

## Intervención • Tratamiento

## Intervention • Treatment

IT-1	MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE BEHCET: REPORTE DE CASO . . . . .	45	IT-11	BACTERIEMIA POR ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMS. UN ESTUDIO TRANSVERSAL. . . . .	47
IT-2	EFFECTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN LA HIPERCAPNIA DE LOS PACIENTES CON HIPOVENTILACIÓN ASOCIADO A LA OBESIDAD A LA ALTURA DE 2600 METROS . . . . .	45	IT-12	CONSUMO DE FACTOR ANTIHEMOFILICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS CON ATROPATIA EN UNA COHORTE DE IPS ESPECIALIZADA . . . . .	47
IT-3	REPORTE DE CASO: EFECTO DE LIPODISTROFIA EN EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 . . . . .	45	IT-13	TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE MÉDICO HOSPITALIZADO POR MEDICINA INTERNA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL . . . . .	48
IT-4	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ADULTOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE . . . . .	45	IT-14	HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE CON VIH: REPORTE DE CASO . . . . .	48
IT-5	COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA DE PUENTES Y ANGIOPLASTIA CORONARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO EN DOS COHORTES RETROSPECTIVAS, MEDELLÍN, 2000-2012 . . . . .	46	IT-15	TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE EN PACIENTE ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO. . . . .	48
IT-6	IMPACTO DE LA ARTROPATÍA HEMOFÍLICA EN EL CONSUMO TOTAL DE UNIDADES . . . . .	46	IT-16	EMBOLISMO PARADÓJICO, TOMA DE DECISIONES. REPORTE DE CASO. . . . .	48
IT-7	RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE (PTI) EN UN SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGIA, CALI . . . . .	46	IT-17	EXPERIENCIA DEL USO DE INMUNOGLOBULINA G EN UCI . . . . .	49
IT-8	EXPERIENCIA DE TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN INFARTO CEREBRAL AGUDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALI . . . . .	46	IT-18	FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN EN PROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS; EFECTO EN LA RECURRENCIA DEL SÍNCOPE. . . . .	49
IT-9	RAZONES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y A LAS RECOMENDACIONES DADAS AL EGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE FALLA CARDÍACA. . . . .	47	IT-19	HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR ASOCIADO CON SOBREALICUAGULACIÓN POR WARFARINA DURANTE LOS PRIMEROS 4 DÍAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS . . . . .	49
IT-10	PAPEL DE LA COMBINACIÓN DE ARA II/BCC EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS . . . . .	47	IT-20	PATRONES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO . . . . .	49
			IT-21	TIEMPO PARA EL INICIO DE INSULINA Y FACTORES ASOCIADOS AL CAMBIO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 . . . . .	50

## IT-1

**MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. REPORTE DE CASO**

SALDARRIAGA CLARA INÉS, AGÁMEZ LD, MONTOYA AM, GONZÁLEZ JM, RONCANCIO G, MARTINEZ C.

*Clínica Cardio VID, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia.*

**Introducción.** El compromiso del sistema cardiovascular en la enfermedad de Behçet es infrecuente y ocurre en menos del 3% de los casos.

**Objetivo.** Reportar un caso de un paciente con enfermedad de Behçet con manifestaciones cardiovasculares y revisar la información reportada en la literatura.

**Reporte de caso.** Hombre de 44 años, consultó por cuadro febril de 3 meses de evolución asociado a la aparición de úlceras en genitales. También refería pérdida de 4 kg de peso y aftas recurrentes en cavidad oral. Al examen físico se demostró la presencia de úlcera en el pene. Se realizaron estudios para buscar la etiología del síndrome febril, como hemocultivos, VIH, VDRL, ANAS que fueron negativos, también se descartó tuberculosis. Por la persistencia de los síntomas se realizó un ecocardiograma transesofágico que reportó una masa cardíaca pediculada, móvil, de apariencia quística, en el ventrículo derecho de 9 x 8 mm de diámetro (FIGURA 1), también se realizó una angiogramografía de torax donde se observaron aneurismas de las arterias pulmonares y presencia de embolia pulmonar bilateral (FIGURA 2). Por los hallazgos clínicos se realizó el diagnóstico de la enfermedad de Behçet y se inició tratamiento con anticoagulación y esteroides lográndose una mejoría en los síntomas. 5 días después se realizó una nueva imagen cardíaca de control en la cual se observó desaparición de la masa observada inicialmente.

**Discusión.** Las manifestaciones cardiovasculares de la enfermedad de Behçet son infrecuentes, existen reportes en la literatura de pericarditis, miocarditis y compromiso de las arterias pulmonares y coronarias. La presencia de lesiones ventriculares como la que se describe en este caso puede corresponder a la presencia de trombos organizados que podrían migrar a la circulación pulmonar o masas inflamatorias que se resuelven con el tratamiento inmunosupresor.

## IT-3

**REPORTE DE CASO. EFECTO DE LIPODISTROFIA EN EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

ORTIZ-ROA CYNTHIA, GÓMEZ-ESLAVA AF, PINILLA-ROA AE.  
*Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El fenómeno de lipodistrofia, implica la redistribución del tejido adiposo, de característica generalizada o localizada, clasificado como hereditario o adquirido, este último puede ser secundario a inyección subcutánea de medicamentos tales como la insulina, con efectos metabólicos conocidos, incluyendo fenómenos de resistencia.

**Diseño.** Paciente femenina 46 años, diabetes mellitus tipo 2 hace 8 años, sin historia de complicaciones micro o macrovasculares, en tratamiento con insulina glargina 45UI/día, sin control de glucometrías, después de múltiples ajustes. El automonitoreo mostró glucometrías basales y postprandiales fuera de metas. Glicemia preprandial 299 mg/dL, sin dato de hemoglobina glicosilada. En la anamnesis, se encontró falta de rotación en sitio de aplicación de insulina. Al examen físico: pániculo adiposo abdominal prominente, con región indurada en tejido celular subcutáneo, relacionada con sitio de punción repetitiva compatible con lipodistrofia la cual fue documentada por ecografía con infiltración grasa de rectos anteriores.

**Métodos.** Educación a la paciente sobre la técnica de aplicación de insulina, cambio de zona y rotación del sitio de aplicación, entrega de guía para automonitoreo y seguimiento periódico del mismo.

