

Bases específicas de envío: Casos clínicos (CC)

1. El envío del resumen debe realizarse exclusivamente a través de la página web www.ccnem.cl, en la pestaña "científico", el autor debe escribir el título del trabajo en el lugar indicado para tal efecto, además de seleccionar la categoría a la que este pertenece, de las categorías participantes en el CCNEM 2014 (punto 8).
2. El título del trabajo debe ser escrito en la página web de la siguiente forma; "CC – Título del trabajo".
3. El documento debe ser un archivo formato Microsoft Word 2007 – 2013 (.docx) o Microsoft Word 1997 – 2003 (.doc).
4. Todo resumen enviado debe recibir dos respuestas por parte del CCNEM una primera respuesta automática de recepción dentro de las primeras 24 horas desde el envío del resumen, y una segunda respuesta confirmando que se adjuntaron todos los documentos obligatorios requeridos para la participación. En caso que esto no ocurra, los autores deben reenviar el resumen al siguiente correo electrónico reenvio.ccnem.cc@anacem.cl, el asunto de dicho correo debe ser; "CC – Categoría - Título del trabajo".
5. De la misma forma, a través de pestañas habilitadas para tales efectos en la página web www.ccnem.cl (pestaña "científico") deben adjuntarse los documentos obligatorios de participación (mencionados en el punto 13 de las "bases generales para envío de resúmenes"). Estos documentos deben ser enviados en formato PDF, no se aceptaran otros formatos.
6. El tamaño del papel debe ser "carta" (21.6 x 27.9 cm), dejando un margen de al menos tres centímetros en márgenes izquierdo y derecho y 2.5 centímetros en márgenes superior e inferior (margen "normal" de Microsoft office).
7. La fuente debe ser Arial tamaño 12. Con un interlineado de 1.5 líneas.
8. El resumen enviado debe ser clasificado por los autores dentro de una de las categorías participantes del congreso.
 - a. Medicina interna
 - b. Cirugía
 - c. Ginecología y obstetricia
 - d. Pediatría
 - e. Neurología y psiquiatría.
 - f. Especialidades medico quirúrgicas
 - g. Ciencias básicas

La comisión evaluadora puede modificar esta clasificación, si así lo estima conveniente.

9. Los resúmenes deberán cumplir con los siguientes parámetros según correspondan:
- a. Título:
 - i. Alineación: justificado
 - ii. Escrito con mayúsculas, sin negritas ni cursivas.
 - iii. Máximo 15 palabras
 - iv. No se permite el uso de abreviaciones
 - v. Debe ser redactado en tercera persona
 - vi. Finalizar el título con un punto
 - b. Autores y tutores
 - i. Alineación: centrado
 - ii. Deben incluir tanto de autor(es) y tutor(es); nombre, primer apellido e inicial del segundo apellido, deben ser separados por una coma entre sí.
 - iii. En una primera línea deben escribirse los autores y en una segunda línea los tutores.
 - iv. Solo los tutores pueden ser identificados por sus cargos académicos y/o profesionales (por ejemplo: Dr, EU, Klg). La abreviación "Prof" puede colocarse antes del cargo académico y/o profesional, solo en el caso que el tutor posea el grado de profesor asociado o profesor titular.
 - c. Instituciones: Agregar con súper índice los cargos o grados académicos de los autores y tutores, especificándolos en una línea bajo el último tutor, y se debe escribir de la siguiente forma para cada uno de ellos:
 1. Autor: Estudiante de carrera, universidad, facultad de medicina, centro asistencial.
 2. Tutor: Profesión abreviada, grado académico, universidad, centro asistencial, unidad. (Ver plantilla de ejemplo al final de las bases para el envío de TC y CC).
 - d. Cuerpo del resumen
 - i. Dejar una línea entre el encabezado y el cuerpo del resumen
 - ii. Máximo 250 palabras
 - iii. Alineación: Justificado
 - iv. No se debe resaltar ninguna palabra, es decir, no utilizar negrita, cursiva, subrayado.
 - v. Es posible utilizar abreviaturas, siempre que la primera vez que se utilice la palabra, esta sea escrita de forma completa, seguida de la abreviación (ejemplo: Accidente cerebrovascular (ACV)).
 - vi. La estructura para los resúmenes de los CC debe contener los siguientes elementos:

