportamiento de la hemoglobina en los primeros 20 días de 362 pacientes, con hospitalización mayor a 5 días. Excluyéndose pacientes con comorbilidades que implicaran descenso de la hemoglobina.

Resultados: Entre 362 pacientes, 85 ingresaron con anemia, mientras que 107 desarrollaron anemia durante la hospitalización. La mediana del número de flebotomías durante la hospitalización fue de 12, con un promedio de 1,21 flebotomía por día, y 67 mililitros extraídos. Al dividir el comportamiento de la Hemoglobina en cuartiles en días (1-5, 6-10, 11-15, 16-20), se observó una disminución estadísticamente significativa en la hemoglobina desde el primer cuartil al segundo cuartil y desde el segundo al tercer cuartil. Adicionalmente, la presencia de enfermedad infecciosa bacteriana y el número promedio de flebotomías se asociaron estadísticamente con el desarrollo de anemia (OR 1.65, IC 95% 1.02-2.70 $p = 0.042$) y (OR 1.55 IC del 95%: 1.22-1.98 $p = 0.0002$) respectivamente. Se realizó una curva ROC, evidenciando un área bajo la curva de 0,64 (IC del 95%: 0,581 a 0,708), encontrando una sensibilidad del 91% para las extracciones inferiores a 37,5 ml y con una especificidad del 82% para las extracciones superiores a 120,5 ml.

Conclusión: La anemia intrahospitalaria se origina por un descenso de hemoglobina a través de la hospitalización, sobre todo en los primeros días. Las infecciones bacterianas y el número de flebotomías son algunos de los factores asociados. Pudiéndose relacionar esta condición, con prolongación de la estancia hospitalaria.

TIR-2

USO DE LA ESCALA DE CHARLSON COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN PACIENTES ADULTOS AL MOMENTO DE INGRESO A URGENCIAS

GARCÍA ÁNGEL ALBERTO, RODRÍGUEZ MARÍA ANGÉLICA, SOTELO JORGE ENRIQUE, MAYORGA VIVIANA, SERRANO PAULA, JURADO NATALLIE, PARIS GABRIELA, JIMÉNEZ CAMILO, GARZÓN ANDRÉS, CANO CARLOS ALBERTO, MORENO ATILIO, AGUIAR LEONAR.

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Es importante para las instituciones de salud utilizar sistemas de clasificación al momento de ingreso a urgencias, para priorizar la atención de pacientes, anticipar el riesgo de hospitalización prolongada, lograr un uso racional de recursos e intervenir de forma temprana en factores modificables. La evidencia demuestra utilidad del índice de Charlson como predictor de días de estancia hospitalaria.

Diseño. Se realizó un estudio de descriptivo, analítico de cohorte prospectiva, en pacientes adultos que ingresaron a urgencias en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), para evaluar, si la puntuación en la escala de Charlson es un factor independiente para estancia hospitalaria prolongada. Se estimó un tamaño muestral con al menos 200 eventos, para lograr una relación evento: variable de 1:10, con un poder estadístico del 80 % y error alfa de 0.05 %.

Métodos. 1535 pacientes adultos fueron incluidos en el estudio entre el mes de marzo y abril del 2018, todos los pacientes fueron evaluados en triage donde se registraron variables clínicas, motivo de consulta y durante las primeras 24 horas, se calculó la puntuación de la escala de Charlson. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y multivariado, mediante regresión logística, teniendo en cuenta como desenlace dicotómico la presencia de hospitalización prolongada definida, como estancia hospitalaria mayor a 3 y 5 días respectivamente.

Resultados. Se demostró una asociación estadísticamente significativa en 5 variables de interés: edad, frecuencia cardiaca, motivo de consulta: trauma, triage y puntaje de la escala de Charlson. Los resultados encontrados para la escala de Charlson fueron para la definición operativa mayor a 3 días: OR 1.26 IC95% (1.15; 1.38) y para mayor de 5 días OR 1.26 IC95% (1.14; 1.39).

Conclusión. La puntuación de la escala de Charlson es un predictor independiente de estancia hospitalaria prolongada, económico, de fácil implementación y uso en los servicios de urgencias.

Palabras clave: urgencias, triage, escala de Charlson, riesgo, hospitalización.

TIR-3

EFICACIA DE LA TRIPLE TERAPIA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 NO CONTROLADOS: ESTUDIO EN VIDA REAL

BEDOYA VANESSA, OSORIO LUIS M., MUÑOZ JENNY, SALGADO CARLOS, CASANOVA MARÍA E., CARVAJAL REYNALDO Y ABREU ALÍN.