**Resultados.** El automonitoreo, mostró mejoría de las glucometrías basales, hasta valores de 116 mg/dL, comparado con el valor basal previo a intervenir de 242 mg/dL, con la misma insulina y dosis de 45 UI/día.

**Conclusiones.** La lipodistrofia asociada a aplicación de insulina puede pasar desapercibida. La instrucción básica, a la paciente, sobre la técnica de rotación del sitio de aplicación diaria de la insulina, conduce a la consecución de metas de glucometría basal y posprandial. Así, se optimizaron los efectos metabólico y farmacocinético relacionados con el fenómeno de lipodistrofia.

## IT-2

**EFECTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN LA HIPERCAPNIA DE LOS PACIENTES CON HIPOVENTILACIÓN ASOCIADO A LA OBESIDAD A LA ALTURA DE 2600 METROS**

PARRA-IZQUIERDO VIVIANA, AGUDELO-VALENCIA N, BASTIDAS A, GARCIA A, GIRALDO LF.

*Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.*

**Introducción.** La administración de oxígeno a flujos altos en los pacientes con hipoventilación alveolar asociado a la obesidad (HAO) empeora en los pacientes residentes al nivel del mar, sin embargo no se conoce la respuesta a una altura de 2660 m sobre el nivel del mar. El objetivo del estudio fue describir la diferencia en los niveles de PCO<sub>2</sub> en los pacientes HAO cuando se les administra oxígeno suplementario a flujos del 28 y 50% a una altura de 2660 m.

**Diseño.** Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, tipo cruzado

**Métodos.** A 33 pacientes se les administró oxígeno al 50% y 28% por 30 minutos en 2 días separados con posterior toma de gases arteriales. Se tomó como cambio clínicamente significativo un aumento de la PCO<sub>2</sub> mayor a 4 mmHg.

**Resultados.** La diferencia de la PaCO<sub>2</sub> basal comparada con la PaCO<sub>2</sub> al 28% fue de -1.7 (P=0,02) y al 50% fue de -0.1 (P=0,66). La diferencia entre la PaCO<sub>2</sub> al 28% y al 50% fue de +0.7 (P=0,75). Se realizó un análisis por subgrupos tomando un corte de PCO<sub>2</sub> de 37 mmHg encontrando que en la población con PCO<sub>2</sub> mayor de este valor hubo una diferencia de -2,5 (p=0.03) para FIO<sub>2</sub> al 28%, de -1.5 (p=0.03) para el 50% y una diferencia de +1.1 (p=0.03) al comparar entre FIO<sub>2</sub> al 28% y al 50%. El subgrupo con PCO<sub>2</sub> menor de 37 mmHg mostró una diferencia de -1 (p=0.05) para FIO<sub>2</sub> al 28%, de -0.6 (p=0.05) para el 50% y una diferencia de +0.4 (p=0.05) al comparar entre FIO<sub>2</sub> al 28% y al 50%.

**Conclusión.** La respuesta a la hiperoxia en los pacientes obesos hipercápnicos fue similar a lo que se ha encontrado en los pacientes sanos a nivel del mar. Nuestros resultados sugieren que los criterios de PCO<sub>2</sub> que definen hipoventilación alveolar asociado a grandes alturas deben redefinirse con un nuevo estudio incluyendo una muestra apropiada de sujetos con un PCO<sub>2</sub> >40mmHg.

## IT-4

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ADULTOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE**

MADRID-MUÑOZ CAMILO ALBERTO<sup>1,2</sup>, GONZÁLEZ-PÉREZ JM<sup>1</sup>, RONCANCIO-VILLAMIL G<sup>1,2</sup>, JARAMILLO-CATAÑO AN<sup>1</sup>, FRANCO-RESTREPO L<sup>1</sup>, RENDÓN-ISAZA JC<sup>1</sup>, GONZÁLEZ-ARROYAVE JC<sup>1,2</sup>, MONTOYA-DUQUE AM<sup>2</sup>, VELÁSQUEZ-MARTÍNEZ MA<sup>2</sup>.  
*Grupo ENDOCARDIO, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana.*

**Introducción.** La tasa de cirugía valvular en endocarditis infecciosa (EI) se aproxima al 50% en países desarrollados y algunos estudios lo asocian con mejor pronóstico a corto plazo. Es necesario evaluar si la cirugía obtiene resultados similares en nuestro medio.

**Diseño.** Cohorte ENDOCARDIO de la Clínica CardioVID, estudio observacional

**Métodos.** Evaluación retrospectiva entre los años 2004 y 2012, prospectiva a partir del año 2012 de adultos sometidos a manejo quirúrgico para el tratamiento de EI definitiva en la Clínica CardioVID de Medellín, entre el 2004 y 2013. Se revisaron las historias clínicas de la hospitalización.

**Resultados.** De 104 pacientes incluidos en la cohorte, 64 (61.5%) fueron tratados quirúrgicamente y se incluyeron en el estudio. El promedio de edad fue 58,3±17 años y 48 eran hombres (75%). La mayoría ocurrieron en válvula nativa (55%), de las cuales 45% tenían valvulopatía de base; 39% en válvula protésica y 6% asociadas a dispositivos intracardiacos. El 12.5% tenía un episodio previo de EI y 16% tenían un foco infeccioso evidente. Al ingreso, 23% tenían clase funcional NYHA 2 y 20% clase 3-4. El 22% de los pacientes tuvo embolia cerebral, 23% embolia periférica, 14% choque séptico, 25% trastornos de conducción y 28% falla cardíaca refractaria. La cirugía se realizó de manera emergente en el 17% de los casos. La mediana entre el diagnóstico y la cirugía fue de 8 días. La mortalidad intrahospitalaria fue 12,5% en pacientes operados vs 20% en manejo médico (p=0,05).

**Conclusión.** En nuestro medio la cirugía en EI obtiene resultados similares a cohortes internacionales. En un análisis no ajustado la mortalidad intrahospitalaria es más baja en pacientes tratados quirúrgicamente.

## IT-5

### COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA DE PUENTES Y ANGIOPLASTIA CORONARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO EN DOS COHORTES RETROSPECTIVAS. MEDELLÍN, 2000-2012

JARAMILLO JUAN SANTIAGO, EUSSE C, RENDÓN JC, TENORIO C, URIBE C, CANO C, GONZÁLEZ N.  
Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.

