

# COMUNICACIONES ORALES

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### A-19 PATOLOGÍA TROPICAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE DE FUENLABRADA

C. Jiménez Navarro, J. Ruiz Giardin, J. Ortiz Sánchez, J. San Martín López, N. Cabello Clotet, E. Canalejo Castrillero, R. Carrillo Gómez y A. Zapatero Gaviria  
*Servicio de Medicina Interna (Infecciosas). Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid).*

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y descripción de patología tropical en pacientes inmigrantes atendidos en la consulta monográfica de Infecciosas de nuestro Hospital.

**Material y métodos.** Se recogen de forma prospectiva los pacientes atendidos en la consulta monográfica de Enfermedades Infecciosas por patología tropical desde su inicio en enero 2005 hasta diciembre 2007.

**Resultados.** En el periodo de estudio se atendieron 1.182 pacientes, de los cuales 249 fueron inmigrantes. Inmigrantes: Edad media 35 años (rango 15-75), mujeres 53%. Origen: África subsahariana 138 pacientes (55%), Sudamérica 45 (18%), Magreb 36 (15%), Europa del este 26 (10%) y otros 4 (2%). Los motivos de atención más frecuentes entre los pacientes inmigrantes fueron patología tropical 72 pacientes, infección VIH 59, tuberculosis 37 y fiebre sin foco 28. Los pacientes derivados por patología tropical procedían de Planta en 39% de los casos, Urgencias 27%, Primaria 19% y otros servicios 15%. Las patologías más frecuentes han sido malaria 36 pacientes (50%), eosinofilia sin diagnóstico 21 pacientes (29%) y filariasis 11 pacientes (15%). Entre los parásitos objetivados se han aislado 5 *Oncocerca volvulus*, 5 *Mansonella perstans*, 3 *Strongyloides stercoralis*, 3 *Ascaris lumbricoides*, 3 *Trichuris trichiura* y 1 *Toxocara* spp, *Loa Loa* y *Wuchereria bancrofti* 1. Al cierre del estudio se han dado de alta 43% de los pacientes, están en seguimiento el 17% y perdidos el 40%.

**Discusión.** La prevalencia de la patología atendida en una consulta de inmigrantes está condicionada por las características de la consulta. Así, nuestra prevalencia de pacientes que presentan hepatitis B pasada o tuberculosis latente, muy alta en otras series, es escasa porque estas patologías suelen diagnosticarse en el contexto de un screening protocolizado y activo, más propio de una consulta de A. Primaria. Por el contrario, al tratarse de una consulta especializada de referencia, la patología tropical es el motivo de atención más frecuente en nuestros pacientes inmigrantes. El número de pacientes perdidos en el seguimiento es elevado, al tratarse de patología escasamente sintomática.

**Conclusiones.** La prevalencia de patología tropical es elevada en nuestra consulta, condicionada por la alta proporción de población subsahariana de nuestro Área, siendo imprescindible actualizar nuestros conocimientos de esta patología. El porcentaje de perdidos en el seguimiento es elevado, lo que nos debe llevar a sistematizar la atención de estos pacientes.

### A-32

### INCIDENCIA Y ORIGEN DE LAS BACTEREMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

E. Carballo Arceo<sup>1</sup>, P. Del Río Martín<sup>1</sup>, L. Moldes Suárez<sup>2</sup>, A. Acevedo Prado<sup>3</sup>, F. Gude Sampedro<sup>4</sup>, F. Alonso Álvarez<sup>1</sup>, M. García-Zabarte Casal<sup>2</sup> y V. Lorenzo Zúñiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>4</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Conocer la incidencia y procedencia de las bacteremias por *S. aureus* en los distintos Servicios de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo durante un período de dos años, que se corresponden con el año 2000 y 2006, de todas las bacteremias ingresadas en los Servicios de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) que está constituido por tres hospitales: Hospital Clínico Universitario (HCU), Hospital de Conxo (HC) y Hospital Gil Casares (HGC) con un total de 1.124 camas y que atiende a un área de población de más de 400.000 habitantes. El número de camas de cada uno de los centros, según datos obtenidos del Departamento de Control de Gestión es el siguiente: HCU 752 camas, de las que 40 pertenecen al Servicio de Medicina Interna (MI); HC 261 camas de las que 24 pertenecen a MI y HGC con 111 y 77 camas en los años 2000 y 2006 respectivamente, perteneciendo a MI 27 y 31 camas en los distintos años. El HCU fue inaugurado en Septiembre del año 1999, por lo que los años recogidos se correspondían, en el momento de realizar el estudio, con el primer y último año de funcionamiento. Se llevó a cabo con el fin de conocer si epidemiológicamente había diferencias entre las bacteremias nosocomiales por *S. aureus* en un hospital de reciente apertura y tras seis años de funcionamiento. Asimismo se recogió de las historias clínicas el origen de las bacteremias. Se consideró que una bacteremia era primaria cuando el origen era desconocido, procedía de catéter o tenía una endocarditis.

**Resultados.** Un total de 55 pacientes con bacteremia por *S. aureus* ingresaron en los Servicios de Medicina Interna del CHUS durante un período de dos años, 24 (43,6%) pertenecían al año 2000 y 31 (56,4%) al 2006. La incidencia de bacteremia por *S. aureus* fue de 6,7 y 7,8 pacientes por 1000 ingresos en el año 2000 y 2006, respectivamente. La incidencia en el año 2000 y 2006 por hospitales fue: HCU (9,5 y 8,1‰), HC (5,5 y 11‰) y HGC (1,3 y 3,3‰), respectivamente. La incidencia de bacteriemia por *S. aureus* meticilina-resistente (SAMR) fue de 1,4‰ y 2‰ ingresos en el año 2000 y 2006 respectivamente. La incidencia de infección nosocomial fue de 2,2‰ y 3,8‰ ingresos respectivamente en los años del estudio, con la siguiente distribución: HCU (3,7 y 4,1‰), HC (1,1 y 6,4‰) respectivamente, y no hubo ningún caso en el HGC. Hubo 20 (36,4%) pacientes con bacteremia primaria de los cuales 7 casos eran por catéter, 5 endocarditis y 8 de origen desconocido. El origen de las bacteremias secundarias fue: en el 45,7% neumonía, 25,7% origen osteoarticular, 17,2% cutáneo, 8,6% abscesos y 2,8% pielonefritis.

**Discusión.** La incidencia de bacteremia oscila entre 4,5 y 36 por mil ingresos, dependiendo del ámbito de adquisición del estudio, de la población analizada y del lugar de adquisición de la bacteremia. La

incidencia de bacteremia por *S. aureus* fue de 1,2‰ ingresos (0,62 ingresos nosocomial y 0,56‰ comunitaria) en un estudio realizado desde 1994 a 1996 en cuatro hospitales generales de Dinamarca. La incidencia de bacteremia por *S. aureus* fue de 7,3‰ ingresos en nuestro estudio, superior a la descrita por otros autores en otro Servicio de Medicina Interna de nuestro país donde fue de 1,1‰. La incidencia de bacteremia por *S. aureus* fue de 7,3‰ ingresos en el año 1981 y el 2000. Nuestra incidencia aumentó de 6,7‰ a 7,8‰ ingresos en el año 2000 y 2006 respectivamente.

**Conclusiones.** La incidencia de bacteremia por *S. aureus* está aumentando en el Servicio de Medicina Interna, principalmente la de origen nosocomial, aunque sin significado estadístico. El incremento de la tasa de incidencia de bacteremia nosocomial por *S. aureus* fue mucho menos importante en el hospital de reciente apertura (HC). Casi la mitad de los casos de las bacteremias secundarias fueron de origen pulmonar.

**A-77**  
**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES**  
**E. Rodado Alabau<sup>1</sup>, E. Chamarro Martí<sup>1</sup>, M. Cardona Ribera<sup>1</sup>, M. Domenech Spanedda<sup>2</sup>, N. Sanz Arevalillo<sup>1</sup>, J. Martínez Senmartí<sup>1</sup>, L. Castro Vélez<sup>1</sup> y D. Bofill i Montoro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Describir las infecciones por gérmenes multirresistentes admitidos en Hospitalización Domiciliaria Valorar los beneficios e inconvenientes de Hospitalización Domiciliaria en relación a la Hospitalización convencional en esos casos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo desde enero de 2006 hasta mayo de 2008. Las variables recogidas fueron: procedencia del ingreso, localización de la infección, tipo de germen, tiempo de ingreso en Hospitalización Domiciliaria y medidas de control empleadas.

**Resultados.** Ingresaron en domicilio 19 pacientes con algún germen multirresistente y criterios de ingreso domiciliario. El 68,4% de los pacientes fueron hombres y la media de edad fue de 71.125 años. Diez de los pacientes procedían de hospitalización convencional, mientras que 7 de ellos fueron ingresados desde consultas externas. Los dos pacientes restantes fueron ingresados directamente desde el domicilio. La infección fue urinaria en 8 de los pacientes. Registramos 6 infecciones de herida quirúrgica, 4 de foco respiratorio y una de ellas fue una bacteriemia sin localización clara del origen. Los gérmenes aislados fueron *Staphylococcus aureus* metilicín resistente (MARS) en 9 de los casos, *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente (PAMR) en 5 de los pacientes y en 5 de ellos se aisló una Enterobacteria productora de betalactamasa (BLEE). En todos los casos se realizó tratamiento antibiótico endovenoso, curas de las heridas en caso de haberlas y aplicación de las precauciones estándar en estos casos, así como educación sanitaria a familiares y cuidadores. La estancia media de los pacientes fue de 11,5 días. Todos los pacientes evolucionaron de manera clínicamente satisfactoria a pesar de que no en todos se erradicó el germen.

**Discusión.** El control de la diseminación de bacterias multiresistentes constituye una prioridad en los centros sanitarios. El proyecto EPINE nos confirma una prevalencia elevada de gérmenes multirresistentes. Un paciente con infección o colonización con gérmenes multiresistentes se ha de aislar siguiendo recomendaciones internacionales La Hospitalización Domiciliaria podría suponer una alternativa asisten-

cial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y curas similares a las que disponemos en el hospital y la simple aplicación de precauciones estandar es eficiente para el control de la infección.

**Conclusiones.** La Hospitalización Domiciliaria es una alternativa eficaz en el manejo de los pacientes con gérmenes multirresistentes. Con medidas básicas de precaución disminuye el riesgo de transmisión cruzada que tanto preocupa en las instituciones sanitarias. El manejo domiciliario de este tipo de infecciones y las medidas básicas de control a domicilio suponen para el paciente una reducción de los efectos emocionales secundarios al aislamiento y para el centro una mayor disponibilidad de camas.

**A-82**  
**EPIDEMIOLOGÍA DE 49 CASOS DE PALUDISMO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID**  
**A. Salto Ariza<sup>1</sup>, A. Sainz Herrero<sup>1</sup>, I. Viúdez Jiménez<sup>2</sup>, J. Antolín Arias<sup>1</sup> y R. Cigüenza Gabriel<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la evolución de la enfermedad en el área de influencia de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria diagnosticados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2007. Se utilizaron 74 variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, diagnósticas, y terapéuticas en una base de datos con procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** En los 11 años revisados se han diagnosticado 49 casos de malaria. 39 ingresaron en las áreas de Medicina Interna, 5 en Pediatría, 3 en el Servicio de Urgencias, 1 en Nefrología y 1 en la UCI. El año con mayor número de diagnósticos fue 2001 (22,4%), seguido de los años 1997 y 2002 con 6 casos cada uno (12,2% cada uno), no se ha hallado una tendencia en la aparición de los casos. Distribución por sexos: 34 hombres (69,4%) y 15 mujeres (30,6%), con una edad media de 30,22 años (SD = 11,04) extremos 10 y 63 años. 11 eran españoles (27,5%), 9 ecuatorianos (22,5%), de Mali 5 (12,5%) y Guinea Ecuatorial y Nigeria 4 (10%). El 87,7% habían realizado un viaje recientemente, siendo el motivo principal la visita del país por turismo o familia (66,7%), inmigración desde esos países (25,9%) y trabajo (7,4%). Las regiones de destino y origen fueron, África (67,5%), América del Sur (30%) y Asia (7,5%). El país de procedencia más frecuente fue Mali (14,6%). Especie: *P. falciparum* el más frecuente (55,1%), *P. vivax* (40%), *P. ovale* (2,0%) y *P. malariae* (2,0%). Por procedencia del viajero: *P. falciparum* (88,9%) el más frecuente en África y *P. vivax* (83,3%) en América del Sur.

**Discusión.** Comparando la frecuencia de incidencia de nuestro estudio con todos los diagnosticados en la Comunidad de Madrid, observamos un pico similar en el año 2001 entre ambos registros, dándose el valor más alto de los 11 años con 187 casos (12,9%) en la Comunidad de Madrid en ese año. Teniendo en cuenta la evolución absoluta en ambos casos llama la atención la disminución progresiva desde ese año que no podríamos atribuir al mayor uso de profilaxis en los viajes ya que la mayoría no la realiza o la realiza mal (48,7%). Probablemente obedece a fenómenos turísticos y comerciales. El grupo de edad observado podría corresponder a la población en edad laboral o de mayor incidencia de viajes turísticos en los españoles con malaria y de la población inmigrante que viene a España, ya que la mayoría de los casos de nuestro estudio son de origen extranjero (59,1%). Como ocurre en otras series españolas y europeas, la

Tabla 1. Distribución de especies por continente de procedencia (A-82).

	África	América del Sur	Asia	Desconocido
<i>P. falciparum</i>	24 (45,28%)	1 (1,89%)	-	2 (3,77%)
<i>P. vivax</i>	2 (3,77%)	11 (20,75%)	2 (3,77%)	5 (9,43%)
<i>P. malariae</i>	-	1 (1,89%)	-	-
<i>P. ovale</i>	1 (1,89%)	-	-	-
Desconocido	3 (5,66%)	1 (1,89%)	-	-

especie más frecuentemente aislada es el *P. falciparum* y en su mayoría tiene su origen en el continente africano, en segundo lugar el *P. vivax* que es de origen americano, no variando la epidemiología con respecto a estas series.

**Conclusiones.** 1. Parece disminuir el número de casos de paludismo importado. 2. El origen principal de los casos es África. 3. La edad media corresponde al grupo de la población que está en edad laboral y de mayor frecuencia de viajes. 4. No se aprecian variaciones en las especies con respecto a su origen.

**A-88 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS ENTEROCÓCICAS**

**F. Jodar Morente<sup>1</sup>, M. Omar<sup>2</sup>, I. Gea<sup>2</sup>, A. Arroyo<sup>2</sup>, C. Herrero<sup>2</sup>, I. Carazo<sup>3</sup> y J. Hernández Burruezo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna/Unidad Infecciones, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** *Enterococcus faecalis* es un microorganismo que se ha asociado a infecciones del tracto urinario adquiridas en el ámbito extrahospitalario y a bacteriemias nosocomiales graves como peritonitis, abscesos o infecciones de heridas quirúrgicas. Además, presenta una resistencia antimicrobiana múltiple que obliga a una vigilancia constante. Por ello, el presente estudio se diseñó para conocer el perfil de sensibilidad actual de las cepas de *E. faecalis* aisladas en nuestro medio con el objeto de optimizar su manejo.

**Material y métodos.** Estudiamos las cepas de *Enterococcus faecalis* aisladas en muestras de sangre en el laboratorio de Microbiología de nuestro Hospital durante los años 2005 y 2006. Las CMI (concentración mínima inhibitoria) se calcularon por el sistema automatizado Wider I<sup>®</sup> mediante el método de microdilución en caldo y de acuerdo con los estándares del CLSI, para los siguientes antibióticos: penicilina, ampicilina, vancomicina, teicoplanina, gentamicina-HLR, eritromicina, linezolid y levofloxacino.

**Resultados.** Durante el período de estudio, se obtuvieron un total 41 aislamientos de *E. faecalis* en muestras de sangre [28 (68%) en hombres] y su distribución por Servicios fue la siguiente: UCI 15 (36.6%), Pediatría 8 (19.5%), Nefrología 7 (17.1%), Digestivo 3 (7.3%), M. Interna 3 (7.3%), Urología 2 (4.9%), Oncología 1 (2.4%), Cirugía general 1 (2.4%) y Hematología 1 (2.4%). Los porcentajes de sensibilidad se muestran: Sensibilidad de *E. faecalis* a distintos antimicrobianos Antibiótico % Sensibilidad 2005% Sensibilidad 2006 Sensibilidad global Penicilina 88 88 88 Ampicilina 88 88 88 Vancomicina 100 100 100 Gentamicina 53 58 56.1 Eritromicina 18 21 19.5 Linezolid 82 83 82.9 Teicoplanina 100 100 100 Levofloxacino 25 29 27.5.

**Conclusiones.** A la vista de nuestros resultados, resaltamos: 1. La ausencia de cepas resistentes a vancomicina o a teicoplanina durante los dos años, lo que permite su empleo con seguridad mientras que la tasa de resistencia detectada a gentamicina no aconseja su uso empírico como sinergista. 2. Hay que vigilar estrechamente la evolución de las sensibilidades a ampicilina y linezolid.

**A-91 ANTIOTERAPIA PARENTERAL EN DOMICILIO**

**F. Fanjul<sup>1</sup>, M. Del Río<sup>1</sup>, M. Riera<sup>1</sup>, S. Guiu<sup>2</sup>, E. Albacar<sup>2</sup>, T. Colom<sup>2</sup>, J. Vidal<sup>2</sup> y L. Pallarés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** 1. Describir las características de los pacientes ingresados con tratamiento antibiótico parenteral 2. Conocer los antibióticos más utilizados, condiciones de administración y complicaciones relacionadas 3. Conocer la carga de trabajo de enfermería y médicos en una unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en HAD para antibiótico parenteral en el período de tiempo entre 17/11/2005 a 17/6/2008. Se recogieron: número de pacientes ingresados, edad, sexo, servicio de procedencia, estancias totales y media, tipo de infección, germen responsable, antibiótico adminis-

trado, duración, número de catéteres por paciente, catéter utilizado (periférico, central de inserción periférica, central), sistema de infusión, controles clínicos realizados por enfermería y médicos, reacciones adversas, complicaciones relacionadas con la administración, cambios en la pauta inicial y tasa de reingresos y/o interrupciones del tratamiento.

**Resultados.** Total: 435 enfermos. Edad media: 56,07 años (DE: 19,73). 254 varones (58,39%). Estancias: 4.111 días. Estancia media: 9,45 días. Servicios de procedencia: Urgencias 119 casos (27,35%), Medicina Interna: 110 casos (25,28%), Neumología: 108 (24,82%). Las infecciones más frecuentes son: infección respiratoria /neumonía/bronquiectasias 192 (44,13%), urinaria 88 (20,22%), celulitis 38 (8,7%), infecciones articulares/óseas 31 (7,12%). Se detectó germen en 276 casos (63,4%). Las infecciones fueron polimicrobianas en 39 casos (8,96%). Los gérmes más frecuentes: *Pseudomonas aeruginosa* (110, 25,28%), *E. coli* 46 (10,57%) y *S. aureus* 33, (7,58% del total). Requiritieron aislamiento 37 casos (8,5%), 51,35% por BLEE y 35,15% por MRSA. Los antibióticos más empleados: ceftriaxona (139, 31,95%), ceftazidima 87 (20%), piperacilina-tazobactam 51 (11,72%) y ertapenem 30 (6,89%). El empleo de los diferentes sistemas de infusión: gravitatorio: 218 (50,11%) y bomba de infusión electrónica: 217 (49,89%). La duración media del catéter: 5,67 días (DE 4,98). Se utilizaron una media de 1,78 catéteres por paciente. Causas de recambio más frecuentes fueron flebitis químicas (17,9% de todos los catéteres), extravasación (17,9%) y pérdida u obstrucción de la vía (2,4% de todos). Solo ha existido bacteriemia relacionada con el catéter en 1 caso. Ninguna de ellas motivó reingreso hospitalario. Acceso venoso: 43 pacientes (9,88%) han llevado vía central de acceso periférico, 17 (3,92%) vía central y el resto (86,2%) vía periférica. Aparecieron reacciones adversas en 10 pacientes (2,29%), siendo la más frecuente la enterocolitis. Los cambios en la pauta inicial de tratamiento fueron 25 (4,7%), en su mayoría por aparición en cultivos de gérmes resistentes al tratamiento empírico empleado. El número de reingresos e interrupciones del tratamiento fueron 36 (8,2%). Ningún exitus. Controles clínicos realizados por enfermería: 9,34 visitas programadas por paciente y 0,55 visitas urgentes/paciente; en cuanto a los médicos 4,06 programadas y 0,19 urgentes por paciente. Ratio de visitas programadas entre médico y enfermera es 0,43. Tasa de intervención específica (TIE) de enfermería: 0,99; TIE médicos: 0,43

**Discusión.** Al igual que en otras series publicadas, las infecciones más frecuentes han sido la respiratoria y la urinaria y los antibióticos más empleados han sido ceftriaxona y antipseudomónicos. Menos estudios existen acerca de los eventos relacionados con el catéter. En nuestra unidad, que no tiene un protocolo estricto a la hora de retirar la vía en un determinado tiempo si no que revisa el catéter cada 48 horas o bien ante la presencia de síntomas, ningún evento relacionado con el catéter ha requerido ingreso hospitalario, lo que demuestra la seguridad en la administración alcanzada en domicilio. También concuerda con otras series la distinta carga de enfermería y médico.

**Conclusiones.** La administración parenteral de antibióticos en domicilio es segura, con pocas complicaciones y reingresos. Los antibióticos más empleados son ceftriaxona y antipseudomónicos La HAD disminuye estancias hospitalarias "innecesarias" y permite atender diversos procesos infecciosos, siendo especialmente útiles en enfermos aislados La carga de trabajo de enfermería es mayor que la médica.

**A-139 INFECCIÓN INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN EL SUR DE GALICIA**

**M. Pérez Rodríguez<sup>1</sup>, C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>, L. González González<sup>1</sup>, M. Soneira<sup>2</sup>, M. Álvarez<sup>2</sup>, J. Lamas Ferreiro<sup>1</sup>, R. Longueira<sup>1</sup> y B. Sopena<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La infección invasiva por *S. pneumoniae* (neumonía, meningitis, bacteriemia...) se asocia a una alta mortalidad, por lo que un tratamiento antibiótico empírico precoz y adecuado es fundamental. El objetivo de este trabajo es conocer el patrón de resistencia



antimicrobiana de *S. pneumoniae* en nuestra área geográfica.

**Material y métodos.** De forma retrospectiva se analizaron los hemocultivos y cultivos de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivos para *S. pneumoniae* entre enero de 2006 y diciembre de 2007, se revisaron las historias clínicas de los pacientes para recoger las características de los mismos, el tratamiento antibiótico y la evolución clínica. **Resultados.** Se obtuvieron 86 cultivos positivos (5 LCR, 81 hemocultivos) correspondientes a 82 pacientes, 51 varones (62,2%) con una edad media de 41,1 años (rango 2 meses-89 años). Siete pacientes presentaron meningitis, 61 neumonía, 12 bacteriemia, 1 otitis media y otro una infección protésica. Veintiún pacientes (25,6%) precisaron ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Fallecieron 9 pacientes (11%), 7 de ellos con importante comorbilidad asociada (1 con carcinoma microcítico metastático, 2 con cirrosis hepática estadio C, 1 con infección por VIH sin tratamiento, 2 EPOC grave y un paciente con deterioro cognitivo avanzado) y las cepas de *S. pneumoniae* aisladas en estos pacientes fueron sensibles a todos los antimicrobianos testados. Siguiendo las CLSI 2007, los porcentajes de cepas resistentes a Penicilina (CMI > 2 g/ml), Eritromicina (CMI > 1 g/ml) y Clindamicina (CMI > 1 g/ml) fueron del 8,75%, 13,6% y 7,2% respectivamente. Cinco de las 11 cepas resistentes a Eritromicina presentaban una CMI > 256 g/ml. Todas las cepas identificadas fueron sensibles a Cefotaxima (CMI < 1 g/ml) y a Levofloxacino (CMI < 2 g/ml). Sin embargo, el 23,8% de las cepas sensibles a Levofloxacino presentaban una CMI de 1 g/ml. **Conclusiones.** La mortalidad en los pacientes con infección invasiva por *S. pneumoniae* se asoció a la presencia de comorbilidad. Un alto porcentaje de cepas sensibles a Levofloxacino presentaban una CMI de 1 g/ml, hecho relacionado con la aparición de una de las dos mutaciones necesarias para el desarrollo de resistencia a las nuevas fluorquinolonas.

#### A-151

### ESQUISTOSOMIASIS IMPORTADA. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

**J. Salas Coronas, J. Vázquez Villegas, T. Cabezas Fernández, I. Cabeza Barrera, M. Soriano Pérez, A. Lozano Serrano, J. Fernández Peláez y M. Rogado González**

Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente (1). El Ejido (Almería).

**Objetivos.** Descripción de las características de los pacientes diagnosticados de esquistosomiasis en la Unidad de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de esquistosomiasis atendidos en la consulta de UMT desde el año 2005. Revisión de historias clínicas y análisis de los datos estadísticos mediante programa informático SPSS. Se contabilizaron un total de 49 pacientes, 36 con esquistosomiasis urinaria por *S. haematobium*, 11 con parasitación intestinal por *S. mansoni*, y 2 pacientes con coparasitación por *S. haematobium* y *S. mansoni*. La edad media fue de 25 años (15-33), y un tiempo medio de estancia en España de 26,3 meses (2-120). 48 (98%) fueron varones. La procedencia de los pacientes fue Malí (n = 21), Senegal (n = 13), Mauritania (n = 8), Guinea Bissau (n = 3), Ghana (n = 2), Guinea Conakry (n = 1) y Burkina Faso (n = 1). 38 pacientes (78%) fueron remitidos desde AP, siendo los motivos más frecuentes de derivación la hematuria macroscópica (43%), dolor abdominal (24,5%), eosinofilia (18,4%) y la hematuria microscópica (10,2%). El diagnóstico de *S. haematobium* se realizó mediante la visualización directa de los huevos en la orina, y en dos casos tras cistoscopia. El diagnóstico de *S. mansoni* se realizó mediante la visualización directa de los huevos en heces o biopsia rectal.

**Resultados.** El valor medio de eosinófilos totales fue de 705/mm<sup>3</sup> (97-2266), de IgE 1.809 g/dl (5-10.769), y de Hb 15 mg/dl (11-18). Se dispone de datos de serología de *Schistosoma* en 25 de los 49 pacientes, siendo sólo positiva en 4 casos (16%). 14 pacientes con esquistosomiasis urinaria presentaron lesiones en vejiga en el estudio ecográfico, y en 4 pacientes se objetivaron calcificaciones vesicales en la Rx simple de abdomen. El tratamiento administrado en todos los casos fue praziquantel (20 mg/kg/12 horas, 1 día), sin

evidencia de fallo de tratamiento

**Discusión.** La esquistosomiasis es una enfermedad endémica de muchos países de África Subsahariana que puede ocasionar importantes problemas de salud en los pacientes, entre ellos la insuficiencia renal y el cáncer de vejiga. El médico debe estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento de esta patología, fundamentalmente en los pacientes subsaharianos que presentan hematuria o eosinofilia. **Conclusiones.** La esquistosomiasis es una enfermedad muy prevalente entre los pacientes subsaharianos remitidos a la consulta de Medicina Tropical, siendo en general de fácil diagnóstico y tratamiento. La serología es de escaso valor diagnóstico en esta enfermedad.

#### A-162

### ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIARIO ENDOVENOSO

**M. Mirón Rubio<sup>1</sup>, P. Sanroma Mendizabal<sup>2</sup>, D. De Damborenea González<sup>3</sup>, J. Irurzun Zuazabal<sup>3</sup>, M. Del Río Vizoso<sup>4</sup>, O. Estrada Cuxart<sup>5</sup>, V. González Ramallo<sup>6</sup> y Grupo de Trabajo de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>4</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Baleares). <sup>5</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>6</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Analizar las características del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) administrado en unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD).

**Material y métodos.** Participaron 6 centros hospitalarios españoles de tercer nivel. Los datos se obtuvieron mediante un formulario proporcionado a las UHD participantes y corresponden a la actividad desarrollada durante el año 2007. Cuatro de los seis centros habían registrado la información de su actividad de forma prospectiva.

**Resultados.** Se comunicaron 1938 tratamientos. El 37,5% de los casos ingresaron directamente desde Urgencias. El 32% procedían de Medicina Interna/Infecciosas, seguido de Cirugía General (18,4%), Neumología (15,1%), Oncología (7,2%), Traumatología (3,8%), Urología (3,8%) y Cirugía Vascular (3,3%). Las infecciones más frecuentes fueron las respiratorias (30,5%), seguidas de urinarias (24,7%), de piel y tejidos blandos (15,7%), intraabdominales (11,7%), bacteriemias e infecciones asociadas a catéter (5,1%), osteoarticulares (3,4%), neurológicas (2,3%) y endocarditis/endovasculares (1,7%). De los 1224 aislamientos disponibles 494 (40,4%) correspondían a bacilos Gram-negativos (el 13% de ellos productores de BLEE), 190 (15,5%) a cocos Gram-positivos (un 19,5% de ellos eran *Staphylococcus* resistentes a meticilina), 4,2% a otras bacterias, 0,6% hongos y 0,4% virus. Los antimicrobianos más utilizados fueron: ceftriaxona (33,7%), ertapenem (15,5%), piperacilina-tazobactam (15,1%), levofloxacino (7,4%), teicoplanina (5,4%), aminoglicósidos (5,4%) y ceftazidima (5,1%). Se utilizó el sistema de infusión por gravedad en 1478 casos, dispositivos electrónicos en 404, la vía iv directa en 129 y dispositivos elastoméricos en 14 casos. Para el 9,8% de procedimientos se usaron vías centrales de inserción central y para el 4,9% vías centrales de inserción periférica. El tratamiento se completó en el 93,2% de los casos. Entre los tratamientos interrumpidos de forma imprevista (6,8%) las causas más frecuentes fueron las complicaciones (31,9%) y el fracaso clínico (20,9%). La tasa de retorno al hospital fue de 8,4% (4,6% relacionada con el proceso y 3,8% no relacionada). El 94,8% de pacientes presentaron curación o mejoría al final del episodio, 0,9% recaída, 2,5% fracaso clínico y 1,8% exitus.

**Discusión.** Existen notables diferencias entre los seis UHD en la procedencia de sus pacientes infecciosos, el diagnóstico clínico y microbiológico, el antimicrobiano empleado, el sistema de infusión y la vía de acceso venoso. Pese a ello, son comunes las bajas tasas de com-

plificaciones y de reingresos en hospitalización convencional, completándose la gran mayoría de los procedimientos en el domicilio con la curación del paciente.

**Conclusiones.** El TADE administrado por UHD es un procedimiento eficaz y seguro pudiéndose utilizar en una gran variedad de procesos infecciosos. Generalmente se administra por gravedad a través de vías venosas periféricas y utilizando de preferencia antimicrobianos de dosis única diaria. Ante el aumento de la complejidad de los casos atendidos en domicilio, cada vez es más frecuente tener que recurrir a regímenes terapéuticos con varias dosis diarias utilizando bombas de infusión y vías venosas centrales.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA

### EA-3

#### UTILIZACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN PACIENTES ANCIANOS

**R. Daroca Pérez, J. Mosquera Lozano, A. Tejada Evans, C. García Lamigueiro, S. García Guerreros, A. Orive Brea, I. Hernández Ercilla y E. Ruiz de la Cuesta**

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Conocer el grado de utilización de anticoagulación oral (ACO) en pacientes ancianos con fibrilación auricular no valvular (FANV) crónica. Conocer el motivo de no utilización en su caso.

**Material y métodos.** Estudio transversal. Se estudiaron los pacientes mayores de 64 años con FANV crónica ingresados en nuestro hospital de forma consecutiva en los meses de abril y mayo de 2008. Se registró el tratamiento antitrombótico que utilizaba el paciente al ingreso. En los pacientes que no tomaban ACO se valoró el motivo, asignándolo a uno de 12 posibles. Se estratificaron los resultados por grupos de edad.

**Resultados.** Se analizaron 184 pacientes con una edad media de 80,2 ± 6,4 años. El 58,7% fueron varones. 37,4% ingresaron en el servicio de Cardiología y el 34,7% en el de M. Interna. La FA era persistente en 86,4% y recurrente en 13,1%. Tenían flutter auricular el 2,2%. El 73,2% de los pacientes tenía antecedentes de HTA, 43,7% de insuficiencia cardiaca, 29,5% de diabetes y 21,9% de ACV. Tratamiento antitrombótico: ACO 69%, antiagregantes 22,4% heparina 1,5%, ninguno 7,1%. Por grupos de edad, se muestra en la tabla 1. El motivo de no recibir tratamiento ACO fue: hemorragia previa: 28,6%, no indicación: 8,9%, sin motivo identificable: 33,9%; los motivos por grupos de edad se describen en la tabla 2.

**Discusión.** Las tasas de uso de ACO en la FANV en nuestros pacientes supera los dos tercios de los pacientes, más altas que en la mayoría de registros. Al igual que en otros registros, estas tasas disminuyen notablemente en la población de mayor edad, aunque las tasas de ACO en > 84 años son altas. Las hemorragias previas son la causa más frecuente de no uso de ACO; sin embargo en un tercio de los pacientes no hay causa que justifique la no utilización, superando la mitad de los casos en la población mayor de 84 años.

Tabla 1. Utilización de tratamiento antitrombótico por grupos de edad (%) (EA-3).

	65-74 años	75-84 años	> 84 años	Total
n	36	104	44	184
ACO (%)	80,6	74,1	47,7	69
Antiagregante (%)	13,9	16,3	43,3	22,4
Heparina (%)	0	1	4,5	4,5
Sin tratamiento (%)	5,6	8,6	4,5	7,1

Tabla 2. Causa de no utilización de ACO (EA-3).