1. Introducción: Debe resumir la racionalidad del estudio y expresar el propósito. Debe mencionar de manera somera el problema de salud que está involucrado, exponer aspectos muy generales y permitir ubicar claramente el entorno médico donde se encuentra el problema del conocimiento. No revisar extensamente el tema.
 2. Presentación del caso: describir el desarrollo del problema médico como tal. Incluir historia clínica, exámenes complementarios y el razonamiento diagnóstico breve y en forma secuencial, además del tratamiento aplicado y evolución.
 10. Discusión: Reflexionar acerca de las controversias actuales sobre la patología específica, los métodos diagnósticos y el manejo terapéutico que se realizó en el caso presentado. Destacar los aspectos innovadores e importantes que se pueden aportar. Proponer posibles recomendaciones de evaluación y manejo según la evaluación de la enfermedad en relación a la terapia instaurada.
- vii. Cada uno de los elementos anteriores debe ser escrito en mayúscula en el cuerpo del resumen (Ver plantilla de ejemplo al final de las bases para el envío de TC y CC)
- e. Palabras clave:
1. Se deberá dejar, una línea en blanco entre el cuerpo del resumen y las palabras clave.
 2. Deberá incluirse tres palabras o conceptos clave relacionados con el trabajo científico. Para esto deben utilizarse los términos del Medical Subject Headings (MeSH Words). Disponibles en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
10. El comité científico seleccionará todos los trabajos realizados bajo el formato correcto, que sean un real aporte para la Medicina y/o ejercicio y promoción de la salud familiar actual y que cumplan con las bases establecidas para su envío y realización.
11. La selección de trabajos para la ceremonia de premiación, la realizará el comité científico y los pares evaluadores, tras la revisión del resumen y su correcto formato, y la exposición oral y sus exigencias propias. Las categorías de premiación se encuentran en "Normas de certificación, evaluación y premiación de los TC / CC"
12. Dentro de un plazo máximo de 15 días recibirá una respuesta acerca de si su resumen ha sido o no aceptado.
13. Todo autor de CC aceptado debe cumplir el 100% de los siguientes requisitos:
- Enviar y validar Ficha de Inscripción CCNEM 2014
 - Enviar Consentimiento Informado (cuando corresponda)
 - Enviar Formulario de Derecho de Publicación
 - Enviar Certificado de Autoría
- Recordar que todos los documentos enviados deben estar escaneados y en formato PDF. No se recibirán ni analizarán fotografías ni otros formatos (ej: jpeg)

HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN MUJER JOVEN: CASO CLÍNICO

Claudio Muñoz C.¹, Mauricio Muñoz C.¹, Marilia Santibáñez S.¹, Pablo Riesle U.¹

Dr. Fernando Aranda G.¹

1. Estudiante de Medicina, Facultad Medicina de la Universidad de Santiago de Chile, Complejo Hospitalario San José, Unidad de Cirugía.
2. Dr, Cirujano, Facultad de la Universidad de Santiago de Chile, Complejo Hospitalario San José, Unidad de Cirugía

