

63ª Semana del hospital universitario Año 2016

Este año, la tradicional Semana Académica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay, fue denominada Semana del Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. Organizada por la comisión designada por la dirección del hospital, tuvo lugar del 19 a 23 de setiembre de 2016.

Programa académico

Jerarquizando la identidad universitaria del hospital, los dos primeros días se centraron en actividades de enseñanza. El 19 de setiembre se llevó a cabo una mesa de discusión sobre “Investigación y enseñanza de posgrados y residentes”, que incluyó las presentaciones de los resultados de la encuesta sobre enseñanza en la residencia y el posgrado (por Cecilia Guillermo) y de planificación de la educación médica en el posgrado (por Carlos Álvarez). El día 20 de setiembre se desarrolló el tema de simulación en la educación médica, mesa que fue coordinada por Liliana Gadola, y contó con la participación de varios colegas nacionales que presentaron la experiencia de sus servicios, y de los invitados del Centro de Simulación Clínica del Hospital El Cruce Néstor Kirchner, de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Buenos Aires, Argentina, José Luis Echeve y Matías Aguirre.

En consonancia con los cometidos de investigación inherentes a la función universitaria y a las particularidades que ofrece la investigación médica y sus desafíos actuales, el miércoles 21 de setiembre se desarrolló una mesa redonda sobre “Investigación traslacional en el Hospital Universitario”, coordinada por Cristina Touriño, con la participación de representantes de diferentes ser-

vicios y áreas del conocimiento. Los temas incluyeron: “Desarrollos diagnósticos aplicados a la oncohematología: citometría de flujo y biología molecular” (Daniela Lens), “Estudio clínico de la marcha y del movimiento corporal con instrumentos de análisis de imágenes geométricas” (Darío Santos), “Desarrollo de terapias basadas en células y medicina regenerativa” (Dra. Alexandra Sujanov), “Ictogénesis y modulación perceptual en epilepsia del lóbulo temporal” (Patricia Braga), “Respirar o dormir: un dilema fisiológico” (José Pedro Arcos), “Lesión Pulmonar: asistencia, enseñanza o investigación traslacional” (Arturo Briva). Esta sesión culminó con la conferencia magistral de Silvia Kochen (Argentina).

Jornada de entrega de premios y conferencias centrales

El jueves 22 de setiembre se procedió a proclamar los trabajos ganadores de los diferentes premios. Se otorgaron premios en las categorías: “Residente /Postgrado”, “Investigación”, “Enseñanza” y “Gestión asistencial”.

Previamente el Comité de Coordinación de la Investigación representado por el docente Sergio Bianchi presentó la propuesta de realización de seminarios científicos en el hospital universitario, que está previsto iniciar a fines de este año 2016 o inicios del año 2017.

Asimismo, en la misma jornada se desarrollaron las conferencias centrales sobre “Políticas de integración en universidades latinoamericanas: presente y futuro”, del rector de la Universidad Arturo Jauretche (UNAJ), Ernesto Villanueva, y del vice-rector Hugo Calabria en representación del rector de la Universidad de la República, Ro-

berto Markarian (ausente por viaje al exterior del país).

En la misma sesión se realizó la firma de un acuerdo de cooperación específico entre la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Buenos Aires, Argentina, y la Universidad de la República, Uruguay, por parte de ambos rectores y de la directora del hospital universitario Raquel Ballesté.

Presentación de publicaciones

Los autores presentaron las publicaciones generadas durante este año en el hospital. Se procedió a presentar los textos: “Salud y diversidad sexual: guía para profesionales de la salud”, trabajo colaborativo entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay, y “Pautas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH” por parte de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

Entrega de medallas

La Comisión Directiva del hospital, con la presidencia de la directora del mismo, Raquel Ballesté, y con la participación del representante por el Consejo de la Facultad de Medicina, Julio Vignolo, procedió a la entrega de las medallas a los funcionarios docentes y no docentes con 20 a 40 años de trayectoria en el hospital. Se trató como es habitual de una instancia emotiva, destacándose que, por primera vez, se incorporaron en estos reconocimientos a funcionarios de facultad de medicina que desarrollan su actividad en el hospital universitario, aunque sus cargos docentes no estén estrictamente adscriptos a éste.

Consideraciones finales

La “Semana del Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela”, 2016, fue el resultado del trabajo mancomunado de funcionarios docentes y no docentes que planificaron y ejecutaron con la

suficiente antelación las actividades a desarrollar durante la misma.

Ello permitió conocer algunas de las actividades de formación, investigación, asistencia y enseñanza que se desarrollan en el marco del hospital universitario. El llamado a trabajos de investigación en diferentes áreas con el otorgamiento de premios significa un reconocimiento institucional a la labor que desarrollan los diferentes departamentos y cátedras del hospital.

La firma del acuerdo de cooperación específico con la Universidad Arturo Jauretche abre las puertas para el intercambio de docentes y de funcionarios no docentes, y de experiencias entre ambas instituciones lo que podrá redundar en un mutuo beneficio.

Finalmente la jornada de entrega de medallas que clausuró la semana favorece el espíritu de integración entre los distintos funcionarios que cumplen tareas en este hospital público, y reafirma el compromiso que todos tienen con el hospital Dr. Manuel Quintela, dependiente de la Universidad de la República, Uruguay, autónoma y co-gobernada.