	Global	65-74 años	75-84 años	85 o más años
n	56	7	27	22
No causa identificable	33,9%	0%	25,9%	54,5%
Hemorragia previa	28,6%	42,9%	29,6%	18,2%
No indicación	8,9%	28,6%	7,4%	4,5%

**Conclusiones.** La edad avanzada constituye por sí misma un motivo injustificado para la no utilización de ACO en la FANV crónica.

### EA-12

#### PRONÓSTICO VITAL A LOS 4 AÑOS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP)

**M. Fernández-Miera<sup>1</sup>, F. Mateos Chaparro<sup>1</sup>, R. Sánchez Pérez<sup>2</sup>, S. González Barrera<sup>1</sup>, B. Negueruela García<sup>1</sup>, C. Escalada Sarabia<sup>1</sup> e I. Sampredo García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** La atención a pacientes pluripatológicos (PPP) es cada vez más frecuente en nuestros hospitales. Aunque existen muchos estudios sobre mortalidad en pacientes crónicos se suelen centrar en una enfermedad concreta y utilizan la comorbilidad como un factor pronóstico más. El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia de fallecimientos a 4 años vista entre los PPP dados de alta de nuestro hospital, así como algunas características diferenciales de los mismos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de 4310 de las 34.645 altas acaecidas en 2003 en nuestro hospital, determinándose que 730 (16,9%) eran de PPP. Para identificarlos se utilizó la definición funcional (DF) del Programa de Asistencia Integral al PPP de la Consejería de Sanidad de Andalucía. Los datos se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Variables: GRDs, edad, sexo, tipo de ingreso, área de ingreso, Servicio de ingreso, tipo de alta, estancias generadas, fecha de fallecimiento. Las variables se expresan como porcentaje (IC95%) en el caso de las cualitativas o como media (DE) en el caso de las cuantitativas. Estadísticos de comparación: Fisher o Chi cuadrado (variables cualitativas) y t de Student (variables cuantitativas).

**Resultados.** En un 11,78% (IC95: 9,63-14,33) de los PPP su motivo de alta en 2003 fue el exitus. A los 4 años había fallecido el 59,59% (IC95: 55,29-63,09). Entre el alta inicial y el primer año tras el mismo, habían fallecido el 59,54% (54,86-64,05) de los PPP. La incidencia de fallecimientos durante el primer año tras el alta había sido del 26,86% (IC95: 23,58-30,42), durante el segundo del 15,50% (IC95: 12,50-19,06), durante el tercero del 15,08% (11,88-18,94) y durante el cuarto del 12,72% (9,56-16,72). La incidencia de exitus fue claramente superior durante el primer año (p < 0,0001) Los 435 PPP que fallecieron durante los 4 años de seguimiento tenían una edad media de 76,81 años (DE: 9,09), superior (p < 0,0001) a la de los 295 supervivientes: 68,19 años (DE: 12,63) El porcentaje de ingresos urgentes entre los exitus fue del 78,16% (IC95: 74,03-81,80), superior (p = 0,0006) al de los supervivientes: 66,44% (IC95: 60,87-71,59) El porcentaje de ingresos en especialidades médicas de los fallecidos fue del 80% (IC95: 75,98-83-50), superior (p = 0,0076) al de los supervivientes: 71,19% (IC95: 65,76-76,06) El porcentaje de ingresos fuera del Servicio de Medicina Interna entre los exitus fue del 63,91% (IC95: 59,29-68,28), inferior (p = 0,0002) al de los supervivientes: 76,95% (IC95: 71,80-81,40) Un 33,56% (IC95: 29,28-38,13) de los fallecidos cumplía 3 o más categoría de la DF, mientras que sólo lo hacía (p < 0,0001) un 18,31% (IC: 14,29-23,13) de los supervivientes.

**Discusión.** La altísima mortalidad observada en el colectivo de PPP le coloca al nivel muchos grupos con procesos graves, como el cáncer. En este caso, en los últimos tiempos se han desarrollado terapias y se han puesto en marcha campañas de prevención que han mejorado claramente su supervivencia. También se han venido tomando

medidas similares en colectivos de enfermos crónicos (cardiopatía isquémica, diabetes, EPOC,...) que han demostrado su efecto beneficioso al respecto. Experiencias similares sobre el PPP en su conjunto son escasas, a pesar de que uno de cada cuatro PPP que no mueren durante el ingreso lo puede hacer en el año posterior al mismo. Sería importante aumentar los esfuerzos terapéuticos y preventivos hacia este colectivo, priorizando en los PPP con mayor riesgo de fallecimiento: los de mayor edad, los que ingresan de forma urgente en una especialidad médica, los que son atendidos en el Servicio de Medicina Interna y los que cumplen más de dos categorías de la DF.

**Conclusiones.** Los PPP presentan una alta mortalidad a 4 años vista desde su alta hospitalaria. Es necesario priorizar esfuerzos sobre algunos pacientes a la hora de enfrentar el problema.

#### EA-15

**CENTENARIOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES MAYORES DE 100 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**  
**R. Jorge Sánchez, L. Corral Gudino, J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, J. Martín González y A. López Bernús**  
 Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Hospital Los Montalvos (Salamanca).

**Objetivos.** El descenso de la mortalidad poblacional ha condicionado la aparición de un fenómeno relativamente reciente, que se ha ido haciendo cada vez más evidente desde los años 50, y que no es otro que el de los centenarios, de los que se calcula en España deben de rondar los 6000. Considerados una excreción de la naturaleza, y con una miriada de factores probablemente implicados en ella, es poco lo que sabemos acerca de su relación con la salud y el medio hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes mayores de 100 años de edad ingresados en el servicio de medicina interna del hospital de Los Montalvos, en Salamanca, desde el 1 de marzo de 2004 hasta el 15 de junio de 2008. Se realizó un análisis descriptivo poblacional (distribución por sexos, lugar de procedencia, estancia media, mortalidad durante el ingreso), así como una descriptiva de las causas de ingreso y comorbilidades asociadas, comparadas con las obtenidas del estudio de pacientes mayores de 85 años ingresados en nuestro servicio durante el mismo período. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

**Resultados.** De los 5870 pacientes ingresados durante el período de estudio, un 35,6% (2066) de ellos tenía más de 85 años, y de ellos, 22 más de 100 (0,4%). Trece (59,1%) eran mujeres, con una proporción similar a la encontrada en los pacientes mayores de 85 años. De ellos, 12 (54,5%) procedían del medio rural, y tres estaban institucionalizados (13,6%). La estancia media fue de 5,68 días frente a 6,32 en los mayores de 85 años ( $p > 0,05$ ). La mortalidad en este grupo fue del 27% (6 pacientes), frente al 10,7% de los mayores de 85 años ( $p = 0,02$ ). La principal causa de ingreso fue la neumonía en 7 pacientes (31,8%), seguida por la bronquitis aguda en 5 (22,7%), el ictus y la insuficiencia cardíaca (2 casos cada uno, 9,1%). En el grupo de más de 85 años los diagnósticos más prevalentes fueron la bronquitis aguda, la insuficiencia cardíaca y la neumonía con el 21%, 19,4% y el 12,2% respectivamente. Respecto de las comorbilidades, se observaron frecuencias similares de hipertensión, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, obesidad, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, desnutrición, úlceras por decúbito o anemia ferropénica. Respecto de la diabetes mellitus, a pesar de no alcanzar la significación estadística, sugiere una menor prevalencia de diabetes entre los centenarios (13,6% frente a al 30,1% de los mayores de 85 años;  $p = 0,06$ ). Por otro lado, no hubo ningún hipocoagulado entre los mayores de 100 años.

**Discusión.** Según los datos del censo de población de 2001, en Salamanca viven unos 70 centenarios, con una de las tasas por 100.000 habitantes (mayores de 65 o 85 años) mayores de toda España. Aunque se especula mucho acerca de los factores (no solamente biológicos) que influyen en esta "sobrevivencia", cuando analizamos el enfermar de estos pacientes, no encontramos grandes diferencias en cuanto a motivos de ingreso y comorbilidades asociadas, salvo quizá la diabetes mellitus. Si bien dado el tamaño muestral, no

nos permite demostrar una menor prevalencia de la misma en los sujetos por encima de los 100 años, si lo sugiere. Por otro lado, teniendo en cuenta que la prevalencia de fibrilación auricular, hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca es similar en sujetos por debajo o por encima de los 100 años, no deja de ser llamativo que ninguno de los pacientes con fibrilación auricular en el grupo de más edad estuviese hipocoagulado. Por último, teniendo en cuenta esto, y de acuerdo con la el comportamiento de la mortalidad, que no alcanza el 3% en los menores de 65 años, y frisa el 27% en los centenarios, con un marcado incremento de la misma en este grupo de pacientes respecto de los grupos inmediatamente anteriores, posiblemente sea la menor reserva funcional propia del envejecimiento la que justifica estos resultados.

#### EA-18

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD A LOS SEIS MESES DEL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR UN PROBLEMA MÉDICO. UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR A LOS CANDIDATOS POTENCIALES A LA UTILIZACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS**  
**M. Cabré Roure<sup>1</sup>, R. Icart Palau<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>2</sup> y M. Serra-Prat<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Geriátrica de Agudos,  
<sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

**Objetivos.** Muchos de los pacientes ancianos hospitalizados por una enfermedad aguda presentan un declive funcional, un riesgo de ser institucionalizados y un incremento de la mortalidad durante el primer año después del alta. El conocimiento de las variables relacionadas con la mortalidad a los seis meses del alta sería útil para identificar aquellos pacientes que están al final de la vida y planificar una intervención con criterios paliativos. El objetivo de este trabajo es identificar aquellas variables sociodemográficas, médicas, bioquímicas y aquellas obtenidas en la valoración geriátrica integral relacionadas con la mortalidad a los seis meses en los pacientes ancianos hospitalizados por un problema médico.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados en una UGA. Se reclutaron el 70% los pacientes dados de alta de forma aleatoria durante el período enero de 2001 y diciembre de 2008. Factores de estudio: Edad, sexo, diagnósticos al alta, síndromes geriátricos, comorbilidades, Estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), estado Nutricional (Mini nutricional Assessment), Índice de comorbilidad de Charlson, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos. Se registró la mortalidad a los 6 meses del alta.

**Resultados.** Se reclutaron 1.490 pacientes, 38,5% hombres y 61,5% mujeres, con una edad media de 84,23 años. La media del IB preingreso, ingreso y al alta fue de 66, 42 y 56 respectivamente. La mortalidad a los seis meses fue del 21,41%. Los factores asociados de forma estadísticamente significativa con la mortalidad a los seis meses del alta en el análisis univariado fueron: edad de 85 o más años, IB al alta inferior a 60, MNA inferior a 17, inmovilidad, incontinencia fecal, urinaria y úlceras por presión, presencia de disfagia orofaríngea, cáncer, demencia, anemia, creatinina superior o igual a 1,5 mg/dl, niveles de albúmina inferiores a 34 gr/l, niveles de colesterol total inferiores a 160 mg/dl y recuento de linfocitos inferiores o igual a 800/μL. En el análisis multivariado los factores independientes que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la mortalidad a los seis meses fueron: presencia de cáncer [OR 2,7 (1,35-5,37)], linfocitos < 800/μL [OR 2,16 (1,28-3,63)], albúmina < 30 mg/dL [OR 1,84 (1,70-3,16)], Demencia [OR 1,80 (1,05-3,08)] y disfagia orofaríngea [OR 1,85 (1,10-3,13)]

**Conclusiones.** La característica más fuertemente asociada a la mortalidad a los seis meses del alta de la UGA es la presencia de cáncer, linfopenia, hipalbuminemia, demencia y disfagia orofaríngea. Con estas variables fáciles de recoger se podría construir una escala pronóstica útil en la toma de decisiones.



**EA-26**

**¿LA APARICIÓN DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS DURANTE EL INGRESO CONDICIONA EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS?**

**C. Sáez Béjar, M. Martínez Martín, N. Ruiz-Giménez Arrieta, S. Arponen, P. Sánchez Molini, C. Suárez Fernández, D. Mesado Martínez y M. Manzano Luque**  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** La gran mayoría de los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna de nuestro hospital son de avanzada edad y pluripatológicos. El objetivo es la cuantificación del número de síndromes geriátricos que aparecen de novo durante la estancia hospitalaria, ver si hay relación con el deterioro funcional de los pacientes y con la tasa de reingresos y de mortalidad al mes del alta.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio piloto con 60 pacientes mayores de 75 años ingresados en Medicina Interna seleccionados de manera aleatoria. Cuantificamos el número de síndromes geriátricos -SG- presentes al ingreso (caídas, síndrome confusional -SCA-, deterioro cognitivo, depresión, polifarmacia, incontinencia urinaria o fecal, desnutrición, inmovilidad y la existencia de úlceras por presión). También se realiza una valoración funcional de estos mediante el índice de Barthel -IB-, una valoración nutricional y la presencia de anemia en dichos pacientes. Al alta se repite esta valoración funcional, la cuantificación de síndromes geriátricos que aparecen nuevos y se realiza seguimiento de los 60 pacientes mediante encuestas telefónicas y revisión de historia clínica informatizada. Se realiza seguimiento telefónico y con el registro del hospital de dichos pacientes para evaluar la tasa de reingresos o de exitus en el grupo. Los datos se analizaron con el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** De los 60 pacientes analizados, 26 (43%) son varones y 34 mujeres (57%). Su media de edad es de 85,35 ± 6.5 años (rango 75-99). La media del IB al ingreso es de 61.07 y al alta de 46.2; 25 pacientes (41.7%) experimentan deterioro funcional (medido como una caída de 15 o más puntos en el IB). En los pacientes que se deterioran durante la estancia no aparecen nuevos síndromes geriátricos con mayor frecuencia que en aquellos que no se deterioran. Los pacientes que reingresan tienen una mayor tendencia a la aparición de síndromes geriátricos nuevos (62% de ellos los presentan) que los que tienen una buena evolución al alta (aparecen nuevos SG en el 42%), sin embargo los pacientes que fallecen no tienen una tasa mayor de SG. Los pacientes que presentan episodios de Síndrome confusional agudo durante el ingreso experimentan un mayor deterioro de su estado funcional (44% de los pacientes deteriorados vs 20% de los no deteriorados, p = 0,008). Existe una tendencia no significativa a una evolución desfavorable posterior en los pacientes que presentan anemia al ingreso, pero no se observa un mayor deterioro funcional en estos.

**Discusión.** Aparecen síndromes geriátricos nuevos en 43% de los pacientes ancianos ingresados en nuestro servicio. Se ha visto relación no significativa entre los reingresos y la aparición de nuevos síndromes geriátricos. Destaca, sin embargo que esta relación no aparece con los pacientes que fallecen, quizá por un mayor número de SG previos. Entre los distintos SG el SCA condiciona una evolución desfavorable posterior de forma estadísticamente significativa; esta relación no se ha observado con otros SG.

**Conclusiones.** Existe una elevada incidencia de síndromes geriátricos de nueva aparición durante el ingreso hospitalario; este proyecto piloto ha permitido observar tendencias que habrán de ser confirmadas con un estudio más amplio. Estas tendencias orientan a una relación entre la aparición de SG y la evolución posterior de los pacientes, así como una especial asociación con alguno de ellos (SCA).

**EA-38**

**PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN ANCIANOS SANOS DE LA COMUNIDAD**

**F. Masanés Torán<sup>1</sup>, A. Culla Ginesta<sup>1</sup>, M. Navarro González<sup>2</sup>, M. Navarro López<sup>1</sup>, E. Sacanella Meseguer<sup>1</sup> y A. López Soto<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sección de Geriatria - Servicio de Medicina Interna - ICMiD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Atención Primaria y Salud del Eixample. Corporació Sanitària Clínic (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de sarcopenia en una cohorte de ancianos sanos de la comunidad de la ciudad de Barcelona, para obtener parámetros de referencia autóctonos y compararlos con los publicados previamente en otras áreas geográficas.

**Material y métodos.** Se evaluaron de forma prospectiva una serie de 130 ancianos sanos (70-82 años) de la comunidad controlados en un centro de asistencia primaria con una capacidad funcional preservada (índice Barthel > 80) y ausencia de deterioro cognitivo. Se analizaron los siguientes parámetros: estado nutricional (Mini Nutritional Assessment-MNA), datos antropométricos (peso y talla), índice de masa corporal (IMC), masa muscular (MM) e índice de masa muscular IMM (MM/talla<sup>2</sup>). La valoración de la masa muscular se realizó mediante análisis de bioimpedancia eléctrica con el aparato BIA 101 (RjL Systems). El punto de corte para definir sarcopenia se estableció como el IMM inferior a 2 DS de la media del grupo de referencia formado por 180 voluntarios sanos (20-42 años). Se comparan los resultados obtenidos con estudios realizados en USA y Francia.

**Resultados.** Se han estudiado 60 hombres y 70 mujeres. Los puntos de corte obtenidos fueron de 6,68 kg/m<sup>2</sup> para las mujeres y de 8,31 kg/m<sup>2</sup> para los hombres. En los ancianos estudiados ambos sexos presentaban un buen estado funcional (Índice Barthel medio 96,5), poca comorbilidad (Índice de Charlson 0,5) y un buen estado nutricional (puntuación media MNA 28,43). En los varones el IMC fue 26,21 kg/m<sup>2</sup> (17,65-32,90), la masa muscular 27,43 kg. (18,61-36,01) y el IMM 9,70 kg/m<sup>2</sup> (6,91-13,39). En las mujeres el IMC fue 27,17 kg/m<sup>2</sup> (17,36-40,10), la masa muscular 16,98 kg (12,46-21) y el IMM 7,06 kg/m<sup>2</sup> (5,32-8,39). La prevalencia de sarcopenia observada fue del 33,3% para las mujeres ancianas y del 10% para los varones. Los valores de composición corporal obtenidos presentaban diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (p < 0,05). Los puntos de corte para la población estudiada son similares a los observados en Francia pero diferentes a los de USA. Al comparar la prevalencia de sarcopenia en las tres poblaciones los datos son similares en el sexo femenino y algo inferiores en el masculino (tabla 1).

**Conclusiones.** 1. Un porcentaje elevado de ancianas sanas y algo menor de ancianos presentan sarcopenia clínicamente significativa. 2. Dadas las características del grupo estudiado es de esperar que la prevalencia de sarcopenia en la población anciana general sea mayor. 3. Los datos obtenidos en este trabajo constituyen el primer grupo de referencia para el estudio de la función muscular en los ancianos de nuestro entorno. 4. Los datos de referencia existentes en la literatura (realizados en otras áreas geográficas) no son aplicables a la población de nuestro entorno. Financiado por beca FIS (PI050098).

Tabla 1. Prevalencia de sarcopenia en 3 áreas geográficas (USA, Francia, Barcelona) (EA-38).

	USA Baumgartner RN (1998)		Francia Tichet J (2008)		Barcelona	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Puntos de corte (kg/m <sup>2</sup> )	7,26	5,45	8,6	6,2	8,31	6,68
Porcentaje sarcopenia	18,3-36,4	35	12,5	23,6	10	33

**GESTIÓN**

**G-27  
INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

**R. Barba Martín<sup>1</sup>, J. Marco Martínez<sup>2</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>3</sup>, J. Canora Lebrato<sup>4</sup>, J. Losa García<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>5</sup>, G. García de Casasola<sup>1</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Dado que la insuficiencia cardíaca (ICC) es uno de los motivos más frecuentes de ingreso en un servicio de Medicina Interna (MI), nos propusimos describir las características de los pacientes ingresados en MI por un esta patología en nuestro país.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según el CIE-9-MC) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados del Estado Español. Se identificaron los casos que habían sido dados de alta con un GRD 127 o 544 y se hizo un análisis descriptivo de dichos casos, incluyendo los CIEs que podrían determinar la etiología de la ICC.

**Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos, de los cuales ingresaron por un GRD relacionado con la insuficiencia cardíaca 100.919 (21.8%). La edad media de estos pacientes fue de 79,9 años (SD 9,6), la estancia media de 9,6 días (SD 8,0) y un 58,8% eran mujeres. Un 11,0% de estos pacientes fallecieron durante el ingreso, de ellos el 30% lo hicieron en las primeras 48 horas. El peso medio del GRD, que identifica la gravedad de los pacientes, fue de 2,26 (1,49-3,6). Un 31% de los pacientes tenían HTA, el 36,8% diabetes, 21,5% cardiopatía isquémica y el 19,2% anemia. Otras comorbilidades frecuentes fueron la hipercolesterolemia en el 11,7% de los casos, la obesidad en el 11,6%, la insuficiencia renal aguda en un 5,5% de los casos y la crónica en un 10,3%. Un 4% de los pacientes tenía registrado el antecedente de tabaquismo. El número medio de procedimientos realizados a los pacientes fue de 3,8, siendo los más frecuentes el ECG (37,4%), el ecocordio (25,8%), la radiografía de tórax (31,4%) y en tan sólo un 0,1% el cateterismo cardíaco. En el estudio etiológico se determinó que un 21,5% de los casos de ICC tenían un CIE relacionado con cardiopatía isquémica, un 21,5% con cardiopatía hipertensiva, un 11,3% valvulopatía, un 9,4% miocardiopatía, y un 1,1% un CIE relacionado con enfermedad cardiopulmonar crónica. En el resto no constaba la etiología del proceso. El coste medio, según datos del Ministerio de Sanidad fue de 4495,94 por ingreso (3712,2-5814,6 euros).

**Discusión.** Más de uno de cada cinco pacientes ingresados en MI lo hacen por un diagnóstico relacionado con la ICC. Estos pacientes son ancianos, predominan las mujeres, tienen una mortalidad eleva-

da, y el gasto medio por paciente es alto. Pese a ser una base de datos eminentemente administrativa, hasta dos terceras partes de la etiología de la ICC en los servicios de MI se puede establecer mediante el análisis del CMBD, lo que implica una aceptable cumplimentación de los informes de alta.

**G-30  
PRESIÓN ASISTENCIAL EN URGENCIAS TRAS LA APERTURA DE NUEVOS HOSPITALES**

**J. Torres Macho<sup>1</sup>, A. Casas Martín<sup>2</sup>, J. Bascuñana<sup>2</sup>, M. Martín Azcárate<sup>3</sup>, M. García Largacha<sup>4</sup>, J. Cobo Mora<sup>5</sup>, F. Bravo Sanz<sup>6</sup> y G. García de Casasola<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital del Henares. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital del Tajo. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital Infanta Sofía. Madrid. <sup>6</sup>Dirección Médica. H del Sureste. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la presión asistencial en urgencias en las primeras semanas tras la apertura de nuevos hospitales.

**Material y métodos.** Durante los meses de febrero y marzo de 2008 se inauguraron en la Comunidad de Madrid 6 nuevos hospitales. La Consejería de Sanidad de Madrid realizó unas estimaciones del número de urgencias diarias que debería atender cada hospital a pleno rendimiento teniendo en cuenta su población de referencia y extrapolando los datos de afluencia a urgencias correspondientes a hospitales del mismo área. Hemos recogido el número de pacientes atendidos en urgencias durante las primeras 5 semanas tras la apertura de: H Infanta Cristina (Parla; P 132.000; UD 180), H Infanta Leonor (Vallecas; P 290.000; UD 250), H del Tajo (Aranjuez; P 70.000; UD 97), H del Henares (Coslada; P 168.000; UD 200), H del Sureste (Arganda; P 150.000; UD 170) y H Infanta Sofía (S. Sebastián de los Reyes; P 300.000 hab; UD 292). p = población de referencia UD = estimación de urgencias/día.

**Resultados.** En la tabla 1 mostramos la media de urgencias diarias durante las primeras cinco semanas de los seis hospitales y su porcentaje con respecto a la estimación antes de su apertura. Como puede observarse, en la quinta semana tras su apertura todos los hospitales superaron el 70% de las urgencias estimadas y 4 de los 6 hospitales superaron el 85% de las mismas.

**Conclusiones.** Tras la apertura de la urgencia de un nuevo hospital se alcanzan niveles de frecuentación similares a los que podría tener un hospital de similares características a pleno rendimiento tras meses de funcionamiento. Por este motivo, desde el principio es importante dimensionar adecuadamente los recursos humanos y materiales.

Tabla 1. Media de urgencias diarias atendidas en las primeras 5 semanas tras su apertura en los seis hospitales recién inaugurados (G-30).

	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana
H. Infanta Cristina Media urg (% con respecto a previsión)	103 (57%)	153 (85%)	179 (99%)	175 (97%)	182 (101%)
H. Infanta Leonor Media urg (% con respecto a previsión)	114 (45,6%)	146 (58,5%)	160 (64%)	174 (70%)	183 (74%)
H. del Tajo Media urg (% con respecto a previsión)	60 (62%)	91 (94%)	93 (96%)	92 (95%)	97 (100%)
H. del Henares Media urg (% con respecto a previsión)	101 (50%)	150 (75%)	160 (80%)	161 (80%)	173 (86%)
H. del Sureste Media urg (% con respecto a previsión)	73 (43%)	109 (64%)	107 (63%)	111,7 (65,7%)	118 (70%)
H Infanta Sofía Media urg (% con respecto a previsión)	137 (47%)	190 (65%)	230 (78%)	230 (78%)	250 (85%)



## INSUFICIENCIA CARDÍACA

### IC-38

#### IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LOS CRITERIOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA (ESC 2007) EN PACIENTES ANCIANOS ASISTIDOS EN UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR EN MEDICINA INTERNA

N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, M. Méndez Bailón<sup>1</sup>, S. Nieto<sup>3</sup>, P. Conthe Gutiérrez<sup>2</sup>, P. Renieblas<sup>2</sup>, J. Ortiz Alonso<sup>3</sup> y L. Audibert Mena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Geriatria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el valor pronóstico de los nuevos criterios de insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) publicados en el año 2007 por el grupo de trabajo de ICA de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) en una población de pacientes ancianos asistida en un programa de insuficiencia cardíaca (IC) en Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 270 pacientes con IC en seguimiento en una unidad de insuficiencia cardíaca (UIC) perteneciente al servicio de Medicina interna de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. A todos los pacientes se les estableció el diagnóstico de IC basado en criterios de la ESC 2005. Se recogieron en todos los pacientes datos clínicos como la edad, sexo, los factores de riesgo y comorbilidad (índice de Charlson) escalas de funcionalidad OARS, fracción de eyección etiología y tratamiento farmacológico recibido para IC. A todos los pacientes se les realizó un cribado en cuanto a los criterios de ICA de la ESC 2007. Se siguió prospectivamente a la cohorte y se evaluó la mortalidad durante el seguimiento. Se realizó un análisis bivariante y posteriormente multivariante (análisis de supervivencia) entre los pacientes supervivientes y los fallecidos durante el seguimiento con una significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** La edad media fue de  $78 \pm 9$  años y el 58% eran mujeres. El 66% de los pacientes presentaban una FEVI preservada igual o mayor del 50%. 45 de ellos cumplieron criterios de ICA definidos por la ESC lo que representaba un 16%. En el análisis bivariante los factores asociados a mortalidad entre los supervivientes y los fallecidos por IC fueron los siguientes, respectivamente: situación funcional definida por la escala de OARS ( $10,3 \pm 4,3$  vs  $8,1 \pm 1,2$ ;  $p = 0,029$ ), índice de Charlson ( $2,8 \pm 1,6$  vs  $4,0 \pm 2,6$ ;  $p < 0,001$ ), hemoglobina (g/dl) ( $12,6 \pm 1,9$  vs  $11,9 \pm 1,9$   $p = 0,02$ ) creatinina (mg/dl) ( $1,21 \pm 0,51$  vs  $1,48 \pm 0,56$ ;  $p = 0,02$ ) y los criterios de ICA (ESC 2007) (8% vs 54%  $p < 0,001$ ). Los pacientes con criterios de ICA tuvieron una menor supervivencia en el análisis de Kaplan Meier con respecto a los pacientes sin ICA ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** Los criterios de ICA publicados por la Sociedad Europea de Cardiología son útiles a la hora de predecir la mortalidad en pacientes ancianos con IC. Sin embargo, en el perfil de pacientes que atendemos en Medicina Interna tal vez debamos de evaluar otras comorbilidades asociadas a IC (situación funcional, anemia e insuficiencia renal) a la hora de establecer su pronóstico.

### IC-40

#### ¿ES ÚTIL UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA PARA REDUCIR EL NÚMERO DE REINGRESOS?

J. Cerqueiro González<sup>1</sup>, A. Clavería Fontán<sup>2</sup>, E. Casariego Vales<sup>1</sup>, M. López Díaz<sup>1</sup>, M. Rivas Bande<sup>1</sup>, C. González Louzao<sup>1</sup>, M. Rigueiro Veloso<sup>1</sup> y N. Domínguez Pin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-

Calde. Lugo. <sup>2</sup>Servicio de Subdirección Xeral de Calidade Asistencial. SERGAS. A Coruña.

**Objetivos.** La Insuficiencia cardíaca (ICC) es, en España, la primera causa de ingreso hospitalario por encima de los 65 años. En los últimos años este subgrupo de población ha registrado un aumento del 71% en el número de ingresos, fundamentalmente como consecuencia del incremento de los reingresos. Una de las estrategias para

reducir el número de reingresos ha sido la creación de programas específicos de atención, centrados en la formación del paciente y su familia y el control clínico estrecho. La organización de estos programas se ha adaptado a las características y posibilidades de los Centros que los han puesto en marcha. Presentamos los resultados iniciales de un programa integrado en una Sección de Medicina Interna consistente, de manera exclusiva, en una consulta monográfica dotada de personal con formación específica.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes de pacientes que han tenido al menos un ingreso por ICC entre 2004 y 2005. Se han distribuido en dos grupos: 1. Grupo de intervención: se han incluido aquellos pacientes que, tras un primer ingreso en el segundo semestre de 2005, han sido atendidos en una consulta monográfica de ICC, al menos durante 4 meses antes de un segundo ingreso, y seguidos al menos durante un año. Estos pacientes fueron controlados, de forma estrecha en una consulta, de fácil acceso, con atención médica y de enfermería con formación específica en horario de mañana. 2. Grupo control: pacientes que, tras un primer ingreso en 2004 y primer semestre de 2005, han acudido a los dispositivos asistenciales habituales. La atención fuera del horario de mañana o durante la hospitalización fue igual para ambos grupos. El seguimiento, para todos los pacientes, se extendió hasta su fallecimiento o hasta el 31 de abril de 2008. Para ambos grupos se han recogido las características clínicas basales así como las fechas y los motivos de los sucesivos reingresos. En el análisis estadístico se ha utilizado la técnica Kaplan-Meier para determinar la probabilidad de reingreso, estimando los riesgos relativos (RR) y el número necesario a tratar (NNT), con sus respectivos intervalos de confianza, por los métodos habituales.

**Resultados.** Se incluyeron 47 pacientes en el grupo de intervención y 107 en el grupo control. Las características de ambos grupos fueron similares en cuanto a su distribución por sexo, edad, estadio clínico basal o número de comorbilidades. Igualmente el número de fallecimientos fue similar (4 vs. 9,  $p = 0,9$ ). El número de visitas a Urgencias, por cualquier motivo, fue significativamente inferior en el grupo de intervención (3 vs. 22;  $p = 0,02$ ). Al considerar el número de reingresos, independientemente de estar relacionados o no con ICC, se detecta una mayor proporción en el grupo control (4 vs. 24;  $p = 0,03$ ). El número de ingresos atribuidos a ICC fue claramente inferior en el grupo de intervención (1 vs. 12;  $p = 0,05$ ). De esta forma el RR de reingreso, asociado con acudir a una consulta de estas características, se redujo a 0.22 (IC 95% 0.04-1.00) y el NNT para evitar un reingreso fue 3.8.

**Conclusiones.** Una consulta monográfica para pacientes con ICC, aún sin el apoyo de otros dispositivos asistenciales, es útil para reducir tanto el número de reingresos como el número de visitas a Urgencias. Estos resultados se constatan no sólo para las descompensaciones relacionadas con ICC sino también con los problemas asociados con las otras comorbilidades presentes en estos pacientes. Nuestros resultados, obtenidos a corto plazo y por un número muy limitado de pacientes, han de ser confirmados en estudios más amplios y de mayor duración.

## INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

### IF-8

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO BIOLÓGICAS DE UNA SERIE DE 916 PACIENTES ESPAÑOLES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Grupo Línea Esclerodermia

Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Sociedad Española de Medicina Interna. A Coruña.

**Objetivos.** Estudio descriptivo de una cohorte de enfermos con esclerosis sistémica (ES).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se incluyen enfermos con ES controlados por los servicios de Medicina Interna de los centros hospitalarios que pertenecen a la línea de trabajo de ES del grupo de enfermedades sistémicas autoinmunes (GEAS). En la base de datos se incluyen: datos epidemiológicos, subtipos de ES (Limitada, Difusa, sine scleroderma, pre-esclerodermia) afección por sistemas, datos inmunológicos y capilaroscópicos. Se registra el número de muertes y las causas.