**Introducción:** La estenosis del tronco coronario principal izquierdo (TRI) ocurre en 5 - 7% de los sometidos a angiografía con una mortalidad del 50% a 3 años en quienes reciben tratamiento médico. Estudios han encontrado que los pacientes llevados a PCI tienen mayores tasas de revascularización repetida del vaso tratado (TVR) así como mayor incidencia de evento adverso cardiovascular mayor (MACE) en lesiones distales.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de cohortes. Se analizaron 210 pacientes con enfermedad de TPI, de los cuales 110 fueron sometidos a revascularización quirúrgica y 100 a percutánea. Se compararon ambos grupos en cuanto a desenlace compuesto MACE, mortalidad, infarto, revascularización repetida de vaso culpable o de lesión culpable a un año.

**Resultados:** Se observaron tasas mayores en el grupo de PCI con diferencias significativas en cuanto a MACE (RR 5,516 IC 95% (2,6 -11,5) P <0,05), infarto (19% vs 0%, P<0,05) y TLR (RR 4,3 IC 95% (1,5 - 12,1) P<0,05). No hubo diferencias significativas en mortalidad (RR 2,6 IC 0,6 - 10,6 P>0,05). Al analizar los eventos de desenlace compuesto MACE, muerte, infarto, TVR y TLR según el segmento del tronco comprometido, las tasas fueron mayores cuando las lesiones eran distales, sin diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, al comparar los grupos, se evidenciaron que las lesiones distales tenían tasas mayores de muerte en PCI (2,7% vs 13%, P<0,05).

**Conclusión:** Ambos procedimientos tienen desenlaces similares a un año en cuanto a muerte y TVR, sin embargo hay tasas menores de IAM, MACE y TLR en los pacientes sometidos a CABG.

## IT-7

### RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE (PTI) EN UN SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA, CALI

IDROBO HENRY, GÓMEZ R, HERNÁNDEZ I, VELASCO M, GUERRERO Á, ZORRILLA C, SAAVEDRA M, HUERTAS J.  
Centro de Investigación en Cáncer de Hemato-Oncólogos S.A. (CIHO).  
Universidad Libre, Seccional Cali, Colombia.

La PTI corresponde a una acelerada destrucción y deficiente producción plaquetaria, cuando no responde a las primeras líneas terapéuticas el rituximab, un anticuerpo monoclonal anti CD 20 presente en los linfocitos B, es una opción terapéutica para esta patología.

**Diseño.** Estudio descriptivo tipo serie de casos

**Materiales y métodos.** Se revisaron 3 historias clínicas de pacientes con PTI en manejo con rituximab 600mg (Días 1-8-15-22) entre 2009-2012. Se caracterizaron variables sociodemográficas, clínicas y paraclínicas para evaluar respuesta al tratamiento, así como posibles efectos adversos. Se definió como respuesta recuento plaquetario (RP) mayor a 30.000 ó un incremento de por lo menos dos veces el valor basal.

**Resultados.** Edad promedio 25,3 años (rango: 19-36 años), los tres casos fueron mujeres, promedio de 10 meses de evolución de la enfermedad previo al uso de rituximab. 2 tenían anemia ferropénica, una presentaba sordera por rubeola congénita. Antes del rituximab todas recibieron esteroides, una recibió danazol, una de ellas estaba esplenectomizada. Concomitante con rituximab, una paciente recibió prednisona.

El RP antes del rituximab fue en promedio 16000 plaquetas/uL. Al primer mes todas tuvieron respuesta, siendo rápida en dos pacientes, que la lograron dentro de las dos primeras semanas. Todas mantuvieron dicha respuesta en un período de seguimiento entre 8 y 12 meses. Al 8 mes se esplenectomizó a una de las pacientes por un RP de 35.000 plaquetas/uL. Antes del rituximab, dos pacientes tuvieron manifestaciones hemorrágicas en piel, gingivorragia y enterorragia. Después del tratamiento las manifestaciones hemorrágicas desaparecieron. No se encontraron efectos adversos relacionados con la terapia.

**Conclusión.** Rituximab a pesar de no tener aprobación por INVIMA en nuestro país para uso en PTI, tiene soporte en la literatura internacional y esta serie de casos sugiere que en nuestra población previamente tratada, también obtiene buena respuesta clínica y paraclínica, con pocos efectos adversos.

## IT-6

### IMPACTO DE LA ARTROPATÍA HEMOFÍLICA EN EL CONSUMO TOTAL DE UNIDADES

RAMÍREZ CARLOS, CEPEDA C, LAMOS C, ARIAS D, RUIZ A, SÁNCHEZ O.  
IPS especializada Audifarma S.A., Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La artropatía establece un reto en el manejo de la hemofilia, y es una de las complicaciones más temidas, por ser un marcador de sangrados recurrentes, este estudio busca establecer la relación del compromiso articular (número de articulaciones comprometidas) frente al consumo de factor anti-hemofílico durante un año.

**Diseño.** Análisis retrospectivo, basado en el registro de entrega de medicamentos (enero 2013 - enero 2014), tratados en un programa de atención integral transdisciplinario, cohorte de coagulopatías hereditarias IPS Especializada S.A.

**Método.** Utilizando un modelo de regresión lineal múltiple, la variable dependiente fue el consumo total de unidades en el periodo y como variables explicativas se seleccionaron: edad, severidad (leve, moderada, severa), y número de articulaciones afectadas.

**Resultado.** Fueron analizados 126 pacientes con diagnóstico de hemofilia, 76 severos, 25 moderados y 25 leves. El promedio de edad y peso fue de 33,8 años y 66,4 Kg respectivamente, el 85,1% tenían hemofilia tipo A. Los coeficientes de consumo dentro de la regresión fueron positivos para las variables explicativas: articulaciones afectadas y severidad, siendo estas estadísticamente significativas y entendiéndose como: por cada articulación afectada en el paciente, el consumo total se incrementa en 18.755 unidades al año, y 115.233 por el aumento en la severidad, valores de p: 0.010 - 0.0001, respectivamente. La edad presentó un coeficiente de consumo negativo calculado en -1.186 unidades por cada año cumplido, sin embargo, este valor no fue estadísticamente significativo p: 0.13.

**Conclusiones.** La artropatía hemofílica genera mayores necesidades de uso de factor anti hemofílico, en relación directa con el número de articulaciones comprometidas. Basado en esto se puede plantear que la atención integral y transdisciplinaria en esta condición cobra relevancia para la prevención de las comorbilidades que deterioran la calidad de vida y generan un impacto económico en el sistema de salud.