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis parasitaria del perro producida por *echinococcus sp.* en estadio larvario. Los órganos más afectados son: hígado (50-70%) y pulmón (20-40%); aproximadamente el 60% de lesiones pulmonares tiene antecedente de hidatidosis hepática. La mortalidad en Chile alcanza un 6-7%. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 42 años, sin antecedentes mórbidos, refiere 4 años de evolución de dolor en hipocondrio derecho, escala visual análoga (EVA) 2/10, presentándose 1-2 veces mensualmente, asociado ocasionalmente a mareos, náuseas y astenia. Hace un mes, presenta el mismo cuadro, pero con aumento de frecuencia (5-6 veces) y EVA 8/10, asociado a calosfríos, vómitos y náuseas. Concomitantemente refiere una masa abdominal creciente, sensible a la palpación y frémitos a la auscultación. Ante anamnesis dirigida refiere tenencia de perro hace 20 años sin controles veterinarios. La Tomografía Computarizada (TC) abdominal evidencia un quiste de bordes definidos de 12 x 12 centímetros de diámetro. Se diagnostica Hidatidosis Hepática por antecedentes, clínica y TC. Se decide intervención quirúrgica en Unidad de Cirugía del Hospital San José, se hace profilaxis con Albendazol contra diseminación iatrogénica en la cirugía. Se confirma el diagnóstico histopatológicamente. **DISCUSIÓN:** En zonas endémicas debe plantearse hidatidosis, haciendo incapié en la detección temprana debido al aumento proporcional del riesgo en el tiempo. El manejo es médico, la cirugía está recomendada en quiste hidatídico mayor a 5 cm, pues puede comprimir estructuras aledañas y generar fistulizaciones (vías biliares, vena porta, cavidad abdominal) generando complicaciones como ictericia obstructiva, peritonitis aguda e hidatidosis secundaria metastásica.

PALABRAS CLAVES: Quiste hidatídico – Hidatidosis hepática - Parasitosis

NEFRITIS AGUDA SEGUNDARIA A PÚRPURA DE SCHONLEIN – HENoch. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Paloma Farías S.¹, Gabriel Hernández V.², María Paz M.¹

Prof. Dr. José Martínez Órdenes.³

1. Estudiante de Medicina, Facultad de la Universidad de Santiago de Chile, Hospital el Pino, Unidad Pediátrica
2. Estudiante de Medicina, Facultad de la Universidad Andrés Bello, Hospital el Pino, Unidad Pediátrica.
3. Dr. Pediatra, Facultad de la Universidad de Santiago de Chile, Hospital el Pino, Unidad Pediátrica.

INTRODUCCIÓN: Se presenta caso y revisión Nefritis intersticial (NI) secundario a Púrpura Schölein Henoch (PSH). **CASO CLÍNICO:** Preescolar de 2 años 9 meses. Cursó PSH sin compromiso renal en mayo 2013. Diez días post alta presentó aumento de volumen en extremidades superiores, púrpura en inferiores y orina oscura. Se hospitalizó, iniciando prednisona (2 mg/kg/día.). Evolucionó con presión arterial (PA) hasta 160/100 (PA >p99 sexo/edad/talla), iniciando nifedipino. Exámenes: Creatinina 0,71 mg/dL (máxima 0,58 mg/dL/talla y clearance (Schwartz) 72,8 ml/min/1,73m²), coagulación normal, orina 50 GR/c y proteinuria masiva. Se inició proteinuria 24 horas. Evolucionó afebril, edema bilateral de tobillos más e hipertensión arterial (HTA) refractaria. Debido a proteinuria 2,1 g/dL e HTA se derivó a centro de referencia, con diagnósticos: Insuficiencia Renal Aguda Parenquimatosa, HTA, NI-PSH. Creatinina al traslado 0,39 mg/dL (132,6 ml/min/1,73m²). **DISCUSIÓN:** El PSH, vasculitis de vaso pequeño es frecuente en la infancia. Su patogénesis se relaciona depósitos de IgA endotelial. Predomina púrpura palpable no trombocitopénico, principalmente en extremidades inferiores, tras una infección previa. Son las manifestaciones más frecuentes las articulares y gastrointestinales. Las manifestaciones renales, son graves y tardías, caracterizándose por hematuria, proteinuria, HTA e insuficiencia renal. El dolor abdominal se cree predictor de nefritis. La prednisona, pilar del tratamiento, carece de efecto en la nefropatía, duración y aparición de recidivas. Se presenta caso por precocidad de la nefropatía, para recordar la importancia y gravedad de ésta en un PSH

PALABRAS CLAVES: Púrpura Schölein Henoch, Nefritis aguda, Hipertensión arterial