Destacamos la amplia participación que tuvieron los diferentes actores que hacen a la vida del hospital, servicios docentes y no docentes, así como la integración de otros servicios de la Universidad de la República que desarrollan actividades de enseñanza e investigación en el hospital (Facultad de Enfermería, estudiantes de enfermería, docentes de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación en proyectos conjuntos con el Departamento de Servicio Social del hospital).

Destacamos la importante labor desempeñada por los administrativos que participaron en la organización de esta actividad; sin dicho apoyo hubiera sido imposible haber alcanzado los objetivos que se planteó la comisión organizadora

Premios y menciones año 2016

Como todos los años, se realizó un llamado a presentación de trabajos de investigación en las áreas de “Enseñanza”, “Investigación clínica” y “Gestión asistencial”, agregándose en esta oportunidad un área independiente para la evaluación de trabajos de iniciación a la investigación presentados por residentes y postgrados, catalogada como “Postgrados/Residentes”. Se presentaron en total 51 trabajos, discriminados de la siguiente forma:

Postgrados / Residentes: 17 trabajos

Área de Investigación: 23 trabajos

Área de Enseñanza: 4 trabajos

Área de Gestión Clínica: 7 trabajos

Los tribunales evaluadores estuvieron integrados por colegas de reconocida trayectoria en el medio, y tuvieron a su cargo la evaluación de los trabajos presentados y la selección de los premios a asignar. En el área de “Enseñanza”

actuaron como jurados Alicia Gómez, Mariana Cora, Federico Ferrando, Liliana Gadola y Fernando Ramos, aunque Alicia Gómez se excusó de participar en la decisión final por conflictos de interés. En el área de “Investigación Clínica” actuaron como jurados Mauricio Cuello, Sofía Grille, Caroline Agorio, Javier Hurtado, Juan Dapuzo y Víctor Dayan. En el área de “Gestión Asistencial” actuaron como jurados Oscar Gianneo, Daniel Alonso, Irma León y Víctor Tonto. Finalmente, los trabajos presentados en el área de “Residentes / Postgrados” fueron evaluados por Cecilia Guillermo, Sergio Bianchi y Adriana Belloso.

A continuación se transcriben los resúmenes completos de los trabajos premiados en esta oportunidad y el listado de los trabajos aceptados y presentados.

Trabajos premiados:

Primer premio. Modalidad investigación

Premio “Laboratorio TRESUL S.A.”

Uso de nanosomas de quercetina.

Vaamonde L, Blasina F, Tedesco A, Silveira R, Silvera F, Dajas F.

Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Contacto: fblasina@gmail.com

Resumen

La asfisia perinatal es la mayor causa de muerte y morbilidad neurológica en recién nacidos, siendo el estrés oxidativo uno de los mecanismos críticos que llevan a lesiones cerebrales permanentes en esta patología. En este contexto se utilizó quercetina, un antioxidante natural conocido por sus efectos neuroprotectores, para estudiar su potencial como terapia en la patología cerebral provocada por hipoxia cerebral severa. Para lograr el acceso de la quercetina al cerebro, fueron desarrollados nanosomas de lecitina/colesterol/cyclodextrina como un vehículo seguro. Esta preparación nanosomal fue aplicada en forma intravenosa a cerdos recién nacidos sometidos a episodios de hipoxia e hipoxia/isquemia severas, los cuales fueron seguidos por 8 y 72 hs respectivamente. Los registros de monitoreo de función cerebral para ambos casos mejoraron significativamente en el grupo que recibió nanosomas de quercetina. Este grupo de animales que recibió el preparado también estabilizó su presión arterial y recuperó la capacidad de respirar en forma espontánea. En este grupo experimental, la asistencia ventilatoria mecánica se pudo retirar en las primeras 24 hs, mientras que los grupos hipóxico y vehículo requirieron más de 24 hs. A las 72 hs luego del episodio de hipoxia/isquemia, la succión y la marcha se recuperó en forma significativa en el grupo que recibió nanosomas de quercetina comparado con los otros grupos. Estudios de anatomía patológica no mostraron diferencias en el tejido cerebral para

ninguno de los grupos. Los efectos beneficiosos luego de una asfixia perinatal experimental muestran a la preparación nanosomal de quercetina como un posible tratamiento prometedor para el cerebro dañado en desarrollo.

Mención especial. Modalidad investigación

Donantes cadavéricos como fuente de células madre mesenquimales.

Echarte L, Zunino J, Machín D, Sujanov A, Marquisa N, Lorenzo M, Alvarez I, Bengochea M, Touriño C.

Hospital de Clínicas

Contacto: lecharte@gmail.com

Resumen

Las células madre estromales mesenquimales (MSC) constituyen una población heterogénea de células multipotentes adultas, con elevada capacidad de proliferación in vitro, capacidad de migrar e injertarse en sitios de inflamación, con secreción de moléculas bioactivas, ausencia de inmunogenicidad y funciones inmunomoduladoras particulares. Si bien se han empleado diversas fuentes para obtener MSC, las derivadas de médula ósea (MO) representan la población más utilizada para aplicaciones clínicas, ya sea en forma autóloga o alogénica. En este último caso, una de las dificultades para su obtención es la disponibilidad de donantes vivos de MO. La investigación de alternativas diferentes al donante vivo, como ser el donante fallecido o cadavérico ha sido poco explorada.