Universidad Libre, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

Introducción. Los inhibidores selectivos reversibles del co-transportador sodio y glucosa 2 (SGLT2i) son una nueva clase de medicamentos aprobados para el manejo de diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos. Evaluar la eficacia de la triple terapia en pacientes diabéticos tipo 2 no controlados.

Diseño. Estudio cuasi experimental antes-después realizado entre agosto 2015 y febrero 2018 con seguimiento a 52 semanas (4 visitas) en la Unidad de Endocrinología, Centro Médico Imbanaco. Cali-Colombia.

Métodos. Se incluyeron adultos diabéticos no controlados (N= 89, con edades comprendidas entre 18 y 65 años), recibieron dapagliflozina adicionada a su tratamiento dual de base: Metformina+Glibenclamida (grupo A n=32), Metformina+Saxagliptina (grupo B n=29) y Metformina+Exenatide (grupo C n=28).

Resultados. Todos los 89 pacientes completaron las 52 semanas de seguimiento. La edad media fluctuó entre 52,8 (grupo A) y 55 años (grupo B y C). El 58.6% eran hombres en el grupo B, mientras que en el grupo A y C el 59.4% y 60.7%, respectivamente, eran mujeres. La población hispana representó la mayor cantidad de pacientes en todos los grupos (55.2% al 68.7%). La tendencia lineal de disminución media de HbA1e, glicemia basal, peso corporal y presión arterial se mantuvo ($p < 0.000$). Se alcanzó una meta de HbA1c menor de 7% a las 12,24

Y 52 semanas para el grupo A (22%, 25% Y 31%), grupo B (14%, 45% Y 45%) Y grupo C (14%, 31% Y 39%), respectivamente.

Conclusión. La triple terapia en pacientes diabéticos tipo 2 no controlados mejoró de forma consistente y sostenida no solo la glicemia basal y la HbA1e, sino también el peso corporal y presión arterial con resultados estadísticamente significativos.

La combinación Metformina+Saxagliptina+Dapagliflozina mostró mejores resultados garantizando el mayor número de pacientes con HbA1c < 7%.

TIR-4

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN PACIENTES CON FALLA CARDÍACA AGUDA

ARBELAEZ-COLLAZOS LINA, CALVO-BETANCOURT LAUREN, VALENCIA-MEJIA MARGARITA, JUAN MARIETTA, AMAYA NICOLAS, JUAN EMILIO, MARIÑO ALEJANDRO, GARCIA-PEÑA ANGEL.

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La falla cardíaca aguda (FCA) es uno de los motivos más frecuentes de consulta al servicio de urgencias y en muchas ocasiones deriva en estancias hospitalarias prolongadas lo cual genera altos costos para el sistema de salud. Es importante, identificar aquellos pacientes con factores de riesgo para hospitalizaciones prolongadas para generar rutas específicas de manejo y atención. El objetivo del presente estudio fue identificar los factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en pacientes ingresados al servicio de urgencias por un episodio de FCA en un hospital de alta complejidad en Bogotá.

Diseño. Estudio observacional, analítico de cohorte retrospectivo.

Métodos. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, admitidos al servicio de urgencias de un centro hospitalario de alta complejidad en Bogotá, con diagnóstico clínico de FCA definida por un médico especialista al momento del ingreso. Se obtuvieron variables demográficas, comorbilidades y laboratorios. La variable resultado principal fue el tiempo de estancia hospitalaria definida como estancia mayor a 5 días y 10 días.

Resultados. Se incluyeron un total de 776 pacientes. La edad media fue de 71.5 años (DE 14.3) y 434 (56%) eran pacientes hombres. El promedio de fracción de eyección fue de 39.8% (DS 16.4). La mayoría de los pacientes tenía antecedente de episodio de FCA (63%), 69% tenían hipertensión arterial (HTA) y 30% enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los factores relacionados con una estancia hospitalaria mayor a 5 días fueron: edad, troponina I positiva, hiperglicemia y albúmina menor a 3g/dL. Para el corte de 10 días fueron similares y adicionalmente se encontró la tensión arterial sistólica, frecuencia cardíaca y elevación de péptidos natriuréticos >500mg/dL.

Conclusiones. La evaluación integral de variables clínicas y de laboratorio es útil para identificar pacientes con mayor riesgo de estancia hospitalaria prolongada.