## IT-8

### EXPERIENCIA DE TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN INFARTO CEREBRAL AGUDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALI.

GUERRERO-GONZÁLEZ LUIS FERNANDO, SERNA JJ, GÁMEZ DX.  
Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.

**Introducción.** La enfermedad Cerebrovascular (ECV) es la causa principal de discapacidad a en adultos. En Colombia la trombolisis de ECV, todavía no es una realidad en muchos hospitales.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Método.** Se revisaron las historias clínicas de paciente que ingresaron a la Clínica Rafael Uribe Uribe con diagnóstico de ECV en las primeras 4,5 horas del déficit neurológico desde enero de 2012 a enero de 2014. Los criterios de inclusión y exclusión para trombolisis, fueron los de las guías de la Sociedad Americana de Stroke.

Se revisaron variables sociodemográficas, tiempo de déficit neurológico, escala de NIHSS, síntomas neurológicos, comorbilidades asociadas, hallazgos en tomografía cerebral, escala de Rankin al ingreso y a los 3 meses.

**Resultados.** Se encontraron 15 pacientes que se trombolizaron con Alteplase intravenoso. El 60% fueron hombres, la edad promedio fue 68,7 ± 8,8 años, el tiempo promedio de trombolisis fue de 125,3 ± 68,5 minutos.

Todos los pacientes ingresaron por hemiparesia, el 73,3% presentaban disartria, el 53,3% parálisis facial y el 26,7% afasia global.

El NIHSS promedio al ingreso fue de 12,9 ± 4,9. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (80%), Diabetes M. (53,3%), fibrilación auricular (46,7%), ECV previo (40%) y enfermedad coronaria (20%).

La tomografía cerebral fue normal en el 60%, a las 24 horas tres pacientes presentaron transformación hemorrágica. En el seguimiento a 3 meses cuatro pacientes (26,7%) fallecieron.

**Conclusiones.** La ECV es una patología muy frecuente, solo un pequeño porcentaje de pacientes se logró trombolizar. La HTA fue la principal comorbilidad asociada, el 20% de los pacientes presentaron transformación hemorrágica. En necesario mejorar los criterios de exclusión y tomográficos al ingreso para trombolisis.

## IT-9

**RAZONES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y A LAS RECOMENDACIONES DADAS AL EGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE FALLA CARDÍACA**

CHAVES-SANTIAGO WALTER GABRIEL, PINZÓN-VELÁZQUEZ GA, RIVERA-BELTRÁN MA, BAÑOS-LINERO JR.

Hospital de San José, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** En los pacientes con falla cardíaca, una de las razones más frecuentes de hospitalización es la no adherencia al tratamiento por los pacientes y el incumplimiento de las guías de manejo por el médico. En Colombia se ha reportado la no adherencia como causa de reingreso en el 50% de los casos. Determinar las razones de no adherencia por los pacientes es el motivo del presente estudio.

**Diseño.** Estudio de cohorte.

**Métodos.** Se incluyeron pacientes hospitalizados con falla cardíaca descompensada, se aplicó una lista de chequeo con las recomendaciones de egreso, se realizó seguimiento telefónico a 30 días y se evaluó la adherencia con el Test Morinsky-Green-Levine y los 4 dominios de la OMS (paciente, enfermedad, medicamentos y sistema de salud).

**Resultados.** La no adherencia se encontró en el 31.6% por el test Morinsky-Green-Levine, según los dominios de la OMS, los pacientes refieren que en el 39.4% la distribución de medicamentos por la EPS es deficiente, el 10.5% falta de educación por el personal de salud sobre su enfermedad, 31.6% no sigue las recomendaciones de dieta y ejercicio, 73.7% toma más de tres medicamentos, 10.5% confunde los medicamentos, 26.3% que los medicamentos le causan síntomas desagradables y el 18.4% olvida tomarlos.

**Conclusiones.** La no adherencia se considera un problema de salud pública, en nuestro estudio la no adherencia al tratamiento fue alta en esta muestra de pacientes, las principales causas fueron un sistema deficiente en el suministro de medicamentos por la EPS, la polifarmacia, el no seguimiento de las recomendaciones sobre dieta, ejercicio, el olvido por el paciente en la toma de los medicamentos y la falta de educación del personal de salud. Los factores médicos, sociales y económicos complejos contribuyen a las tasas de readmisión y hacen necesario un enfoque multidisciplinario como grupos de apoyo en educación de los pacientes.

## IT-11

**BACTERIEMIA POR ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMS. UN ESTUDIO TRANSVERSAL**

OLIVEROS AIDA, URIBE N, SIERRA P, JAIMES F, GONZÁLEZ JM.

Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

IPS Universitaria Clínica León XIII, Medellín, Colombia.

**Introducción.** La bacteriemia por enterobacterias resistentes a carbapenem (CRE) conlleva una alta mortalidad y no se conoce un tratamiento óptimo. Nos propusimos describir los resultados en nuestro medio.

**Diseño.** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Métodos.** Se revisaron historias clínicas de pacientes con bacteriemia por CRE entre enero de 2010 a diciembre de 2013. Se analizaron variables continuas con medianas y rangos intercuantiles (IQR) y categóricas con porcentajes.

**Resultados.** Se incluyeron 64 casos de 62 ±14 años y 66% hombres. El 60% se encontraban en UCI (APACHE-II = 17, IQR: 12-22), con alta comorbilidad (Charlson score = 3, IQR: 2-5), estancia previa a la bacteriemia de 21d (IQR: 13-39) y el 39% tenían cáncer. El 64% correspondieron a *Klebsiella pneumoniae*, 20% a *Serratia marcescens* y 11% a *Enterobacter* spp. La MIC fue 16 mg/L (IQR: 16-16) para meropenem e imipenem y 8 mg/L (IQR: 8-8) para ertapenem y doripenem. El 45% tenían tamizaje positivo previo a la bacteriemia.

La mortalidad fue 39% y 51.6% a los 14 y 28 días, con una mediana de 5 días (IQR: 2-17). El tratamiento definitivo fue combinado en el 76.6%, pero no hubo un esquema de combinación prevalente. El 45% recibieron colistina, 42% un carbapenem y 28% tigeciclina, solos o en combinación. Se reportaron efectos adversos en 1 de cada 3 pacientes, con estancia hospitalaria de 46 días (IQR: 26-76). Incluir un carbapenem en el tratamiento se correlacionó con menor mortalidad global (p=0.026).