El objetivo general del presente proyecto es estudiar el potencial relativo de la MO obtenida de fémur y cresta ilíaca de donantes cadavéricos con muerte por parada cardio circulatoria (MCC) o muerte encefálica (ME) como potencial fuente de MSC para uso en terapia celular.

Como parte de los objetivos específicos, se desarrollaron procedimientos adecuados para la colecta de MO evaluando aspirado o curetaje, procesamiento (utilizando ficoll o siembra directa), cultivo, inmunofenotipificación y diferenciación de MSC obtenidas a partir de MO de cresta ilíaca y fémur de donantes cadavéricos.

Se estableció como método de colecta de MO el curetaje, debido a la mayor tasa de éxito en la obtención de cultivos primarios de MSC que superan el primer subcultivo (2/4 con aspiración vs. 4/4 con curetaje en donantes con MCC). Esto una vez mejorado el método de procesamiento de MO por curetaje. Por otro lado, mediante el protocolo de procesamiento y cultivo implementados se ha logrado cultivar y expandir MSC cadavéricas tanto de donantes en ME (n=1) como de donante con MCC (n=3). En cuanto a la caracterización de las MSC se realizaron ensayos de inmunofenotipificación en seis de las doce muestras procesadas observándose que las células expresan los marcadores CD105, CD73, CD90, y no expresan CD45, CD34, CD14, como cabe esperar para una población de MSC. En cuanto a la diferenciación de las MSC a osteoblastos si bien existen indicios de diferenciación se debe mejorar la técnica de tinción y emplear reactivos en mejores condiciones. La diferenciación a adipocitos fue exitosa tanto en MSC inducidas procedente de fémur como de cresta ilíaca. A la fecha se ha podido responder una de las interrogantes planteada en el proyecto, ya que comprobamos que es posible obtener MSC viables a partir de donantes cadavéricos tanto de MO de cresta ilíaca como de fémur.

Primer premio. Modalidad enseñanza

Premio "ADUR" (Asociación de docentes de la Facultad de Medicina)

Epilepsia en Atención Primaria.

Braga P, Carrizosa J, Ferreira G, Costa C, Uriarte P

Colaboración entre la Comisión de Educación de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), el Instituto de Neurología y la Comisión TICs, Facultad de Medicina, Universidad de la República,

Uruguay.

Contacto: patibrafer@gmail.com

Resumen

El objetivo de esta actividad de enseñanza fue contribuir a disminuir la brecha de diagnóstico y tratamiento en epilepsia a través de un curso de actualización, accesible en idioma y costos, dirigido a médicos del primer nivel de atención en América Latina, mediante tecnología virtual.

El proyecto estructural del curso (8 módulos temáticos consecutivos de una semana de duración incluyendo epidemiología, clínica, paraclínica, tratamiento, aspectos sociales y legales) fue elaborado y presentado por la Comisión de Educación de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE). Se conformó el equipo docente con 16 tutores latinoamericanos, quienes elaboraron los contenidos. Se generó un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay, mediado por el Instituto de Neurología, para la creación de una plataforma virtual y acreditación del curso. En la metodología docente se utilizaron repositorios didácticos con material especialmente diseñado, ejercicios sobre cada módulo y foros de discusión temáticos. La aprobación requirió un examen final con un umbral de aprobación del 60%. Se aplicó un cuestionario de evaluación del curso por módulo y otro final, a través de la plataforma virtual.

Realizaron el curso (5/10/2015-30/11/2015) 38 profesionales de 9 países, 22 de los cuales trabajaban en atención primaria. De todos ellos, 32 aprobaron el examen final. El contenido y estructura del curso fueron catalogados de dificultad baja/intermedia. La dedicación promedio fue 4-6 hs semanales. El 95% de los profesionales catalogó la experiencia de interacción virtual como buena-muy buena. 97% recomendaría este curso a otros colegas. El porcentaje de profesionales que se sentía seguro en el manejo de pacientes con epilepsia pre-curso era de 20%, ascendiendo a 65% post-curso.

Encontramos resultados favorables en los objetivos de alcance y factibilidad del curso, así como en metas de aprendizaje. El desafío actual es consolidar la iniciativa, aumentando la convocatoria e incluyendo una plataforma en español/portugués, que ya ha comenzado a funcionar en 2016. A largo plazo, los desafíos incluyen la actualización continua de contenidos, el equilibrio entre la estabilidad y renovación del equipo docente, la sustentabilidad económica y la adaptación a nuevas tecnologías.

Primer premio. Modalidad gestión asistencial

Premio "Laboratorio ICLOS ROEMMERS"

Reducción de la mortalidad infecciosa en pacientes sometidos a quimioterapia intensiva en la cátedra de hematología del hospital de clínicas.

Grille S, Spangenberg MN, Boada M, Guadagna R, Stevenazzi M, Guillermo C, Díaz L.