**Resultados.** Se incluyen un total de 916 enfermos (801 mujeres, 115 hombres) de 14 centros hospitalarios. La edad media es de 60.65 años (DE 15). El tiempo de evolución de la enfermedad desde el inicio de la enfermedad hasta la fecha de la inclusión (primer semestre del 2007) es de 16.23 años de media (DE 11.34) y desde el diagnóstico de

10.10 años (DE 7.48). La distribución por subtipos es: ES limitada (ESL) 562 (61.3%); ES difusa (ESD) 243 (26.5%); sine scleroderma (ESS) 69 (7.5%) y pre-esclerodermia (PES) 37 (4%). El 67.8% (620) de los enfermos cumplían los criterios de clasificación del CAR (65.3% de las ESL, 100% de las ESD y 14% de las ESS). Se registraron un total de 138 muertes (66 ESL, 63 ESD y 6 ESS) siendo la HTAP la causa más frecuente (23 aislada y 17 con fibrosis pulmonar) seguida de la fibrosis pulmonar (18) y en tercer lugar la crisis renal esclerodérmica (CRE) que fue causa de muerte en 12 enfermos. El 92.7% (849) de los enfermos presentaron fenómeno de Raynaud (94,6% de las ESL, 88% de las ESD y 91% de las ESS) y el 43% úlceras digitales (39% de las ESL, 63,8% de las ESD y 14,5% de las ESS). Las prevalencias de las diferentes afecciones en global y según subtipos eran: 56.5% (518) afección osteomuscular (56,6% de las ESL, 63,4% de las ESD, 52% de las ESS), 69,7% (639) afección digestiva (69,7% de las ESL, 80% de las ESD, 71% de las ESS) y 57.7% (529) afección respiratoria (45,7% de las ESL, 74,8% de las ESD y 71% de las ESS). Específicamente presentaban enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) 389 y HTAP 156 representando el 42,5% y el 17% del total respectivamente. El 36% de las ESL, el 65,8% de las ESD y el 36% de las ESS tenían EPID. El 15,5% de las ESL, el 19,7% de las ESD y el 23% de las ESS presentaban HTAP. El 31,4% (288) tenían afección cardíaca (30,8% de las ESL, 32,5% de las ESD y 49% de las ESS) y el 4,5% (41) afección renal (2,3% de las ESL, 10,7% de las ESD y 2,9% de las ESS). El 33,4% (306) de los enfermos presentaban síndrome seco. Los AAN se realizaron en 838 pacientes siendo positivos en el 97,4% predominando el patrón moteado de IFI (45,3% de los AAN). Los anticuerpos anticentrómero (ACA) se realizaron en 808 pacientes, fueron positivos en 44% de los enfermos (58% ESL, 8,4% ESD, 41,5% ESS y 54,2% PES). Los anti-Scl-70 se realizaron en 795, fueron positivos en 173 enfermos (21,7%) (8% ESL, 52,7% ESD, 9,5% ESS y 19,3% PES). La capilaroscopia se realizó en 599 pacientes. En el 56,6% de los casos tenían patrón lento y el 33% patrón activo. La distribución según subtipos era: un 60,2% de los pacientes con ESL, un 38,6% del subtipo con ESD y un 63,3% del subtipo con ESS tenían patrón lento capilar y un 29,8% de las ESL, un 55,5% de las ESD y un 9% de las ESS presentaban patrón activo.

**Discusión.** Los registros multicéntricos de enfermedades poco prevalentes como la ES son necesarios para poder definir subtipos con características clínicas, inmunológicas y pronósticas similares. Asimismo el alto porcentaje de pacientes que no cumplen los criterios de clasificación de ES oficiales obligan a una revisión de los mismos. En esta cohorte de enfermos hay un alto porcentaje de enfermos con ESL que le confiere una mayor prevalencia de las características clínicas e inmunológicas que definen este subtipo. Como en otras series la principal causa de muerte es la HTAP.

**Conclusiones.** Describimos una serie de 916 pacientes con ES en la que hay un claro predominio del subtipo de ES limitada. La principal causa de muerte de la serie es la afección pulmonar, específicamente la HTAP.

## IF-16

### RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS AUTOINMUNES REFRACTARIAS: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 60 PACIENTES (REGISTRO BIOGEAS)

**M. Ramos Casals<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>2</sup>, A. Martínez Berriotxo<sup>3</sup>, L. Pallares<sup>4</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>5</sup>, J. Callejas<sup>6</sup>, L. Caminal<sup>7</sup> y J. Oristrell<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", IDI-BAP. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron- Área General. Barcelona.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Asturias. Oviedo (Asturias).

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Análisis de la seguridad y eficacia del tratamiento de rituximab (uso compasivo) en pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes (EAS) graves y/o refractarias al tratamiento convencional.

**Material y métodos.** En 2006, el Grupo de Estudio sobre Enfermedades Autoinmunes (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna creó el proyecto BIOGEAS, un estudio multicéntrico cuyo objetivo sería recopilar los datos referentes al empleo de agentes biológicos en pacientes adultos con EAS refractarios a terapias estándar (con fracaso de al menos dos agentes inmunosupresores).

**Resultados.** A fecha 31 de diciembre de 2007, están incluidos en el Registro BIOGEAS 60 pacientes con EAS tratados con rituximab (42 mujeres y 18 hombres, edad media de 43 años). Las EAS incluían lupus eritematoso sistémico (LES) (27 casos), Síndrome de Sjögren (SS) (10 casos), granulomatosis de Wegener (8 casos), crioglobulinemia (5 casos), dermatomiositis (3 casos), síndrome antifosfolípido (3 casos) y otras enfermedades (7 casos). Rituximab se empleó para el tratamiento de linfoma de células B en 5 casos. En los 55 casos restantes, la indicación terapéutica fue la falta de respuesta a la terapia estándar de afecciones graves autoinmunes. Se observó respuesta terapéutica en 48 pacientes (80%). Las mejores cifras se obtuvieron en los pacientes con SS (100%), LES (81%), crioglobulinemia (80%) y granulomatosis de Wegener (75%). Diez pacientes (17%) presentaron eventos adversos, siendo seis casos clasificados como probablemente relacionados con la administración de rituximab (cinco infecciones y una reacción de hipersensibilidad a la infusión). Cinco pacientes fallecieron, cuatro debido a EAS refractaria y un paciente debido a endocarditis por MRSA.

**Conclusiones.** Aun sin contar con indicación aprobada, rituximab se emplea en la práctica clínica diaria en pacientes con EAS graves y/o refractarias al tratamiento convencional, con una eficacia superior al 75% de los casos en pacientes con SS, LES, crioglobulinemia y granulomatosis de Wegener. Este estudio observacional no controlado muestra una excelente tolerancia y eficacia clínica a corto plazo del rituximab en pacientes con enfermedad grave y/o refractaria, especialmente en enfermedades caracterizadas por una marcada hiperactividad de células B (SS, LES y crioglobulinemia).

## IF-87

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE PACIENTES AFECTOS DE VASCULITIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A ANCA

**R. Solans Laqué, J. Bosch Gil, N. Iriarte de Garay, M. Ramentol Sintés, F. Martínez Valle, A. Selva O'Callaghan, C. Simeón Aznar y M. Vilardell Tarrés**

Servicio de Medicina Interna. Unidad Enfermedades Sistémicas Autoinmunes. Hospital General Vall d'Hebron- Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar las manifestaciones clínicas diagnósticas de las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA y la evolución de las mismas

tras tratamiento inmunosupresor, en una amplia serie de pacientes diagnosticados y controlados en un mismo Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de Granulomatosis de Wegener (GW, poliangeitis microscópica (PAM) o granulomatosis alérgica de Churg Strauss (CS) en los últimos 15 años y seguidos prospectivamente hasta su muerte o la actualidad.

**Resultados.** Se incluyeron 80 pacientes (50 mujeres y 34 hombres), con una edad media al diagnóstico de 56,8 años (17-78), 33 con GW, 25 con PAM y 22 con CS. Las manifestaciones más frecuentes se detallan en la tabla 1. El tiempo medio de retraso diagnóstico fue de 5,4 meses (1-120). Los ANCA fueron positivos en el 76,8% de los casos. La afección renal fue más frecuente en los pacientes con GW y PAM y la cardíaca en los afectos de CS y ambas condicionaron un mal pronóstico. Durante el seguimiento, fallecieron 13 pacientes, 3 con CSS (2 por perforación intestinal, 1 por afección cardíaca), 5 con GW (2 por fracaso renal y 2 por sepsis) y 5 con PAM (2 por afección intestinal, 2 por fallo multiorgánico y 1 por linfoma). El tratamiento con ciclofosfamida oral se asoció a un mayor número de infecciones bacterianas.

**Discusión.** Las vaculitis sistémicas asociadas a ANCA son infrecuentes pero potencialmente graves. Su diagnóstico precoz y tratamiento intensivo ha mejorado su pronóstico, si bien las infecciones asociadas al tratamiento inmunosupresor y la afección multiorgánica continúan condicionando un mal pronóstico.

**Conclusiones.** En las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA, la afección renal, digestiva, cardíaca y del SNC, y el diagnóstico en pacientes mayores de 60 años, siguen asociándose con una elevada mortalidad.

Tabla 1. Manifestaciones al diagnóstico (IF-87).

Manifestación	CS n (%)	GW n (%)	PAM n (%)
Fiebre	15 (68,2%)	14 (42,4%)	13 (44,8%)
Asma	22 (100%)	5 (15,6%)	1 (3,4%)
Artritis	6 (27,3%)	14 (42,4%)	10 (34,5%)
Afección cutánea	14 (63,6%)	11 (33,3%)	7 (24,1%)
Infiltrado/nódulos pulmonares	12 (54,5%)	15 (45,5%)	12 (41,4%)
Afección renal	2 (9,1%)	17 (51,5%)	21 (72,4%)
Afección neurológica	10 (45,4%)	14 (42,4%)	12 (36,4%)
Afección cardíaca	6 (27,3%)	3 (9,1%)	1 (3,4%)
Afección gastrointestinal	7 (31,8%)	4 (12,1%)	3 (13,8%)
Afección ORL	7 (31,8%)	24 (72,7%)	1 (3,4%)
Afección ocular	1 (4,5%)	9 (27,3%)	0(0%)

## OSTEOPOROSIS

### O-01 PREVALENCIA DE LA OSTEOPOROSIS E HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

N. Galofré<sup>1</sup>, S. Fernández<sup>2</sup>, C. Castaño<sup>3</sup>, M. Peña<sup>4</sup>, J. Oriol<sup>2</sup>, G. Beltran<sup>2</sup>, J. Aguilar<sup>2</sup> y J. González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Neumología,

<sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Municipal de Badalona.

Badalona (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** La fractura vertebral osteoporótica causa una importante morbilidad en los pacientes con EPOC: dolor, inmovilidad y deterioro de la función respiratoria. El diagnóstico de osteoporosis (OP) en

estos pacientes puede evitar la aparición de fracturas vertebrales. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de OP e hipovitaminosis D en nuestros pacientes con EPOC.

**Material y métodos.** Este estudio se realizó en un Hospital de ámbito comarcal con 120 camas y que atiende a una población general de 120.000 habitantes. Durante el período de 1 año se incluyeron de forma consecutiva 79 hombres con una edad > 45 años, antecedente de tabaquismo > 20 paq/año y diagnóstico de EPOC moderada-severa (FEV1 < 50%). En todos los casos se realizó una valoración neumológica y una historia clínica específica para OP. Se determinaron parámetros analíticos básicos en los que se incluyeron 25-Hidroxitamina D (25OH), parathormona (PTH), aclaramiento de creatinina y calciuria en orina de 24 horas. Se practicaron rx de columna dorso-lumbar (se definió la fractura vertebral según el método semicuantitativo de Genant), densitometría lumbar y femoral con densitómetro de doble haz de rayos X (DEXA) y espirometría en fase estable. Se calcularon el test de 6 minutos marcha, IMC, índice de BODE y la dosis acumulada de corticoides inhalados y sistémicos recibidos en los últimos 5 años. Se hizo un análisis estadístico descriptivo y comparativo de los parámetros clínicos, analíticos y densitométricos mediante el Test de T student en las variables continuas y el test chi-cuadrado para las variables categóricas.

**Resultados.** En 18/79 casos (22,7%) se objetivó fractura vertebral en la rx; un 62% de los pacientes cumplían criterios de OP según la OMS. Se diagnosticó hipovitaminosis D (25OH » 15 ng/ml) en el 73,4% de los casos y de ellos un 68,96% se asociaba a hiperparatiroidismo secundario (PTH » 53 pg/ml). Los pacientes con OP eran significativamente mayores y mostraron un IMC significativamente inferior respecto a los pacientes sin OP, sin embargo no hubo otras diferencias con el resto de variables.

**Conclusiones.** 1- La prevalencia de OP en estos pacientes con EPOC es elevada. 2- La hipovitaminosis D e hiperparatiroidismo secundario son altamente frecuentes. 3- El diagnóstico de fractura vertebral radiológica es relevante. 4- La edad avanzada y la presencia de IMC más bajo son factores que influyen en el diagnóstico de OP.

### O-14 PÉRDIDA PROGRESIVA DE MASA ÓSEA Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

J. Alvisa Negrín, E. González Reimers, E. Rodríguez Rodríguez, M. Alemán Valls, F. Santolaria Fernández, R. Pelazas González, M. Durán Castellón y E. García Valdecasas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** El objetivo del presente estudio es determinar si el consumo crónico de alcohol produce alteraciones en la masa ósea y el metabolismo calcio-fosfórico; si los cambios observados al inicio del estudio se modifican o no a los 6 meses, dependiendo de que se continúe o no con el hábito etílico; y si los cambios de masa ósea a los 6 meses se relacionan o no con la mortalidad a medio plazo.

**Material y métodos.** Se incluyeron un total de 67 pacientes bebedores de > de 150 g de alcohol/día durante más de 15 años, a los que se les determinó masa ósea mediante DEXA a distintos niveles del esqueleto, así como las hormonas involucradas en el metabolismo calcio/fosfórico, osteocalcina, y telopéptido N-terminal, comparando todas estas variables con las de un grupo control formado por 27 individuos de similar edad y sexo.

**Resultados.** Se encontró que los individuos alcohólicos tenían menor BMD en todas las regiones, destacando especialmente las diferencias en la región intertrocantérea (t = 4.17), columna lumbar (l2, t = 3.38), regiones costales derecha e izquierda (p < 0,01 en todos los casos); los niveles de IGF-1 eran significativamente más bajos (t = 3.7), así como los de osteocalcina (t = 4.8) en los alcohólicos, al tiempo que los del telopéptido N-terminal eran significativamente más altos en estos pacientes (t = 3.87, p < 0,001 en todos los casos). En cambio no encontramos diferencias en la PTH, 1, 25 dihidrox vitamina D ni cortisol basal. En general, los 43 pacientes que fueron seguidos durante 6 meses perdían aún más masa ósea, especialmente si no observaban abstinencia de la ingesta etílica. Además, aquellos que fallecían a medio plazo presentaban, a los 6 meses, una mayor pérdida de masa ósea a nivel de columna lumbar (p = 0,01),



cuello femoral ( $p = 0,01$ ) y columna dorsal ( $p = 0,009$ ) que los supervivientes, rozándose la significación estadística en otras áreas como triángulo de Ward, brazo derecho y costillas.

**Conclusiones.** Por lo tanto el consumo crónico de alcohol produce osteopenia, debida fundamentalmente a una defectuosa síntesis ósea, y esta osteopenia tiende a empeorar con el tiempo, guardando este empeoramiento relación con la mortalidad a medio plazo.

## O-16

### PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

**M. Vives<sup>1</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, M. Mariné<sup>1</sup>, N. Assakale<sup>2</sup>, L. Del Río<sup>3</sup> y P. Almagro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Centro de Tecnología Diagnóstica. CETIR. Clínica Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar la prevalencia y factores asociados a la osteoporosis en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica (EAS). **Material y métodos.** Se estudiaron 83 pacientes de una consulta de EAS durante seis meses, 69 (83%) eran mujeres. Se recogieron datos demográficos, inmunológicos y clínicos. Se realizó densitometría ósea a todos los que habían recibido corticoterapia intensa (más de 6 meses con dosis media  $> 10$  mg/d) y a un grupo control de pacientes con EAS que no habían recibido dosis altas de corticoides. Todos los pacientes eran sometidos también a un cribado de enfermedad celíaca mediante estudio serológico y genético (anticuerpos antitransglutaminasa – ELISA- y antiendomiso –IFI-; HLA-DQ2 y, en caso de negatividad, HLA-DQ8 -PCR-); los pacientes que resultaban positivos o tenían anemia crónica eran sometidos a un endoscopia digestiva alta con biopsia duodenal. Se definió la enteritis linfocítica como la presencia de  $> 25\%$  de linfocitos intraepiteliales.

**Resultados.** La edad media fue de 51 (DE 17) años, el tiempo de evolución de la enfermedad 75 (DE 69) meses, los diagnósticos principales fueron: LES 27, lupus-like 10, miopatía inflamatoria 2, Sjögren 8, SAF primario 6, sarcoidosis 2, enfermedad mixta del tejido conectivo 5, esclerodermia 10, vasculitis sistémicas 4, Behçet 2, síndrome de overlap 1, el resto se catalogó de enfermedad indeterminada de tejido conectivo. Se diagnosticó osteoporosis en 18 (22%) y osteopenia en 28 (34%). En el momento del estudio 10 (13%) pacientes estaban en brote de su enfermedad de base. Eran portadores HLA-DQ2 44 (53%) y HLA-DQ8 16 (19%). Tenían enteritis linfocítica 17 (21%). La presencia de osteoporosis u osteopenia no se relacionó con el sexo, la anemia, con el haber recibido dosis altas de corticoides, con una mayor presencia de marcadores genéticos de celiaquía ni con la detección de enteritis linfocítica en la biopsia duodenal. El grupo de pacientes con osteoporosis u osteopenia eran mayores (57 ( $\pm 12$ ) años vs 45 ( $\pm 15$ ) años,  $p = 0,001$ ). Estos resultados se confirmaron al realizar un análisis multivariado mediante regresión logística para valorar los factores asociados con osteoporosis u osteopenia introduciendo como variables dependientes edad, corticoterapia prolongada y marcadores genéticos de celiaquía: encontramos que la osteoporosis u osteopenia tan sólo se asociaba de forma independiente con la edad ( $p = 0,0023$ , OR = 1,08 por cada año).

**Discusión.** La elevada prescripción de corticoides de forma crónica clásicamente se considerado un factor determinante en la aparición de osteoporosis en la población de pacientes con EAS. Sin embargo, nuestro estudio demuestra que éste no es el único factor ni el más importante, ya que la edad se asocia más intensamente a la aparición de osteoporosis. Por otra parte, no constamos relación con los marcadores genéticos de celiaquía ni con la presencia de enteritis linfocítica. Parece, por tanto, que debemos extremar las medidas profilácticas en los pacientes más de edad.

**Conclusiones.** En los pacientes con EAS el factor más determinante para la osteoporosis es la edad, por encima de la corticoterapia crónica.

## RIESGO VASCULAR

### RV-6

#### VALIDACIÓN DE LA MEDICIÓN DOMICILIARIA DEL PERFIL LIPÍDICO MEDIANTE UN SISTEMA PORTÁTIL

**E. Patiño Castelo, M. Del Río Paz, B. Conde Estévez, G. Pérez García, J. Guerra Corredoira, M. Iglesias Gallego, J. Díaz Peromingo y P. Pesquera Fontán**

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina I. Fundación Pública Hospital da Barbanza (1). Ribeira (A Coruña).

**Objetivos.** En la valoración del riesgo cardiovascular es de gran importancia la medición del perfil lipídico. En ocasiones existen dificultades para la realización de analíticas ordinarias en virtud de ciertas características de los pacientes o de sus lugares de residencia. Nuestro objetivo es validar la utilización de un sistema portátil de medición del perfil lipídico en pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

**Material y métodos.** Se analizó una muestra de pacientes a los que se realizó punción capilar digital con posterior análisis sanguíneo a la cabecera del enfermo con el sistema: CardioChek PA®. Se realizaron las siguientes medidas: colesterol total (CT), LDL, HDL, triglicéridos (TG) e índice CT/HDL. En todos los casos se compararon los resultados con los de analíticas recientes (en los 7 días previos) realizadas en el laboratorio del Hospital. Se compararon medias con la prueba T para muestras independientes.

**Resultados.** De los 57 pacientes incluidos, 32 fueron mujeres y 25 varones. La edad media fue de 73 (rango 42-94) años. Las cifras medias de variables analizadas con el sistema portátil fueron: CT:  $223 \pm 53$  mg/dl; LDL:  $151 \pm 36$  mg/dl; HDL:  $38 \pm 13$  mg/dl; TG:  $163 \pm 86$  mg/dl e índice CT/HDL:  $3,65 \pm 2,43$ . Los valores medios para los resultados analizados en el laboratorio fueron: CT:  $219 \pm 60$  mg/dl; LDL:  $137 \pm 41$  mg/dl; HDL:  $35 \pm 17$  mg/dl; TG:  $174 \pm 101$  mg/dl e índice CT/HDL:  $3,82 \pm 2,69$ . Los resultados de la prueba T fueron: CT ( $p = 0,858$ , NS); LDL ( $p = 0,832$ , NS); HDL ( $p = 0,741$ , NS); TG ( $p = 0,428$ , NS) e índice CT/HDL ( $p = 0,736$ , NS). En 9 pacientes la determinación capilar de TG fue errónea y en 5 la de LDL.

**Conclusiones.** 1.- La determinación capilar mediante un sistema portátil es al menos igual de válida para el CT, LDL, HDL e índice CT/HDL que la determinación del laboratorio. 2.- La determinación de la cifra de TG, si bien no existen diferencias estadísticas entre ambos grupos, no es de igual validez mostrando niveles menores en la determinación digital. 3.- La determinación capilar de TG seguida de la de LDL son las que con mayor frecuencia dan valores erróneos. 4.- A nivel domiciliario la determinación de la tensión arterial, el perímetro abdominal y la glucemia y el perfil lipídico capilares son una herramienta muy útil para valorar la existencia de síndrome metabólico en nuestros pacientes y actuar en consecuencia.

### RV-17

#### COLESTEROL HDL BAJO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS HIPERTENSOS. ESTUDIO RICARHD

**P. Conthe<sup>1</sup>, P. Gómez<sup>2</sup>, F. De Álvaro<sup>3</sup>, J. González Esteban<sup>4</sup> y L y Cea Calvo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>3</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>4</sup>Departamento de Investigación Clínica. Merck Sharp Dohme de España (Madrid).

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de colesterol HDL bajo y su asociación con la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en una muestra de pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2, hipertensión arterial (HTA) y elevada prevalencia de ECV.

**Material y métodos.** Análisis del estudio RICARHD, de carácter transversal, realizado por 293 especialistas hospitalarios (Medicina Interna y Nefrología) que incluyeron pacientes con DM tipo 2 y HTA. Se definió colesterol HDL bajo según la Guía Europea de Prevención Cardiovascular ( $< 40$  mg/dl [varones] o  $< 46$  mg/dl [mujeres]). Se estudió la asociación con ECV mediante un modelo multivariable que incluyó otros factores de riesgo cardiovascular.

**Resultados.** Se analizaron 2025 pacientes (edad media 68,6 [DE 10,7] años, 51,1% mujeres y 48,9% varones, 43,0% obesos). La presión arterial fue 144,9 (18,5)/80,3 (11,3) mmHg y la media de los parámetros lipídicos fue: colesterol total 191 (43) mg/dl; colesterol LDL 112 (35) mg/dl; colesterol HDL 49 (14) mg/dl y triglicéridos: 152 (83) mg/dl. El 51,1% tenía antecedente de ECV. Presentaron colesterol HDL bajo el 33,7% de los pacientes. La prevalencia fue mayor en mujeres (38,0% vs. 29,6% en varones,  $p < 0,001$ ), y en pacientes con ECV previa (37,3% vs. 29,9% en sujetos libres de ECV,  $p = 0,001$ ). Los sujetos con colesterol HDL bajo tuvieron una mayor prevalencia de ECV que los sujetos con HDL normal (56,6% frente a 48,4%,  $p = 0,001$ ). En un análisis multivariante ajustado por edad, sexo, índice de masa corporal, consumo de tabaco, control de presión arterial, colesterol LDL y tratamiento con estatinas, se observó una asociación independiente entre colesterol HDL bajo y presencia de ECV (OR 1,46 [IC95%: 1,12-1,79],  $p < 0,001$ ). En un segundo análisis en el que se añadió hipertrofia ventricular, filtrado glomerular bajo y excreción urinaria de albúmina, la asociación entre colesterol HDL bajo y ECV fue de similar magnitud (OR 1,55 [1,21-2,00],  $p = 0,001$ ). En ambos casos, la magnitud de la asociación fue superior en la mujer.

**Discusión.** El colesterol HDL bajo es un factor de riesgo independiente para ECV, y en pacientes diabéticos es frecuente dentro de la dislipidemia aterogénica típica de la diabetes mellitus (HDL bajo, triglicéridos elevados, LDL pequeñas y densas). En este trabajo mostramos una asociación independiente entre colesterol HDL bajo y ECV. Los pacientes con HDL bajo tuvieron una prevalencia ajustada de ECV aproximadamente un 50% superior a los pacientes con HDL normal. Es interesante observar que esta fuerte asociación es independiente de otros factores de riesgo y de la presencia de lesión de órgano diana (hipertrofia ventricular, filtrado glomerular disminuido o microalbuminuria), lo que indica la importancia del colesterol HDL bajo como factor de riesgo en los pacientes diabéticos.

**Conclusiones.** En esta población de pacientes con DM tipo 2, HTA, y elevada prevalencia de ECV, uno de cada tres pacientes tuvo niveles bajos de colesterol HDL. Se observó una asociación independiente entre concentración baja de colesterol HDL y presencia de ECV. El colesterol HDL merece atención en la evaluación y tratamiento de la dislipemia de los pacientes con diabetes mellitus.

#### **RV-59 HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA, GLUCOSA PLASMÁTICA Y PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

**Á. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Romero G. Calvo, M. Pazo Núñez, I. Rodríguez López, V. Lorenzo Zúñiga y C. Calvo Gómez**

Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La ausencia de descenso de la presión arterial (PA) durante la noche, se asocia a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular (CV); la pérdida de la profundidad de la PA aumenta con la edad y afecta al componente sistólico de PA. Hemos analizado la correlación entre la glucosa y PA ambulatoria (MAPA), en una cohorte de pacientes con Hipertensión sistólica aislada (HSA).

**Material y métodos.** Estudiamos 874 pacientes con HSA (PAS  $\geq 140$  mmHg y PAD  $< 90$  mmHg), de  $66,4 \pm 13,9$  años de edad, 288 no recibían tratamiento antihipertensivo. La PA se monitorizó ambulatoriamente con un dispositivo SpaceLabs 90207; a todos los pacientes, se les realizó una evaluación clínica y biológica, según protocolo estandarizado y validado.

**Resultados.** Los valores de glucemia, correlacionan negativamente con la profundidad de la PA sistólica ( $p < 0,001$ ), y positivamente con la PA sistólica y PP nocturna ( $p < 0,001$ ); no existe correlación

entre la glucemia y la PAS clínica, ni con PAS diurna y 24 horas. La glucemia aumenta con la disminución de la profundidad de la PA; así, en los dipper-extremos, el valor de glucemia es 98,5 mg/dL; en los no-dipper (profundidad entre 10-20%) la glucemia es 100,3 mg/dL; aumenta hasta 106,9 mg/dl en los no-dipper (profundidad  $< 10\%$ ), y alcanza 120,2 mg/dL en los riser (profundidad negativa);  $p < 0,001$  entre grupos, corregido por la edad.

**Discusión.** En pacientes con HSA, la glucosa plasmática aumenta en relación con la disminución de la profundidad de la PA sistólica, lo cual confirma una mayor prevalencia de patrón circadiano no-dipper en pacientes con alteraciones del perfil glucémico (resistencia insulínica y diabetes) y que la PA sistólica y PP nocturnas debe ser objetivos terapéuticos en este tipo de pacientes.

#### **RV-60 CRONOTERAPIA CON VALSARTAN A DOSIS ALTAS: AUMENTO DE LA EFICACIA EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS ANCIANOS**

**Á. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Rodríguez, M. Pazo Núñez, M. Romero Míguez, G. Calvo, V. Lorenzo Zúñiga y C. Calvo Gómez**

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La administración de Valsartán a la hora de acostarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) hacia un perfil más dipper, con eficacia antihipertensiva a lo largo de 24 horas [Hypertension. 2003;42; 283-90]. La disminución del descenso nocturno de la PA (patrón no-dipper) es frecuente en la diabetes mellitus (DM) y en pacientes ancianos. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva Valsartan, administrado en régimen de cronoterapia a dosis altas, en una cohorte de hipertensos diabéticos ancianos.

**Material y métodos.** Se incluyeron 45 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial ligera-moderada y DM, mayores de 60 años (24 hombres y 21 mujeres) de  $68,2 \pm 11,7$  años, asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento en función de la hora de administración de una dosis única de 320 mg/día de Valsartán a la hora de levantarse, o bien, una dosis única de 320 mg/día de Valsartán a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche, antes y después de 8 semanas de tratamiento. En todos los casos, se realizó una valoración clínica-biológica, antes y después de la intervención terapéutica.

**Resultados.** La reducción de PA después de 2 meses de tratamiento en monoterapia con Valsartán fue altamente significativa ( $p < 0,001$ ) y ligeramente superior con la dosis nocturna (reducción de 15,5 y 10,6 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, después de Valsartán a la hora de levantarse; 18,8 y 12,9 mmHg cuando el Valsartán se administró a la hora de acostarse;  $p = 0,003$  y  $0,002$  para la PA sistólica y PA diastólica entre ambos grupos), con eficacia terapéutica mantenida a lo largo de las 24 horas, en ambos esquemas de administración de Valsartán. Las diferencias entre los dos grupos fueron especialmente significativas en la reducción de la PA nocturna (12,8 y 8,4 mm Hg después de la dosis matutina; 22,9 y 14,8 mm Hg después de la dosis nocturna;  $p < 0,001$  entre grupos). La profundidad de PA se mantuvo inalterada después de la dosis matutina, pero aumentó significativamente (5,9 y 5,1 para la PA sistólica y diastólica;  $p < 0,001$ ) después de la administración de Valsartán 320 mg/día a la hora de acostarse.

**Discusión.** En pacientes hipertensos ancianos diabéticos, que se caracterizan por una disminución en el descenso nocturno de la PA, la administración de Valsartán a dosis altas, debe realizarse preferentemente a la hora de acostarse, para conseguir una mayor eficacia antihipertensiva y aumentar la profundidad de la PA, lo que favorece la reducción del riesgo cardiovascular de estos pacientes asociado a un patrón circadiano no dipper.

**RV-82****FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)**

**M. Ayala Gutiérrez<sup>1</sup>, N. Macías<sup>1</sup>, S. Jansen Chaparro<sup>1</sup>, J. Rosal Obrador<sup>2</sup>, J. Sampedro<sup>3</sup>, B. Cortés Rodríguez<sup>4</sup>, D. Vinuesa García<sup>5</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares (Jaén). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** El control intensivo y multifactorial de los factores de riesgo ha demostrado ser una estrategia básica para reducir la morbimortalidad en la población diabética. Mejorar el conocimiento en el campo de la diabetes puede contribuir a mejorar nuestra práctica clínica.

**Material y métodos.** DIAMI (Registro de Diabetes en Medicina Interna) es un registro informático multicéntrico de pacientes con DM atendidos por los servicios de Medicina Interna tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización. Presentamos los datos de pacientes ambulatorios recogidos de enero a mayo de 2008.

**Resultados.** Se incluyeron 328 pacientes (43,9% mujeres), fundamentalmente DM tipo 2 (92%), con una edad media de 64.85 años y una evolución media de 10 años. El 45,7% tenían antecedentes familiares de diabetes y un 7,1% de enfermedad cardiovascular precoz. El 23,8% eran fumadores y el 27,4% exfumadores. Sólo el 43,6% de la población mantenía un nivel de actividad física cardiovascular saludable. En función del IMC, el 53,4% de los pacientes eran obesos y el 35,6% tenían sobrepeso. Si tenemos en cuenta el perímetro abdominal, un 32,2% de los hombres y un 39,9% de las mujeres tenían obesidad abdominal severa (según criterios ATP-III). El 84,7% de los pacientes eran hipertensos. La presión arterial sistólica y diastólica (PAS / PAD) media fue 137.51/78.39 mmHg. El 58,9% de la población tenía mal control tensional (PAD > 130 mmHg y/o PAD > 80 mmHg). La dislipemia está presente en el 77% de los individuos. El 58,3% de los pacientes tenían un LDL > 100 mg/dl. El HDL medio en hombres fue 44.4 mg/dl, y un 20,5% tenían niveles < 40 mg/dl. En mujeres el HDL medio fue 52.7 mg/dl; el 19% tenían niveles < 50 mg/dl. El 35% presentaba niveles de triglicéridos > 150 mg/dl. La HbA1c media fue de 7.36%. El 54,6% tenían una HbA1c > 7% y el 73% > 6.5%. El 78,8% presentó una glucemia media en ayunas > 110 mg/dl. El 13,5% había registrado alguna hipoglucemia en el último mes. El 87,4% de los pacientes tomaban antidiabéticos orales: el 82,8%, metformina y el 12,3%, glitazonas. El 72,7% de los pacientes estaban antiagregados; el 77% tomaban hipolipemiente (el 70,5%, estatinas) y el 84,7% reciben tratamiento antihipertensivo (en el 79,1% de los casos bloqueante del SRA).

**Discusión.** Uno de cada cuatro diabéticos son fumadores y casi el 60% son sedentarios. La prevalencia de sobrepeso u obesidad alcanza el 90%. Un tercio de los hombres y cuatro de cada diez mujeres tienen obesidad abdominal severa. La hipertensión arterial es altamente prevalente y muestra un deficiente grado de control. El perfil lipídico era inadecuado en la mayoría de los diabéticos. Menos de la mitad alcanza un buen control metabólico de su diabetes.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de pacientes diabéticos atendidos en consultas de M. Interna son diabéticos tipo 2 de larga evolución, con una edad media elevada e importante comorbilidad vascular. 2. Encontramos unas elevadas tasas de tabaquismo, sedentarismo y obesidad/sobrepeso. 3. Más del 80% reciben medicación adecuada (metformina, estatinas, antiagregantes, IECA o ARA-II). 4. Menos del 2% tiene un control integral de los factores de riesgo. 5. Son necesarios nuevos modelos asistenciales que permitan modificar el estilo de vida de los pacientes e intensificar las medidas farmacológicas.