**Conclusiones.** La bacteriemia por CRE afecta pacientes muy enfermos, con elevada mortalidad. Hay heterogeneidad en el manejo antimicrobiano, pero la inclusión de carbapenems en el esquema de combinación podría relacionarse con menor mortalidad hospitalaria. Se detecta colonización en casi la mitad de los pacientes antes del desarrollo de infección, resaltando la importancia de la vigilancia activa.

## IT-10

**PAPEL DE LA COMBINACIÓN DE ARA II/BCC EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

SPROCKEL JOHN, TEJEDA M, RIVERA M.

Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La hipertensión arterial (HTA) resistente es la incapacidad para alcanzar las metas con tres o más medicamentos con mecanismos de acción diferente, a dosis máximas toleradas, incluido un diurético. Es conocido el beneficio del control adecuado de la HTA al lograr disminuir los desenlaces cardiovasculares, aún así, en un número importante de casos no se logra. La inhibición del sistema renina-angiotensina más un bloqueador de los canales de calcio es una combinación de primera línea con marcada eficacia antihipertensiva y menos edema, el principal efecto adverso de los dihidropiridínicos que limita su uso. Se busca describir la experiencia con una combinación de ARA II/BCC (Telmisartan/Amlodipino) en el manejo de HTA resistente.

**Diseño.** Serie de casos.

**Métodos.** Se describen 6 pacientes que asistieron a consulta externa de medicina interna del Hospital San José de Bogotá con HTA resistente en quienes se empleó la combinación fija de 80/10 mg de Telmisartan/Amlodipino.

**Resultados.** Se encontró que en dos casos se trataban de HTA refractaria (con 5 medicamentos), solo en un caso las cifras de TA se encontraron controladas al inicio. El promedio de reducción de la TA 16/15 mmHg. Uno de ellos tenía Diabetes tipo 2, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo no controlado, tres de los pacientes tenían obesidad grado I y uno de ellos tenía sobrepeso. Solo en un caso no se alcanzaron metas de TA pero tenía agenesia renal y fue remitido para derivación renal. La mitad de los pacientes redujo el número de medicamentos de 7,6 a 6,1 y ninguno de ellos reportó edema.

**Conclusiones.** En esta serie de casos, la adición de la combinación de dosis fija de Telmisartan/Amlodipino permitió lograr las metas de tensión arterial en un grupo de pacientes con HTA resistente, con una disminución de los fármacos empleados, sin un exceso de eventos adversos.

## IT-12

**CONSUMO DE FACTOR ANTIHEMOFÍLICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS CON ATROPATÍA EN UNA COHORTE DE IPS ESPECIALIZADA**

PARDO CARLOS EDUARDO, PÉREZ LF, LAMOS C, ARIAS D.

IPS especializada Audifarma S.A., Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La hemofilia es una condición que se caracteriza por una deficiencia de la actividad de Factor VIII de la coagulación (Hemofilia A) o de Factor IX de la coagulación (Hemofilia B). Es un defecto genético recesivo ligado al cromosoma X que es transmitido de generación en generación de sus madres portadoras o sus padres hemofílicos.

La clínica de estos pacientes se caracteriza por la aparición de sangrados recurrentes, cuya intensidad y frecuencia están en estrecha relación con la severidad del defecto de la proteína FVIII o FIX. Las complicaciones a largo plazo de esta patología secundaria a sangrados es la artropatía hemofílica lo cual nos predispone a una mayor tasa de sangrados con un incremento del consumo de factor descrito en las guías de manejo.

**Diseño.** Estudio de corte transversal descriptivo en el análisis de una cohorte de pacientes con coagulopatías hereditarias en IPS Especializada desde abril del 2012 hasta febrero del 2014.

**Método.** El método utilizado es un análisis descriptivo univariado para cada nivel del grupo en el cual la variable principal es el número de unidades consumidas y las variables dependientes es el grado de severidad así como la comorbilidad en artropatía, o infecciosa relacionadas con la condición hemofílica. Se realiza una prueba- t para comparar las medias de las muestras.

**Resultado.** En cada nivel del grupo se evidencian diferencias significativas, con un nivel de varianza superior en el grupo correspondiente a la presencia de comorbilidad sin artropatía, en la comparación de medias entre los grupos con presencia de artropatía con y sin comorbilidad, se evidencia una diferencia significativa a favor del mayor consumo en los pacientes que presentan artropatía y comorbilidad con un valor de p 0.05.

**Conclusiones.** La presencia de severidad genera un consumo mayor de los pacientes hemofílicos, sin embargo dentro de este grupo etareo, el mayor consumo se evidencia en los pacientes con artropatía hemofílica asociada a comorbilidad infecciosa. Los cuales pueden ser disminuidos con un programa de atención integral en un grupo transdisciplinario.

## IT- 13

**TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE MÉDICO HOSPITALIZADO POR MEDICINA INTERNA. UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL**

DIAZTAGLE-FERNÁNDEZ JUAN JOSÉ, CELY-DELGADO JE, MENDOZA-OLMOS EJ, SÁNCHEZ-CANTILLO J DE J, SÁNCHEZ-ESQUIVEL FA.

**Introducción.** El tromboembolismo venoso es una de las principales causas de morbilidad prevenible seguida de una hospitalización. Las heparinas han demostrado ser eficaces para su prevención, sin embargo se ha documentado la subutilización de estos fármacos, por lo que implementar medidas que garanticen la formulación adecuada es fundamental. En nuestra institución se han instaurado estrategias para mejorar la formulación de estos fármacos con resultados iniciales favorables, pero se desconoce el efecto a más largo plazo.

**Diseño.** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

**Métodos.** Se evaluaron pacientes mayores de 18 años, hospitalizados por Medicina Interna entre junio y noviembre de 2012. Se estimó una muestra representativa de 102 pacientes. Se identificó la formulación de la trombopprofilaxis al segundo día de hospitalización, se determinó si fue adecuada según las guías institucionales y los errores en la prescripción de la misma. Se comparó los resultados con dos mediciones previas realizadas en la institución.

**Resultados.** De los 102 pacientes evaluados, la trombopprofilaxis fue adecuada en 63 (61,8%) e inadecuada en 39 (38,2%). Las causas más frecuentes de error fueron: formulación en pacientes de bajo riesgo 18 (46,1%) y error por omisión en 12 (30,7%) pacientes. La formulación en pacientes con indicación y sin contraindicación disminuyó de 92% a 82% y en pacientes sin indicación aumentó de 50% a 56,2%, con relación a una medida previa realizada después de la difusión de guías institucionales.