Cátedra de Hematología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Contacto: sgrille@adinet.com.uy

Resumen

Las infecciones constituyen la principal causa de morbimortalidad en los pacientes hematooncológicos sometidos a quimioterapia intensiva. Esto ha representado un importante problema asistencial que ha requerido de la modificación de estrategias diagnósticas, terapéuticas y de la internación en el servicio de hematología del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Desde el punto de vista asistencial, es de capital importancia hacer un seguimiento de las tasas de infecciones y morbi-mortalidad asociada a la neutropenia febril (NF), así como conocer la microbiología del lugar para poder abordar esta problemática y mejorar los resultados. Con este objetivo, en el año 2011 con participación de múltiples servicios (Cátedra de Hematología, Cátedra de Enfermedades infecciosas, Laboratorio Clínico y Cátedra de Medicina Intensiva, Farmacología) se

elaboraron pautas institucionales de tratamiento y prevención de la NF, publicadas en pequeño libro de bolsillo por la Oficina del Libro.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la incidencia y evolución de las complicaciones infecciosas de los pacientes sometidos a quimioterapia intensiva en el Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Se realizó un estudio de inicio retrospectivo y posteriormente prospectivo donde se incluyeron pacientes sometidos a quimioterapia intensiva tratados en dicho hospital desde agosto de 2011 a diciembre de 2015. Se incluyeron 200 episodios de neutropenia de alto riesgo (78 pacientes). De los episodios estudiados 57.6% correspondieron a linfomas, 38.5% a leucemia aguda y 3.9% a síndromes mielodisplásicos. La incidencia de NF fue 41.5%. En el 43.3% existió documentación microbiológica, de los cuales 58.8% correspondieron a bacteriemias. Del total de aislamientos: 25.3% fueron bacilos Gram negativos (66.6% multirresistentes), 8.4% cocos Gram positivos, 1.2% anaerobios, 1.2% Clostridium, 2.4% BK confirmado, 4.8% Aspergillosis probada/probable. En cuanto al tratamiento en 56.3% de los episodios fue necesario escalar a meropenem, con una mediana de 5 ± 4.2 días de piperacilina-tazobactam. Once pacientes recibieron anfotericina y/o voriconazol. La mortalidad global en todo el período de los pacientes que presentaron NF fue de 18.1% (12.1% relacionada a sepsis). Cuando discriminamos por año, la mortalidad global en el período 2011-2013 fue de 12.2% y en el período 2014-2015 de 3.1% ($p=0.001$). Si analizamos la mortalidad por sepsis en los episodios febriles en el período 2011-2013 fue de 15.5% y en el período 2014-2015 de 4.5%. Estas diferencias en mortalidad según los períodos están en relación a una mejoría en la adherencia al protocolo terapéutico de 40% de cumplimiento en el 2011 a 81% en el 2015. Asimismo, en el año 2013 se incluyó screening sistemático con antígenos galactomanano con el objetivo de realizar diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la Aspergillosis invasiva. Destacamos que desde enero de 2015 existen importantes cambios en las condiciones edilicias de internación de los pacientes (traslado a área que cuenta con aislamiento con baño individual) lo cual se correlaciona con las mejoras en mortalidad. Desde el 2013 hasta la fecha se han realizado cursos de Educación Médica Continua (EMC) en el área, se han publicado los resultados en eventos internacionales y una publicación en una revista arbitrada, con intercambios con referentes en el área.

La generación de un protocolo terapéutico institucional, la mejora en la aplicación del mismo, los cambios en las condiciones edilicias, las mejoras en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de complicaciones fúngicas, la EMC y el relevamiento permanente de datos es lo que permitió lograr una drástica reducción de la mortalidad de los pacientes hematooncológicos, logrando tasas de mortalidad comparables a lo reportado por centros de referencia.

Primer premio. Modalidad residentes y postgrados

Premio "Sindicato Médico del Uruguay"

Manejo mínimamente invasivo del pretérmino menor de 1500 gramos.

Fabra F, Devera A, Silveira V, Blasina F, Rodriguez M.

Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Contacto: fabian.fabra@gmail.com

Resumen

La transición a la vida extrauterina en prematuros representa una etapa crítica que puede determinar elevada morbilidad. Estudios clínicos y experimentales demostraron que intervenciones mínimamente invasivas y de apoyo a la fisiología en la transición feto-neonatal generan cambios beneficiosos a corto, mediano y largo plazo.

Desde el año 2013 la maternidad del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, ha trabajado en una estrategia de recepción para disminuir las complicaciones del nacimiento prematuro. Los pilares son la ligadura oportuna de cordón, administración de presión positiva continua (CPAP) previo a ligadura, termoprotección, administración de surfactante mediante técnica mínimamente invasiva (traqueocclisis) y cafeína precoz.

El objetivo del presente trabajo es describir los resultados neonatales de un grupo de pretérminos con esta estrategia de manejo mínimamente invasivo comparando con un período previo.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, incluyendo 23 pacientes menores de 1500g nacidos en los períodos 2011-2012 y 2014-2015. Criterio de exclusión: Apgar ≤ 3 a los 5 minutos, malformaciones congénitas, infección connatal. Se analizaron las variables: requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM), tiempo de CPAP, inotrópicos en las primeras 24 horas de vida, hemorragia intraventricular, broncodisplasia y días de internación.