Palabras claves: Falla cardíaca, estancia prolongada, riesgo.

TIR-5

ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES COLOMBIANOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

SANTAMARÍA-ALZA YEISON, COY QUIROGA AMALIA, ALARCÓN GÓMEZ ZULLY MARCELA, SÁNCHEZ-BAUTISTA JULIÁN DAVID, FAJARDO-RIVERO JAVIER ENRIQUE, FIGUEROA PINEDA.

Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Centre for infection and inflammation Imaging Research, Centre for Tuberculosis Research, Johns Hopkins University, Baltimore, USA.

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta múltiples órganos y sistemas. Las principales alteraciones hematológicas son anemia, leucopenia y trombocitopenia. El objetivo del presente estudio fue evaluar las alteraciones hematológicas en una cohorte de pacientes con LES, así como los factores asociados a su presentación

Métodos. Estudio de corte transversal, que incluyó 149 pacientes con diagnóstico de LES entre 2012 y 2016. Se realizó análisis descriptivo, de comparación de grupos y bivariado.

Resultados. La presencia de citopenia fue del 79,8%, de anemia el 76,5%, de trombocitopenia el 22,1% y de leucopenia en el 18,7%. Se encontraron como factores de riesgo para presentar citopenias el ser hombre, tener alteraciones en piel, mucosas y anexos, alteraciones pulmonares agudas, elevada actividad de la enfermedad y títulos altos de anticuerpos anti-DNA. También se encontró asociación con síndrome antifosfolípidos y leucopenia

Conclusión. La población colombiana presenta una elevada prevalencia de compromiso hematológico, dado principalmente por anemia, a diferencia de estudios realizados en otras latitudes. El tener aumento del compromiso multisistémico (alteraciones respiratorias, de piel, síndrome antifosfolípidos, elevación de títulos anti DNA y escalas de actividad de la enfermedad) se asocian con alteraciones hematológicas.

Palabras clave. Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Citopenia, Anemia, Trombocitopenia.

TIR-6

FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y COMPROMISO DEL TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO

MIRANDA-ARBOLEDA ANDRÉS F., CARDONA DANIEL, GARCÍA KAREN, URIBE CARLOS E., FERNÁNDEZ-CADAVID ANDRÉS, RODRÍGUEZ ARTURO E., SENIOR JUAN M.

Universidad de Antioquia, Medellín, Clínica CardioVID, Clínica Medellín, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

Introducción. El compromiso del tronco principal izquierdo no protegido (TPI_{np}) en pacientes con enfermedad coronaria (EAC) implica pobre pronóstico. La cirugía de revascularización coronaria (CABG) ha sido el estándar de manejo para esta condición, sin embargo, recientes estudios proponen la intervención coronaria percutánea (ICP) como una opción factible en el tratamiento de esta entidad. Evaluamos los desenlaces intrahospitalarios y durante el seguimiento de pacientes con compromiso del TPI_{np}.

Diseño. Estudio observacional de cohorte retrospectivo.

Métodos. Pacientes admitidos a hospitales de tercer nivel desde enero de 2015 hasta noviembre de 2017 con diagnóstico de enfermedad coronaria y afección del tronco fueron ingresados. Muerte de cualquier causa, infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular (ACV), reintervención y/o readmisión hospitalaria fueron valorados como un desenlace compuesto e individualmente durante la hospitalización y el tiempo de seguimiento.

Resultados. 82 pacientes fueron incluidos, la edad promedio fue 71 años (desviación estándar -DE- 9,9). 35 pacientes recibieron ICP, 31 pacientes CABG y 16 manejo médico (MM). La mortalidad intrahospitalaria fue del 16%, hubo un caso de reinfarcto y no se presentaron eventos cerebrovasculares. En seguimiento medio de 12.3 meses la mortalidad fue del 20%, reinfarcto 6% y readmisión hospitalaria 4%. La mortalidad en el seguimiento fue mayor en el grupo de ICP (RR: 3.6; 95%IC 1.13 – 11.9; p=0,02). Sin embargo, diferencias en características basales confirieron un mayor riesgo a los pacientes en el grupo ICP. La frecuencia cardíaca elevada al ingreso se asoció a mayor mortalidad (p <0,05).