**RV-112****PREVALENCIA DE DISLIPEMIA Y OBESIDAD EN UN ÁREA DE MADRID. ESTUDIO MADRID (MADRID RIESGO CARDIOVASCULAR)**

**L. Díez Porres<sup>1</sup>, M. Martínez<sup>2</sup>, M. Mora<sup>1</sup>, F. Palau<sup>3</sup>, J. Obaya<sup>3</sup>, J. González<sup>3</sup> y J. García Puig<sup>1</sup>, en representación del Grupo MAPA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid. <sup>3</sup>Atención Primaria. Centros de Salud de Comunidad de Madrid.

**Objetivos.** 1. Conocer la prevalencia de dislipemia (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperlipemia mixta) en la población adulta de Madrid y describir su relación con otros factores de riesgo cardiovascular. 2. Conocer la prevalencia de obesidad en dicha población.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio transversal de base poblacional. Participantes: Se incluyeron 1.344 sujetos de edades comprendidas entre 31 y 70 años, seleccionados aleatoriamente a partir del censo de usuarios de 14 centros de salud de la Comunidad de Madrid. Determinaciones: A cada participante se le realizó una evaluación clínica en su centro de salud que recogió la siguiente información: historia cardiovascular, práctica de ejercicio físico, examen físico (determinación de presión arterial, circunferencia de cintura, peso y talla) y análisis de sangre basal (glucemia, colesterol total y fracciones y triglicéridos). Se consideró dislipemia aquellos sujetos previamente diagnosticados por su médico o en tratamiento con fármacos hipolipemiantes, así como aquellos de reciente diagnóstico según los criterios de la ATP III. El diagnóstico de obesidad se hizo según el índice de masa corporal, siguiendo la clasificación de la SEEDO 2007. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local.

**Resultados.** La prevalencia global de dislipemia fue de 51,9% (IC 95%: 49,2-54,6%). De esta cifra, 25,7% (IC 95%: 23,4-28,0%) eran dislipémicos previamente conocidos, mientras que el 26,1% restante (IC 95%: 23,8-28,4%) fue diagnosticado a raíz del estudio. El tipo de dislipemia en el diagnóstico final, de mayor a menor prevalencia fue: hipercolesterolemia aislada (32,7% [IC 95%: 30,2-35,2%]), dislipemia mixta (14,4% [IC 95%: 12,6-16,3%]) e hipertrigliceridemia aislada (4,7% [IC 95%: 3,6-5,8%]). La frecuencia fue superior en hombres que en mujeres (55,4% [IC 95%: 52,7-58,1%] vs. 49,1% [IC 95%: 46,4-51,8%]), respectivamente,  $p < 0,05$  y en sujetos obesos o con sobrepeso frente a aquellos con normopeso (59,1% [IC 95%: 56,5-61,7%] vs. 34,6% [IC 95%: 32,0-37,2%]),  $p < 0,001$ ). La prevalencia aumentó progresivamente en función de la edad, oscilando entre un 22,6% (IC 95%: 20,4-24,8%) en sujetos con edades entre 31 a 40 años y un 67,7% (IC 95%: 65,2-70,2%) en aquellos de 61 a 70 años. Los pacientes dislipémicos presentaron una mayor frecuencia de HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular, con independencia de la edad y sexo ( $p < 0,001$ ). La prevalencia de normopeso fue de 30% (IC 95%: 27,7-32,6%), de sobrepeso 43% (IC 95%: 40,3-45,6%) y de obesidad 27% (IC 95%: 24,5-29,2%).

**Conclusiones.** La prevalencia de dislipemia previamente conocida en nuestra región se sitúa en un nivel intermedio respecto a la observada en otras regiones de España. Este diagnóstico se asocia a la presencia de varios factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, es muy llamativo el elevado porcentaje de sujetos que fueron diagnosticados en el presente estudio, dando lugar a una prevalencia final mayor del doble de la inicial. Menos de un tercio de la población representada presentan normopeso.

**RV-129****ASOCIACIÓN ENTRE POLIMORFISMO ABCG-8 Y NIVELES PLASMÁTICOS DE HDL-C, APOA1 Y TRIGLICÉRIDOS EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**

**J. García Quintana, A. García Ríos, P. Pérez Martínez, E. Galán Dorado, J. Ruano Ruiz, C. Muñoz, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez**

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Investigar si los niveles plasmáticos de lípidos son afectados por cambios de nucleótidos dentro de un polimorfismo del gen



de ABCG-8 en una cohorte de pacientes con diagnóstico genético de Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota (HFh).

**Material y métodos.** Se recogieron 511 pacientes no relacionados (edad media 43 ± 16 años) con un diagnóstico genético de certeza causado por un defecto molecular en el receptor de LDL (LDLR) pertenecientes a la cohorte Española de Hipercolesterolemia Familiar. Se determinaron los niveles plasmáticos de los distintos parámetros lipídicos (triglicéridos, colesterol total, HDL-c, LDL-c, apoA1, apoB, lipoproteína A y otros) y la PCR fue usada para detectar el polimorfismo en el ABCG-8.

**Resultados.** Los pacientes homocigotos para el genotipo C54 (GG) tuvieron más altos niveles de HDL-c (p = 0,04), más altos niveles de apoA1 (p = 0,034) y menores niveles de triglicéridos (p = 0,025) que los portadores de al menos una mutación Y54 (AG/AA).

**Discusión.** La Hipercolesterolemia Familiar Heterocigótica es trastorno monogénico más frecuente (1/500). El transportador ABCG-8 influye directamente en la absorción de colesterol a nivel intestinal y por tanto sus variantes podrían influir en dicha absorción y como consecuencia final, en los niveles plasmáticos de colesterol.

**Conclusiones.** La evidencia de asociación entre el polimorfismo de ABCG8 y varios parámetros del metabolismo lipídico indica la posible efectividad de realizar un screening genético como herramienta adecuada para conseguir un óptimo control lipídico con el fin de prevenir la enfermedad cardiovascular en pacientes con HF.

**RV-136**  
**ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO PRIMARIO**

**A. Escandell<sup>1</sup>, P. Berrocal<sup>1</sup>, A. Renau<sup>1</sup>, E. Amor<sup>1</sup>, O. Viana<sup>1</sup>, C. Ballester<sup>2</sup>, L. Micó<sup>1</sup> y J. Calabuig<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de arteriosclerosis subclínica en un grupo de pacientes, diagnosticados de Síndrome antifosfolipídico primario (SAF). El SAF es una enfermedad autoinmune, caracterizada por la presencia de un estado de trombofilia, debido a los llamados anticuerpos antifosfolípidos. La arteriosclerosis es una enfermedad inflamatoria sistémica por alteración en el metabolismo de las lipoproteínas, que conduce a la formación de la placa de ateroma. Aunque se ha sugerido una relación entre ambos procesos, el papel de los anticuerpos antifosfolípidos no está totalmente aclarado.

**Material y métodos.** Realizamos ecodopler carotídea (en modo-B) en un grupo de pacientes diagnosticados de SAF, según los criterios de Sapporo del 1998. Los parámetros evaluados fueron: edad, sexo, ac antifosfolípidos, aumento del grosor de la íntima media (GIM), placas fibrolipídicas o calcificadas y tipo de tratamiento. El aumento del GIM, se considero patológico, a partir de 0,6 mm para las mujeres y de 0,7 mm para los hombres. La determinación de ac. anticardiolipina (aCL) y de anticoagulante lúpico (AL) se realizó por las técnicas habituales, considerando para IgG un valor de 0-15 GPL y para IgM de 0-13 MPL. El AL se expresó como positivo o negativo.

**Resultados.** El número de pacientes estudiado fue de 8 (75% mujeres) y su edad media 51 ± 19 años. La distribución de los ac. antifosfolípidos: AL en el 75%, aCL IgG en el 75% e IgM en el 25% de los pacientes. La ecodoppler carotídea fue patológica en el 62,5%

de los casos, La edad media de este subgrupo de pacientes (5/8) de 59,6 ± 20 años (Rango 37-76) Encontramos aumento del GIM en un paciente, placa fibrolipídica en 2 y calcificada en otros 2. Dos de los pacientes presentaban patología obstétrica, con abortos de repetición, siendo más frecuentes las trombosis tanto arteriales como venosas. El 37,5% de los pacientes llevaban tratamiento con anticoagulantes orales y el resto con antiagregantes.

**Discusión.** A la vista de nuestros resultados, recomendamos la detección de factores clásicos de riesgo cardiovascular en pacientes con SAF, aconsejando la asociación de fármacos eficaces para la prevención y control de la enfermedad cardiovascular. La prevalencia de lesiones arterioscleróticas subclínicas es relevante en nuestro estudio pero debe ser confirmada en series con un mayor tamaño muestral.

**Conclusiones.** 1. La presencia de lesiones arterioscleróticas subclínicas, detectadas por ecodoppler carotídeo es frecuente. En nuestra serie. 2. La coexistencia de SAF y arteriosclerosis puede potenciar el estado de hipercoagulabilidad sanguínea en estos pacientes. 3. La investigación y control de los factores de riesgo cardiovascular deben ser incluidos en la estrategia diagnóstico-terapéutica de los pacientes con SAF. 4. El tratamiento antiagregante fue el más utilizado.

**RV-151**  
**NIVELES DE FIBRINÓGENO Y SU RELACIÓN CON ELEMENTOS DEL SÍNDROME METABÓLICO**

**B. Gutiérrez Gutiérrez, F. Guerrero Igea, C. Rivera Rubio, R. Ruibérriz de Torres Sánchez, P. Retamar Gentil, F. Olmo Montes, J. Reveriego Blanes y M. Aguayo**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar los niveles de fibrinógeno en pacientes de la consulta de medicina interna en función de los componentes individuales del síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Se estudiaron pacientes de la consulta de Medicina Interna durante el 2008, según muestreo consecutivo. A cada paciente se le anotaron diversas variables: edad, sexo, consumo de tabaco, nivel de fibrinógeno, HTA (si/no), hipertrigliceridemia (si/no), Obesidad abdominal (si/no), Diabetes Mellitus (si/no). Se cuantificaron los niveles de fibrinógeno según la edad, sexo, consumo de tabaco y diferentes elementos del síndrome metabólico. Se consideró aumento de fibrinógeno para valores superiores a 400 mg/dl. Estadística: comparación de variables cuantitativas y cualitativas.

**Resultados.** Estudiamos 150 pacientes (edad: 60.5 ± 16.2). Los valores de fibrinogenemia según diferentes variables se exponen en la tabla. Los pacientes mayores de 60 años, con consumo de tabaco, Diabetes Mellitus, Hipertrigliceridemia e HTA, presentaron valores altos de fibrinógeno, con diferencias significativas respecto a sus controles (salvo para la Diabetes Mellitus). Los pacientes con obesidad abdominal presentaron diferencias significativas respecto a controles, a pesar de no tener valores medios superiores a 400 mg/dl.

**Discusión.** Existe una asociación entre algunos componentes del síndrome metabólico y la elevación de los niveles de fibrinógeno.

**Conclusiones.** Diferentes elementos del síndrome metabólico (HTA, hipertrigliceridemia y obesidad abdominal) se asocian a aumentos de fibrinógeno, incrementándose el riesgo cardiovascular.

Tabla 1. (RV-151).

	Sí	No	p
Edad > 60 años	410 ± 123 (N = 90)	324 ± 74 (N = 60)	< 002
Hombres/mujeres	393 ± 132 (N = 74)	358 ± 91 (N = 76)	< 0.07
Consumo de tabaco	414 ± 157 (N = 30)	364 ± 99 (N = 120)	< 0.03
Obesidad abdominal	388 ± 111 (N = 85)	348 ± 98 (N = 65)	< 0.04
Diabetes Mellitus	403 ± 150 (N = 35)	367 ± 100 (N = 115)	< 0.11
Hipertrigliceridemia	416 ± 176 (N = 28)	363 ± 88 (N = 122)	< 0.03
HTA	404 ± 126 (N = 78)	344 ± 91 (N = 72)	< 0.01
Disminución de HDL	387 ± 126 (N = 110)	367.5 ± 104 (N = 40)	NS

**RV-157**

**¿EXISTE INERCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA POR ESPECIALISTAS?: ESTUDIO "OBJETIVO CONTROL"**

**C. Calvo<sup>1</sup>, A. Coca<sup>2</sup>, A. Pose<sup>3</sup>, C. Suárez<sup>4</sup> y J. Redón<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>3</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>4</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>5</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** La inercia terapéutica (IT), es uno de los problemas para alcanzar un buen control de la presión arterial. El conocimiento de los factores que influyen sobre la IT, podría ayudar para mejorar el manejo de la HTA. El objetivo del estudio ha sido identificar cuáles son los factores que se asocian a la IT en HTA a nivel de Atención Especializada (AE).

**Material y métodos.** Diseño observacional, transversal y multicéntrico nacional, con cuestionario para evaluar las características del médico y del entorno asistencial; participan 151 médicos de AE y se incluyen 563 pacientes con HTA y tratamiento farmacológico. Se calculó la IT en cada paciente (IT/P), como la proporción de visitas en las que no se modifica el tratamiento, cuando está indicado (PAS/PAD superior/igual a 140/90 mmHg o PAS/PAD superior igual a 130/80 mmHg en hipertensos diabéticos o con antecedentes de ictus. La IT/P se categoriza en Inexistente/Baja, Intermedia y Alta según la proporción de visitas con IT y los valores de PA en cada visita. Se analizan qué factores (paciente, médico y consulta), correlacionan con el grado de IT/P.

**Resultados.** Los pacientes hipertensos de más edad, diabéticos o con antecedentes de ictus se asocian de forma directa con una IT/P Alta ( $p < 0,001$ ). Si el médico es mujer, con 5-15 años de experiencia, trabajador del sector público, sin formación continuada y que no tiene colaboración con enfermería en el control de la HTA, la probabilidad de IT/P Alta es mayor ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Hay grupos de pacientes hipertensos tratados en AE (fundamentalmente los de mayor riesgo cardiovascular) en los que existe una IT Alta, condicionada por algunas características inherentes al médico y al tipo de consulta realizada.

**RV-160**

**HIPERGLUCEMIA ESTEROIDEA EN EL MEDIO HOSPITALARIO**

**X. Sanz<sup>1</sup>, M. Clemente<sup>1</sup> y F. Fatjó<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** La hiperglucemia esteroidea (HE) es la diabetes que aparece inducida por la administración de corticoides sin diagnóstico previo. Tiene unas características que la diferencian de la diabetes clásica y su aproximación y tratamiento aunque no está estandarizado y se basa en consensos de distintas sociedades científicas difiere del habitual. Hay distintos estudios que relacionan las hiperglucemias con mayores tasas de infecciones y mortalidad durante los ingresos hospitalarios. Nuestro objetivo es determinar la incidencia de HE así como el tratamiento aplicado y su efectividad en el medio hospitalario.

**Material y métodos.** Se identificaron todos los pacientes con tratamiento esteroideo ( $> 5$  mg/día de prednisona o equivalente) ingresados en cualquier servicio y por cualquier patología en un Hospital no universitario de III nivel en un día concreto (no coincidente con una mayor incidencia de procesos infecciosos respiratorios) y se revisaron sus niveles de glucemia y el tratamiento realizado en caso de cumplir criterios de HE.

**Resultados.** Se revisaron 210 casos (excluyendo pacientes en Urgencias, UCI, altas previstas ese mismo día e ingresos recientes de menos de 24 horas). Se identificaron 44 (21%) pacientes con tratamiento esteroideo, de los cuales 17 (39%) presentaban hiperglucemia que requería tratamiento, siendo efectivo en 5 (29%) de ellos y con mal control en los 12 (71%) restantes. Las patologías más prevalentes eran broncoespasmo en el contexto de EPOC/infecciones

respiratorias con 11 pacientes (en donde se encontraban los 5 pacientes bien controlados), enfermedades hematológicas (3) y otras etiologías (3). El tratamiento administrado comprendía hipoglucemiantes orales en 7 (0% de control), y pautas de insulina con diversas combinaciones (pautas móviles o fijas tanto de insulina lenta como rápida) alcanzándose un 50% de control.

**Discusión.** La fisiopatología de la HE requiere un abordaje terapéutico distinto a la diabetes clásica, con particular incidencia a las hiperglucemias postprandiales y que no se ha aplicado a ninguno de los casos con independencia del servicio responsable del tratamiento y de la patología que justifica la prescripción de esteroides.

**Conclusiones.** La HE es una patología prevalente en el medio hospitalario y que no se trata de manera adecuada. Sería necesaria la realización de protocolos diagnósticos y terapéuticos específicos para identificar, tratar y realizar un seguimiento correcto de los pacientes con HE.

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

**T-12**

**ICTUS Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA SINTOMÁTICA EN ESPAÑA. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y CARGA ECONÓMICA ASOCIADA**

**J. Montes Santiago<sup>1</sup>, C. Fernández Méndez<sup>1</sup>, R. Guijarro Merino<sup>2</sup> y C. San Román Terán<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Grupo de Eficiencia de Servicios de M.I. de SADEMI. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>3</sup>Grupo de Eficiencia de Servicios de M.I. de SADEMI. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

**Objetivos.** Analizar las características y los costes económicos de pacientes hospitalizados en España con ictus isquémico que presentaron una Enfermedad Tromboembólica Venosa sintomática (ETVs) en contraste con los que no la desarrollaron.

**Material y métodos.** Comparamos las características de los pacientes hospitalizados en el Sistema Nacional de Salud con ictus isquémico y ETVs como diagnóstico 2º con la de aquellos con ictus/sin-ETVs. En el año 2003 se estudiaron los pacientes  $> 18$  años dentro del GDR 14 (Trastorno Cerebrovascular Específico excluyendo Accidente Isquémico Transitorio, Grupos Relacionados de Diagnóstico de la CIE-9-MC) con diagnóstico 2º de ETVs [Categoría diagnóstica 415. X (Embolismo pulmonar) o 451. X o 453. X (Trombosis venosa profunda)]. La comparación entre pacientes con ictus con y sin-ETVs se realizó mediante las pruebas  $\chi^2$  y t de Student. Se determinó el exceso de estancias en los ictus/ETVs y se calcularon sus costes según los estándares del Ministerio de Sanidad y Consumo (Coste global del GDR 14 (2003): 3313,3 €; estancia media: 10,7 días; 309,7 €/día).

**Resultados.** Se obtuvieron 171 pacientes con ictus/ETVs y 33953 con ictus/sin ETVs (tabla 1). Los ictus/ETVs eran de mayor edad, en mayor proporción mujeres y presentaron una prolongación en la estancia media (EM) de 6,8 días [ictus/sin-ETVs: EM en días (IC95%): 10,7 (10,6-10,8); ictus/ETVs: EM: 17,5 (15,2-19,8)]. No hubo diferencias en mortalidad. El exceso de estancias en ictus/ETVs se calculó en 1.433 y en 44.3799 € sus costes asociados (0,4% adicional al coste global del GDR14).

**Discusión.** Los pacientes con inmovilidad por ictus presentan 5 veces más probabilidad de desarrollar ETV que los pacientes con otras patologías médicas (Haematologica 2003;88:1410). A pesar de ello datos recientes de estudios internacionales [IMPROVE (Chest 2007;132:936); ENDORSE (Lancet 2008;371:387); Registro RIETE (Circulation 2008;117:1711)] muestran reiteradamente que gran proporción de dichos pacientes no reciben tromboprofilaxis adecuada. La presencia de ETV se traduce en mayor prolongación

Tabla 1. Comparación entre los pacientes con ictus/sin-ETVs e ictus/ETVs en España (T-12).

	Sin ETVs	Con ETVs	p
Número	33.953	171	
Sexo (Varones)	17.888 (53%)	71 (42%)	0,005
Edad (DS)	73 (12)	76 (12)	0,003
> 75 años	17.547 (51%)	105 (61%)	0,014
Estancia media, días (DS)	10,7(11,7)	17,5 (15,1)	0,000
Exitus	2.990 (8,8%)	13 (7,6%)	0,675

de estancias y por tanto mayor posibilidad de desarrollar otras complicaciones, así como un aumento de los costes.

**Conclusiones.** Los pacientes con ictus/ETVs presentan mayor morbilidad traducida en alargamiento de las estancias, con un coste adicional cercano a medio millón de €. Es posible que medidas preventivas eficaces pudieran minimizar tales complicaciones.

**T-15**  
**ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SOLICITUD DE ANGIO TC TORÁCICO EN EL DESPISTAJE DE LA EMBOLIA PULMONAR**

**M. Roca<sup>1</sup>, M. Ruiz<sup>1</sup>, R. Qanneta<sup>1</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, S. Rosa<sup>2</sup>, M. Jarrod<sup>3</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Radiología. <sup>3</sup>U. Sistemas de Información para Gestión. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** Determinar si en el despistaje del tromboembolismo pulmonar (TEP) la aproximación clínica, empírica o mediante el uso de escalas validadas, y la aplicación de algoritmos diagnósticos reconocidos en las guías de uso, se hace correctamente antes de cursar una solicitud de angio TC (ATC).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en nuestro hospital, sobre todas las solicitudes de ATC con sospecha de TEP, dirigidas al Servicio de Radiología entre el 1/10/07 y el 31/3/08. Los pacientes correspondían al área de Urgencias o unidades de hospitalización. De cada paciente, se consideraron sólo los datos previos a la solicitud: Filiación, ítems de las escalas de Wells y Ginebra, otros datos clínicos no contenidos en las escalas (factores de riesgo, etc.) y complementarias (D-Dímero, Gasometría arterial, ECG y Rx tórax). Se ha analizado si las escalas estaban formalizadas. En las que no lo estaban se ha medido la probabilidad resultante (baja, media y alta) bajo tres supuestos: escala completa (la que podría haberse cumplimentado totalmente con los datos existentes), incompleta (en la que faltaría algún dato para completar los ítems registrables) e incompleta corregida (escala reconstruida hipotéticamente, a partir de la escala incompleta, añadiendo los ítems no documentados con su puntuación máxima). Con las probabilidades obtenidas y en base a los modelos clínicos actuales, se definieron las solicitudes no procedentes. Igualmente se ha evaluado el nivel de concordancia de las escalas y se han realizado análisis cluster para la identificación de patrones de solicitud.

**Resultados.** Se analizaron 106 solicitudes, de las cuales un 86,3% procedían de Urgencias y Medicina Interna. Se halló TEP en 20 casos (19%). Al analizar la aplicación de las escalas, en sólo un paciente se había completado formalmente la escala de Wells. Se contabilizaron 32 pacientes (30,2%) con escala de Wells completa y 42 pacientes (39,6%), con la de Ginebra. Habría 27 pacientes con ambas escalas completas. Respecto a la documentación de otros datos: no constaban factores de riesgo en 9,45%, no se documentaban síntomas clave en 1,9%, pero en todos los pacientes se recogían algún signo relevante. En 19 pacientes (17,9%) no se hizo D-dímero. Entre las 32 solicitudes con escala de Wells completa, con probabilidad baja y D-dímeros negativos o no hecho, 11 (43%) no eran procedentes. Observado desde la escala de Ginebra 10 (23,6%) fueron solicitudes no procedentes. Entre estos pacientes no se objetivó TEP. El análisis de la concordancia entre la clasificación del riesgo para ambas escalas, la evidencia ha resultado en cierto grado

(Kappa 0,349). Mediante el análisis cluster se han identificado tres patrones de solicitud. El más llamativo (52 casos), se basa poco en la clínica y se apoya en la Rx de tórax y el D-dímero.

**Discusión.** Las guías de manejo diagnóstico de TEP sugieren una aproximación diagnóstica en tres pasos: evaluar la probabilidad clínica (medida por escala o de forma empírica), la cuantificación del D-dímero y la realización o no, según algoritmo, de una prueba de imagen, normalmente un ATC. En nuestro estudio observamos una casi nula aplicación rigurosa de las escalas. A pesar de haber casos en los que existen datos suficientes para completar las escalas, aplicados los algoritmos, encontramos un número no despreciable de peticiones consideradas no procedentes. En la literatura (Weiss CR y Richman PB), se ha puesto de manifiesto la infrutilización rutinaria de los algoritmos validados. Así mismo, hemos encontrado estudios similares al nuestro, como el de Chin, en el que se obtiene un mayor porcentaje de utilización de las escalas y otras series como la de Kiley, que aplicando la de Wells obtiene probabilidades similares.

**Conclusiones.** En nuestro medio parece existir una escasa valoración clínica empírica y mediante el uso de las escalas de probabilidad y, consecuentemente, poca adherencia a los algoritmos de diagnóstico y manejo del TEP.

**T-18**  
**PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN UN HOSPITAL DE ESTANCIA INTERMEDIA. ADECUACION DE LA DOSIS PROFILACTICA SEGUN LA GUIA PRETEMED**

**M. Mendiña Guillén<sup>1</sup>, P. Alaminos García<sup>2</sup>, I. Aomar Millán<sup>1</sup>, M. García Jerez<sup>1</sup>, F. Miras Parra<sup>3</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>3</sup> y F. Pérez Blanco<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad 2, <sup>2</sup>Departamento de Medicina Universidad de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Sección UCI. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Bajo el término de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE), se engloban dos procesos muy prevalentes íntimamente relacionados: la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP). La profilaxis en pacientes hospitalizados en los que concurren frecuentemente varios factores de riesgo ha demostrado ser segura y eficaz. En la prevención de la ETEVE se utilizan fundamentalmente las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), de muy fácil manejo y de administración subcutánea. La valoración de los distintos FR en cada individuo, permite establecer tres niveles de riesgo: bajo (RB), intermedio (RI) y elevado (RE), que vienen recogidos en la guía PRETEMED, publicada por la Sociedad Andaluza de Medicina Interna, en la cuál se indican las medidas recomendadas para cada nivel de riesgo. **Objetivos:** Conocer el número de pacientes hospitalizados con patologías médicas en los que se emplea profilaxis de ETEVE y el grado de adecuación de dicha profilaxis a la guía PRETEMED vigente (publicada en 2003) en un Hospital de estancia intermedia, dependiente del servicio de M Interna del H. U. Virgen de las Nieves de Granada

**Material y métodos.** Se trata de un estudio de corte transversal en el que en 3 días no consecutivos elegidos al azar entre los meses de marzo a junio de 2008 se incluyen todos los pacientes con patologías médicas ingresados en un hospital de estancia intermedia (dependiente de un servicio de M Interna), excluyendo aquellos que por su patología de base precisen tratamiento anticoagulante y se recogen (según un protocolo elaborado a tal efecto) los FR de ETEVE, se estratifica el riesgo y se anota la dosis de HBPM y otras medidas físicas encaminadas a la prevención de esta enfermedad, comparando finalmente estos datos con las recomendaciones de la guía.

**Resultados.** Se recogieron 112 pacientes (68 mujeres y 44 hombres); edad media: 76 ± 5 años. Todos los pacientes tenían al menos 2 patologías concomitantes. De los 112 pacientes, ninguno estaba en el nivel RB, 21 estaban en RI y el resto, 96 en RE. Todos los pacientes analizados eran tratados con HBPM. En ninguno se emplearon medidas físicas (vendaje de MMII). En el 95,23% de pacientes con RI la dosis de HBPM era correcta, mientras que en el 4,77% restante existía sobredosificación. En el 89,58% de los pacientes en RE, la dosis de HBPM era adecuada, siendo en el 10,42% inadecuada por sobredosificación. En el 90% de los pacien-



tes en los que existe sobredosificación (en 9 de 10), se constata un IMC > 30.

**Discusión.** Todos los pacientes de nuestro estudio reciben tratamiento profiláctico de la enfermedad tromboembólica, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son pacientes de riesgo elevado o como mínimo intermedio. Lo que apunta a que el conocimiento de los profesionales sobre la necesidad de esta profilaxis es aceptable. No se emplean medidas físicas de manera concomitante con HBPM en ningún paciente. Los pacientes con sobrepeso están sobredosificados.

**Conclusiones.** La totalidad de los pacientes ingresados en nuestra unidad de crónicos son pluripatológicos y todos tienen un riesgo de ETEV como mínimo intermedio, teniendo la mayoría de ellos un riesgo alto. En general la profilaxis de la ETEV es adecuada en la mayoría de nuestros pacientes, aunque existe sobredosificación de HBPM en los pacientes obesos, de lo que cabe deducir que algunos médicos aumentan la dosis profiláctica de ésta creyendo que guarda relación con el peso del paciente.

**T-20**

**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICO EN PACIENTES CON NEOPLASIA Y TROMBOSIS VENOSA**

**G. Espinosa<sup>1</sup>, C. Font<sup>2</sup>, D. Tàssies<sup>3</sup>, P. Gascón<sup>2</sup>, J. Reverter<sup>3</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>3</sup>Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación grave y frecuente en pacientes con patología neoplásica. Los anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) están asociados a fenómenos trombóticos en el contexto del síndrome antifosfolipídico (SAF) y se han descrito con frecuencia variable en pacientes con neoplasia. **Objetivo:** determinar de forma prospectiva la prevalencia y serotipos de AAF en un grupo no seleccionado de pacientes con cáncer y TVP y compararlas con las de un grupo no seleccionado de pacientes con cáncer en estadio avanzado sin TVP.

**Material y métodos.** Se incluyeron 290 pacientes con neoplasia. El período del estudio fue de mayo de 2006 a diciembre de 2007. También se analizó un grupo control de 160 individuos sanos, del mismo género y edad, sin enfermedad autoinmune, diátesis hemorrágica, trombosis o historia de pérdidas fetales. Todas las TVP fueron diagnosticadas clínicamente y confirmadas por métodos **Objetivos.** El anticoagulante lúpico (AL) se determinó siguiendo las guías de Subcommittee for the Standardization of Lupus Anticoagulants of the International Society of Thrombosis and Hemostasis. Los anticuerpos anticardiolipina (AAC) se midieron por un sistema de ELISA (Cheshire Diagnostics, Chester, UK). Los resultados se expresaron en unidades IgG e IgM (GPL and MPL) y los puntos de corte fueron: negativos (inferior o igual a 15 unidades), baja positividad (16–25 unidades), moderada positividad (26–40 unidades) y positividad elevada (superior a 40 unidades).

**Resultados.** De los 290 pacientes incluidos, 218 presentaron trombosis. No hubo diferencias entre los dos grupos en la distribución por género, edad media ni localización de la neoplasia, siendo las más frecuentes el pulmón (25,7%), colon (19,1%) y mama (13,7%). Una más elevada proporción de pacientes con neoplasia sin trombosis tenía un estadio IV (74,5% vs 46,3%; p < 0.0005). Las localizaciones más frecuentes de la TVP fueron las extremidades inferiores (60,5%), extremidades superiores (13,2%), vena cava superior (2,1%), vena cava inferior (1,6%) y trombosis venosa cerebral y trombosis visceral (dos casos cada una). En el 31% de los pacientes tuvo lugar un tromboembolismo pulmonar y en el 2,1% una trombosis venosa superficial. Nueve (4,7%) pacientes habían sufrido una trom-

bosis previa. En el 45,3% de los pacientes se detectaron factores predisponentes como inmovilización (27,9%), período postoperatorio (15,8%) y catéter intravenoso (12,7%). No hubo diferencias en la prevalencia de factores predisponentes para trombosis entre los pacientes con y sin TVP. La prevalencia de AAF en pacientes con neoplasia y TVP fue significativamente más elevada comparada con la de los pacientes con neoplasia sin TVP y con la del grupo control (9,2% vs 0% vs 0%; p < 0.005). El AL se detectó en 10 (4,6%) pacientes y los título de AAC fueron positivos en 18 (8,3%); 17 positivos para el isotipo IgG (9 a títulos bajos, 4 moderados y 4 títulos elevados) y uno positivo para IgM (títulos bajos). Sólo uno de los pacientes con AAF tenía una historia previa de trombosis y presentó AL y AAC positivos de forma persistente. En 13 de los 20 pacientes con TVP y AAF se pudo obtener una segunda determinación de AAF. Nueve fueron negativos mientras que los 4 restantes presentaron una segunda determinación positiva y por tanto, cumplían criterios de SAF.

**Conclusiones.** Los pacientes con neoplasia y trombosis presentan una mayor prevalencia de AAF pero la misma prevalencia de SAF. En pacientes con neoplasia y trombosis los AAF serían un epifenómeno sin papel patológico.

**T-24**

**ANÁLISIS DE GRDS RELACIONADOS CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) EN MEDICINA INTERNA (MI) TRAS LA CREACION DE UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA (UMCE)**

**R. Llanos<sup>1</sup>, O. Casado Meseguer<sup>1</sup>, M. Gandía Herrero<sup>1</sup>, E. López Lozano<sup>2</sup>, M. Torralba Saura<sup>1</sup> y F. Herrero Huerta<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-UMCE, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** Analizar las estancias de pacientes con GRDs al alta relacionados con la TVP en un servicio de Medicina Interna que no cuenta con el apoyo de consulta específica ni de hospitalización a domicilio, tras la creación de una Unidad Médica de Corta estancia. **Material y métodos.** Se comparan los GRDs relacionados con el diagnóstico de TVP de pacientes dados de alta del Servicio de M.I. sin UMCE (años 2003-4) con los años 2005-6 en los que ya existe la UMCE. Los datos son obtenidos a partir del Servicio de Documentación y Codificación del Hospital. Hemos utilizado las pruebas de la t de Student para la comparación de medias y de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** Se analizan un total de 206 pacientes (118 en 2003-4 y 88 en 2005-6), no existiendo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o proporción de los GRDs (130, 131 y 543) entre los dos períodos de tiempo estudiados. En la tabla 1 se muestran los resultados en cuanto a la comparación de estancias entre los dos períodos. No existieron diferencias en cuanto al número de reingresos por TVP o TEP (7 vs 3) o éxitus (2 vs 1). De interés señalar que durante el período 2003-4 el 9,3% de pacientes tuvo una estancia de 3 o menos días mientras que fue el 43,2% durante el segundo período (2005-6) (p < 0,001), manteniéndose las diferencias significativas en los GRD 130 y 131, pero no en el 543.