En 2011-2012 el porcentaje de pretérminos ventilados fue de 69% vs. 40% en 2014-2015, en cuanto al tiempo de CPAP la media fue de 16.7 ± 19.2 . y de 24.5 ± 18.6 días respectivamente. El 15% de los pacientes requirió inotrópicos en 2011-2012 y ninguno en 2014-2015. En 2014-2015 la traqueocclisis fue el método de administración de surfactante en el 60% de los pacientes, requiriendo AVM el 30% de éstos, sin complicaciones relacionadas al procedimiento. No hubo diferencias en hemorragia intraventricular, broncodisplasia y días de internación entre ambos períodos.

La nueva estrategia de recepción del pretérmino, mínimamente invasiva desde el inicio de la vida extrauterina, disminuiría el número de pacientes en AVM, el uso de inotrópicos en las primeras 24 horas de vida y los riesgos de complicaciones derivadas de dichas terapias.

Segundo premio. Modalidad residentes y postgrados

Premio ADUR (Asociación de docentes de la Facultad de Medicina)

Respuesta y sobrevida global de linfomas No Hodgkin difuso a grandes células "B" de inicio extranodal.

Tripodi C, Irigoín V, Oliver C, Ranero S, Uría, Díaz L.

Cátedra de Hematología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Contacto: cris_tripodi@hotmail.com

Resumen

El Linfoma No Hodgkin Difuso a Grandes Células B (LNH DGCB) de inicio extranodal representa el 40% del total. Las localizaciones más frecuentes son: tubo digestivo, hueso, testículo, anillo de Waldeyer, glándulas salivales, tiroides, hígado y riñones. La evidencia con respecto a su pronóstico en relación a los casos de inicio nodal es escasa y discordante.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la tasa de Respuesta Completa (RC) y Sobrevida Global (SG) de pacientes con LNH DGCB de inicio extranodal vs LNH DGCB de inicio nodal tratados con R-CHOP.

Es un estudio retrospectivo, descriptivo de LNH DGCB tratados en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, entre enero 2005 y mayo de 2016. Se excluyeron los portadores de LNH DGCB primario del SNC.

De un total de 90 pacientes, 70 presentaron inicio nodal y 20 inicio extranodal. El sitio más frecuente de inicio extranodal fue el tubo digestivo. La mediana de edad de los DGCB de inicio extranodal fue 67 años (24-85) vs 62 años (19-85) en los pacientes con inicio nodal ($p=0.257$). La distribución por R-IPI fue: 5% muy buen pronóstico, 30% buen pronóstico, 65% mal pronóstico, para los de inicio

extranodal y 5.8% muy buen pronóstico, 47.8% buen pronóstico, 46.4% mal pronóstico para los de inicio nodal ($p=NS$). La tasa de RC de los de inicio nodal fue 68% vs 83% para los de inicio extranodal ($p=0.25$). Con una mediana de seguimiento de 22 meses (0.7-136) la SG a 2 años es 72% en el total de la población. A 2 años, la SG de los DGCB de inicio extranodal es 83% vs 69% para los de inicio nodal ($p=0.208$).

En los pacientes con DGCB de inicio extranodal no se demuestra una diferencia significativa en la tasa de RC ni SG a 2 años vs los pacientes con inicio nodal.

Tercer premio. Modalidad residentes y postgrados

Premio “Compañía SALUS S.A.”

Caracterización de las prestaciones no incluidas en el plan integral de atención de salud del sistema nacional de salud en el hospital universitario, 2016.

Guzman R, Piedra Buena L, Pérez A.

Departamento de Dirección, Hospital de Clínicas

Contacto: regiguzz@gmail.com

Resumen

El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) es el conjunto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). (Decreto 465/008) Dichas prestaciones son dinámicas ya que su vigencia se determina en función de nuevas tecnologías, pautas o procedimientos que sustituyen a los preexistentes. Aquellos procedimientos no incluidos en el PIAS son denominados como “EXTRA PIAS” (EP), y muchos de ellos representan innovaciones tecnológicas diagnósticas, terapéuticas o de rehabilitación.

El objetivo del presente trabajo fue caracterizar las prestaciones EP con el fin de conocer aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizan en el Hospital Universitario (HU) (Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay), que no están definidos como prestaciones obligatorias para los Prestadores Integrales (PI) del SNIS.

Se realizó un estudio cualitativo, con entrevistas a 25 informantes claves, relacionado a cada uno de los capítulos del catálogo de prestaciones. El mismo fue efectuado en 2 períodos consecutivos 2014 y 2015 con el objetivo de ajustar la nomenclatura utilizada en la descripción de los procedimientos. Se identificaron las prestaciones obsoletas y aquellas prestaciones que el HU brinda, que no son obligatorias para los Prestadores Integrales (PI) de salud. El presente estudio se restringe a la descripción y análisis de las prestaciones EP durante el año 2015 no incluidas en el decreto que define las prestaciones obligatorias para los PI.

El HU cuenta con dos tipos de prestaciones EP, por un lado los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación y por otro, se encuentran los programas especiales de atención para pacientes con patologías de alta complejidad.