**Conclusiones.** La trombopprofilaxis en pacientes hospitalizados por medicina interna en nuestra institución se ordena en un alto porcentaje, sin embargo debe ser mejorada. El principal error es la formulación en pacientes con riesgo bajo. La implementación de estrategias para mejorar la trombopprofilaxis logró una mejoría inicial, pero tiende a disminuir con el tiempo. Se requiere un trabajo continuado de múltiples medidas que garanticen su impacto favorable a largo plazo.

## IT- 15

**TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE EN PACIENTE ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO**

RADA ROBIN, HINCAPIE G, SOSA O, SILVA L, PRADA L.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La tuberculosis sigue siendo una causa de alta morbilidad, relacionada con el índice de pobreza y las pobres condiciones sanitarias. Asimismo, la tuberculosis multiresistente es un problema cuya incidencia está en ascenso; se estima que 3,6% de los nuevos casos de tuberculosis y 20% de los casos previamente tratados presentan diferentes espectros de resistencia.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 18 años, soldado activo, sin antecedentes médicos de importancia, consulta por cuadro de 15 días de tos seca asociada a picos febriles no cuantificados, malestar general y astenia. Por el cuadro clínico y hallazgos radiológicos iniciales se considera cuadro de neumonía adquirida en comunidad, se inicia tratamiento antibiótico y se hospitaliza en sala general.

Por contacto con caso confirmado de tuberculosis pulmonar solicitan baciloscopia seriada para *Mycobacterium tuberculosis*, la cual resulta positiva. Se instaura tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, y se da alta al paciente con controles ambulatorios, recomendaciones y signos de alarma.

A los 15 días el paciente reingresa por persistencia de la sintomatología a pesar del manejo, se obtiene cultivo y prueba de sensibilidad a fármacos compatible con multidrogo resistencia con mutación del gen *rpoB* y *katG* para rifampicina e isoniazida respectivamente. Se ajusta el tratamiento farmacológico, con lo que el paciente presenta una evolución favorable, por lo que se decide dar de alta y continuar el plan de manejo ambulatorio.

Se define según la OMS un caso de tuberculosis multidrogo resistente como un hallazgo microbiológico donde se aísla *Mycobacterium tuberculosis* que es resistente por lo menos a isoniazida y rifampicina, sin poder excluir resistencia a otros agentes de primera línea, añadiéndole si es primaria o secundaria según la exposición previa o no a fármacos antituberculosos.

Se conocen los factores de riesgo, siendo uno de ellos la convivencia con otras pacientes con cultivos de estas características, como en el caso de este paciente, lo que permite sospecharlo e inclusive indica el inicio del manejo con esquemas que no tengan isoniazida ni rifampicina.

**Conclusiones.** La tuberculosis multidrogo resistente es una condición que debe ser sospechada en pacientes con factores de riesgo. Se requiere un enfoque y manejo ajustado a las características del paciente para asegurar un tratamiento efectivo de la enfermedad.

## IT- 14

**HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE CON VIH: REPORTE DE CASO**

RODRIGUEZ ANDRÉS, CASTILLO M, SILVA L, PRADA L.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La histoplasmosis es una infección prevalente en pacientes con infección por el VIH con un conteo de linfocitos T CD4 menor de 150. Característicamente, al igual que las otras micosis oportunistas, la vía de ingreso en su gran mayoría de casos ocurre a través del aparato respiratorio, pasando de una enfermedad localizada con sintomatología inespecífica hasta un compromiso invasivo diseminado con compromiso multisistémico.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 33 años, soldado pensionado, consulta por cuadro clínico de 20 días de evolución de dolor abdominal tipo cólico, intermitente, localizado en hipocondrio izquierdo, intensidad 7/10, que empeora con la ingesta, asociado a deposiciones líquidas de escasa cantidad, sin moco ni sangre, que autoresuelven y se presentan 2 a 3 veces por semana, náuseas sin vómitos y picos febriles no cuantificados. Refiere enfermedad por VIH estadio 3c diagnosticada nueve años atrás, con antecedente de colitis por CMV diagnosticada 3 años atrás y tratada. Se realiza biopsia de carrillo y de tracto gastrointestinal positiva para *Histoplasma capsulatum*, sin evidencia de compromiso en sistema respiratorio o en sangre. Se realiza tratamiento con Anfotericina B y se da de alta con Itraconazol oral con adecuada evolución.

La enfermedad diarreica crónica en paciente con enfermedad por VIH representa un interesante reto diagnóstico, ya que en su mayoría su causa es secundaria a infección por gérmenes oportunistas. Existen pocos casos reportados donde la primera manifestación de la histoplasmosis sea a través del tracto gastrointestinal, habiendo descrito lesiones en cavidad oral como puerta de entrada y manifestaciones gastrointestinales debilitantes que afectan la calidad de vida. El tratamiento recomendado se realiza con Itraconazol oral para los casos leves y Anfotericina B para los casos más severos, requiriendo profilaxis secundaria hasta lograr recuperación inmunológica con un conteo de linfocitos T CD4 mayor de 200 en dos tomas con un intervalo de 6 meses.

**Conclusiones.** La infección micótica sistémica por el *Histoplasma capsulatum* es una de las infecciones oportunistas en pacientes con infección por VIH, siendo el compromiso gastrointestinal poco frecuente. Este debe sospecharse cuando el grado de inmunocompromiso es mayor y el tratamiento se ajustará de acuerdo a la severidad del cuadro clínico.

## IT- 16

**EMBOLISMO PARADÓJICO, TOMA DE DECISIONES. REPORTE DE CASO**

FAJARDO L, VILLALOBOS WALTER, MARTÍNEZ F, ARIAS C.

Clínica Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El tromboembolismo paradójico es una patología inusual, la cual consiste en obstrucción del sistema arterial sistémico por material proveniente del lado derecho del corazón. Al elevarse las presiones del lado derecho y disminuir las del lado izquierdo se favorecen los embolismos.