Conclusión. El compromiso del TPI_{np} se asocia a alto riesgo de muerte y se presenta con anatomía coronaria compleja. Los pacientes en grupo ICP tuvieron mayor mortalidad en el seguimiento, pero se relacionó con mayor incidencia de enfermedad coronaria aguda. La frecuencia cardíaca fue el único factor de riesgo asociado a mayor mortalidad hospitalaria y en el seguimiento.

TIR-7

CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS FRAMINGHAM ATP III, SCORE Y ACC/AHA 2013, EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL EN EL AÑO 2015

MANCERA RINCÓN PEDRO, GIRAL GIRALDO HELMAN EDUARDO, RIZO TELLO VÍCTOR ZEIN, BARRERA GARAVITO EDGAR CAMILO.

Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Identificar las personas sin enfermedad cardiovascular establecida con alto riesgo es el objetivo de la intervención primaria en prevención cardiovascular. En nuestro medio se han aplicado múltiples escalas de riesgo cardiovascular sin embargo en Colombia la única escala validada es la de Framingham. Esta investigación se realizó para determinar el grado de concordancia entre las escalas Framingham, SCORE y AHA/ACC2013 con el fin de determinar su aplicabilidad.

Materiales y Métodos. Estudio de tipo observacional de corte transversal en pacientes de 40 a 75 años que asistieron durante el año 2015 al programa de Chequeo Ejecutivo en la Fundación Cardioinfantil, de 4783 se tomó una muestra aleatorizada simple de 861, se calculó el riesgo cardiovascular con las escalas de Framingham, SCORE y AHA/ACC2013. Se describieron las variables cualitativas mediante distribuciones de frecuencias, las variables cuantitativas con medidas de tendencia central, se realizó un análisis bivariado con el coeficiente de correlación Kappa de Cohen considerándose como buena correlación >60 .

Resultados. El cálculo del riesgo cardiovascular con cada una de las escalas encontró para alto riesgo AHA 2013 de 14,6%, Framingham 2,2% y SCORE con 1,1%. Para riesgo medio SCORE de 26,9%, AHA2013 de 17,1% y Framingham de 14,4%, y riesgo bajo la estimación fue de Framingham de 83,3%, SCORE de 73% y AHA2013 68,3%. El índice de concordancia de Kappa de Cohen entre la escala Framingham modificada y SCORE se evidencia fuerza de concordancia moderada (Kappa:0,47) al calcular este índice entre Framingham modificada y AHA2013 la fuerza de concordancia es débil (Kappa: 0,3497).

Conclusión. Con los hallazgos del estudio se concluye que el comportamiento en cuanto a la estimación de riesgo de las escalas de SCORE y AHA2013 no es concordante, por lo tanto, sus estimaciones no son intercambiables, tendiendo a sobre estimar o sub estimar el riesgo.

TIR-8

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE TRES REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA EMBOLIA PULMONAR

ORTIZ SANTIAGO, FAIZAL IVETTE, AGUIRRE GUILY, CEPEDA ANDRÉS, MARTINEZ LAURA, RAMÍREZ DAVID.

Clínica Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca.

Introducción. La embolia pulmonar (EP) es la tercera causa de muerte cardiovascular en el mundo. La evaluación de la probabilidad pre test a través de reglas de predicción clínica Wells, Ginebra y Pisa ha sido ampliamente validada en estudios previos. Se disponen de datos insuficientes que evalúen el rendimiento diagnóstico de las mismas en población colombiana.

Materiales y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo con análisis de prueba diagnóstica en un hospital de III nivel de atención entre los años 2009 a 2017, donde se incluyeron todos los sujetos mayores de 18 años con realización de Angiotomografía de tórax (ATC) solicitada por sospecha clínica de EP. Se registraron todas las variables necesarias para la construcción de las reglas de Wells, Ginebra y Pisa. Cada uno de los puntajes se calculó de manera numérica y posteriormente se clasificó según la probabilidad. El diagnóstico de EP se realizó mediante ATC leída por radiólogo. Los datos se depositaron en una hoja de cálculo de Excel y se analizaron con el programa estadístico SPSS licenciado (1968).

Resultados. Se ingresaron 507 sujetos para los puntajes de Wells y Ginebra y 339 para el puntaje de Pisa. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las diferentes reglas de predicción clínica y el diagnóstico de EP. El puntaje de Wells mostró un área bajo la curva de características operativas del receptor (ROC) mayor a los puntajes de Ginebra y de Pisa en la población de estudio.

Conclusiones. Se determinó un rendimiento superior para la escala de Wells en nuestro medio. Se evidenció limitaciones en la aplicación de la escala de Pisa asociado a un rendimiento inferior. Se requieren estudios adicionales que permitan un mejor análisis del rendimiento de estas escalas en la población colombiana.