En el HU se realizan 238 procedimientos diagnósticos y terapéuticos y 38 programas especiales EP. De un total de 25 servicios entrevistados, 22 realizaban prestaciones EP, de los cuales 11 son servicios médicos y 11 son servicios quirúrgicos. Los cinco servicios del HU con mayor número de prestaciones EP identificadas fueron: Centro Cardiovascular Universitario, Gastroenterología, Laboratorio de Biología Molecular, Medicina Nuclear y Neurocirugía. Existen prestaciones que se realizan de forma exclusiva en el HU a nivel nacional, como lo son los procedimientos realizados en los servicios de dermatología, gastroenterología, medicina nuclear y laboratorio de Biología Molecular y Citología de Flujo y neurocirugía.

El HU es uno de los prestadores públicos no integrales que realiza un número elevado de programas

y prestaciones no contempladas en el PIAS; los mismos son desarrollados por docentes de la Facultad de Medicina y en muchas oportunidades estos procedimientos sólo se realizan en el HU.

Estas prestaciones son brindadas de forma gratuita a los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, lo que plantea desafíos interesantes en lo que refiere a la equidad del sistema de salud en la medida que los sectores desfavorecidos socio-económicamente pueden acceder a prestaciones de alto costo no disponibles aún para toda la población.

Finalmente, surge la necesidad de realizar una evaluación de los programas y servicios identificados en relación a la seguridad y eficacia de las prestaciones, así como la calidad de la atención y los aspectos económicos que los involucran en vistas a la planificación de los servicios de salud según estos criterios para el conjunto de prestaciones EP.

Mención especial. Modalidad residentes y postgrados

Atlas Otológico

Nieves G, Percovich M, Costas G.

Cátedra de Otorrinolaringología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

Contacto: mgapto@hotmail.com

Resumen

La valoración otológica por parte de los médicos jóvenes que se inician en la práctica médica es un desafío aún por vencer dadas las pocas herramientas con las que contamos actualmente. Con fin académico y de orientación práctica, creamos lo que llamamos el atlas otológico, dirigido a estudiantes de pregrado y médicos iniciales.

El objetivo del presente trabajo fue otorgar, con dicho manual, una orientación clínica en el diagnóstico de las patologías otológicas más frecuentes en la práctica clínica diaria.

Mediante el sistema Endodigi (software y hardware para la captura de vídeo e imágenes digitales) y previa autorización firmada de los pacientes, tomamos imágenes otoendoscópicas de oídos patológicos y normales. Con el material obtenido y utilizando Visual Studio creamos un programa informático interactivo. Dichas imágenes fueron obtenidas en su totalidad en la cátedra de otorrinolaringología del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Generamos así un material original y actualizado que se podrá distribuir fácilmente como material de consulta en la práctica clínica diaria. Este atlas digital en forma de programa informático cuenta con un entorno gráfico agradable y de fácil manejo a través del cual uno puede ir navegando por las patologías más frecuentes del oído, encontrando así pequeñas reseñas de cada patología redactadas por integrantes de la cátedra, y con un pool de imágenes y vídeos extensos.

Creemos valioso el aporte a los médicos en formación de imágenes con patologías otológicas de altísima frecuencia en las consultas diarias dado que ayudará al rápido diagnóstico de algo que hasta el momento resulta incierto y en ocasiones desconocido.

Manejo del cáncer de mama precoz en población de mujeres del Hospital de Clínicas (2011-2015).

Amarillo D, Oviedo Y, Pérez A, Camejo N.

Cátedra de Oncología Médica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

Contacto: dahiana_amarillo@hotmail.com

Resumen

El cáncer de mama (CM) en Uruguay ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad por cáncer en la

mujer. Se diagnostican anualmente unos 1850 casos nuevos de cáncer y es la causa de muerte de más de 670 mujeres en igual período.

Para estadificar el CM se utiliza la clasificación TNM de la AJCC (American Joint Committee on Cancer). El estadio tumoral, el grado histológico, el estado de los receptores hormonales y el HER2 (receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano) son los principales factores pronósticos de la enfermedad. Consideramos CM precoz a los tumores que integran los estadios I y II: tumores ≤ 5 cm sin compromiso de la piel ni de la pared torácica (T1-3) y sin compromiso axilar (N0), o con adenopatías axilares móviles ipsilaterales al tumor (N1).

El tratamiento del CM debe de estar a cargo de un equipo multidisciplinario (cirujano mastólogo, oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta, cirujano plástico, patólogo, psicólogo y fisiatra), siendo el objetivo del tratamiento del CM precoz la curación de la enfermedad.

En el presente trabajo analizamos las estrategias de tratamiento en el cáncer de mama precoz, además de analizar cómo ha sido el manejo de estos tumores en la población del Hospital de Clínicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay en el período 2011-2015.

El objetivo general fue conocer el manejo del cáncer de mama precoz en la población de mujeres uruguayas tratadas en dicho hospital en el período 2011-2015. Se plantearon como objetivos específicos: conocer el perfil de la población en estudio diagnosticada con cáncer de mama precoz, conocer el perfil molecular de la población en estudio, estudiar el modo de diagnóstico de los tumores, y estudios realizados para el diagnóstico locorregional, y finalmente evaluar el manejo terapéutico de la población estudiada.

Se revisaron las historias del período establecido, encontrando 174 pacientes que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Presentaremos a continuación algunos de los resultados obtenidos.