**Caso clínico.** Paciente femenina de 53 años consulta por 2 días de desviación de la comisura labial hacia la derecha, afasia motora y disnea en reposo. Antecedente retardo mental leve. Al examen físico se encuentra taquicárdica, taquipneica, desaturada con síndrome piramidal izquierdo. Electrocardiograma mostró patrón de bloqueo de rama derecha. Troponina positiva, gases arteriales con hipoxemia moderada y acidosis metabólica con hiperlactatemia e injuria renal AKIN II. TAC cerebral simple con infarto subagudo de ramas anteriores de arteria cerebral media derecha. AngioTAC de tórax evidencia obstrucción de la mayor parte de la luz de arterias pulmonares principales, interlobares y segmentarias, sin recanalización, dilatación del tronco de la arteria pulmonar, ventrículo y aurícula derechas. Ecocardiograma transesofágico con movimiento paradójico del septum con evidencia de trombo en tránsito a través de cortocircuito interauricular de tipo foramen oval, en base de aneurisma de septum interauricular, con función sistólica del ventrículo derecho comprometida y múltiples coágulos en la aurícula izquierda. Durante la evolución paciente presenta hipotensión con requerimiento de soporte vasopresor. Con diagnósticos de tromboembolismo pulmonar paradójico por comunicación interauricular, con tromboembolismo pulmonar masivo y ACV\* de arteria cerebral media derecha.

Evaluando riesgo/beneficio se inicia anticoagulación plena con enoxaparina, con mejoría de los síntomas neurológicos así como de la estabilidad hemodinámica. Posteriormente se realiza cierre del foramen oval vía percutánea, sin complicaciones.

**Conclusión.** Es importante la toma de decisiones de manera ágil en el embolismo paradójico para disminuir la morbi-mortalidad.

## IT-17

**EXPERIENCIA DEL USO DE INMUNOGLOBULINA G EN UCI**

SÁNCHEZ A, OSPINA M, FAJARDO LINA, CASAS D, COY A, JIMÉNEZ K, HERRERA C, GARZÓN D.

*Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La inmunoglobulina G (IgG) como estrategia terapéutica, tiene cabida en varias patologías con curso agudo y severo, tanto neurológicas, hematológicas, dermatológicas y autoinmunes. Las más frecuentes son el Síndrome de Guillain Barré, dermatomiositis, miastenia gravis y lupus eritematoso sistémico. Este abordaje terapéutico se tornó relevante en el manejo de enfermedades sistémicas ante la refractariedad al manejo inmunosupresor (1). A pesar de no constituir la primera opción terapéutica, la IgG es una opción válida que cada vez se emplea más en unidades de cuidado crítico.

**Diseño.** Serie de Casos.

**Métodos.** Se describe la experiencia de los últimos 4 años exponiendo 20 casos de pacientes con diagnósticos de autoinmunidad que recibieron IgG endovenosa. Se analizan los diagnósticos, indicación de uso, estancia en la unidad de cuidados intensivos, infección y mortalidad.

**Resultados.** La mediana de edad fue de 51.5 años (P25-P75: 30.2-67.2). 55% de género femenino. El diagnóstico más prevalente fue LES (35%), seguido de Guillain Barré, 25%. Otras indicaciones menos prevalentes fueron polimiositis, síndrome antifosfolípido y poliangeftis microscópica. Las indicaciones más frecuentes fueron polineuropatía y hemorragia alveolar. El 85% de los pacientes cursaban con infección concomitante. La estancia hospitalaria en UCI tuvo una mediana de 13.5 días (P25-P75: 3,5-32,7) y la mortalidad global fue de 9 pacientes (45%).

**Conclusiones.** La IgG es una alternativa terapéutica en el manejo del paciente crítico con autoinmunidad logrando generar beneficio en comparación con otras terapias. Sin embargo, aún no se cuenta con estudios con suficiente validez externa que permitan establecer una indicación terapéutica específica.

## IT-19

**HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR ASOCIADO CON SOBREATICOAGULACIÓN POR WARFARINA DURANTE LOS PRIMEROS 4 DÍAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS**

MESA A, DENNIS R.

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

**Introducción.** La warfarina es utilizada para la anticoagulación formal de múltiples patologías en el paciente anciano. El principal efecto adverso de la warfarina es el incremento del riesgo de sangrado, el cual se encuentra relacionado directamente con el nivel de anticoagulación (INR). La porción activa de la warfarina es la que no se encuentra unida a la albúmina y en los ancianos la albúmina sérica puede encontrarse disminuida, por esta razón se incrementa la porción libre de warfarina pudiendo incrementar el riesgo de sobreanticoagulación.

**Diseño.** Estudio observacional analítico de cohorte concurrente.

**Métodos.** Se recolectaron de forma consecutiva 174 pacientes que tuvieran indicación de anticoagulación formal con warfarina en el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá-Colombia. Se obtuvo consentimiento de todos los pacientes incluidos en el estudio. El desenlace principal fue evaluar el riesgo de sobreanticoagulación por warfarina en pacientes ancianos con hipoalbuminemia.

**Resultados.** Se encontró en pacientes en tratamiento con warfarina y con albúmina baja un incremento significativo del valor de INR, al compararse con el INR de pacientes en tratamiento con warfarina y albúmina normal (RR = 2.679, 95% CI: 1.612.4.451, p < 0.001).

En el análisis multivariado al ajustar por sexo, edad, IMC y el uso de medicamentos que pueden interactuar con la acción de la warfarina, se encontró que la albúmina baja se asoció significativamente con sobreanticoagulación por warfarina durante los primeros 4 días de tratamiento en pacientes de 60 años y mayores (OR 5.813, IC 95%: 2.613.12.932, p < 0.001).

**Conclusiones.** En pacientes de 60 o más años con hipoalbuminemia se incrementa el riesgo de sobreanticoagulación por warfarina en los 4 primeros días de tratamiento. Esta asociación permite que se tomen mejores medidas de control al anticoagular este tipo de pacientes y disminuir el riesgo de sangrado asociado a sobreanticoagulación.

## IT-18

**FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN EN PROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS. EFECTO EN LA RECURRENCIA DEL SÍNCOPE**

ASTUDILLO V, JIMÉNEZ E, MAYA ANDRÉS, FRANCO G, ASTUDILLO J.