**Discusión.** El objetivo de una UMCE es el no mantener hospitalizados a los pacientes mayor tiempo del necesario, lo que probablemente conlleva un ahorro en sufrimiento por parte de los pacientes y otro económico. En el contexto actual de nuestro hospital, una de las patologías en las que se puede llevar a cabo este objetivo es en la TVP, habiendo ahorrado estancias con el consiguiente beneficio tanto para los pacientes como para el hospital. Ante el escaso número de complicaciones, si bien aún no se ha estudiado la aparición de

Tabla 1. (T-24).

	Global (DE)	GRD 130 (DE)	GRD 131 (DE)	GRD 543 (DE)
Periodo 2003-4	8,69 (± 5,51)	9,33 (± 6,32)	7,35 (± 3,32)	11,15 (± 7,59)
Periodo 2005-6	6,2 (± 4,85)	6,55 (± 4,89)	4,48 (± 3,16)	10,39 (± 6,02)
p	< 0,001	= 0,09	< 0,001	= 0,723

complicaciones hemorrágicas por seguir actualmente con el estudio, podemos afirmar que gran parte de los pacientes podrían haber seguido un tratamiento ambulatorio, al menos según criterios médicos.

**Conclusiones.** 1. En ausencia de hospitalización domiciliaria, una UMCE disminuye las estancias globales de los pacientes con TVP, salvo en los que presentan una mayor comorbilidad asociada como se refleja en los GRDs de mayor peso. 2. A pesar de ello no existe un aumento de reingresos por TVP, TEP o éxitus. 3. Gran parte de los pacientes podrían ser subsidiarios de tratamiento ambulatorio, al menos según criterios médicos.

### T-37 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES GRAVES DE LA ETEV EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

**M. Mohamad Tubio, Z. Santos Moyano, A. Martín Sánchez, H. Sterzik, J. López Vega, P. Peña Quintana, J. Pérez Marín y J. Gómez Díaz**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Materno-Insular. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Conocer la incidencia de complicaciones graves en los pacientes ingresados en los tres últimos años en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria con el diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa (TVP y TEP); mortalidad, la trombopenia y el sangrado, además de los episodios de recidiva, y su asociación con la comorbilidad, factores demográficos y analíticos (Dímero D y troponina).

**Material y métodos.** Inclusión retrospectiva a partir de la base de datos del hospital y la revisión directa de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar desde 2004 hasta 2007, recogiendo las variables clínica demográficas y de factores de riesgo así como las complicaciones, y analizando posteriormente los datos con el programa estadístico SPSS versión 14.0. Se efectuó un análisis multivariante para ver que factores estaban relacionados con la aparición de complicaciones.

**Resultados.** El número total de pacientes analizados fueron de 265, con predominio de mujeres y con una edad media de 64 años (desviación típica de 18.27). Dentro de las complicaciones a estudio se registró una mortalidad total del 4,8% siendo por recidiva tromboembólica un 1%. El porcentaje de hemorragias registrado fue de un 6,7% la mayor parte fueron hemorragias menores (sólo un 19,9% de tipo mayor) en relación con tratamiento anticoagulante orales. La localización más frecuente de estas hemorragias fue de origen urinario. Registramos una baja tasa de trombopenia (1.9%) sobre todo en el contexto de heparina no fraccionada. El factor de riesgo del cáncer en activo se asocia a un mayor riesgo de hemorragias ( $p = 0,019$ ) al igual que de trombopenias ( $p < 0,05$ ). También se registró un mayor riesgo de sangrado en los pacientes de mayor edad (edad media 74 años). Se demostró mayor tasa de retrombosis en aquellas pacientes inmovilizadas por patología médica ( $p = 0,016$ ) no siendo significativa la presencia de complicaciones en el resto de comorbilidades analizadas (hipertensión, EPOC, diabetes y obesidad). El valor del dímero D no se relacionó de forma significativa con el mayor número de recidivas.

**Conclusiones.** La frecuencia de presentación de las complicaciones graves en la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar coinciden con los ya conocidos, aunque si se objetiva una baja incidencia de trombopenias, sin encontrar eventos fatales secundarios a ésta en nuestra serie. El cáncer se establece con factor de riesgo predominante el las complicaciones relacionadas con el sangrado y la trombopenia. No hay asociación entre los valores del dímero D ni troponinas con la gravedad ni la incidencia de complicaciones (recidivas), así como con la localización de la trombosis.

### T-39 DÍMERO D Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DEL TEP J. Lobo Beristain

*Unidad de Investigación. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).*

**Objetivos.** El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es una entidad clínica cuya gravedad varía ampliamente. Recientemente se ha descrito que los niveles plasmáticos del Dímero-D (DD) en el momento del diagnóstico muestran una buena correlación con la mortalidad a medio plazo. No hay hasta ahora, sin embargo, evidencia contundente de su posible relación con la mortalidad a corto plazo y más concretamente con la mortalidad por causa directamente embólica. Nuestro objetivo fue estudiar si los niveles de DD en el momento del diagnóstico se asocian con la mortalidad a corto plazo directamente provocada por el TEP, y si esta hipotética asociación se mantiene en los pacientes hemodinámicamente estables y no portadores de neoplasia

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes pertenecientes al hasta marzo de 2008. Los criterios diagnósticos fueron el hallazgo de un defecto de replección en la angioTAC o en la angiografía pulmonar convencional, o mediante una gammagrafía de pulmón de alta probabilidad, según los criterios del PIOPED. Los pacientes fueron tratados de acuerdo con las prácticas clínica de cada hospital. Todos fueron seguidos al menos 3 meses. En ausencia de necropsia, el TEP fatal se definió como cualquier fallecimiento brusco ocurrido precozmente tras el diagnóstico de TEP, en ausencia de diagnóstico alternativo. En caso de duda la decisión final fue tomada por el Comité de Adjudicación de RIETE. Las Odds ratios y los correspondientes IC95% se calcularon utilizando el programa SPSS versión 11.0. Solo las variables identificadas como potencialmente significativas  $p < 0,1$ , fueron consideradas para regresión logística.

**Resultados.** Un total de 10.293 pacientes con TEP en el registro RIETE, con una edad media de  $68 \pm 16$  años. La mortalidad a 30 días fue de 6,7% (EP mortal 3,0%) y a los 15 días 4,8% (EP mortal 2,7%). Había cuatro métodos analíticos mayoritarios (IL-test, STA-Liatest, VIDAS y D-Dimer plus) entre los que no había diferencias significativas en mortalidad ni variables de severidad del TEP. El estudio estadístico se realizó con los 1707 pacientes en quienes el DD había sido determinado con la técnica de IL-Test. La relación con la mortalidad a corto plazo resultaba progresivamente más intensa a medida que elevábamos el punto de corte (ver tabla). La frecuencia de TEP mortal a 30 días para el cuartil superior fue: 3.8 vs 1,0% ( $p = 0,005$ ). La frecuencia de TEP mortal a 15 días fue: 3.5 vs 0,9% ( $p = 0,003$ ). La frecuencia de fallecimiento general (5.1 vs 1,8%  $p = 0,001$ ) y embólico (3.5 vs 0,9%  $p = 0,003$ ) a 15 días seguían siendo significativamente distintas si prescindíamos de los pacientes inestables o con neoplasia activa. El riesgo de fallecimiento embólico para el cuartil superior llegaba a ser de 3.2 (1.1-9.6) Tabla 1.- TEP mortal 15 días según DDIL-Test ( $n = 1707$ ) OR IC95 significación Inmovilización previa 4,0 1,9-8,5  $< 0,0001$  Con cáncer 2,5 1,1-5,7 0,032 Creatinina elevada 1,7 0,8-3,9 0,179 Tas  $< 90$  15,4 5,5-43,1  $< 0,0001$  PO2  $< 60$  0,8 0,4-1,7 0,539 FC  $> 110$  1,1 0,4-2,8 0,818 F Auricular 2,0 0,8-5,1 0,164 síncope 0,4 0,1-1,2 0,104 DD en Cuartil-1 1,6 0,4-5,6 0,495 DD en Cuartil-2 1,8 0,6-5,9 0,327 DD en Cuartil-3 3,2 1,1-9,6 0,038 Tabla 2.- Mortalidad en pacientes con DDIL-Test muy elevado y sin cáncer ni hipotensión (Tas  $< 90$ ) DD en 4º cuartil DD  $< 4$ º cuartil significación Mortalidad general 30 días 7,0 2,7  $< 0,0001$  Mortalidad general 15 días 5,1 1,8 0,001 TEP mortal 30 días 3,8 1,0 0,001 TEP mortal 15 días 3,5 0,9 0,003

**Conclusiones.** 1. Los niveles elevados de D-Dímero en el momento del diagnóstico del TEP se asocian con la mortalidad de causa embólica a corto plazo. 2. Un DDímero en el cuartil superior supone un riesgo triple de fallecer a corto plazo por el propio TEP, incluso en pacientes sin inestabilidad hemodinámica ni neoplasia subyacente.

VARIOS

**V-5  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

**R. Lana<sup>1</sup>, J. Mendoza<sup>2</sup>, A. Lerida<sup>3</sup>, M. Díaz-Rubio<sup>2</sup> y B. Orejas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar en una cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) la incidencia acumulada de cirugía y los factores de riesgo relacionados con la resección intestinal en el momento del diagnóstico.

**Material y métodos.** Se incluyeron 382 pacientes (hombres 47,6% y mujeres 52,4%) seguidos en un único centro, con una mediana de edad 30 años [rango 8-80]. Los pacientes fueron seguidos con una mediana 5,96 años [rango 0-41]. La incidencia acumulada de cirugía se determinó mediante un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y la potencia de asociación entre las diferentes variables y la necesidad de cirugía se realizó mediante un análisis de Cox (Hazard ratio (HR) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%)). Las variables estadísticamente significativas en el análisis univariante se incluyeron en el análisis multivariante.

**Resultados.** Fueron sometidos a cirugía intestinal durante el seguimiento 111 (29%) pacientes. La incidencia acumulada de necesidad de cirugía fue de 22,6%, 28,3%, 38,4% y 46,5% a los 5, 10, 15 y 20 años respectivamente. En el análisis multivariante el antecedente de apendicectomía previa (HZ = 2,6 [IC 95%; 1,6-4,1]), la presencia de abscesos o colecciones intraabdominales (11,6 [5,2-25,2], los síntomas sugerentes de obstrucción intestinal (18,42 [8,8-38,5]), y la presencia de manifestaciones extraintestinales articulares (1,6 [1,02-2,5]) se asociaron con la necesidad de cirugía. Mientras que cuando la edad al diagnóstico es superior de 40 años se asocio inversamente con la necesidad de cirugía (0,41 [0,26-0,67]). No se asociaron con la necesidad de cirugía; el sexo, los antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, la presencia de enfermedad perianal, el hábito tabáquico al diagnóstico y la presencia de otras manifestaciones extraintestinales.

**Conclusiones.** La necesidad de cirugía en nuestro medio es más baja que la observada en otras áreas geográficas. Conocer que grupo de pacientes presentaran formas más graves de EC definida como la necesidad de cirugía nos ayudara a ser más agresivos con los nuevos tratamientos para intentar modificar la historia natural de esta enfermedad.

**V-6  
COLECTOMIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA**

**J. Mendoza<sup>1</sup>, R. Lana<sup>2</sup>, A. Lerida<sup>3</sup>, B. Orejas<sup>2</sup> y M. Díaz-Rubio<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue determinar el riesgo de colectomía e identificar los factores de riesgo relacionados con la

necesidad de colectomía en la colitis ulcerosa (CU).

**Material y métodos.** Estudio de cohorte donde se incluyeron 424 pacientes con CU (hombre 39,9% y mujeres 60,1%) seguidos regularmente en un único centro con una mediana de edad de 35 años, rango [6-83]. La mediana de seguimiento fue de 10 años rango [6-83]. La incidencia acumulada se pancolectomía se determinó mediante un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y la potencia de asociación entre las diferentes variables y la necesidad de cirugía se realizó mediante un análisis de Cox (Hazard ratio (HR) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%)).

**Resultados.** Requirieron colectomía 44 (10,4%) pacientes. El riesgo acumulado para requerir la colectomía fue del 5%, 10,8%, 15,4% y 18,6% a los 5, 10, 20 y 25 años del seguimiento, respectivamente. En el análisis univariante, la colectomía fue más probable en los pacientes con colitis extensa (HR = 3,5 [IC 95%; 1,83-6,68]). También fue más frecuente la necesidad de cirugía en aquellos que requirieron corticoides para controlar el primer brote frente a los que les fue suficiente con mesalazina (4 [1,4-11,3]) y la aparición de complicaciones como es el hallazgo de displasia en la anatomía patológica (2,76 [1,32-5,7]) y los fenómenos tromboembólicos (2,62 [1,03-6,67]). En el análisis multivariante permanecieron como variables independientemente asociadas al riesgo de cirugía la colitis extensa (2,89 [1,49-5,61]), la necesidad de corticoides (2,89 [1,008-8,34]) y la presencia de displasia (2,98 [1,39-6,15]). La edad al diagnóstico, el sexo, los antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, el hábito tabáquico al diagnóstico y otras manifestaciones extraintestinales no se relacionaron con la necesidad de colectomía.

**Conclusiones.** En nuestra área el riesgo de colectomía en la CU fue bajo, y se asocio con la presencia de colitis extensa, la necesidad de corticoides y la aparición de displasia en la anatomía patológica.

**V-11  
SIGNIFICATIVO MEJOR CONTROL GLUCÉMICO Y REDUCCIÓN DE PESO CORPORAL CON LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO DEL GLP-1 HUMANO, DE ADMINISTRACIÓN ÚNICA DIARIA COMPARADO CON GLARGINA, EN COMBINACIÓN CON METFORMINA Y SULFONILUREAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2**

**E. Romero<sup>1</sup>, S. Duran<sup>2</sup>, J. Ferrer<sup>3</sup>, J. Gírbés<sup>4</sup>, F. Casanueva<sup>5</sup>, R. Simó<sup>6</sup>, F. Piñón<sup>7</sup> y S. Gaztambide<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona. <sup>7</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>8</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Evaluar el efecto que, sobre el control glucémico tiene liraglutida (1,8 mg) comparada con placebo y glargina en combinación con metformina + glibenclamide en pacientes diabéticos tipo 2. **Material y métodos.** Ensayo clínico a doble ciego de 26 semanas de tratamiento donde se incluyeron 581 pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con metformina (1 mg/bd) y glibenclamide (2-4 mg/od) y que fueron randomizados en tres brazos para recibir, en combinación, liraglutida 1,8 mg/od, placebo o glargina.

Tabla 1. (V-11).

	<i>lira+ met + glim</i>	<i>plcb + met + glim</i>	<i>glarg + met + glim</i>
HbA1c final%	7.0 (1.0)	8.1 (1.3)	7.2 (0.9)
Cambio HbA1c	-1.3 (0.09)*^	-0.24 (0.11)	-1.1 (0.09)
Cambio Peso (kg)	-1.81 (0.33)*^	-0.42 (0.39)	1.62 (0.33)
%HbA1c < 6.5	37.1*^	10.9	23.6
GB final (mg/dl)	137.7 (39.3)	180.2 (51.4)	133.2 (38.1)
Cambio GB	-27.92*	9.5	-32.16

\*significativo vs plac.; ^ significativo vs glargina.



**Resultados.** El grupo Liraglutida redujo más la HbA1c y de forma significativa ( $p < 0,0001$ ) al compararla con los grupos glargina o placebo. El porcentaje de pacientes que alcanzaron objetivos terapéuticos de HbA1c  $< 6,5\%$  fue superior en el grupo Liraglutida ( $p < 0,0001$ ). Las diferencias de peso estimadas entre el grupo liraglutida y el grupo glargina fue de  $-3,4$  kg ( $p < 0,0001$ ), y de  $-1,4$  kg entre liraglutida y el grupo placebo ( $p < 0,0001$ ). El efecto adverso más frecuente en el grupo liraglutida fue la náusea, en un 15% de los pacientes, de forma transitoria. Los episodios de hipoglucemias menores ( $< 56$  mg/dl) fueron similares en los grupos liraglutida y glargina.

**Discusión.** Los resultados del estudio muestran que liraglutida además de mejorar el control metabólico con un buen perfil de seguridad, tiene otros efectos que resultan de notable interés en el manejo de la diabetes tipo 2, entre ellos la disminución del peso corporal, lo que puede permitir un abordaje más integral de la enfermedad.

**Conclusiones.** Liraglutida en combinación con metformina y sulfonilureas es bien tolerada, y mejora de forma significativa el control glucémico del paciente, reduciendo el peso corporal en comparación con metformina + sulfonilurea solas y frente a glargina en combinación.

**V-12  
INTOXICACIÓN AGUDA COMO MÉTODO AUTOLÍTICO.  
¿PERDEMOS LA BATALLA? VEIA MADRID 25 AÑOS**

**P. Caballero Vallés y S. Dorado Pombo**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Divulgar el estudio VEIA (Vigilancia Epidemiológica de la Intoxicación Aguda) y alertar sobre la creciente incidencia de intoxicaciones agudas con intento de suicidio (IAIS). Justifican este esfuerzo las importantes variaciones evolutivas observadas causadas por cambios tanto médicos, farmacológicos como sociales.

**Material y métodos.** Se analiza desde 1979 la evolución de IA mediante cortes cuatrienales de la totalidad de casos asistidos en Urgencias del Hospital 12 de Octubre (643.740 usuarios adultos). Registramos: fecha, edad, género, tóxico utilizado y antecedentes. Estudio descriptivo transversal evolutivo realizado con la misma sistemática y evaluadores en todas las revisiones.

**Resultados.** Se han examinado 331.737 historias de Urgencias hallándose 6372 IA y de ellas 2722 IAIS. Ver tabla.

**Discusión.** Las IAIS descendieron entre 1985 y 1994 pero los últimos años aumentan hasta 95 por cien mil. Sigue siendo un proceder femenino pero el efecto del género se atenúa. La edad media crece 10 años; comprobamos menor incidencia en jóvenes y más ancianos. Tóxicos: Predominan los psicofármacos (3/4 partes del total) A diferencia de lo que sucede en nuestro entorno, las benzodiazepinas son cada vez más usadas. Los antidepresivos sextuplican los de 1979 y los ISRS ocupan el lugar de los tricíclicos. Con la desaparición del Optalidon el uso de analgésicos declinó, ahora aumentan y se diversifican (paracetamol, opioides, aines, etc). También aumentan los no-fármacos por el incremento de casos masculinos que acostumbran a asociar fármacos, alcohol, drogas, y venenos tradicionales. Fallecieron 6 pacientes. Antecedentes: la depresión es el más común pero las toxicomanías, psicopatías y enfermedades orgánicas crecen todos los años. 11% admitieron intentos previos.

**Conclusiones.** La IAIS implica escasa mortalidad pero su elevada prevalencia la sitúa como un importante problema sociosanitario,

tanto por el coste de su asistencia como por el sufrimiento personal y social que conlleva. El seguimiento durante 25 años nos ha permitido ver su evolución, a veces positiva, como la sustitución de tóxicos potentes por otros menos agresivos (ISRS por tricíclicos, paracetamol por AAS o la práctica desaparición de los barbitúricos) pero también adversa, como la incapacidad del sistema sociosanitario para disminuir la incidencia, detener el aumento de IAIS en ancianos o el uso de benzodiazepinas.

**V-29  
ENFERMEDAD DE CROHN. TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB**

**R. Lana<sup>1</sup>, J. Mendoza<sup>2</sup>, A. Lerida<sup>3</sup>, N. López<sup>2</sup>, M. Díaz-Rubio<sup>2</sup> y B. Orejas<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo.*

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).*

**Objetivos.** Valorar la eficacia del adalimumab como tratamiento de inducción y de mantenimiento en pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

**Material y métodos.** Estudio de seguimiento descriptivo, longitudinal, abierto y retrospectivo para valorar eficacia y seguridad del tratamiento con adalimumab. Se incluyeron 22 pacientes con EC tratados con adalimumab, el 64% eran mujeres. Mediana de edad al diagnóstico: 24 años (rango: 13-47). Mediana de seguimiento 15 años (rango 3-35). Todos los enfermos eran córtico-dependientes o refractarios, con pérdida de respuesta o intolerancia al tratamiento con inmunodepresores. Habían recibido infliximab previamente 21 (95,5%), de ellos el 38% tuvo reacciones postinfusionales, 38% pérdida de respuesta, 5% ambas y 19% administración episódica. Indicación para el tratamiento: 6 EC fistulosa perianal y 16 EC luminal. Tratamiento de inducción: 160 mg/sc/semana 0, 80 mg/sc/semana 2 y mantenimiento con 40 mg/sc/14 días. La respuesta se clasificó como remisión, respuesta parcial y ausencia de respuesta en la ECLuminal según el índice de Harvey-Bradshaw (IHB) y en función del número de fistulas y el drenaje a través de ellas a la 4ª semana de la dosis inicial en la EC fistulosa perianal.

**Resultados.** A la 4ª semana de tratamiento: De los 16 pacientes con EC luminal (IHB basal 10), 4 (25%) están en remisión (IHB  $< 4$ ) y 9 enfermos (56%) con respuesta clínica (disminución  $>$  de 4 puntos del IHB). Los 6 pacientes con EC fistulosa: 1 (17%) esta en remisión con cierre completo de todas las fistulas y 4 (66%) con respuesta clínica (disminución  $>$  50% en el número y drenaje de las fistulas). La mediana de seguimiento fue 14 meses, rango (4- 5). Continuaron el tratamiento de mantenimiento 17 enfermos (12 EC luminal y 5 EC fistulosa perianal). Durante el seguimiento el 50% de los pacientes con EC luminal mantuvieron la respuesta clínica y el 33% la remisión. Entre los pacientes con EC fistulosa mantuvieron la respuesta clínica el 80% y la remisión el 20%. La tasa de respuesta al adalimumab no es diferente en los grupos tratados por pérdida de eficacia o intolerancia a infliximab. Requiritieron aumento de dosis a 40 mg/sc/semana 5 pacientes, con una mediana de 10 meses rango. (3-13 meses). Solo un paciente desarrollo un efecto secundario grave (obstrucción intestinal). No hubo ninguna infección grave.

**Conclusiones.** El adalimumab es un tratamiento eficaz y seguro en la inducción y mantenimiento de la respuesta en la EC luminal y fistulosa en pacientes con EC compleja con pérdida de respuesta o intolerancia a infliximab.

Tabla 1. Resultados (V-12).

	1979	1985	1990	1994	1997	2000	2004
Número de casos	455	206	299	354	509	451	610
Porcentaje de mujeres	79%	80%	68%	85%	72%	66%	68%
Psicofármacos	318	152	186	302	437	370	756
Analgésicos	172	29	59	71	69	119	156
Antecedentes depresión	7%	9%	15%	25%	30%	33%	32%
Antecedentes adicción	4%	8%	9%	11%	10%	17%	12%
Antecedentes IS previo	20%	7%	13%	26%	18%	18%	11%

## V-40

**TAC DUAL MULTICORTE EN EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO AGUDO EN URGENCIAS**

**J. Pastrana Delgado<sup>1</sup>, E. Alegría Barrero<sup>2</sup>, G. Bastarrika<sup>3</sup>, A. Macías<sup>2</sup>, J. Varo<sup>1</sup> y J. Pueyo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (S<sup>o</sup> Urgencias), <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Comparar la eficacia del TAC multicorte (Dual 64) frente al protocolo clásico de las Unidades de Dolor Torácico (UDT) en el diagnóstico del dolor torácico agudo (DT) en el S<sup>o</sup> de Urgencias.

**Material y métodos.** Entre octubre de 2007 y marzo de 2008 se atendieron en nuestro S<sup>o</sup> de Urgencias 108 pacientes con dolor torácico agudo (DT) no traumático a los que se les aplicó el protocolo aceptado desde 2002 en nuestro país (UDT). Tras el cribaje inicial 30 pacientes ingresaron en el área de observación una vez constatados ECG no diagnóstico y primeros enzimas cardíacos negativos. Ocho de ellos, se excluyeron en base a su alto índice de riesgo por revascularización previa. Los 22 pacientes restantes fueron incluidos en el estudio, realizándose durante el período de observación y previo consentimiento informado, un TAC (dual 64) ampliado (Triple roulet-out) para valoración de arterias coronarias, aorta torácica y arterias pulmonares al tiempo que se mantenía el procedimiento clásico de actuación (monitorización continua, repetición de ECG y enzimas de daño miocárdico a las 6-9h y eco-estrés previo al alta). En los casos TAC + se realizó coronariografía para comparar los hallazgos. En todos los casos negativos, se realizó un seguimiento telefónico al mes y a los tres meses del alta para constatar la aparición de muerte o eventos cardiovasculares.

**Resultados.** De los 22 pacientes (11v/11m) 3 varones presentaron TAC+ para estenosis coronaria ( $\geq$  del 50%). Ninguno presentó cambios ECG o enzimáticos. Solo en dos de ellos el eco estrés resultó positivo. La coronariografía confirmó estenosis coronaria en los tres casos, aunque solo uno requirió tratamiento de revascularización, indicándose en los otros dos, tratamiento médico. 19 pacientes (8 v/3 m) presentaron TAC negativo y en todos ellos los ECG seriados, enzimas de daño miocárdico y eco estrés resultaron negativos siendo dados de alta. El seguimiento en los tres meses posteriores no mostró muerte o eventos cardiovasculares adversos. Comparando los resultados del TAC dual frente al protocolo clásico nuestros datos muestran una Sensibilidad para el TAC dual del 100% con una Especificidad 95%. Valor Predictivo Positivo (VPP) 66% (que llega al 100% si lo comparamos con la coronariografía). Valor Predictivo Negativo (VPN) 100%. En nuestro estudio además el TAC mostró tres casos de diagnóstico no sospechado como causa del DT. Un caso de bronquiectasias sobreinfectadas y dos pericarditis.

**Discusión.** Nuestros resultados respecto al uso del TAC en DT son similares a los obtenidos por otros autores. No se dispone de datos respecto a la capacidad de cribaje de SCA con el protocolo utilizado en España desde su instauración en 2002; sin embargo la experiencia nos indica que los resultados son adecuados. El protocolo actual no obstante, obliga a los pacientes de riesgo bajo o intermedio a permanecer en observación durante un tiempo prolongado (6-9h) con realización de pruebas seriadas y prueba de esfuerzo en las primeras 24h lo que implica un alto coste económico y genera un alto grado de ansiedad en los pacientes y familiares. El alto VPN del TAC dual permitiría en los casos negativos el alta inmediata de estos pacientes con la garantía de ausencia de patología grave SCA, DA o TEP y un ahorro en el coste sanitario. Nuestros resultados ofrecen así mismo una concordancia completa entre los resultados del TAC y la coronariografía, mayor incluso que con el eco estrés. Si bien es cierto que el TAC sobrevaloró la existencia de estenosis significativa y en uno de los casos hubo discrepancias entre las zonas de estenosis atribuidas por TAC y las evidenciadas por coronariografía, en los tres casos TAC positivos se confirmó la existencia de CI.

**Conclusiones.** En los pacientes de riesgo bajo o intermedio que acuden a Urgencias por DT, el alto VPN del TAC dual permite obviar con seguridad el período de observación la realización de enzimas y ECG seriados y la prueba de esfuerzo previa al alta. El TAC aporta diagnósticos alternativos no sospechados con los métodos convencionales como causa del DT. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos resultados y modificar la pauta de actuación actualmente utilizada.

## V-53

**INMIGRACIÓN Y URGENCIAS**

**R. Acal Arias<sup>1</sup>, M. Ribell Bachs<sup>1</sup>, M. Serés<sup>5</sup>, M. Villanueva Berrueto<sup>3</sup>, C. Martínez<sup>4</sup>, E. Ferrer<sup>1</sup>, J. Espina<sup>2</sup> y E. Pedrol<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar i Comunitària, <sup>3</sup>Servei de Cirurgia, <sup>4</sup>Servei de Traumatologia, <sup>5</sup>Servei d'Urgències. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Descripción sociodemográfica y análisis de las particularidades médicas de la población inmigrante atendida en urgencias de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se recogieron las características sociodemográficas (edad, sexo, raza, país de origen, años de residencia en España, conocimiento del idioma, ABS de referencia) y clínicas (motivo de consulta, diagnóstico, pruebas complementarias, lugar de derivación, horario y día de la semana de consulta) de los pacientes inmigrantes de > 10 años, atendidos consecutivamente en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital (área de medicina y geriatría, pediatría, cirugía, traumatología y ginecología) durante un mes, en el período comprendido entre el 16 de enero y 15 de febrero del 2007. La recogida de datos se realizó a través de un formulario adjunto a la historia clínica de urgencias, complementado por el personal médico. Los datos descriptivos se analizaron mediante el programa estadístico SSPSS 11.0.

**Resultados.** Durante este período, fueron visitados en urgencias 377 enfermos extranjeros (7% del total de visitas realizadas), de edad media  $31 \pm 10$  años. El 29% de los pacientes fueron visitados en el área de medicina de urgencias, el 32% en ginecología, 22% pediatría, 13% traumatología y 4,5% en cirugía. El 63% fueron mujeres. Los países de procedencia fueron por orden: Magreb y Norte de África 38%, América Latina 31%, África Subsahariana 19%, Europa del Este 5%, Asia 4%, Europa Occidental 3%. Un 28% presentaban dificultad idiomática y un 35% consultaron sin acompañantes. El 20% de los pacientes, vivía en España desde hacía menos de 1 año, el 41% entre 1 y 5 años; y sólo un 38% residía en Catalunya desde hacía más de 5 años. El 32% de los pacientes extranjeros que utilizaron el Servicio de Urgencias habían viajado a su país de origen en los últimos 6 meses. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: fiebre (30%), dolor (28%), tos (8%), lesiones cutáneas (7,5%), contusiones traumáticas (7%) y síntomas gastrointestinales (6%). En un 40% de los pacientes se realizaron pruebas complementarias para completar estudio (más de una en el 77%). El 85% fueron dados de alta a domicilio el mismo día, y un 15% ingresó (6% si se excluyen las pacientes obstétricas). Los diagnósticos de ingreso fueron: 62% parto o patología relacionada con la gestación, 7% tuberculosis, 5,3% apendicitis, 3,6% neumonía extrahospitalaria, 2% pielonefritis aguda y 2% debut diabético. El 74% consultó en día laborable y horario diurno. El 40% pertenecían a una área básica de salud de la misma ciudad, el 52% de la comarca y un 6,4% eran de otras áreas de influencia de nuestro hospital.

**Discusión.** Los datos demográficos del presente estudio reflejan que la población inmigrante atendida en urgencias es mayoritariamente joven, mujer, sin comorbilidad asociada, procedente del Magreb, América Latina y África Subsahariana; representan el 7% de la población atendida en urgencias. La dificultad idiomática conlleva entrevistas clínicas más largas y la intervención de traductores o mediadores culturales. Consultan por patología banal en horario laboral, motivo por el cual les correspondería ser atendidos en sus centros de atención primaria de referencia. Los motivos de consulta difieren de los hallados en la población autóctona según comunicaciones previas en la literatura, así como sus características demográficas. Un 15% precisa ingreso hospitalario, mayoritariamente por patología obstétrica. La patología restante es fundamentalmente infecciosa con escasa relación con la patología de sus países de origen, a excepción de la tuberculosis.

**Conclusiones.** Los inmigrantes son una realidad emergente en nuestro medio y generan necesidades de atención sanitaria distintas a las de la población autóctona en la actualidad. Sus motivos de consulta y sus características demográficas difieren de las presentadas por dicha población. Consideramos que se debe mejorar el acceso a la información sanitaria con tal de evitar masificaciones que a medio plazo pudieran comprometer la calidad asistencial y hacer un uso inadecuado del sistema hospitalario.

## V-64

**COMUNICACIONES SOBRE EPOC EN CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA DEL AÑO 2006 Y COMPARACIÓN CON LAS DE CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DEL APARATO RESPIRATORIO (SEPAR)**

**J. Barquero-Romero, R. Trenado Pérez y V. Gamero Pardo**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Objetivos.** Conocer, a través de las comunicaciones hechas a los congresos nacionales de Medicina Interna y Neumología, los tipos de estudios y las características de las poblaciones analizadas por cada una de estas especialidades y la existencia de estudios conjuntos.

**Material y métodos.** Se extrajeron de los libros de resúmenes del XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Arch Bronconeumol. 2006;42 (Espec Congr): 1-159) y del XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (Rev Clin Esp. 2006;206 (Supl 1):1-27) los abstracts en cuyo título figurase la palabra "EPOC" o "enfermedad pulmonar obstructiva crónica". De los resúmenes de SEMI se eligieron todos (22) y de la SEPAR se eligieron 30 de forma aleatoria. Las variables estudiadas fueron tipo de estudio (observacional/de intervención, clínicos/básicos, uni/multicéntrico,...). Para los estudios clínicos: situación de la enfermedad (agudización/estabilidad), ámbito asistencial, Nº pacientes, edad, etc. También la existencia de estudios colaborativos entre especialidades.