Con respecto a la edad al diagnóstico, el 59% se diagnosticaron entre los 51- 75 años, mientras que un 17% lo hizo entre los 41-50, un 18% en las pacientes mayores de 75 y el resto en menores de 40 años. Más de un 40% se diagnosticó en Estadío I, 36% en Estadío II y menos del 25% en Estadío III.

Al igual que lo descrito en la literatura, un 85.6% de las pacientes presentaron el subtipo histológico carcinoma ductal infiltrante (CDI), siendo un 10.4% del subtipo lobulillar, y el resto de subtipos minoritarios. Con respecto al subtipo molecular, la gran mayoría de las pacientes presenta tumores luminales, como está descrito, constituyendo en esta serie un 62%. La proporción de subtipos Her2 positivos se encuentra ligeramente por encima de la establecida en la literatura (15-20%) siendo la encontrada de 24%. Un 50% de las pacientes recibió como tratamiento quirúrgico una cirugía conservadora, mientras que un 36% recibió MRM, y el resto otro tipo de tratamientos quirúrgicos minoritarios. Un 53.5% de las pacientes recibió QT adyuvante, y más de un 75% recibió RT adyuvante.

El presente trabajo nos permitió conocer el perfil de la población con cáncer de mama precoz en la población estudiada, así como su manejo.

Trabajos Presentados por modalidad:

Modalidad residentes y postgrados

Amarillo D, Oviedo Y, Pérez A, Camejo N. Manejo de cáncer de mama precoz, período 2011-2015.

Bove V, Bradvica V, Villano F, Lema V, dos Santos G, Riva E. Mieloma múltiple e insuficiencia renal. Experiencia del Hospital de Clínicas.

Britos P, Silveira R, Rodríguez M, Blasina F. Paracetamol y ductus arterioso persistente.

Esperón A. Seudoaneurisma de la aorta visceral.

Esperón A. Experiencia en el uso de balones liberadores de drogas en la arteriopatía estenooclusiva periférica. Serie de casos.

Fabra F, Devera A, Silveira V, Blasina F, Rodríguez M. Manejo mínimamente invasivo del pretérmino

menor de 1500 gramos.

Guzmán R, Piedra L, Pérez A. Caracterización de las prestaciones incluidas en el plan integral de atención de salud del sistema nacional de salud en el Hospital Universitario, 2016.

Magallanes M, Sosa M, Camblor M, Méndez C, Camejo N, Castillo C. Impacto del tratamiento oncológico en la masa ósea.

Muniz C, Bustelo E, Vaamonde L, Rodríguez M, Blasina F. Evaluación nutricional de los recién nacidos menores de 2500 gramos, nacidos en la maternidad del Hospital de Clínicas en el año 2015.

Nieves G, Percovich M, Costas G. Atlas otológico.

PiedraBuena L, Guzmán R, Pérez A. Medicamentos de alto costo en el Hospital Universitario.

Piegas JM, Gastambide V, Esperón A. Coartación de aorta. Casos clínicos.

Ranero S, Mérola V, López S, Pizarrosa C, Remedi A, Dos Santos G, Stevenazzi M, Olivieri M, Cartallo N, Montero L, Alonso J, Díaz L, Zunino J, Martínez R, Guillermo C. Búsqueda etiológica en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) idiopática. Experiencia de la Unidad de Hemostasis y Trombosis del Hospital de Clínicas.

Ranero S, Grille S, Mérola V, López S, Pizarrosa C, Remedi A, Dos Santos G, Stevenazzi M, Olivieri M, Cartallo N, Montero L, Alonso J, Díaz L, Zunino J, Martínez R, Guillermo C. Actualización epidemiológica de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (EDEV) en la Unidad de Hemostasis y Trombosis (UHT) del Hospital de Clínicas.

Ranero S, Grille S, Mérola V, López S, Pizarrosa C, Remedi A, Dos Santos G, Stevenazzi M, Olivieri M, Cartallo N, Montero L, Alonso J, Díaz L, Zunino J, Martínez R, Guillermo C. Trombosis venosa superficial (TVS): experiencia en la Unidad de Trombosis y Hemostasis (UHT) del Hospital de Clínicas.

Ranero S, Oliver C, Irigoín V, Tripodi C, Uria R, Díaz L. Mantenimiento en linfoma folicular: experiencia de la Policlínica de neoplasias linfoproliferativas crónicas del Hospital de Clínicas.

Tripodi C, Irigoín V, Oliver C, Ranero S, Uria R, Díaz L. Respuesta y sobrevida global de linfomas no Hodgkin difuso a grandes células B de inicio extranodal.

Modalidad Investigación

Ale S. Alergia de contacto ocular: experiencia en el Hospital Universitario.

Baz M, Arruti A, Gorriaran N, Alonso J, Hurtado FJ, Arcos JP. Efecto de la aplicación externa de presiones positivas en la vía aérea sobre el estrechamiento espiratorio de la glotis de pacientes con EPOC estables.

Blanco M, Taibo S, Rodríguez M, Blasina F. Descamación de piel en un grupo de neonatos ingresados en CTI neonatal.

Britos P, Silveira R, Rodríguez M, Blasina F. Paracetamol y ductus arterioso persistente.

Bussi A, Bosque A, Caetano V, Maquiola J, Vidal V, Mosquera M. Prevalencia del trauma craneoencefálico.

Cristiani F, Ayala S, Surbano M, Castroman P. Radiofrecuencia pulsada en dolor radicular lumbar.