TIR-9

COMPORTAMIENTO DEL SÍNDROME DE CUSHING EN UN CENTRO DE SALUD NIVEL IV DE LA CIUDAD DE CALI

SALGADO CIFUENTES CARLOS ALBERTO, MUÑOZ LOMBO JENNY PATRICIA, BEDOYA JOAQUI VANESSA, OSORIO CORREA CINDY VERÓNICA, TABARES BURBANO ADRIÁN ANDRES, ABREU LOMBA ALIN.

Universidad Libre, Centro Médico Imbanaco, Cali-Colombia.

Introducción. El síndrome de Cushing es una patología de prevalencia incierta en la ciudad de Cali, con una gran carga mórbida al momento de su presentación. La respuesta a los manejos estandarizados es variable. Se hace necesario determinar la respuesta clínica a diferentes opciones de tratamiento ofrecidas a estos pacientes en nuestra población.

Diseño. Estudio de cohorte retrospectiva, realizado entre el 01 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2017

Métodos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de síndrome de Cushing, cuyo control se realizaba en la consulta endocrinológica de un centro de salud nivel IV de la ciudad de Cali. Se revisaron las variables demográficas, presencia de comorbilidades asociadas, persistencia, remisión y recurrencia de la enfermedad.

Resultados. Un total de 45 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, la edad promedio fue 46 años, con un porcentaje de 60% de pacientes femeninos, 47% eran hipertensos. Todos los pacientes fueron llevados a cirugía en su primer abordaje. Se presentó remisión clínica en el 49% de la población, con recurrencia del 32%. En el análisis de subgrupos, los pacientes con enfermedad de Cushing presentaron una remisión del 41%, con una recurrencia del 38%, mientras que los pacientes con adenoma suprarrenal presentaron una remisión del 100% con una recurrencia de 25%. Por su parte, de los 5 pacientes con tumores ectópicos productores de ACTH solo 1 remitió, sin embargo, este único paciente presentó recurrencia posterior a la remisión.

Conclusiones. La eficacia de las diversas terapias disponibles varía según las poblaciones estudiadas. Las variables demográficas son similares a los reportes de la literatura. Se evidenció menor porcentaje de comorbilidades asociadas.

TIR-10

ESCALA DE STOP-BANG COMO TAMIZAJE PARA IDENTIFICAR SUJETOS CON RIESGO DE SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA DEL SUEÑO, EN PACIENTES CON CEFALEA PRIMARIA CRÓNICA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

HENRÍQUEZ ORTIZ SAYURIS, HINCAPIÉ DÍAZ GUSTAVO, GUZMÁN MOLANO LUISA, BASTIDAS GOYES ALIRIO, MANTILLA BARBARITA.

Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Introducción. El cuestionario de STOP-Bang es utilizado como una herramienta para detectar sujetos con riesgo de síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) por su alto valor predictivo negativo (VPN) y sensibilidad (S), la utilización del mismo en pacientes con cefalea crónica podría ser una opción para priorizar la realización de polisomnografía (PSG), con fácil accesibilidad y bajo costo.

Métodos. Estudio de prueba diagnóstica. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de cefalea primaria crónica captados en la consulta externa de neurología del Hospital Militar Central. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas, resultados de la escala de STOP-Bang, se determinó la frecuencia de apnea hipopnea, se realizó un cálculo de la validez y características operativas de la escala para el diagnóstico de SAHS.

Resultados: 112 pacientes incluidos en el análisis. El 58% (65/112) fueron hombres. Edad promedio 52,5 años. El promedio de IMC fue de 29.2 (DE \pm 5.4) Kg/m². La intensidad del dolor frecuente fue moderada 66.1% (74/112), la aparición de la cefalea a cualquier momento del día se encontró en el 46.4% (52/112). El área bajo la curva para SAHS en los pacientes con alto riesgo en la escala de STOP-Bang fue de 0,79 (IC95%:0,688-0,891) (p<0,001).

Conclusiones. El cuestionario STOP-Bang tiene un buen rendimiento como prueba de tamización en cuanto a sensibilidad y área bajo la curva para el diagnóstico SAHS en pacientes con cefalea crónica que presentaron puntaje de STOP-Bang de alto riesgo.

Palabras clave: cefalea, apnea del sueño, escala, STOP-Bang.