**Resultados.** El libro de resúmenes SEMI (LRSEMI) no tenía un capítulo específico para la EPOC, apartado que sí aparecía en el libro de resúmenes de SEPAR (LRSEPAR). Encontramos 22 comunicaciones LRSEMI y 59 en LRSEPAR. En LRSEMI no encontramos comunicaciones sobre rehabilitación, consumo de recursos, educación o cuidados de enfermería (en LRSEPAR 13%, 10%, 6% y 6%, respectivamente). Sobre práctica clínica 77% (LRSEPAR 36%). Adecuación de guías 18% (LRSEPAR 13%). Investigación básica 4% (LRSEPAR 13%). En LRSEMI, el 91% de los trabajos fueron sobre pacientes hospitalizados, frente al 35% de LRSEPAR; ( $p < 0,0001$ ) y de carácter retrospectivo el 41%, frente al 7% de LRSEPAR ( $p.0003$ ) No se encontraron estudios de intervención en LRSEMI, por 24% en LRSEPAR; los estudios de series de casos fueron en LRSEMI del 91%, frente al 52% de LRSEPAR ( $p 0.002$ ). El 13% de los estudios LRSEMI fueron multicéntricos, por 32% de LRSEPAR ( $p.01$ ). En cuanto a estudios financiados, no se encontró ninguno en LRSEMI por 44% en LRSEPAR ( $p < 0.005$ ). Para los estudios observacionales el número medio de pacientes 97, con mediana de 81 y rango de 33-271, mientras que en LRSEPAR: media 3004, mediada 93, rango 31-10711. En estos estudios la variable edad fue media 73, mediana 73, rango 68-78 en LRSEMI frente a media 70, mediana 69, rango 65-75, en SEPAR. Por último, la colaboración de internistas y neumólogos en LRSEMI fue del 23%, por ninguno en LRSEPAR.

**Conclusiones.** Existe poca investigación conjunta entre Medicina Interna y Neumología. La mayor parte de la investigación en EPOC en Medicina Interna se refiere a la actividad de la práctica clínica y se hace en forma de estudios descriptivos observacionales, retrospectivos, unicéntricos, con muestras poco numerosas y sobre pacientes agudizados y hospitalizados. Los neumólogos presentan mayor variedad temática, más estudios prospectivos, multicéntricos y financiados. Las poblaciones estudiadas por los internistas presentan una edad más avanzada.

## V-73

**¿HA DISMINUIDO LA MORTALIDAD POSTHOSPITALARIA EN LA EPOC? ANÁLISIS DE 2 COHORTES HISTÓRICAS**

**M. Salvadó<sup>1</sup>, R. Costa<sup>2</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, G. Muñoz<sup>1</sup>, M. Mariné<sup>1</sup>, J. Mascaró<sup>1</sup>, J. Heredia<sup>2</sup> y P. Almagro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Respiratorio. Hospital Mútua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Comparar la supervivencia a los 3 años del alta hospitalaria de 2 cohortes de pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC, separadas por 8 años.

**Material y métodos.** Se estudian prospectivamente todos los pacientes hospitalizados por exacerbación de su EPOC en el hospital Mútua de Terrasa en dos periodos de tiempo. La primera cohorte incluye los pacientes ingresados entre octubre de 1996 y mayo de 1997, la segunda cohorte abarca desde junio 2003 a septiembre del 2004. Todos los pacientes fueron hospitalizados por exacerbación de su EPOC y cumplían criterios espirométricos de EPOC con un FEV1 < al 70% de su teórico y un índice < 0,7. En todos los pacientes se cumplimentó un cuestionario donde se recogían diferentes variables entre las que se incluían: índice de masa corporal, albumina, gasometría basal al ingreso y alta, dependencia funcional valorada con el índice de Katz, comorbilidad (Charlson), escala de disnea (MMRC), depresión (Yesavage de 15 puntos), cuestionario de calidad de vida (Saint George's Respiratory Questionnaire), número de fármacos en domicilio, presencia de cor pulmonale, oxigenoterapia domiciliar y nivel socioeconómico entre otras variables. La mortalidad se recogió a los 3 años mediante llamadas telefónicas al paciente o familia, las historias informatizadas del hospital y la base de datos del Servei Català de la Salut. El estudio estadístico se realizó mediante las curvas de Kaplan-Meier y el análisis de regresión logística de Cox.

**Resultados.** Se incluyen 316 pacientes (135 en la primera cohorte y 181 en la segunda). La edad media fue de 72 años (DE 9,6), 296 eran varones (94%) y el FEV1 medio del 43% (13,9) de su teórico. La supervivencia a 3 años fue mayor en los pacientes de la 2ª cohorte (53% vs 61%;  $p < 0,01$ ; O. R.: 0,8; IC 95%: 0,69-0,98). No se encontraron diferencias entre ambas cohortes en cuanto al número de ingresos en el año previo, la edad, comorbilidad, dependencia funcional, presencia de cor pulmonale, uso de oxigenoterapia domiciliar, depresión o calidad de vida. La estancia media fue significativamente menor en los pacientes de la segunda cohorte (13, 5 vs 10;  $p < 0,001$ ), mientras que las puntuaciones observadas en la escala de disnea fueron peores (2,75 vs 2,41;  $p < 0,02$ ). El FEV1 fue más alto en la segunda cohorte (41,3 vs 45,1), aunque en la primera cohorte la espirometría se realizó el día del alta y en la segunda al mes del alta. En el análisis multivariante se incluyeron en un modelo de regresión logística de Cox como variables dependientes las dos cohortes, la edad, sexo, comorbilidad, disnea, dependencia funcional, ingresos previos, depresión y estancia media. En este modelo conservaron significación estadística independiente la cohorte ( $p < 0,03$ ), la comorbilidad ( $p < 0,03$ ), la edad ( $p < 0,02$ ) y los ingresos previos ( $p < 0,02$ ).

**Discusión.** La hospitalización por exacerbación de EPOC se asocia a una alta mortalidad posterior. Aunque existen pocas medidas que hayan demostrado mejorar la supervivencia en la EPOC, nuestros datos sugieren que la supervivencia de estos pacientes ha mejorado en los últimos años, dado que ambas cohortes son comparables en cuanto a diversas variables pronósticas de gravedad. De hecho los pacientes de la segunda cohorte presentan puntuaciones más altas en la escala de disnea y la diferencia en los valores de FEV1 es atribuible al tiempo transcurrido desde la exacerbación a la espirometría.

**Conclusiones.** La mortalidad posthospitalaria en los pacientes con EPOC sigue siendo muy alta, aunque parece haber disminuido en los últimos años.

## V-76

**RELACIÓN ENTRE ÍNDICE BODE, BOD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (EQOL-5D) EN PACIENTES EPOC HOSPITALIZADOS**

**D. Morchón Simón, J. Martín Escudero, G. Vega Tejedor, M. Pineda Alonso, J. Alonso Santor, V. Centeno Peláez, B. Morejón Huerta y A. Beltrán Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** La realización del test de la marcha de 6 minutos dificulta el empleo del BODE en la práctica diaria. Se está debatiendo el posible uso de escalas más sencillas aplicables a pacientes EPOC hospitalizados. Por ello nos planteamos averiguar si existe relación entre el índice pronóstico actualmente más reconocido en EPOC, el BODE, el BOD (BODE sin test de la marcha de 6 minutos) y la escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EQOL-5D.

**Material y métodos.** Estudiamos una cohorte de 95 pacientes con diagnóstico de EPOC, hospitalizados de forma consecutiva en nues-



tro centro entre octubre de 2006 y abril de 2007. La valoración del índice BODE, BOD y la aplicación de la escala EQoL-5D se hizo al alta hospitalaria.

**Resultados.** Los 95 pacientes tenían una edad media de 73,5 ( $\pm$  9,9) años, el 94% varones, fumadores de 61,2 ( $\pm$  34) paquetes-año, persistiendo en el hábito activo el 14%. Según la clasificación GOLD el 18% era muy grave, el 58% grave y el 22% moderada. En los 5 años previos habían tenido 4  $\pm$  3 ingresos por agudización. Tenían un índice BODE de 1-2 el 7,4%, 3-4 el 20%, 5-6 el 25% y de 7-10 el 47%. La puntuación media con el BOD era de 3,84  $\pm$  1,52. Referían una CVRS global media estimada con EQoL-5D de 0,63  $\pm$  0,21 (EVA tarifa). La correlación entre el índice BODE y el BOD es muy buena ( $r = -0,938$ ;  $p < 0,001$ ). La CVRS tiene una correlación buena con el índice BODE ( $r = -0,449$ ;  $p < 0,001$ ) y el BOD ( $r = -0,426$ ;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El índice BODE ha demostrado ser hoy día la mejor herramienta pronóstica sobre mortalidad en EPOC. El índice BOD muestra una correlación casi perfecta con el índice BODE y mantiene la buena correlación que este tiene con la escala de CVRS EQoL-5D. La escala de salud subjetiva EQoL-5D muestra una buena correlación con BODE y BOD, mejor que el FEV1 o la escala de disnea MRC que forman parte de propio BODE.

**Conclusiones.** De confirmarse este paralelismo pronóstico en grandes estudios, el empleo del BOD y EQoL-5D aportaría la gran ventaja de precisar poco esfuerzo para su realización y ser aplicable en la práctica diaria incluso en pacientes gravemente enfermos u hospitalizados.

#### V-108

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 7 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE FABRY

M. Matía Sanz<sup>1</sup>, M. Torralba Cabeza<sup>1</sup>, G. Pastores<sup>2</sup>, S. Olivera González<sup>1</sup>, L. Clavel Conget<sup>1</sup>, R. Pelay Cacho<sup>1</sup>, B. Amores Arriaga<sup>1</sup>, y J. Pérez Calvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Internal Medicine. New York University School of Medicine.

**Objetivos.** La enfermedad de Fabry (EF) es un trastorno de depósito lisosomal causado por déficit de la enzima alfa-galactosidasa A. Su prevalencia es de 1/40.000 varones aunque los últimos estudios sugieren que es una entidad mucho más frecuente que está infradiagnosticada. El objetivo de este estudio es exponer las manifestaciones clínicas de 7 pacientes con enfermedad de Fabry estudiados en nuestro servicio en colaboración con el Dr. Pastores de la Universidad de Nueva York

**Material y métodos.** Estudio descriptivo básico de una serie de 7 pacientes procedentes de EEUU, diagnosticados bioquímica y genéticamente de enfermedad de Fabry que se encuentran bajo tratamiento enzimático sustitutivo (T. E. S.)

**Resultados.** Todos los pacientes son varones, con edad media de 48 años y diagnosticados en la edad adulta (promedio de 27 años). Su genotipo es múltiple. En 3 casos se repite la mutación R112C (2 de ellos pertenecientes a la misma familia) y en el resto se identifican las siguientes mutaciones: R112H, N272S, W162R y G183D. En todos excepto en 1 existían antecedentes familiares de primer grado de enfermedad de Fabry. Clínicamente sólo 1 presenta acroparestesias en manos y pies y 2 hipohidrosis y angioqueratomas, opacidades corneales se observan en 1 paciente y afectación digestiva en 2. Como complicaciones tardías a nivel cardiaco todos los pacientes excepto 2 tienen HVI concéntrica, 2 son portadores de marcapasos por BAV completo y otro de DAI por episodios de fibrilación y TV, 1 está intervenido de sustitución valvular protésica, en 2 casos existe ACxFA crónica y en 1 BQ sinusal. Ninguno de los pacientes tiene disfunción diastólica y su FEVI es normal. 1 sólo caso presentó cardiopatía isquémica cuyo desenlace fue fatal con el fallecimiento del paciente. En cuanto a morbilidad neurológica 3 pacientes sufrieron ACV a una edad comprendida entre los 40 y 50 años. Todos los pacientes excepto 1 sufrieron disfunción renal progresiva que originó una nefropatía terminal que condujo a diálisis y trasplante renal en 5 de ellos. Al comparar la presentación clínica de los 3 pacientes que poseían el mismo genotipo se observa gran variabilidad de las manifestaciones: 1 presenta afectación ocular y renal, otro alteracio-

nes cardíacas (HVI y arritmias malignas) y renales y el último clínica cardíaca (HVI y cardiopatía isquémica), neurológica (ictus isquémico) y renal. Entre el año 2002 y 2005 se inició TES con agalsidasa en todos los enfermos.

**Discusión.** La EF es el segundo trastorno lisosomal más frecuente después de la enfermedad de Gaucher. El déficit enzimático origina acumulo patológico de glucosfingolípidos en todo el organismo, dando lugar a una enfermedad crónica progresiva de carácter multisistémico. Su comienzo clínico suele situarse en la infancia con la aparición de acroparestesias, episodios cortos de fiebre elevada, angioqueratomas, opacidades en córnea y cristalino, hipohidrosis y manifestaciones digestivas. Sin embargo estos síntomas son con frecuencia mal interpretados no llegando al diagnóstico preciso hasta la edad adulta, cuando la enfermedad ya ha progresado y el paciente presenta fallo en órganos vitales: afectación renal (insuficiencia renal crónica), cardíaca (HVI) o neurológica (crisis de isquemia transitoria, ictus precoces). A partir del año 2001 existe la posibilidad de TES capaz de reducir los depósitos titulares y proporcionar al paciente mejoría clínica y de la calidad de vida.

**Conclusiones.** 1. Las enfermedades lisosomales son un conjunto de patologías graves, crónicas y degenerativas que producen importante morbimortalidad. 2. Por su baja prevalencia y su gran variabilidad clínica existe gran desconocimiento y por tanto gran dificultad diagnóstica, lo que sugiere que su prevalencia sea mayor. 3. La existencia de tratamiento específico capaz de prevenir consecuencias clínicas irreversibles y mejorar el pronóstico de estos pacientes las convierte en un problema de interés sanitario. 4. Debido a su carácter sistémico es de gran importancia la difusión de esta patología entre los especialistas de medicina interna para contribuir a un diagnóstico precoz e inicio del tratamiento tan pronto como sea posible.

#### V-110

##### DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA AUTOPERCIBIDA EN ARTRÓSICOS

A. Martín Casado<sup>1</sup>, M. Vicente Galindo<sup>1</sup>, E. Vicente Rivera<sup>2</sup>, M. Sánchez Barba<sup>1</sup>, M. Martín Casado<sup>3</sup>, T. Martín Casado<sup>4</sup> y M. Budiño Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca.

<sup>2</sup>Centro de Atención Primaria de Los Pizarrales. Atención

Primaria (Salamanca). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>4</sup>I. E. S. Moratalaz (Madrid).

**Objetivos.** La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores, siendo particularmente importante evaluarla en aquellas enfermedades, como la artrosis, en las que las medidas habituales de resultado en los pacientes son de valor limitado. La medición del estado de salud se considera un fenómeno innegablemente subjetivo que está directamente influido por la personalidad y el entorno en el que se desarrolla y vive el sujeto. En este sentido, el objetivo principal de este trabajo se concreta en la medición del efecto del nivel de depresión del paciente con artrosis sobre la autopercepción que tiene de su calidad de vida, incluyéndose también el efecto de la articulación afectada sobre la CVRS.

**Material y métodos.** Estudio transversal y descriptivo realizado en un centro de Atención Primaria de Salamanca. El estudio incluyó a 108 pacientes con un rango de edad de 41 a 94 años, con edad media de 69,39 (D. E. 10,79). De los 108 participantes, 24 eran varones (22,2%) y 84 mujeres (77,8%). Se realizó una entrevista para la obtención de las variables sociodemográficas y clínicas de cada paciente y se administraron dos cuestionarios: el EuroQoL-5D y el inventario de depresión de Beck. Las respuestas dadas en este último cuestionario permite la clasificación de los pacientes en cuatro grupos, atendiendo a la intensidad de la depresión: normal, leve, moderada y grave.

**Resultados.** Se realizó un análisis de componentes principales con las cinco dimensiones del cuestionario EuroQoL-5D, extrayéndose un único factor que explica el 53,59% de la variabilidad total. Las puntuaciones factoriales obtenidas por cada sujeto en este único factor serán considerados los valores de la calidad de vida percibida por cada paciente. A continuación se aplicó un análisis de la covarianza para comprobar si el nivel de depresión y la articulación afectada tie-

nen efecto sobre estas puntuaciones, corrigiendo las posibles diferencias existentes entre los grupos en la variable edad, que afecta la CVRS.

**Discusión.** El análisis reveló que tanto el nivel de depresión como la articulación afectada tienen efectos significativos, estimándose el efecto de cada uno de ellos sobre las puntuaciones factoriales y las medias ajustadas de estas puntuaciones en cada uno de los grupos. Este estudio puede complementarse con la aplicación futura de algún instrumento específico de evaluación de CVRS.

**Conclusiones.** Considerando la muestra global, se observó que a mayor edad peor era la calidad de vida autopercebida y mayor la incidencia y gravedad de la depresión. Por otra parte, la gravedad de la depresión no se relacionó con la artrosis, pero sí con el número de articulaciones afectas. Solamente las depresiones moderadas o graves se asocian a peor calidad de vida. Bibliografía [1] Ethgen, O. et al. (2004). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. *Qual Life Res*, 13 (2):321-30. [2] Papadopoulos, C. et al. (2007). Health-related quality of life of patients with hip fracture before and after rehabilitation therapy: discrepancies between physicians' findings and patients' ratings. *Aging Clin Exp Res* 19 (2), 125-31. [3] Rabenda, V. et al. (2007). Prevalence and impact of osteoarthritis and osteoporosis on health-related quality of life among active subjects. *Aging Clin Exp Res*, 19 (1): 55-60. [4] Salaffi, F., Carotti, M. and Grassi, W. (2005). Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: comparison of generic and disease-specific instruments. *Clin Rheumatol*, 24 (1): 29-37. [5] Sobocki, P. et al. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in Primary Care. *Value Health*, 10 (2): 153-60. [6] Bellamy, N., Buchanan, W. W. (1984). Outcome measurement in osteoarthritis clinical trials: the case for standardisation. *Clin Rheumatol*, 3: 193-303.

#### V-116

### COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

**J. Trullas Vila<sup>1</sup>, J. Bisbe Company<sup>1</sup>, S. Soler Simon<sup>1</sup>, V. Bisbe Company<sup>1</sup> y J. Roncero Vidal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona). <sup>2</sup>Servicio de Hematología y Hemostasia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

**Objetivos.** 1. Conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes que han recibido tratamiento anticoagulante oral (TAO) como prevención de embolismo sistémico en portadores de fibrilación auricular (FA) en la comarca de la Garrotxa (Girona) en un período de 10 años. 2. Conocer la incidencia de complicaciones hemorrágicas durante este período.

**Material y métodos.** La población objetivo de estudio es una cohorte de pacientes ambulatorios bajo TAO que han realizado controles de coagulación en un mismo centro (Hospital comarcal de Olot - Girona). El período de seguimiento fue de 10 años (abril de 1997 - abril de 2007). Los controles de dosificación y la información se recogió de forma prospectiva con el soporte informático del programa HyTex 4.0<sup>®</sup> y mediante la revisión de las historias clínicas. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, estado del paciente (activo, dado de alta, defunción, no controlado), indicación del tratamiento, tipo de fármaco, INR objetivo del tratamiento, tiempo de tratamiento, complicaciones hemorrágicas (localización, tipo de hemorragia -fatal, mayor, menor-, INR en el evento hemorrágico e incidencia de hemorragias).

**Resultados.** Durante estos 10 años se han seguido un total de 1.128 pacientes (4.265 pacientes-año). Un 73% siguen activos en el momento actual y el 27% restante fueron dados de alta, fallecieron o fueron perdidos del control. El 49,7% eran hombres. La edad (mediana y rango intercuartílico -RIQ-) al inicio del tratamiento fue de 75,5 (9,6) años con la siguiente distribución por grupos de edad: menos de 60 años (6,7%), 60-69 años (16%), 70-79 años (52%), 80-89 años (24,5%) y mayores de 90 años (0,5%). El 99,7% tomaban acenocumarol. El tiempo de tratamiento (mediada y RIQ) fue de 3,1 (4,8) años y el tiempo de seguimiento fue de 4.265 pacientes-año. El objetivo de INR era 2,0-3,0 en el 87% de los casos. En el 92% de casos la FA era permanente y en el 8% paroxística. En un 11% fue embolígena. Hubo 93 complicaciones hemorrágicas (inci-

dencia de 2,2 hemorragias /100 pacientes-año). La localización más frecuente fue gastrointestinal (32%). La clasificación de las hemorragias fue: menores (50,5%), mayores (44%) y fatales (5,5%). El INR estaba por encima del margen deseado en el 43% de las hemorragias. Se analizaron los factores asociados a la hemorragia: el riesgo de sangrado se asoció con el objetivo de INR del tratamiento ( $p < 0,01$ ), pero no hubo diferencias por edad, género, tiempo de tratamiento o tipo de fibrilación auricular (permanente, paroxística o embolígena).

**Conclusiones.** Durante el período de 10 años 1.128 pacientes han estado realizando TAO por fibrilación auricular (4.265 pacientes-año). La incidencia de complicaciones hemorrágicas fue de 2,2 por 100 pacientes-año estando asociado el riesgo de sangrado al INR objetivo de tratamiento.

#### V-127

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO PRIMARIO

**C. De la Calle Cabrera, M. Polvorosa Gómez, M. Porrero Alfaro, M. Marcos Martín, S. Inés Revuelta, G. Luna Rodrigo, I. Pastor Encinas y F. Laso Guzmán**

Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Definir las características epidemiológicas y clínicas de una muestra de pacientes diagnosticados de síndrome Antifosfolipídico Primario, y su correlación con las descritas en la literatura

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el hospital Universitario de Salamanca durante el año 2007, con diagnóstico de SAF primario incluido en el informe de alta.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de trece pacientes, de los cuales tan solo seis cumplían los criterios diagnósticos de Síndrome antifosfolipídico primario. Tres de ellos eran varones y tres mujeres. El diagnóstico se produjo en cinco de ellos en edad adulta, y uno en la pubertad. Las manifestaciones clínicas presentes al diagnóstico fue enfermedad tromboembólica venosa en cinco de los pacientes: dos presentaron trombosis venosa profunda asociada a tromboembolismo pulmonar, y tres tromboembolismo pulmonar aislado. Una mujer presentó patología obstétrica, consistente en tres abortos. Tan solo dos de los pacientes presentaron trombopenia, de intensidad leve. Otras manifestaciones clínicas presentes fueron capilaritis pulmonar, fenómeno de Raynaud, y alteraciones de la coagulación. Los anticuerpos anticardiolipina eran positivos en la totalidad de la muestra, al menos en dos determinaciones separadas 12 semanas entre sí. Tres de los pacientes presentaban también anticuerpos antiB2 glicoproteínas, y tan sólo uno presentaba anticoagulante lúpico positivo.

**Discusión.** El Síndrome antifosfolipídico primario es una entidad infrecuente, de etiología autoinmune, caracterizada por un estado procoagulante asociado a la presencia de ciertos anticuerpos, en ausencia de otra enfermedad autoinmune. Su prevalencia es mayor en mujeres (5:1). La mayor parte de los casos tienen edades al diagnóstico comprendidas entre los 15 y los 50 años. La clínica más frecuente son las trombosis en distintas localizaciones y las manifestaciones obstétricas, pero pueden verse afectados otros órganos, aunque de forma mucho menos frecuente. El diagnóstico debe basarse en criterios clínicos y analíticos. El tratamiento consiste en fármacos anticoagulantes y antiagregantes. En nuestro estudio destaca en primer lugar una baja adherencia a los criterios diagnósticos, dado que en nuestra muestra la mayoría de los pacientes diagnosticados al alta como Síndrome antifosfolipídico primario no los cumplían realmente. Entre los que sí los cumplían, observamos como principal diferencia respecto a lo descrito en la literatura la distribución por sexos. En cuanto a la clínica más prevalente, la enfermedad tromboembólica venosa, sí coincide con lo descrito.

**Conclusiones.** El Síndrome antifosfolipídico primario se diagnostica erróneamente en un número importante de pacientes. En general la muestra estudiada cumple las características descritas en la literatura en cuanto a edad de inicio y clínica más prevalente, no así en cuanto a distribución por sexos.

## V-132

**VALOR DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR**

S. Raposo García<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, A. García del Egido<sup>2</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, A. Martínez González<sup>1</sup> y J. Santos Calderón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de León. León.

**Objetivos.** La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica. El diagnóstico de FA requiere documentación por electrocardiograma (ECG) mediante, al menos, un registro de una derivación durante la arritmia. Se recomienda realizar ecocardiografía Doppler para determinar las dimensiones de la aurícula y el ventrículo izquierdos, el grosor de la pared y la función del Ventrículo Izquierdo (VI) y descartar enfermedad valvular o pericárdica y miocardiopatía hipertrófica.

**Material y métodos.** Se recogieron todos los pacientes que ingresaron en el Edificio Monte San Isidro, perteneciente al Complejo Hospitalario de León, con FA durante los meses de Abril y Mayo de 2008. En total fueron 41. Se valoró la presencia de cardiopatía estructural previa y los hallazgos en Radiografía de tórax, ECG y Ecocardiografía.

**Resultados.** El 12% de los ingresos presentaron FA, siendo su edad media de 83,4 años, el 61% de ellos varones. Entre sus antecedentes personales, el 56,1% (23) eran hipertensos. El 29,27% (12) tenían cardiopatía isquémica crónica. En 5 pacientes (12,2%) se dieron las dos cardiopatías simultáneamente (isquémica e hipertensiva). La siguiente cardiopatía en frecuencia era la reumática, con una prevalencia del 7,32% (3), seguida por la miocardiopatía dilatada (4,88%). En el 26,83% restante no había datos documentados en su historia clínica sobre cardiopatías estructurales previas. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia en el 97,56% de los casos. En el ECG existía crecimiento de VI (Sokolow-Lyon) en el 9,76% de los pacientes, morfología de bloqueo de rama derecha del haz de His en el 19,51% (la mitad de ellos con morfología de bloqueo completo), bloqueo de rama izquierda en el 12,2% de los casos (el 80% completo), hemibloqueo de la subdivisión anterior izquierda en el 12,2%, bajo voltaje en el 7,32% y alteraciones de la repolarización en el 7,32%. Se realizó estudio ecocardiográfico en 31 pacientes (75,61%), demostrándose valvulopatía mitral en el 41,94% de los pacientes con FA (el 77% con insuficiencia y el 23% con doble lesión). En cuanto a dilatación de cavidades destaca la dilatación de AI, con una prevalencia del 45,16%; el 35,48% tenían hipertensión pulmonar (al menos moderada) y el 22,58% presentaban HVI. La mortalidad en pacientes con FA fue del 4,87%.

**Discusión.** La mayor parte de los casos de FA, son secundarios a otras patologías, como la hipertensión o la cardiopatía isquémica. No obstante, un 20-25% de los casos de FA persistente ocurren en pacientes jóvenes sin enfermedad subyacente demostrable (FA aislada). Otras situaciones que favorecen la aparición de esta arritmia son: la obesidad, dilatación de la Aurícula Izquierda (AI), valvulopatía mitral, insuficiencia cardíaca, hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) y cardiopatías congénitas. En nuestra serie, presentaban hipertensión arterial más de la mitad de los pacientes y cardiopatía isquémica crónica en el 30%. Destacar la afectación de la válvula mitral en un 42%. Entre los estudios que hay que realizar, además de analítica que incluya función tiroidea, el diagnóstico de FA requiere ECG, realización de Ecocardiografía, siendo también útil en algunos casos la Radiografía de tórax. Se realizó ECG y Radiografía de tórax al 100% de los casos y Ecocardiografía al 75% de los pacientes. La tasa de mortalidad en los pacientes con FA es alrededor del doble que en los pacientes con ritmo sinusal normal y está relacionada con la severidad de la cardiopatía subyacente, en nuestra serie fue baja.

**Conclusiones.** Las cardiopatías estructurales más prevalentes en los pacientes con FA son la cardiopatía hipertensiva y la cardiopatía isquémica. Hay alteraciones en el ECG en la mayoría de los pacientes, si bien solo en el 10% hay signos de hipertrofia ventricular izquierda. El 75% de los pacientes tiene estudio ecocardiográfico, siendo la afectación más frecuente la dilatación de AI seguida de la valvulopatía mitral.

## V-197

**SÍNDROME DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON SAHS**

A. Andrés Blanco<sup>1</sup>, J. Soler González<sup>2</sup>, A. Sánchez Fernández<sup>1</sup> y F. Del Campo Matías<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Determinar la relación entre el Síndrome de apnea hipopnea del sueño, la resistencia a la insulina e insulinemia, mediante la determinación de la insulinemia basal y el índice HOMA (homeostasis model assessment), su caracterización y su relación con la severidad del SAHS.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio todos los pacientes remitidos de forma consecutiva a la unidad de trastornos respiratorios del sueño por sospecha clínica de SAHS a los que se realizó una anamnesis que incluía edad, antecedentes personales, tratamientos habituales, hábitos tóxicos e historia clínica en relación con el hábito de sueño y la presencia de trastornos respiratorios nocturnos. La somnolencia excesiva diurna se valoró mediante la escala de somnolencia de Epworth. Dentro de las variables antropométricas se realizó la determinación del índice de masa corporal (IMC), altura, peso, perímetro de cuello, perímetro de cintura, perímetro de cadera y relación cintura/cadera. A los pacientes se les extrajo una analítica donde se determinaron niveles de glucosa, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, insulina, fibrinógeno y proteína C. Los niveles de insulina fueron cuantificados mediante enzimoanálisis de micropartículas (MEIA) con el sistema AXSYM de laboratorios Abbot. El índice de resistencia a la insulina fue estimado mediante el modelo HOMA a través de la siguiente fórmula: (glucosa en plasma (mmol/L) x insulina en plasma (μ/ml))/22,5 considerándose insulinorresistencia a un valor en HOMA mayor de 3,8. A todos los pacientes se les realizó un estudio de sueño, bien mediante poligrafía respiratoria nocturna o polisomnografía.

**Resultados.** El 84,8% de los sujetos fueron varones, con una edad media de 53,2 años (rango intercuartil 45-60 años) y un IMC de 31,1 (rango intercuartil 27,1-32,8). Un 81,9% de los pacientes estudiados fueron diagnosticados de un SAHS. Los pacientes con SAHS presentaron significativamente una mayor edad, un mayor IMC, mayor perímetro de cintura, una mayor relación cintura cadera y valores más altos de insulinemia y de resistencia a la insulina con respecto a los pacientes sin SAHS. Tanto varones como mujeres con SAHS presentaron valores más elevados de insulinemia con respecto a pacientes sin SAHS. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la severidad de los trastornos respiratorios y la insulinemia ( $p < 0.05$ ). Al relacionar la resistencia a la insulina y la insulinemia con diversos parámetros se encontró en ambos casos relación con el índice cintura cadera, el perímetro de la cintura, HDL, triglicéridos, el índice de riesgo cardiovascular, el IAH y el índice de desaturación. Tanto la insulinemia como los valores de resistencia a la insulina no se correlacionaron con el grado de obesidad medido por el IMC. La resistencia a la insulina se correlacionó de forma significativa con el perímetro de la cintura. La prevalencia de resistencia a la insulina en pacientes con SAHS fue del 24,2%. Los pacientes con resistencia a la insulina mostraron mayor obesidad central (perímetro cintura 104,3 versus 111,6,  $p < 0,001$ ) sin diferencias significativas ni con el índice de masa corporal ni con la relación cintura cadera.

**Discusión.** Nuestro estudio muestra que tanto la insulinemia como la resistencia a la insulina se asocia a la presencia de trastornos respiratorios así como a su severidad si bien la obesidad central juega un papel fundamental tanto en la insulinemia, como en la resistencia a la insulina y en su asociación con factores de riesgo cardiovascular. Así pues, la interrelación entre obesidad, trastornos metabólicos y SAHS es realmente compleja y probablemente multipatogénica. Se hace preciso estudios bien diseñados, que tengan en cuenta factores confusores como la obesidad central y que puedan aportar una mayor información a la relación entre las alteraciones del metabolismo de la glucosa y el SAHS, dada sus implicaciones sobre la salud.

**Conclusiones.** Los pacientes con mayores niveles de insulinemia presentan mayor severidad del SAHS. El perímetro de la cintura es el factor de riesgo determinante de la insulinemia junto al IAH en los pacientes con SAHS. Los pacientes con resistencia a la insulina presentan mayor obesidad central sin diferencias significativas con el IMC ni con el índice cintura/cadera



**V-198****UTILIDAD DE LA ESCALA DE HAMILTON DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA**

**A. Navarro Martínez<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, L. Fernández Clemente<sup>1</sup>, G. López Larramona<sup>1</sup>, E. Mata<sup>1</sup>, M.A. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, M. Élices Calzón<sup>1</sup> y A. Cuenca Lloret<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real). <sup>2</sup>Farmacia. Wyeth-Farma (Albacete).

*Objetivos.* Conocer la utilidad de las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad en la detección de estas patologías en una planta de Medicina Interna

*Material y métodos.* Se pasaron las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton por su facultativo responsable, a todos los pacientes ingresados en medicina Interna, de forma transversal. Un familiar estuvo presente durante la entrevista y corroboró los datos. Se consideró sospecha de depresión una escala de Hamilton mayor de 18 y ansiedad una escala mayor de 14. Se desestimaron aquellos pacientes en los que no se pudo hacer la entrevista por su estado muy grave o deterioro cognitivo severo.

*Resultados.* De 30 pacientes ingresados se realizaron 26 encuestas. 8 de los encuestados tenían un Hamilton mayor de 18 (30,76%) para depresión. 10 pacientes (38,4%) cumplían criterios de ansiedad (Hamilton > 14). Sólo tomaban tratamiento ansiolítico antes del ingreso 2 pacientes con ansiedad, y el resto no llevaban tratamiento. 4 pacientes llevaban tratamiento antidepressivo desde antes del ingreso y sin embargo no cumplían los criterios de depresión o bien estaban en remisión después seguir un tratamiento. Ningún paciente sospechoso de depresión llevaba tratamiento antidepressivo

*Discusión.* La escala de Hamilton es la escala más utilizada para cuantificar y establecer el diagnóstico y pronóstico de depresión y también es útil para el seguimiento del tratamiento con psicofármacos. Está destinada a la población adulta de todas las edades. Requiere 15-20 minutos y ha de ser administrada por médicos o psicólogos familiarizados con ella. La escala de Hamilton para ansiedad representa varios síntomas para explorar la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Se pregunta al paciente por los síntomas en la semana precedente. Es la más sensible para evaluar el tratamiento de los pacientes con ansiedad. En nuestro caso fue útil para detectar pacientes con depresión y ansiedad no diagnosticados ni tratados. El tiempo para su realización no fue excesivo para nosotros.