Echarte L, Zunino J, Machín D, Sujánov A, Marquisa N, Lorenzo M, Álvarez I, Bengoechea M, Touriño C. Donantes cadavéricos como fuente de MSC.

Esponda R, Vaalmonde L, Dalmás L, Telis O, Blasina F, Martell M. Pacientes con riesgo de encefalopatía.

Falco S, Sujánov A, Lamela N, Echarte L, Di Matteo C, García R, Agorio C, Martínez M, Rodríguez I, Otero G, Touriño C. Tratamiento de úlceras venosas crónicas con PRP.

Fernández C, Taibo S, Rodríguez M, Blasina F, Martel M. Alimentación enteral por gastroclisis discontinua cada 4 horas en recién nacidos estables menores de 1500 g.

Ferrari S, Nicola A, Larre Borges P, Larre Borges A, Noboa O, Sarantes R, Gauronas P, Mazzolini S,

Martínez M. Dermatitis en hemodiálisis crónica.

Gratadoux C, Percovich J, Costas G. Oído contralateral en pacientes con colesteatoma.

Grille S, Brugnini A, Boada M, Trías N, Stevenazzi M, Guillermo C, Díaz L, Lens D. Validación de un score por citometría de flujo para diagnóstico de síndromes mielodisplásicos en el Hospital de Clínicas.

Grille S, Morán R, Laporte G, Medici F, Senatore C, Rodríguez C, Viturera G, Sosa L, Lauría W, Guillermo C, Díaz L, Stevenazzi M. Implementación de un protocolo de tromboprolifaxis en el período grávido-puerperal.

Oliver A, Irigoien V, Uria R, Tripodi C, Ranero S, Díaz L. Segundas neoplasias en leucemia linfocítica crónica. Policlínica de síndromes linfoproliferativos crónicos del Hospital de Clínicas.

Rey R. Falla energética celular de la corteza cerebral en cerdos recién nacidos.

Sarantes R, Urrestarazu A, Tobal D, Rodríguez I, Rivas G, Olascoaga A, Ferreiro A. Recambio plasmático por plasmafiltración.

Silveira V, Tejeira S, Rodríguez M, Vaamonde L, Blasina F. Monitorización de oxigenación cerebral durante la transfusión de glóbulos rojos en el recién nacido prematuro.

Tellechea S, Silvera F, Vaamonde L, Silveira R, Herrera T, Fernández C, Tejeira S, Vidal D, Blasina F, Martell M. Evaluación de las variables hemodinámicas en hipotermia.

Texeira N, Machado V. Estimación de medicamentos indicada al egreso hospitalario en el Hospital Universitario.

Vaamonde L, Blasina F, Tedesco A, Silveira R, Silveira F, Dajas F. Uso de nanosomas de quercetina.

Zanetti J, Manrique G, Heinzen P, Cancela P, Alonso I, Artagaveytia N. Nivel de ARNm-BRCA1 como factor pronóstico en cáncer de mama esporádico.

Zulberti C, Larre Borges P, Sarantes R, González J, Villegas N, Oyamburo A, Moreno V, López E, Massaro R, Buccalo P, Olascoaga A, Gadola L, Noboa O. Aumento de la depuración de moléculas medias con hemodiafiltración on line en el paciente en diálisis crónica.

Modalidad Gestión Clínica

Baccino C, Larre Borges P, Samudio M, Buccalo P, Gadola L, Noboa O. Desarrollo de hemodiafiltración en línea en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas.

Grille S, Spangenberg MN, Boada M, Guadagna R, Stevenazzi M, Guillermo C, Díaz L. Reducción de la mortalidad infecciosa en pacientes sometidos a quimioterapia intensiva en la Cátedra de Hematología del Hospital de Clínicas.

Brugnini A, Trías N, Boada M, Grille S, Lens D. Impacto de la incorporación de tecnología de última generación en el diagnóstico de neoplasias hematológicas.

Pedrosa D, Milovidov I, Pérez A. Dotación de camas de cuidados intensivos de adulto en el Hospital Universitario.

Perna A, Hackemburch J, Rius C, Martínez L, García A, Contreras V, García A, Legnani M, Urban L, Rozada R, Arocena S, LaRocca N, Abud D, Barboza Y, García M, Gonnet V, Da Silva J, Insausti T, Robledo D, Grenno A, Rey A. Experiencia de la Policlínica multidisciplinaria de ELA.

Piriz M. Aumento en la creatinemia e injuria renal aguda en pacientes ingresados al área de Cuidados Intesivos del Hospital de Clínicas.

Silvera F. Análisis de la adecuación de las solicitudes de angio tomografía de tórax para el diagnóstico de embolia pulmonar.

Modalidad Enseñanza

Braga P, Carrizosa J, Ferreira G, Costa C, Uriarte P. Epilepsia en Atención Primaria.

Irigoín V, Oliver C, Uría R, Ranero S, Trípodí C, Díaz L. Complicaciones infecciosas en leucemia linfoide crónica.

Novello G, Otormin G, Gambini JP, Lena T, Distefano R, Jacobo O. Aplicaciones de la indiocianina verde en cirugía plástica.

Sapriza C, Icasuriaga L. Formación en el campo de la salud.