TIR-11

IMPACTO DE LOS ANALOGOS DE SOMATOSTATINA EN EL MANEJO DE ACROMEGALIA

OSORIO CORREA CINDY VERÓNICA, SALGADO CARLOS ALBERTO, CARVAJAL REYNALDO, ABREU LOMBA ALIN.

Universidad Libre, Colombia, Centro Médico Imbanaco, Cali Colombia.

Introducción. La acromegalia es una enfermedad rara caracterizada por hipersecreción de hormona de crecimiento (GH). La cirugía, la terapia médica y la radioterapia son los tratamientos disponibles para estos pacientes, con objetivos terapéuticos: disminuir los niveles de GH, lograr niveles normales de somatomedina C y reducir el tamaño tumoral. Este estudio quería evaluar el impacto del control bioquímico y tamaño tumoral con los diferentes análogos de somatostatina.

Diseño. Estudio de serie de casos retrospectivo entre enero de 2015 y diciembre 2017 con base en registros clínicos de pacientes con diagnóstico de acromegalia que consultaron a un centro de referencia de endocrinología en Cali-Colombia.

Métodos. Se incluyeron 29 pacientes con diagnóstico de acromegalia en manejo con análogos de somatostatina con edades comprendidas entre 28 y 79 años. La evaluación del impacto clínico consistió en analizar las diferencias entre la medición basal con las obtenidas en tres momentos línea basal, 6 y 12 meses de las variables bioquímicas GH y somatomedina C (IGF1). Se estableció a priori un nivel de significación estadística $\alpha = 0,05$.

Resultados. Todos los 29 pacientes completaron 12 meses de seguimiento. En el valor de GH se aprecia una tendencia lineal de disminución desde el momento inicial (13,5ng/ml \pm 1,7) con un intervalo de confianza(IC)95%:10,0–17,0, hasta el mes 12(2,2ng/ml \pm 0,3) IC95%:1,6–2,7(valor p=0.000), al igual que con la somatomedina C desde el momento inicial (776,7 ng/ml \pm 41,3) con IC95%:692,2–861,3, hasta el mes 12(336,9ng/ml \pm 29,0) con IC 95%:277,3–396,5(valor p=0.000). La tendencia lineal de disminución media de GH y somatomedina C se mantuvo a los 6 y 12 meses mostrando diferencias estadísticamente significativas (p=0.000)

Conclusión. La remisión bioquímica y disminución del tamaño tumoral durante el seguimiento a 6 y 12 meses fue significativa en los pacientes con acromegalia que recibieron manejo con análogos de somatostatina sin tener diferencias entre los 2 grupos de medicamentos.

TIR-12

FACTORES ASOCIADOS A INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL

JUAN CASTELLANOS-DE LA HOZ, JULIÁN NARANJO MILLÁN, EDGAR BARRERA GARAVITO.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Objetivo. Determinar factores clínicos asociados al desarrollo de lesión renal aguda (LRA) en el periodo de posoperatorio de trasplante hepático.

Diseño. Estudio prospectivo, observacional, analítico de cohorte.

Marco de referencia. Fundación Cardioinfantil (FCI), hospital de cuarto nivel

Pacientes. Pacientes mayores de 18 años, receptores de trasplante hepático.

Mediciones principales. Variables prequirúrgicas, posquirúrgicas y evolución de creatinina para determinar la incidencia de LRA. Se elaboró un modelo de regresión de Cox para determinar que variables se asocian a LRA.

Resultados. Se encontraron 198 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 94 pacientes por no contar con datos intraoperatorios en la historia clínica. Se encontraron 54 (52%) casos de LRA, con una mediana de supervivencia libre de LRA de 83 días. Sin diferencias estadísticamente significativas en los análisis univariados entre la población con LRA y los pacientes libres de eventos. El modelo de regresión incluyó la presencia de ascitis severa, MELD > 20 y uso de más de 4 unidades de Crioprecipitado durante la cirugía. La presencia de ascitis severa confiere un HR 0.36 (IC 95% 0.14-0.92) independiente del MELD y el uso de crioprecipitado durante la cirugía de trasplante.

Conclusiones. En nuestro estudio se ha encontrado después de ajustar por las variables de confusión, como la principal variable asociada, ascitis severa, hallazgo que se puede entender al estudiar los fenómenos de preconditionamiento isquémico que pueden tener este grupo poblacional. Consideramos un hallazgo que se debe tener en consideración en los estudios que se realicen a posteriori.