*Conclusiones.* En nuestro caso las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad fueron útiles para detectar estas patologías, descubriéndose un porcentaje considerable de pacientes no diagnosticados ni tratados. El tiempo utilizado en nuestra práctica clínica para realizar las encuestas fue breve, por lo que pensamos que las debíamos incorporar a nuestra práctica habitual como internistas.

# COMUNICACIONES PÓSTERS

---

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

---

### A-1

**SÍFILIS EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH**  
**S. Sánchez Trigo<sup>1</sup>, C. Sixto Carreira<sup>2</sup>, S. Pintos Martínez<sup>1</sup>,  
E. Solla Babío<sup>1</sup>, T. Caínzos Romero<sup>1</sup>, L. Vilariño Maneiro<sup>1</sup>,  
A. Mariño Callejo<sup>3</sup> y P. Sesma Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña).

**Objetivos.** Analizar y evaluar las características de la Sífilis en los pacientes con infección por el VIH, con especial atención al estadio en el momento del diagnóstico y el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de ambas enfermedades.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de Sífilis e infección por el VIH en nuestro hospital. Se realizó una búsqueda de pacientes en una base de datos informatizada en el que se incluyen pacientes con infección por el VIH evaluados al menos una vez en consultas externas en el período comprendido entre enero de 2001 a febrero de 2002. Hemos analizado datos epidemiológicos, características clínicas y estadio de la Sífilis.

**Resultados.** Se incluyeron 39 pacientes de nuestro hospital que responden a las características de la búsqueda. El 76.92% eran hombres. La edad media fue de 38.15 años (ratio 20-54). El diagnóstico de ambas infecciones se estableció en el 65.78% de los casos con menos de 6 meses de diferencia, siendo simultáneo en el 28.94% de los pacientes. La forma de presentación de la Sífilis fue asintomática en el 78.98% de los casos, neurolúes en el 18.92% de los casos y sólo un paciente se identificó como sífilis primaria y otro como sífilis secundaria; no identificamos ningún caso de sífilis congénita.

**Discusión.** La coinfección por Sífilis y por el VIH no es infrecuente, ya que ambas enfermedades comparten vía de transmisión similar y tienen un largo período subclínico en el que el riesgo de transmisión es elevado.

**Conclusiones.** 1. En nuestra serie la coinfección por el VIH y Sífilis es más frecuente en hombres. 2. La Sífilis se presentó de forma asintomática en la mayor parte de los pacientes. 3. En la mayoría de los casos el intervalo de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de ambas infecciones ha sido inferior a 6 meses. En casi la tercera parte de los casos el diagnóstico fue simultáneo. 4. Teniendo en cuenta que las dos infecciones comparten la misma vía de transmisión queremos incidir en la importancia que tiene realizar la búsqueda activa de la Sífilis en los pacientes con infección por VIH y de la infección por el VIH en los pacientes diagnosticados de Sífilis.

### A-2

## MEDIDA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

**F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, S. Casallo Blanco,  
M. Izusqui Mendoza, A. Vizuetes Calero, A. Muñoz Ruiz  
y M. Vivas del Val**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

**Objetivos.** Medir la adherencia al tratamiento es fundamental si se quiere mejorar el manejo terapéutico de las enfermedades. La adherencia al tratamiento engloba varios conceptos: forma de administración, cumplimentación de la dosis y persistencia de la duración del tratamiento prescrito. Un sistema habitual de la medida de la adherencia, se realiza calculando la relación de comprimidos tomados/comprimidos prescritos, que en la mejor situación, en la que no existiera ningún fallo sería del 100%. Un instrumento que da una buena aproximación sobre la medida de la adherencia, es utilizar la base de datos del servicio de farmacia hospitalaria en los casos de dispensación obligatoria hospitalaria y analizar y cuantificar la periodicidad de las recetas. Los datos obtenidos de los estudios en los que se ha empleado un dispositivo de medida electrónica, demuestran que únicamente el 50-60% de los enfermos, consiguen una adherencia óptima al tratamiento. El objetivo del estudio era analizar la adherencia al tratamiento antirretroviral mediante el empleo de un cuestionario respondido por el propio enfermo y posteriormente comprobar si las recetas se habían cumplimentado con la periodicidad adecuada.

**Material y métodos.** El estudio se realizó con los pacientes que acudían a una consulta monográfica de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de un hospital del grupo 2, en el plazo de dos meses. Para analizar la adherencia se empleó el cuestionario de Morisky-Green, validado por Val Jiménez. Se realizaron cuatro preguntas: 1) ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? 2) ¿Toma la medicación a la hora indicada? 3) Cuándo se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? 4) Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar la medicación? En los pacientes en los que se había calculado de éste modo, una adherencia del tratamiento superior al 90%, comprobábamos en una segunda fase del estudio, si las recetas se habían realizado en el tiempo adecuado (generalmente un mes) y analizábamos si ambos resultados eran concordantes.

**Resultados.** En el plazo de dos meses se atendieron un total de 50 pacientes. Mediante el cuestionario respondido por el propio paciente, referían una cumplimentación del tratamiento superior al 90%, un total de 42 enfermos (84%). En éstos 42 pacientes, analizábamos si las recetas se habían cumplimentado en un tiempo adecuado, lo que ocurrió en 35 casos (83% con relación a éstos enfermos y 70% con respecto al total de los pacientes). En éstos siete casos, observamos que las recetas se habían retrasado en un tiempo superior a una semana con respecto al previsto.

**Discusión.** Los resultados de nuestro estudio muestran que únicamente un 70% de los pacientes que reciben tratamiento con fármacos antirretrovirales, tienen una cumplimentación adecuada. Si empleábamos únicamente un cuestionario respondido por el propio enfermo, la adherencia igual superior al 90% subía hasta el 84%, por lo que es evidente que un 14% de los enfermos no decían la verdad y demuestra que los cuestionarios contestados por el propio paciente tienen una tendencia a sobreestimar los resultados. La adherencia al tratamiento resulta fundamental para conseguir eficacia y durabili-

dad del tratamiento antirretroviral. La adherencia baja a los fármacos produce una disminución notable de la efectividad de los medicamentos.

**Conclusiones.** En los pacientes afectos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la adherencia al tratamiento es fundamental para conseguir eficacia y durabilidad del tratamiento antirretroviral. Resulta evidente que la administración de pautas de tratamiento más espaciadas, al ser posible, una sola vez al día y simples, un comprimido o dos en esa toma, pueden mejorar la adherencia. En el tratamiento de los pacientes afectos de VIH, se precisa una adherencia mantenida igual o superior al 90%, para conservar prolongadamente la eficacia, pero en nuestro estudio únicamente tenían esta adherencia correcta un 70% de los mismos. Hay que seguir trabajando con éstos pacientes para enfatizar la importancia de una correcta adherencia al tratamiento.

**A-3  
PALUDISMO EN GESTANTES EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

**J. Fernández Navarro<sup>1</sup>, P. Revuelta Mínguez<sup>2</sup>, T. Javarez Fernández<sup>3</sup>, V. Alberola Cuñat<sup>3</sup> y J. Calabuig Alborch<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital Universitario La Fe. Valencia.  
<sup>3</sup>Servicio de Provisión y Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana de Salud (Valencia).

**Objetivos.** El paludismo afecta particularmente a las mujeres embarazadas, siendo una de las mayores causas de morbilidad materna y neonatal en el mundo. Recientemente ha recuperado interés en nuestro país debido fenómeno de la inmigración. Sin embargo, existen muy pocos estudios clínicos en países desarrollados. El objetivo de este trabajo es analizar los embarazos complicados con paludismo atendidos en el Hospital La Fe de Valencia, estudiando sus características manifestaciones clínicas, microbiológicas y obstétricas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de gestantes que sufrieron un episodio de paludismo durante el embarazo entre 1999 y 2008.

**Resultados.** Doce pacientes sufrieron paludismo durante el embarazo, la mitad diagnosticadas en nuestro centro y las otras 6 tratadas en sus países de origen. Todas procedían África Occidental, destacando Guinea Ecuatorial (10/12 casos), inmigrantes de raza negra (11/12). *P. falciparum* fue la especie más frecuente, observándose *P. vivax* en dos mujeres, una de ellas infectada también por *falciparum*. Una paciente estaba coinfectada por el VIH y otra precisó tratamiento por lúes latente. La edad media fue de 24,5 ± 4,1 años. La fiebre (5/6) y la esplenomegalia (4/6) fueron los signos más frecuentes en los casos activos. La mediana de la edad gestacional al diagnóstico fue 24 semanas. Sólo hubo una primípara, observándose más en múltiparas (rango 1<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> gestación, moda 2). El tratamiento en nuestro centro se realizó con quinina (5/6) más clindamicina o doxiciclina (ésta en el puerperio); cloroquina sola se utilizó en 1. En su país fue más heterogéneo (cloroquina, quinina o pirimetamina/sulfadoxina con artemeter). A pesar de un caso complicado con SDRA, no hubo mortalidad maternofoetal ni paludismo neonatal o malformaciones, aunque la prematuridad y la amenaza de parto prematuro fueron muy frecuentes en las pacientes con paludismo activo (4/6), así como un inferior peso al nacer (2872 g frente a 3106 g) y un Apgar más bajo.

Tabla 1. Características analíticas (A-3).

	Paludismo activo (n = 6)	Paludismo tratado (n = 6)
Leucocit. (x1.000/mm <sup>3</sup> )	5,5 ± 9,1	6,6 ± 1,8
Hgb (g/dl)	9,3 ± 1,4	11,3 ± 1,3
Plaquet.(x1.000/mm <sup>3</sup> )	122,0 ± 65,8	176,0 ± 48,5
GOT (UI/dL)	24,8 ± 4,8	18,5 ± 17,1
GPT (UI/dL)	21,7 ± 12,2	18,8 ± 4,7
Bilirrubina (mg/dL)	1,6 ± 0,9	0,5 ± 0,2
LDH (UI/dL)	474 ± 218	324 ± 102
Creatinina(mg/dL)	0,65 ± 0,12	0,70 ± 0,13

**Discusión.** Es de destacar la alta proporción de infecciones por *P. falciparum*, frecuentemente resistente a la cloroquina. A diferencia de otros estudios, encontramos menos incidencia en primíparas.

**Conclusiones.** Quinina más clindamicina son muy efectivas y seguras en nuestras gestantes con paludismo. La prematuridad es la complicación más frecuente.

**A-4  
ADECUACIÓN DEL USO DE SONDA VESICAL Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL**

**A. Lérída Urteaga<sup>1</sup>, N. Guillem Martínez<sup>1</sup>, L. Martín González<sup>2</sup>, P. Tubella Gallego<sup>3</sup> y A. Gómez Rifas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermera Control de Infección, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Valorar de forma prospectiva durante 10 meses la adecuación de la indicación y de la duración del sondajevesical en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna. 2. Cuantificar el desarrollo de infección nosocomial (IN) urinaria en pacientes con indicación o duración inadecuada de sonda vesical (sv). 3. Establecer en base a los datos previos unas indicaciones sobre el uso de sv en nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo durante 10 meses de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con sv colocada en Urgencias o en planta de hospitalización. Todos los pacientes fueron evaluados diariamente por uno de los miembros del equipo investigador estableciendo la adecuación del uso de la sv, su duración y vigilando el desarrollo de IN urinaria. La adecuación del uso de sv y el diagnóstico de IN urinaria se determinaron en base a los criterios establecidos previamente en la literatura. Los datos fueron introducidos y analizados con una base de datos en sistema Access.

**Resultados.** Se siguieron 316 episodios de sondaje vesical entre marzo y septiembre de 2007. 186 pacientes (58.9%) tenían más de 80 años. 254 sv (80%) se colocaron en urgencias y 62 (20%) en planta. La colocación de sv no se consideró adecuada en 134 episodios (42%) siendo la indicación incorrecta en el 53% de las sv colocadas en Urgencias y en el 23% de las colocadas en planta. El 69% de las sv no indicadas se retiraron durante los 3 primeros días. En 73 (40%) de los pacientes con indicación correcta, la duración fue incorrecta. El total de episodios con indicación o duración incorrecta fue de 207 (65.5%) y los días totales de sv no indicada de 695. 15 pacientes (7.2%) de los 207 con indicación o duración inadecuada desarrollaron IN urinaria.

**Conclusiones.** El 42% de las sv colocadas no estaban indicadas, la mayoría son colocadas en Urgencias y se suelen retirar en los 3 primeros días en planta. El 40% de las sv con indicación correcta se mantienen más tiempo del indicado. El 7.2% de los pacientes con indicación o duración no correcta, desarrollaron IN urinaria. Para reducir la tasa de IN urinaria aconsejamos seguir criterios estrictos de indicación de colocación de sv, fundamentalmente en el servicio de Urgencias y valorar diariamente la posibilidad de retirarla una vez colocada.

**A-5  
NEUMONÍA NEUMOCÓCICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**A. Tejada Evans, R. Daroca Pérez y D. Mosquera Lozano**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas del conjunto de pacientes ingresados por neumonía neumocócica en el Hospital San Pedro de Logroño durante los años 2005 y 2006.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de casos, basado en revisión de historias clínicas. Ámbito: hospital secundario con 630 camas. Criterios de inclusión: pacientes ingresados durante los años 2005-2006 en cualquier servicio del Hospital San Pedro, con diagnóstico de neumonía neumocócica establecido por clínica, patrón



radiológico y confirmación microbiológica por cultivo de sangre y/o detección del antígeno bacteriano en orina. Variables: datos de filiación, factores predisponentes, clínica, datos analíticos, patrón radiológico, datos microbiológicos, antibioterapia inicial y evolución. Análisis: resultados expresados en porcentajes, medias y medianas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 6.1 (Windows).

**Resultados.** Se incluyeron 76 pacientes con una mediana de edad de 74 años y con un mayor número de casos en hombres (59,2%). La estancia media fue de 11,3 días. Los factores predisponentes para desarrollar la enfermedad fueron: 23,6% con enfermedad pulmonar crónica, 19,7% diabéticos, 18,4% fumadores, 13,1% alcohólicos, 7,8% con hepatopatía, 7,8% con insuficiencia cardíaca, 7,8% de pacientes con infección por VIH, 5,2% con cáncer, 2,6% con insuficiencia renal y ningún paciente esplenectomizado. La media de factores predisponentes por servicio, teniendo en cuenta los 3 con mayor número de casos fue para Medicina Interna 1,42 con 19 casos, Enfermedades Infecciosas 1,32 con 28 casos y Neumología 0,69 con 23 casos. Las manifestaciones clínicas fueron: 75% de pacientes con fiebre, 68,4% con tos, 63,15% con expectoración, 57,8% con disnea, 39,4% con dolor torácico y 14% con escalofríos. Los estudios analíticos mostraron: 65,7% con leucocitosis y 7,8% con leucopenia, 42,1% con insuficiencia respiratoria, 40,7% con anemia y 26,3% con insuficiencia renal. Estudios radiológicos detectaron: en 80,3% neumonía unilateral y en 19,7% bilateral. Los hemocultivos fueron positivos en el 48,9% y la antigenuria en el 88,8%. El tratamiento antibiótico inicial fue en monoterapia con levofloxacino 35,5%, amoxicilina-clavulánico 22,3%, ceftriaxona 13,1%, cefotaxima 5,2% y piperacilina-tazobactam 1,3%. En el 22,6% restante de los casos se utilizaron combinaciones de cefalosporinas de tercera generación y amoxicilina-clavulánico con macrólidos y levofloxacino. Las complicaciones de la neumonía neumocócica consistieron en bacteriemia (27,6%), necesidad de ingreso en cuidados intensivos (7,8%) y derrame pleural complicado (1,3%). La mortalidad fue del 6,5%. El destino al alta: 86% al domicilio sin atención médica domiciliaria, 7% al domicilio con control por parte del Servicio de Hospitalización a Domicilio y 7% a otras instituciones con cuidados sanitarios.

**Discusión.** La neumonía neumocócica es más frecuente en ancianos. Los factores predisponentes para desarrollar neumonía neumocócica fueron en orden decreciente: enfermedad pulmonar crónica, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, hepatopatía, insuficiencia cardíaca, infección por VIH y cáncer. El Servicio de Medicina Interna tuvo a su cargo pacientes con un mayor número de factores predisponentes. El tratamiento inicial fue en monoterapia con levofloxacino (35,5%), amoxicilina-clavulánico (22,3%), cefalosporinas de tercera generación (18,3%) y piperacilina-tazobactam (1,3%). En el resto se utilizaron tratamientos combinados. Las complicaciones fueron: bacteriemia, ingreso en cuidados intensivos y derrame pleural complicado. La mortalidad fue del 6,5% (dentro de los márgenes globales reportados). La mayoría de los pacientes fueron dados de alta su domicilio.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados por neumonía neumocócica, fueron de forma predominante, hombres ancianos y en su mayoría, con al menos un factor predisponente para el desarrollo de la enfermedad. Fueron tratados principalmente con levofloxacino, aminopenicilinas con betalactamasas y cefalosporinas con evolución favorable. Las complicaciones, fueron bacteriemia, necesidad de ingreso en cuidados intensivos y derrame pleural complicado. La mortalidad intrahospitalaria fue del 6,5%.

#### A-6 ESPECTRO MICROBIOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE APOYO EN CORTA ESTANCIA

M. Ulla Anes<sup>1</sup>, C. Cabronero<sup>2</sup>, J. Rivera Franco<sup>2</sup>, A. Marco Mur<sup>1</sup>, T. Pascual Cuesta<sup>1</sup>, R. Pacheco Cuadros<sup>1</sup>, T. Sáez Vaquero<sup>1</sup> y B. Viña Carregal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

**Objetivos.** Las infecciones son uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario. Por otra parte, conocer el espectro bacteriano de un hospital permite realizar una política antibiótica más adecuada, disminuyendo la morbimortalidad y evitando el desarrollo de resistencias. El objetivo de esta comunicación es conocer la inciden-

cia de Infecciones Microbiológicamente Documentadas (IMD) en nuestro hospital con el fin de optimizar la política antibiótica.

**Material y métodos.** Se han analizado todos los cultivos que resultaron positivos durante el período comprendido entre el 1 de abril de 2007 y el 30 de abril de 2008. Estos incluyen muestras de sangre, orina, heces, esputo, exudado de herida (fundamentalmente úlceras por presión), biopsia digestiva endoscópica, líquido articular, exudado nasal, exudado faríngeo, exudado vaginal y muestra seminal. El Hospital Virgen de la Torre es un hospital de apoyo en corta estancia (100 camas), 70 de Medicina Interna ocupadas fundamentalmente por pacientes geriátricos reagudizados, y el resto destinadas a servicios quirúrgicos (CMA).

**Resultados.** Nº total de ingresos 1.681 (estancia X 9,61 días). Espectro bacteriano: Total cultivos positivos 408 c (M. Interna 341c). Gram negativos 225c (55,15%), Gram positivos 183c (44,85%). *E. coli* 98c (24%), *P. aeruginosa* 44c (10,75%), *E. faecalis* 44c (10,75%), *S. epidermidis* 41c (10%), *S. aureus* 39c (9,5%), *P. mirabilis* 17c (4%), *K. pneumoniae* 12c (3%), *S. hominis* 10c (2,5%), *E. cloacae* 7c (1,75%), *E. faecium* 6 c (1,5%), (*S. agalactiae*; *M. morgani*; *C. freundii* cplx; *K. oxytoca*; *S. pneumoniae*) 5c (1,25%), (*S. pyogenes*; *Micrococcus* sp) 4c (1%), otros con incidencia < 1% 56c (13,75%). Por tipo de muestra: Urocultivo 150c (36,75%): *E. coli* 69c (46%), *E. faecalis* 34c (23%), *P. aeruginosa* 20c (7%), *P. mirabilis* 7c (5%), *K. pneumoniae* 6c (4%), otros 24c (13%). Cultivo de esputo 89c (21,75%): *P. aeruginosa* 20c (22%), *S. aureus* 15c (17%), *E. coli* 8c (9%), *S. epidermidis* 6c (7%), *S. pneumoniae* 5c (6%), otros 35c (39%). Exudado herida 85c (21%): *S. aureus* 16c (19%), *E. coli* 14c (16,5%), *P. aeruginosa* 12c (14%), *S. epidermidis* 6c (7%), *E. faecalis* 5c (6%), *E. cloacae* 4c (5%), otros 28c (22,5%). Hemocultivos 36c (7,5%): *S. epidermidis* 16c (44%), *S. hominis* 10c (28%), *S. agalactiae*-GpB 3c (8%), *S. aureus* 3c (8,5%) SAMR 1c (3%), otros 3c (8,5%). Coprocultivo 13c (3%): (*Salmonella* sp; *P. aeruginosa*; *P. mirabilis*, *S. warneri*) 2c (15,5%), *E. coli* 1c (7,5%), *K. pneumoniae* 1c (7,5%), otros 3c (23%). Otras muestras 35c (10%).

**Discusión.** La incidencia de IMD en nuestro hospital es del 24%. El espectro bacteriano es amplio, detectándose 54 tipos bacterianos diferentes. No obstante, los gémenes más prevalentes son similares a los descritos en otras series. El espectro microbiológico obtenido en el cultivo de esputo, con predominio de *P. aeruginosa* y baja incidencia de *S. Pneumonia-Moraxella-Klebsiella*, se explica por el perfil del paciente de nuestra serie (alto porcentaje de enfermos institucionalizados de edad avanzada, con enfermedades respiratorias crónicas -EPOC-, desnutrición/inmunosupresión, etc). Respecto a los hemocultivos, la elevada prevalencia de infecciones por *staphylococcus* (*epidermidis/hominis/aureus/SAMR* -83,5%-) sugiere un componente relativo a 1: La colocación/cuidado/manipulación de los catéteres periféricos (bacteriemia por catéter) y 2: Técnica de extracción/manipulación de las muestras.

**Conclusiones.** 1. Los procesos infecciosos son una de las causas más frecuentes de ingreso en nuestro hospital (incidencia 24%, a la que hay que añadir las infecciones tratadas empíricamente). 2. Las infecciones del tracto urinario son las IMD más frecuentes, posiblemente por la facilidad en la obtención de las muestras al ingreso. 3. El espectro microbiológico de las infecciones respiratorias, en nuestra serie, está en relación con el alto índice de enfermos crónicos/institucionalizados. 4. La colocación y posterior manejo de vías periféricas requiere una estricta asepsia para evitar bacteriemias por catéter. 5. En comunicación adjunta se exponen los perfiles de resistencia antibiótica del espectro microbiológico descrito en esta comunicación.

#### A-7 MENINGITIS POSQUIRÚRGICA POR *PSEUDOMONA AERUGINOSA* EN PACIENTES CON CATÉTER INTRAVEN- RICULAR. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

M. Rivas Carménado<sup>1</sup>, A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>, V. Asensi Álvarez<sup>1</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, L. Casado González<sup>3</sup>, M. Lantero<sup>2</sup> y J. Cartón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro de Salud de Vallobin. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** La meningitis posquirúrgica por *Pseudomonas aeruginosa* se asocia a una importante morbimortalidad. Se ha relacionado con neurocirugía, catéteres intraventriculares y fistulas de LCR.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 28 casos de meningitis nosocomial posquirúrgica por *Pseudomonas* acontecidos entre (1997-2007) en nuestro hospital.

**Resultados.** Durante el período de estudio fueron revisados 28 casos de meningitis posquirúrgica por *Pseudomonas* (60% mujeres, edad media 55 ± 18 años, rango 16-78). La estancia media tras la infección fue de 26 ± 14 días (7-28 días). Las enfermedades de base más frecuentes fueron: hemorragia intracerebral (32%), neoplasias cerebrales (25%), trauma craneal (25%) e hidrocefalia (18%). Siete pacientes recibieron tratamiento antibiótico previamente con Piperacilina-Tazobactam (3 casos), Quinolonas (3 casos) y Ceftazidima (1 caso). Seis pacientes tuvieron infecciones polimicrobianas por *Staphylococcus Aureus* (2 casos), *Acinetobacter Baumannii* (3 casos) y *E. coli* un caso. En 10 de los pacientes el microorganismo también se aisló en el catéter intraventricular. Los tratamientos más comúnmente utilizados fueron Meropenem (20 pacientes) y Ceftazidima (8 pacientes). En cinco casos se añadió Tobramicina intratecal (20 mg/día), no hubo diferencias significativas entre los dos grupos. El catéter fue retirado en 18 pacientes. Seis enfermos fallecieron a causa de la infección (p = 0,001).

**Conclusiones.** La meningitis posquirúrgica por *Pseudomonas* es una entidad con relevancia creciente. Se asocia con una importante morbi-mortalidad. La retirada del catéter es esencial para obtener una evolución favorable de estos pacientes.

#### A-8 NEUROCYSTICERCOSIS IMPORTADA. REVISIÓN DE 5 CASOS

M. Rivas Carménado<sup>1</sup>, A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>, M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, V. Asensi Álvarez<sup>1</sup>, M. Vega<sup>2</sup>, J. Rial<sup>3</sup> y J. Carton<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Las infecciones del SNC producidas por *Taenia solium* han sido descritas con frecuencia creciente en Europa asociadas a los fenómenos migratorios. Describimos la experiencia en su diagnóstico y manejo en una unidad de Medicina Tropical en Asturias.

**Material y métodos.** Se revisaron todos los pacientes diagnosticados de neurocisticercosis entre marzo 2006- diciembre 2007. En todos los pacientes se realizaron TAC y RNM y se estudió la presencia de anticuerpos totales, fluido vesicular y antígeno de *T. solium* mediante ELISA, en sangre y en LCR si las condiciones clínicas lo permitían. Se utilizaron los criterios diagnósticos previamente establecidos. **Resultados.** Se diagnosticaron 5 pacientes (3 hombres, 2 mujeres, edad media: 39 años, tiempo medio en España: 923 días, rango: 324-1825) procedentes de Ecuador (3 casos), Brasil y Bolivia (1 caso). El síntoma de debut fueron crisis convulsivas (4 casos) y cefalea (1 caso). Excepto en un paciente la TAC mostró la presencia de lesiones quísticas subcorticales con edema cerebral circundante únicas (1 caso) o múltiples en los restantes. La RNM confirmó estos hallazgos en todos los pacientes. Cinco pacientes presentaron anticuerpos positivos en sangre, 3 contra fluido vesicular y 1 caso tenía antígeno positivo. Sólo en un paciente se realizó serología en LCR, en la que los tres marcadores fueron negativos. Cuatro pacientes fueron tratados con albendazol (30 días) acompañados de corticoides en la primera semana con curación completa tras un año de seguimiento. Un caso se trató con praziquantel, (tres dosis en un día) con reci-

diva por lo que recibió un ciclo de albendazol con resolución completa.

**Conclusiones.** La neurocisticercosis es un problema creciente que debe siempre sospecharse en el caso de pacientes que procedan de zona endémica con crisis convulsivas. La RNM es la prueba radiológica más útil. El albendazol es un tratamiento efectivo y seguro.

#### A-9 DESPISTAJE DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN POBLACIÓN GENERAL INMIGRANTE PROCEDENTE DE ZONAS ENDÉMICAS

M. Rivas Carménado<sup>1</sup>, A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>, M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, V. Asensi Álvarez<sup>1</sup>, P. Alonso González<sup>2</sup>, C. Seco<sup>3</sup> y J. Carton<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>3</sup>Centro Comunitario de Trasfusiones (Asturias).

**Objetivos.** La migración de personas procedentes de zonas endémicas para Chagas es una realidad en nuestro país. Describimos los resultados de un programa de cribado realizado en población inmigrante procedente de áreas endémicas.

**Material y métodos.** Se realizó cribado de enfermedad de Chagas en todas aquellas personas procedentes de zonas endémicas para la misma que acudieron a la consulta de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias durante el año 2007. El cribado se realizó mediante la técnica IDPaGia (DiaMed). Los casos positivos se confirmaron en el CNM (Majadahonda) con un segundo ELISA (Ag Totales) y una PCR nested. En todos los casos confirmados se aplicó un protocolo que incluía una valoración clínicoepidemiológica, Rx Tórax, ECG, EGD, EO, y ecocardiografía.

**Resultados.** Se analizaron 23 pacientes (10 procedentes de Ecuador, 7 de Bolivia, 6 de Brasil). Seis pacientes (26%) presentaron serologías positivas para Chagas, que se confirmó sólo en 5 casos. En 3 casos la PCR fue positiva. Todos eran mujeres con una edad media de 55 años y un tiempo medio de permanencia en España de 1.335 días. Cinco pacientes procedían de Bolivia y 1 de Brasil. Todos presentaban los antecedentes epidemiológicos clásicos. Una paciente declinó continuar los estudios. Dos pacientes refirieron palpitations, el resto estaban asintomáticos. En todos los pacientes los estudios complementarios fueron normales salvo un caso que presentó una hipertrofia del VI en el ecocardiograma. Cuatro pacientes recibieron tratamiento con Benznidazol durante 60 días con buena tolerancia.

**Conclusiones.** La enfermedad de Chagas tiene una importancia creciente incluso en zonas con bajos flujos migratorios como Asturias por lo que los programas de cribado son especialmente importantes en este grupo de población. En nuestra experiencia los pacientes son inmigrantes procedentes de Bolivia con fases latentes de la enfermedad.

#### A-10 FIEBRE TIFOIDEA EN EL HOSPITAL DEL SALNES (2002-2007)

J. García García<sup>1</sup>, B. Castro Paredes<sup>1</sup>, F. Fraile Amador<sup>1</sup>, M. López Soto<sup>1</sup>, M. Mella Pérez<sup>1</sup>, C. Sieira Ferrín<sup>2</sup>, M. Rodríguez Campello<sup>3</sup> y M. Trigo Daporta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés Vilagarcía de Arousa (Pontevedra). <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos.** Descripción de los casos de fiebre tifoidea diagnosticados en el Hospital del Salnés en los últimos 6 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de fiebre tifoidea diagnosticados desde el 1 de enero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2007. Se incluyeron los casos en que *Salmonella typhi* se aisló en los hemocultivos. Partiendo del listado de hemocultivos positivos se revisaron las historias clínicas y se recopilaron datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y microbiológicos.

**Resultados.** Se diagnosticaron 22 casos. La edad media (DE) fue de 37,95 (15,35) años. La incidencia por 100.000 habitantes y año fue 1,43 en 2002, 5,71 en 2003, 8,57 en 2004 y 2005, 4,26 en 2006 y 2,67 en 2007. La fuente de adquisición fue la ingestión de moluscos en 38%, el consumo de agua no potabilizada en 20% y en el 42% restante la fuente fue desconocida. Ninguno de los casos fue importado. Las formas de presentación fueron síndrome febril (41%), síndrome entérico (54%) y un caso de colecistitis aguda litiasica. Tres pacientes (14%) presentaron complicaciones: absceso esplénico, colecistitis con derrame pleural y agudización de una insuficiencia renal crónica. En analítica destacó un conteo normal o bajo de leucocitos (95%), eosinopenia (86%) e hipertransaminasemia (100%). El hemocultivo fue positivo en el primer día de incubación en el 73%. Hubo una media de hemocultivos positivos de 2,4. Coprocultivo realizado en 15 casos (68%) y positivo en 2 (13%). Todos los aislados fueron sensibles a Amoxicilina, Trimetoprim/Sulfametoxazol y Ciprofloxacino. El 90% de adultos recibió tratamiento, la mayoría con Ciprofloxacino y un caso con Levofloxacino. Dos pacientes no recibieron tratamiento. El caso pediátrico se trató con Trimetoprim-Sulfametoxazol. Ingresaron el 77%, la mayoría en Medicina Interna (88%). La estancia media (DE) fue 6,64 (3,67) días. El 95% se curó y no se detectaron fracasos terapéuticos ni recidivas. Un paciente falleció por causa no relacionada. En 2 casos se desconoce evolución.

**Discusión.** Nuestros datos muestran una alta incidencia con valores 40 veces superiores a la tasa nacional en los años 2004 y 2005. La disminución en años posteriores parece indicar que sobre una base endémica se ha producido un brote epidémico que ha afectado a 3 ayuntamientos de la costa muy próximos geográficamente. La causa de dicho brote pudo ser una avería de una depuradora de aguas fecales. El número de casos asociado al consumo de moluscos (38%) y la ausencia de casos en ayuntamientos de interior avalan nuestra hipótesis. La endemidad viene corroborada por la incidencia alta y constante en el tiempo en el núcleo de mayor población del área, la presencia de un caso de portador crónico y la ausencia de casos importados. La presentación clínica típica, con datos analíticos muy sugerentes condujeron a un diagnóstico de sospecha y a un tratamiento empírico adecuado. El rápido crecimiento en hemocultivo junto a la escasa rentabilidad del coprocultivo indican que los pacientes acudieron en una fase precoz de la enfermedad. El germen fue sensible a todos los antibióticos habituales. Todo lo anterior explica la baja tasa de complicaciones y la ausencia de mortalidad atribuible. El manejo de los pacientes en la fase aguda fue adecuado pero sólo se hizo seguimiento en una minoría para comprobar que no se convertían en portadores crónicos.