*Clínica El Rosario-Corazón Instituto Especializado, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** El síncope es la pérdida de conocimiento autolimitado con recuperación espontánea e íntegra. El mecanismo puede ser cardiogénico cuando es secundario a causas cardiovasculares o neuralmente mediado (vasovagal). El test de mesa basculante o Tilt test es el estudio indicado para descartar causas vasovagales o neurocardiogénicas, mediante inducción de síncope durante el estudio, encontrándose tres diferentes tipos de respuesta: la vasodilatadora en la cual se observa disminución de la presión arterial exclusivamente, respuesta cardioinhibitoria y respuesta mixta con disminución de la presión arterial y bradicardia (vasodilatadora y cardioinhibitoria).

**Diseño del estudio.** Descriptivo.

**Métodos.** Estudio de serie de casos en pacientes con síncope y respuesta cardioinhibitoria en el tilt test a quienes se les implantó marcapasos bicameral entre octubre de 2010 y abril de 2014 con una programación específica: modo DDDR, frecuencia cardíaca entre 60 y 130 lpm, frecuencia de histéresis activada en 50 lpm, frecuencia cardíaca de intervención igual a la intrínseca más 30 lpm, duración de la intervención de 3 minutos y recuperación postintervención media con intervalos AV de detección a 170 ms y estimulación a 200 ms.

**Resultados.** Se analizaron 17 pacientes, 11 (64%) de sexo femenino con edad mediana de 55 años (Rango Intercuartilico 37.25 - 67.75). En el seguimiento hasta la fecha actual solo un paciente ha tenido recurrencia de síncope a los 4.1 meses, el tiempo medio de supervivencia libre de síncope es 24.6 meses con un IC95% [20.7; 28.4].

**Conclusiones.** La implantación de marcapasos con la programación específica definida logra impactar en la recurrencia del síncope.

## IT-20

**PATRONES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO**

MIRANDA ROSETO HAROLD, HERRERA TASAMA A, MARTINEZ JW.

*Pereira, Risaralda.*

**Introducción.** El tratamiento farmacológico es la principal estrategia, en el manejo del paciente con hipertensión arterial para lograr metas de control. Nosotros describimos los patrones de prescripción de medicamentos antihipertensivos de una población hipertensa de alto riesgo.

**Métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Resultados.** 592 pacientes fueron evaluados. Edad promedio 65.4 años (65.4 ± 10 años: 19 - 89 años, 27 % hombres y 73% mujeres. 78.4% de los pacientes presentan dos o más factores de riesgo cardiovascular. Se utilizaron en promedio 2.13 medicamentos por cada paciente. El 27.1% recibió monoterapia. 48.6% dos clases de medicamentos antihipertensivos y el 24.1% recibió terapia combinada con tres o más clases de antihipertensivos.

1.266 drogas antihipertensivas prescritas en 592 pacientes, 374 son Diuréticos (29.5%). 359 inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECAS) (28.3%), 210 bloqueantes de los canales de calcio (BBC) (16.5%), 186 betabloqueadores (BB) (14.9%), 75 otros antihipertensivos (5.9%) y 62 antagonistas de los receptores ATII (ARA II) (4.8%).

La prescripción de los medicamentos antihipertensivos solos o en combinación, mostro que los Diuréticos son la clase de antihipertensivo más utilizada 63.1%, los IECAS se prescribieron en el 60.2%. Los BBC en 34.5%, los BB en 31.9%, otros medicamentos antihipertensivos en el 12.6% y los ARA II en 10.2% de los pacientes.

Cuando se utilizó monoterapia los IECA se prescribieron en el 47.2 %, BCC 22.3%. Diuréticos 15.5% y los beta bloqueadores 10.5%. Los ARA II se utilizaron en el 4.3%.

No se encontró diferencias en el número de medicamentos utilizado entre los controlados (42.2%) y los no controlados, tampoco entre los pacientes adheridos (82.2%) versus los no adheridos.

**Conclusión.** En esta población de alto riesgo cardiovascular, los Diuréticos y los IECAS son los medicamentos más prescritos. No hay relación entre el número de medicamentos y el control de hipertensión.

**IT - 21**

**TIEMPO PARA EL INICIO DE INSULINA Y FACTORES ASOCIADOS AL CAMBIO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2**

MACHADO-DUQUE MANUEL ENRIQUE<sup>1</sup>, MORENO-GUTIÉRREZ PA<sup>2</sup>, MACHADO-ALBA JE<sup>3</sup>.

*Semillero investigación farmacoepidemiología y farmacovigilancia, Miembro activo asociación científica de estudiante de medicina de Risaralda (ACEMRIS), Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. 2. Grupo de investigación en farmacoepidemiología y farmacovigilancia, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. 3. Grupo de investigación en farmacoepidemiología y farmacovigilancia, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.*

**Objetivo.** Determinar el tiempo transcurrido entre el inicio de tratamiento antidiabético oral (ADO) hasta el momento de inicio de terapia con insulinas y conocer los factores asociados a la prescripción de insulina en pacientes diabéticos tipo 2 de Pereira, Colombia.

**Metodología.** Estudio de cohortes, retrospectivo, sobre una población afiliada al Sistema de Salud en Pereira, Colombia, se buscaron pacientes diabéticos tipo 2 que iniciaron terapia ADO entre 1 de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2008, se realizó seguimiento durante 5 años, mediante un análisis de supervivencia Kaplan-Meier se determinó el tiempo transcurrido hasta el inicio de insulina y los factores asociados con su inicio mediante regresión logística. Análisis mediante SPSS 22.0.

**Resultados.** Se estudiaron 1042 pacientes diabéticos con edad promedio 63,4±13,7 años al inicio del tratamiento farmacológico, el 52,4% fueron mujeres. Tras 5 años de seguimiento, 272 pacientes (26,1%) iniciaron terapia insulínica. Se encontró que ser mujer se asoció significativamente con mayor riesgo de inicio de insulina tempranamente (OR:1,78. IC95%:1,05–3,03, p=0,03), la terapia combinada de metformina + glibenclamida se asoció con mayor riesgo de iniciar insulinas (OR:1,64; IC95%:1,12–2,40, p=0,010), mientras que ser hombre mayor de 45 años (OR:0,59; IC95%:0,37–0,96, p=0,034) e iniciar terapia ADO con metformina (OR:0,30; IC95%:0,20–0,46, p=<0,001) redujeron el riesgo. **Conclusiones.** Una reducida proporción de pacientes diabéticos tipo 2 después de 5 años de tratamiento oral inicia terapia con insulina. La edad, el sexo y tipo de manejo ADO inicial afectan la probabilidad de cambio hacia insulinas en diabéticos de Pereira, Colombia.