**Conclusiones.** La fiebre tifóidea es endémica en nuestra área y hemos asistido a un brote epidémico que parece estar remitiendo. Debemos tener presente esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de síndromes febriles con/sin manifestaciones digestivas. Hemos realizado un buen manejo clínico de los pacientes pero no un seguimiento epidemiológico adecuado.

#### A-11 MENINGITIS POR LISTERIA EN ADULTOS

**R. García Madero, P. Laguna del Estal, M. Gil Navarro, C. García Zubiri, A. Castañeda, M. López Cano, M. Agud Fernández y M. Yebra Bango**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y evolución de la meningitis aguda bacteriana (MAB) causada por *Listeria monocytogenes* (ML) en adultos, mediante el análisis de los casos diagnosticados en un hospital durante un periodo de 25 años.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad  $\pm$  14 años diagnosticados de MAB, según unos criterios establecidos previamente, entre 1982 y 2006, incluyendo en el estudio aquellos con cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo para *L. monocytogenes*.

**Resultados.** En 245 casos de MAB se identificaron 12 ML (4,9%, del total, 7,3% de las comunitarias, 11,4% de las comunitarias con cultivo de LCR positivo), con una media de edad de  $66 \pm 18$  años (24-84), un 58% mujeres. El 100% fueron de adquisición comunitaria.

El 92% tuvieron factores de riesgo: edad > 50 años (10 casos), diabetes mellitus (3), hepatopatía crónica (3), infección por VIH (2), tratamiento con esteroides (5) o con inmunosupresores (1), tumor sólido (3) y neoplasia hematológica (1). El tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 1-5 días. El 58% presentaron la tríada clásica de fiebre, rigidez de nuca y reducción del nivel de conciencia, el 100% presentó al menos uno de dichos hallazgos, y el 17% desarrolló complicaciones neurológicas en las primeras 24 horas de evolución. La tríada clásica de pleocitosis neutrofilica, hipoglucorraquia e hiperproteínorraquia se observó en el 50%, y al menos uno de dichos datos en el 100%, mientras que el 33% tuvieron un porcentaje de neutrófilos en LCR < 50%. La tinción de gram de LCR fue positiva en el 41%, pero sólo un caso tuvo hemocultivos positivos. El tratamiento empírico indicado ante la sospecha de MAB fue adecuado en 11 casos. Tras conocerse la etiología, el tratamiento fue: penicilina G (1 caso), ampicilina (5), ampicilina + gentamicina (4), ampicilina + cotrimoxazol (1) y cotrimoxazol + gentamicina (1). Ingresaron en cuidados intensivos el 50%, fallecieron el 25% (frente al 10% del resto de MAB, al 11% de las comunitarias y al 12,4% de las comunitarias con cultivo de LCR positivo) y no quedaron secuelas en los que sobrevivieron.

**Discusión.** *L. monocytogenes* es un patógeno que característicamente afecta a pacientes inmunodeprimidos, en edades extremas de la vida (niños y ancianos), embarazadas y, excepcionalmente, a personas previamente sanas. En nuestra serie, solamente en un caso (un varón de 43 años) no se encontró ninguno de los factores de riesgo descritos en la literatura, aunque sí tenía el antecedente epidemiológico de viaje a Méjico e ingesta de queso local. El 17% estaban infectados por el VIH, un porcentaje no elevado y similar al encontrado en otras series, hecho que se relaciona probablemente con el uso de cotrimoxazol como profilaxis frente a *Pneumocystis jiroveci*. Las manifestaciones clínicas y los hallazgos bioquímicos de LCR fueron similares a los encontrados en MAB de otras etiologías, destacando que sólo el 67% tuvieron pleocitosis neutrofilica. El 50% de los aislamientos fueron resistentes a cefalosporinas, lo que obliga a añadir ampicilina al tratamiento empírico de la MAB en adultos con factores de riesgo para ML. Se observó una elevada mortalidad, posiblemente condicionada por la comorbilidad presente en pacientes con ML.

**Conclusiones.** 1) *L. monocytogenes* causa el 11% de las MAB comunitarias de etiología identificada. 2) Casi la totalidad de los pacientes tienen factores de riesgo para la infección, siendo los más frecuentes la edad avanzada, la inmunodepresión y las neoplasias. 3) Hasta un tercio de los casos cursan con pleocitosis mononuclear en LCR. 4) En pacientes con MAB comunitaria que presenten factores de riesgo para infección por *Listeria* (incluido la edad > 50 años), debe añadirse ampicilina al tratamiento empírico inicial.

#### A-12 ANÁLISIS DE 286 EPISODIOS CONSECUTIVOS DE NEUMONÍA COMUNITARIA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS QUE REQUIEREN INGRESO

**F. Llopis Roca<sup>1</sup>, J. Jacob Rodríguez<sup>1</sup>, C. Ferré Llosa<sup>1</sup>, A. Juan Pastor<sup>2</sup> y G. Alonso Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>2</sup>Departamento de Medicina y Urgencias. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar las características y evolución de los pacientes mayores de 75 años con neumonía de adquisición comunitaria (NAC) que requieren hospitalización.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de informes de alta de hospitalización de los pacientes >75 años atendidos entre el 1 de noviembre de 2005 y el 30 de abril de 2007 con el diagnóstico de NAC. Quedan excluidos del análisis los pacientes con neumonía aspirativa, empiema, inmunodepresión, insuficiencia renal en programa de diálisis e infección por el VIH. Se recogen datos de filiación, edad, género, comorbilidad, clasificación pronóstica (Fine y CURB 65), gram y cultivo de esputo, antígeno de neumococo y *Legionella* en orina, hemocultivos y determinación de serología al ingreso y a las 4-6 semanas, tratamiento antibiótico, días de



ingreso, destino al alta y reconsulta a UCIAE e ingreso a los 10 y 30 días del alta.

**Resultados.** Durante el período de estudio, 608 pacientes >18 años con diagnóstico presuntivo o confirmado de NAC ingresaron en el hospital, 286 (47%) de ellos >75 años y considerados para el análisis. La edad media fue 82,4 años (rango 75-98, DE  $\pm$  7,0), 164 (57,3%) eran hombres, 262 procedían de domicilio y 24 (8,4%) de residencia. Atendiendo a la clasificación pronóstica Fine, 76 casos (26,6%) fueron Fine III, 170 (59,4%) Fine IV y 31 (10,8%) Fine V. De acuerdo con la clasificación CURB-65, 94 casos (32,9%) eran CURB 1, 133 (46,5%) CURB 2 y 50 (17,5%) CURB 3. El diagnóstico microbiológico se estableció en 118 casos (106 a través de la detección del antígeno en orina y 24 a través de hemocultivos positivos) y en 42 pacientes el diagnóstico probable fue establecido con la detección de un patógeno pulmonar en el cultivo de esputo. La infección por *S pneumoniae* fue hallada en 115 (40,2%) casos (antígeno urinario en 98, cultivo de esputo en 21 y bacteriemia en 17). Se practicó serologías en 47 (16,4%) pacientes, siendo positivas 7 de ellas (14,9%). El tratamiento antibiótico más prescrito fue levofloxacino solo (110 casos) o en combinación con ceftriaxona (53 casos) en el 57% de pacientes, amoxicilina-clavulánico en el 20,3% (58 casos) y ceftriaxona sola en el 18,9% (54 casos). La estancia media fue 6,01 días (rango 1-30, DE  $\pm$  4,2) (Fine III 4,7 días, Fine IV 6,1 días y Fine V 7,6 días). 10 pacientes (3,5%) fallecieron: 6 Fine IV (3,5%), 3 Fine V (9,7%) y 1 Fine III (1,3%). 13 pacientes (4,7%) fueron seguidos por el equipo de hospitalización en domicilio y 14 (5,1%) fueron trasladados a centros de subagudos. 12 pacientes (4,3%) fueron atendidos en urgencias en los 10 días siguientes al alta (8 reingresos) y 14 (5,1%) a los 30 días (con 8 reingresos).

**Discusión.** La NAC es una patología de alta prevalencia que tiene especial importancia en la población anciana, ya no sólo por la edad, sino por la comorbilidad asociada, que la convierte en grupo de riesgo. *S pneumoniae* sigue siendo el microorganismo más frecuentemente aislado, si bien gérmes como BGN, Legionella o *S aureus* son más prevalentes que en el resto de grupos de edad. Los signos y síntomas clásicos a menudo están ausentes en el paciente anciano, por lo que hay que tener un alto índice de sospecha e instaurar el tratamiento antibiótico de forma precoz para disminuir la mortalidad.

**Conclusiones.** 1. En nuestra serie, los pacientes mayores de 75 años representan cerca del 50% de las NAC atendidas en el servicio de urgencias que requieren hospitalización. 2. En más de la mitad de los episodios se logra determinar el agente etiológico, siendo *S pneumoniae* el microorganismo más prevalente (72%). 3. La mortalidad y la revisita al servicio de urgencias a los 10 y 30 días siguientes al alta fue baja.

#### A-13

**EFICACIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO ALFA 2B Y RIBAVIRINA EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA VHC**  
S. López Calvo<sup>1</sup>, S. Gómez Canosa<sup>2</sup>, Á. Castro Iglesias<sup>1</sup>, L. Margusino Framiñán<sup>3</sup>, P. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>, M. Solla Buceta<sup>2</sup>, M. Trigás Ferrín<sup>1</sup> y J. Pedreira Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>UCI, <sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es comprobar que la combinación de interferón pegilado alfa 2b y ribavirina en la práctica clínica diaria es comparable a la observada en los ensayos clínicos para el tratamiento de la hepatitis crónica VHC.

**Material y métodos.** Estudio observacional analítico, retrospectivo y longitudinal en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con hepatitis crónica VHC, ausencia de contraindicaciones absolutas para el tratamiento y con seguimiento en Consultas Externas de Medicina Interna B del Hospital Juan Canalejo de La Coruña en un período comprendido entre los años 2001 y 2005. Todos los pacientes recibieron Interferón pegilado alfa-2b a dosis de 1,5 mcg/kg a la semana y Ribavirina a dosis de 1.000-1.200 mg al día en los genotipos 1 y 4 y 800 mg en los genotipos 2 y 3. La duración fue de 48 o 24 semanas en función del genotipo. El tratamiento se interrumpió en caso de efectos adversos o por falta de respuesta virológica en la semana 12 o en la semana 24.

**Resultados.** Se incluyeron 166 pacientes. 108 (65,1%) fueron varones y 58 (34,9%), mujeres, edad media 44  $\pm$  10,6 años. El 62,1% tenían genotipo 1. 67 (40,4%) fueron biopsiados demostrándose que el 59,7% tenían grados de fibrosis entre F2-F4, y el 7,5% tenían una cirrosis. 34 pacientes (20,5%) habían recibido previamente tratamiento con interferón en monoterapia o asociado a ribavirina. Completaron el tratamiento 116 (69,87%) pacientes. En 2 (1,2%) pacientes se perdió el seguimiento. Interrumpieron el tratamiento 48 (28,9%), de los cuales 30 (18,3%) fue por efectos secundarios y 16 por falta de respuesta virológica. De los 164 fueron respondedores al tratamiento 78 (47,6%) pacientes y no respondedores, 86 (52,4%). Los genotipos 1 y 4 fueron los peores respondedores, con el 62,1% y 68,4% respectivamente de falta de respuesta. Todos los genotipo 2 presentaron respuesta sostenida, y los 3 un porcentaje de respuesta del 75%. La respuesta virológica en la 12 semana se evaluó en 133 pacientes. Una reducción < 2 log de la carga vírica se vinculó a 87,9% de no respuesta [OR de 14,07, IC 95% (4,5-43,3)] (p < 0,000). En los 34 pacientes que habían recibido tratamiento previo se objetivó respuesta en 7 (20,6%) pacientes y no respuesta en 27 (79,4%) pacientes, por lo que el tratamiento previo condiciona una mayor tasa de no respuesta [OR de 4,6, IC 95% (1,88-11,41)] (p < 0,002). El efecto secundario más frecuente fue la astenia (63,3%). Entre los efectos graves a destacar 3 intentos de suicidio (1,8%) y un caso de Insuficiencia cardíaca severa por Miocardiopatía dilatada en relación con el interferón.

**Discusión.** Los ensayos clínicos han demostrado que la combinación de interferón pegilado y ribavirina induce una respuesta sostenida virológica en el 54-63% de los pacientes con una hepatitis crónica VHC pero la efectividad en la práctica clínica diaria es menos clara. En nuestro estudio es ligeramente inferior (47,6%) y ello es porque la selección de pacientes en "el día a día" es más heterogénea en comparación con los ensayos clínicos. Por esta misma razón la tasa de abandonos por efectos secundarios también es ligeramente superior en nuestros pacientes (18,3% frente al 15%). En otros aspectos como la respuesta por genotipo, más favorable en los 2 y 3 en relación al 1 y 4; y el valor predictivo negativo de la respuesta virológica en la semana 12, nuestros resultados son completamente concordantes.

**Conclusiones.** El porcentaje global de respuesta sostenida a un tratamiento con Interferón pegilado alfa 2b y ribavirina en la práctica clínica diaria es ligeramente inferior a la observada en los ensayos clínicos y el abandono por efectos secundarios es superior y ello en probable relación con la mayor heterogeneidad de los pacientes tratados.

#### A-14

**EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN LA HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C, MEDIANTE LA APLICACIÓN PROSPECTIVA DEL SABADELL'S NIHCD SCORE (SABADELL'S NON INVASIVE, HEPATITIS C RELATED-CIRROSIS EARLY DETECTION SCORE)**

G. Bejarano Redondo<sup>1</sup>, M. Vergara Gómez<sup>2</sup>, B. Dalmau Obrador<sup>2</sup>, M. Gil Prades<sup>2</sup>, X. Calvet Calvo<sup>2</sup> y J. Puig Domingo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo; Ciberhepad. Instituto Carlos III, <sup>3</sup>UDIAT. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar si el NIHCD Score predice la presencia de fibrosis significativa en los pacientes con hepatitis crónica por virus C.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con hepatitis crónica por VHC asintomáticos y que no hubiesen presentado ninguna descompensación previa de su hepatopatía. Se excluyeron pacientes con infección concomitante con VHB, HIV, con un consumo de alcohol > 40 g al día y aquellos con otras hepatopatías concomitantes (hemocromatosis, hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson). A todos ellos se les realizó una biopsia hepática y se les calculó el NIHCD en un período de tres años. El grado de fibrosis obtenido por biopsia hepática (según el índice de Knodell = F0 ausencia de fibrosis, F1 expansión fibrosa, F3 puentes de fibrosis porto-portales, F4 nódulos de fibrosis) se correlacionó con el valor

del NIHCED score mediante curva de ROC Los datos obtenidos se procesaron con el paquete SPSS 15 para su análisis.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 321 pacientes (ratio hombre/mujer 1.27) con una edad media de  $48 \pm 14$  años. La biopsia hepática mostró que 131 (30.5%) no tenían fibrosis o era expansión portal (F0 o F1), mientras que 190 (69.5%) tenían fibrosis significativa (F3) o cirrosis (F4). La sensibilidad del NIHCED para detectar fibrosis significativa fue del 72% y la especificidad del 75% con un punto de corte de 6 puntos. El área bajo la curva ROC fue de 0.787 (IC (0.73-0.83), con VPP 81% y VPN 63.7%, y con una precisión diagnóstica (accuracy) del 72.5%.

**Discusión.** La biopsia hepática es la prueba "gold estándar" para evaluar el grado de fibrosis en los pacientes con hepatitis crónica por virus C. Sin embargo, no está exenta de morbi-mortalidad junto con una mala aceptación por parte del paciente. Nuestra Unidad validó un índice predictivo no invasivo (NIHCED Score) que combina datos demográficos (edad), analíticos (recuento de plaquetas, GOT/GPT y tiempo de protrombina) y ecográficos (atrofia de lóbulo hepático derecho, esplenomegalia e hipertrofia del caudado) para determinar la presencia o no de cirrosis hepática. El NIHCED presenta la siguiente puntuación: Edad  $\geq 60$ : 13 puntos; Tiempo de protrombina  $\geq 1,1$ : 10 pts; Plaquetas  $\geq 100.000$ : 15 pts; GOT/GPT  $\geq 1$ : 10 pts; Hipertrofia del lóbulo caudado: 6 pts; Atrofia del lóbulo hepático derecho: 15 pts; Esplenomegalia  $> 13$  cm: 7 pts. Una puntuación igual o superior a 22 puntos es indicativa de cirrosis hepática. Con una sensibilidad del 86%, una especificidad del 90%, un valor predictivo positivo del 68% y un valor predictivo negativo del 96.4%. El NIHCED fue diseñado para la detección precoz de cirrosis hepática, fundamental para iniciar un programa eficaz de cribaje para el carcinoma hepatocelular. Sin embargo, el diagnóstico de fibrosis significativa con puentes de fibrosis porto-portal es también muy importante porque permite detectar a los pacientes en riesgo de evolucionar de forma rápida a una cirrosis hepática y por tanto a las complicaciones que se derivan de la misma. La presencia de fibrosis significativa puede marcar la realización de un enfoque terapéutico más agresivo de estos pacientes con el inicio de tratamiento antiviral. Nuestro índice si bien es más sensible y específico para el diagnóstico precoz de cirrosis hepática, se ha mostrado también altamente útil para la detección de fibrosis significativa pudiendo evitar la realización de una biopsia hepática, con las complicaciones que pueden derivarse de la misma.

**Conclusiones.** El NIHCED es un índice fácil y accesible que combina datos analíticos y ecográficos prediciendo la presencia de fibrosis significativa sin necesidad de realizar biopsia hepática.

#### A-15 NOCARDIOSIS

**J. Cabrerizo García<sup>1</sup>, M. Malo<sup>2</sup>, L. Millán<sup>1</sup>, J. Hortells<sup>1</sup>, R. Caballero<sup>1</sup>, Á. Cecilio<sup>1</sup> y J. Valle<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** El objetivo de estudio es describir los casos de nocardiosis ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de 19 casos de nocardiosis diagnosticados entre enero de 2004 y noviembre de 2007 codificados en el informe de alta de los servicios de Medicina Interna, Neumología, Enfermedades Infecciosas, Hematología y Cirugía General. Los datos se recogieron de la historia clínica de los pacientes, haciendo referencia a epidemiología, comorbilidades, factores predisponentes, evolución clínica y tratamiento.

**Resultados.** La edad media de presentación fue de 73,8 años con un claro predominio para el sexo masculino (78%). El 72% presentaban patología pulmonar crónica previa, siendo el EPOC la más frecuente (6 bronquitis crónica y 5 enfisematosos). Estructuralmente el 61,1% presentaban bronquiectasias, 4 fibrosis pulmonar y 4 tuberculosis pulmonar previa. El 61% tomaban corticoides y un tercio presentaban antecedentes de neoplasia. Entre otras causas de inmunosupresión destaca la Diabetes Mellitus, insuficiencia renal, VIH, desnutrición, enfermedades sistémicas y alcoholismo. La presentación clínica fue inespecífica en forma de disnea, pérdida de peso, tos con expectoración, fiebre y hemoptisis. Un caso debutó con afectación

cutánea y dos presentaban linfangitis asociada. La afectación pulmonar más frecuente fue en lóbulos superiores con cavitación en tres casos. El TC torácico se realizó en 8 pacientes hallando dos micetomas. El diagnóstico se hizo en el 80% de los casos mediante cultivo de esputo aislando *Nocardia* asteroides en la mayoría de las muestras. Para el tratamiento se empleó trimetoprim-sulfametoxazol, carbapenems y aminoglucósidos. En un caso se hizo exéresis quirúrgica del micetoma.

**Discusión.** La nocardiosis es una enfermedad poco frecuente, de distribución universal producida por especies del género *Nocardia*. Su hábitat natural es telúrico. Las especies más frecuentes son las comprendidas dentro del complejo *Nocardia* asteroides. La nocardiosis pulmonar es la forma más frecuente (40%), suele ser de adquisición comunitaria por vía inhalada más común en varones inmunodeprimidos (neoplasias, transplantados, VIH, tratamiento previo con corticoides o quimioterapia, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal, diabetes, alcoholismo o malnutrición) o con enfermedad pulmonar de base colonizando previamente el tracto respiratorio (EPOC, tuberculosis, silicosis). La clínica depende del estado inmune del paciente y la sintomatología es la habitual de un proceso neumónico. La inmunidad celular mediante linfocitos T previene la diseminación extrapulmonar. La presentación radiológica es variada en forma de condensación, o infiltrados reticulonodulares y frecuentemente se asocia a cavitación. Puede verse afectado cualquier órgano. El 9% de las veces se afecta el SNC en forma de abscesos llagando a una mortalidad del 50%. La forma cutánea o linfocutánea ocurre por diseminación hematogena o primaria en inmunocompetentes por inoculación directa tras traumatismos (5%), el agente causal suele ser la *Nocardia* brasiliensis y puede manifestarse en forma de celulitis, abscesos subcutáneos, ulceraciones, micetomas y linfangitis. El diagnóstico se basa en identificar el microorganismo en muestras de pacientes con síntomas mediante tinción de Gram y Kinyoun. Se prefieren medios de cultivo lentos como Thayer Martin o agar BCY. Las técnicas serológicas no son suficientemente sensibles y las de biología molecular siguen en expansión. El tratamiento de elección es el trimetoprim-sulfametoxazol en combinación con imipenem o ambos en inmunodeprimidos o infecciones graves. Los abscesos deben drenarse.

**Conclusiones.** La nocardiosis pulmonar frecuentemente afecta a pacientes inmunodeprimidos con una presentación clínica habitual y mala respuesta a tratamiento convencional. El aislamiento es complejo ya que en ocasiones la incubación tarda hasta 4 semanas por lo que su diagnóstico suele retrasarse y ensombrecer el pronóstico.

#### A-16 IBROSIS EN MEDICIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES VIH+. COMPARACIÓN ENTRE COINFECTADOS CON VHC Y SIN COINFECCIÓN

**J. Grandes Ibáñez<sup>1</sup>, C. Miralles Álvarez<sup>1</sup>, A. Ocampo Hermida<sup>1</sup>, R. Longueira<sup>1</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>2</sup>, S. Utlesova<sup>1</sup> y J. De la Fuente<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivo.** Valorar la fibrosis hepática mediante FibroScan en pacientes VIH+, adjudiando a cada uno de ellos el grado teórico de fibrosis hepática (Métavir), de acuerdo con los siguientes valores: F0  $< 4,2$  kPa; F1 entre 4,3-6,25 kPa; F2 entre 6,26-7,9 kPa; F3 entre 8-13,7 kPa y F4  $> 13,8$  kPa (Sandrin et al. *Ultrasound Med Biol* 2003). Se compara el grupo de pacientes coinfectados con VHC con otro no coinfectado.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 437 pacientes VIH+ que acuden de forma consecutiva a la consulta de VIH para la realización de pruebas complementarias en relación con sus patologías de base, incluyendo la realización de FibroScan. La comparación se llevó a cabo mediante la prueba de 2 o el test exacto de Fisher. Los análisis se realizaron con EpiInfo (Centres for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA) versión 6.04.

**Resultados.** Se realizó FibroScan en 437 pacientes VIH+, 312 (71,4%) varones y 125 (28,6%) mujeres. La edad de los pacientes es de 42,2 (DS 5,54); 42,7 (DS 1,41) para varones y 40,8 (DS 3,49)

para mujeres. 325 (74,4%) VHC+ y 112 (25,6%) VHC-. En el grupo de coinfectados VIH-VHC 21 (6,5%) presentaban un nivel teórico de fibrosis F0, 82 (25,2%) F1, 58 (17,8%) F2, 84 (25,9%) F3 y 80 (24,6%) F4. En el grupo de pacientes VHC-: 37 (33%) F0, 48 (42,9%) F1, 18 (16%) F2, 8 (7,2%) F3 y solamente 1 (0,9%) F4. Tomando como referencia de grado alto de fibrosis los estadios F3 y F4, se observa en el 50,5% de los pacientes coinfectados, frente al 8,1% de los VHC- ( $p < 0,005$ ; RR 6,28). Tomando como referencia de bajo grado de fibrosis los estadios F0, F1, se observa en el 75,9% de los VHC- frente al 31,7% en los coinfectados ( $p < 0,005$ ; RR 2,39).

**Discusión.** Como era esperable, el porcentaje de pacientes con grados altos teóricos de fibrosis hepática medida mediante FibroScan (F3, F4) fueron muy superiores en el grupo de coinfectados con respecto al de VHC- (50,5% vs 8,1%). Asimismo, los grados bajos (F0, F1) fueron muy superiores en los pacientes VHC- con respecto a los coinfectados (75,9% vs 31,7%). Estos datos indican un RR de presentar fibrosis hepática significativa de 6,28 en los pacientes coinfectados con respecto a los VIH+/VHC-.

**Conclusiones.** 1. La mitad de los pacientes coinfectados VIH-VHC presentaban grados altos de fibrosis medida por FibroScan en comparación con el 8,1% de los VIH+/VHC-. 2. El RR de presentar fibrosis significativa es de 6,28 en los pacientes coinfectados. 3.  $\frac{3}{4}$  partes de los pacientes VIH+/VHC- presentaban grados bajos de fibrosis en comparación con el 31,7% de los pacientes coinfectados.

#### A-17

##### INTERPRETACIÓN DE LA SEROLOGÍA DE SÍFILIS EN LA CONSULTA DE INFECCIOSAS

**J. San Martín López<sup>1</sup>, J. Ortiz Sánchez<sup>1</sup>, J. Ruiz Giardin<sup>1</sup>, N. Cabello Clotet<sup>1</sup>, A. Barrios Blandino<sup>1</sup>, C. Jiménez Navarro<sup>1</sup>, J. García Martínez<sup>2</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (Infecciosas), <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Estudiar la casuística de nuestro medio y los criterios seguidos para la indicación de punción lumbar y tratamiento.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva todos los pacientes atendidos en la Consulta de Infecciosas de nuestro centro desde su apertura en enero 2005 hasta mayo 2008.

**Resultados.** En el período de estudio se atendieron en la consulta de Infecciosas un total de 1418 pacientes (21% inmigrantes), de los cuales 34 (2,5%) consultaron para descartar lúes. Mujeres 65%, inmigrantes 68%. La media de seguimiento es de 7,7 meses/paciente. Los pacientes se pueden clasificar en estos grupos: - Mujeres gestantes derivadas desde Ginecología por serología positiva en el screening del primer trimestre embarazo, asintomáticas (sífilis latente indeterminada): 17 pacientes (50% del total), inmigrantes 16 (94%), 2 (12%) coinfectadas por VIH. Sólo 2 (12%) pacientes con RPR superiores a  $\frac{1}{4}$ , pero se trataron todas las pacientes excepto 1 con un título  $\frac{1}{4}$  que había sido tratada previamente. No se realizó ninguna punción lumbar. Se consideran curadas 14 (82%), y 3 tratadas están pendientes de RPR de control - Varones homosexuales activos: 7 pacientes (21% del total), 6 coinfectados por VIH (86%), 4 inmigrantes (57%), 3 con sífilis secundaria sintomática, 1 sífilis primaria y 3 sífilis latentes (2 indeterminada y 1 precoz). Se realizó punción lumbar a 4 pacientes, 2 pacientes VIH la rechazaron. 4 (57%) pacientes tenían RPR superiores a  $\frac{1}{4}$ , todos se trataron y todos están curados aunque 4 (57%) precisaron retratamiento. - Pacientes en estudio por demencia o focalidad neurológica remitidos para descartar neurolúes: 4 pacientes (12%), edad media 72 años, 50% mujeres, todos españoles, con títulos RPR inferiores a  $\frac{1}{4}$ , con punción lumbar normal en todos los casos, 2 de ellos ya tratados al llegar a la consulta, los otros 2 no se trataron.

**Discusión.** La derivación a la consulta de Infecciosas de pacientes asintomáticos con serologías positivas de sífilis es un problema frecuente, no existiendo recomendaciones concluyentes sobre el manejo e interpretación de esta situación. Nuestra muestra de pacientes con serología sífilis positiva es muy seleccionada: las pacientes gestantes están asintomáticas y presentan títulos bajos de RPR, pero son pacientes de alto riesgo y se optó por tratar en todos los casos. Como se ha descrito en los últimos años, la prevalencia de lúes en homosexuales está aumentando, lo que también se refleja en nuestra

serie. Estos pacientes tienen lúes primarias o secundarias, están infectados por el VIH y a todos se les indicó punción lumbar para descartar neurolúes. En los pacientes remitidos para estudio de demencia no se confirmó el diagnóstico de neurolúes y no se consideró indicado tratamiento en ningún caso.

**Conclusiones.** Nuestra muestra de pacientes con serología sífilis positiva es muy seleccionada, en la que el título de RPR no fue determinante a la hora de indicar tratamiento ni indicación de punción lumbar. Se optó por tratar las pacientes embarazadas, los pacientes VIH y aquellos sin evidencia de tratamiento previo; y se realizó punción lumbar en los infectados por VIH y en los pacientes con deterioro cognitivo.

#### A-18

##### DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON FIEBRE SIN FOCO EN UNA CONSULTA DE INFECCIOSAS

**R. Carrillo Gómez, N. Cabello Clotet, J. Ortiz Sánchez, J. San Martín López, J. Ruiz Giardin, J. Hinojosa Mena-Bernal, A. Barrios Blandino y A. Zapatero Gaviria**  
Servicio de Medicina Interna (Infecciosas). Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Descriptivo de pacientes atendidos para estudio de fiebre sin foco en la consulta monográfica de Infecciosas de nuestro Hospital desde su inicio en enero 2005 hasta diciembre 2007.

**Resultados.** Muestra global: En el período de estudio se atendieron 1.182 pacientes (edad media 47 años, varones 54%, inmigrantes 21%), que realizaron un total de 3.524 visitas, con una media de 3,0 revisiones por paciente. De ellos 131 consultaron por fiebre sin foco. Fiebre sin foco: 131 pacientes (11%), 290 visitas (8%), media de 2,2 revisiones por paciente. Supone la tercera patología en número de pacientes por detrás de los pacientes VIH (218) y las infecciones respiratorias (132). Edad media 36 años (rango 15-87), varones 61%, inmigrantes 22%. Los pacientes procedían de la Planta de Hospitalización 52%, Urgencias 32%, A. Primaria 10% y otros Servicios 6%. La situación de los pacientes al fin del estudio es: alta 68%, en seguimiento 14% y perdidos en el seguimiento 18%. La media de seguimiento es de 88,6 días por paciente. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: fiebre aguda autolimitada 18 casos, mononucleosis por EBV 18 casos, enfermedad autoinmune 14 casos (3 enfermedad Still) (11%), fiebre Q 10 casos, infección aguda por CMV 7 casos, hepatitis virales 4 casos, fiebre tumoral 4 casos, fiebre exantemática 4 casos. Entre los pacientes remitidos desde Urgencias (42) sólo tenían patología grave 1 tumor ovárico, 1 síndrome Goodpasture y 1 fiebre Q.

**Discusión.** En nuestra muestra, la proporción de pacientes derivados por fiebre sin foco es elevada. Nuestra consulta dispone de una agenda semanal para casos urgentes, por lo que la demora en la atención a los pacientes derivados desde Urgencias es mínima. Esto explica que la mayoría de nuestra serie corresponda con patología banal, al compararse con otras series. Estos resultados son además una medida indirecta de que la criba de patología grave en los pacientes con fiebre en nuestras Urgencias es adecuada.

**Conclusiones.** 1. En nuestra consulta, la proporción de pacientes atendidos por fiebre sin foco es elevada 2. La prevalencia de patología autoinmune fue del 11% y de patología tumoral 3%. La mayoría de nuestros pacientes con fiebre sin foco tienen patología banal por el alto porcentaje de pacientes con fiebre de corta duración procedentes de Urgencias.

#### A-20

##### MENINGITIS POR BACILOS GRAM-NEGATIVOS EN ADULTOS

**M. Gil Navarro, P. Laguna del Estal, C. García Zubiri, R. García Madero, M. López-Cano, A. Castañeda Pastor y M. Yebra Bango**  
Servicio de Medicina interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y evolución de la meningitis por bacilos gram-negativos (MBGN) en adultos.



**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad mayor o igual a 14 años diagnosticados de meningitis aguda bacteriana (MAB), según unos criterios establecidos previamente, entre 1982 y 2006, incluyendo en el estudio aquellas con tinción de gram y/o cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivos para bacilos gram-negativos.

**Resultados.** En 245 casos de meningitis aguda bacteriana se identificaron 15 (6,12%) MBGN, con una media de edad de  $51 \pm 19$  años (14-79), un 60% hombres. El 73% fueron de adquisición nosocomial. El 93% tenían factores predisponentes [neurocirugía previa (60%), dispositivos neuroquirúrgicos (60%), enfermedades sistémicas (20%) (1 sida, 1 cirrosis hepática, 1 cáncer de mama metastásico), traumatismo craneoencefálico (7%), infección extrameningea (7%) y el 73% presentaron varios. Los pacientes con MBGN presentaron menos sintomatología que los pacientes con otras etiologías de MAB: cefalea (40% frente a 87%), vómitos (27% frente a 54%), rigidez de nuca (47% frente a 76%), reducción del nivel de conciencia (53% frente a 61%), siendo en ambos grupos el síntoma más frecuente la fiebre (93% y 90%). Un 13% desarrollaron complicaciones neurológicas (crisis epilépticas). Se realizó TC craneal al 73%, observándose alteraciones en el 48%, siendo el hallazgo más frecuente la ventriculomegalia. El análisis de LCR mostró los siguientes resultados: 80% presentaron  $> 100$  leucocitos/mm<sup>3</sup>, con una media de  $1.872 \pm 2.482$  leucocitos/mm<sup>3</sup>, 87% un porcentaje de neutrófilos  $> 75\%$ , 87% proteínas elevadas, 47% hipoglucoorraquia, 66% tinción de gram positiva, 93% cultivo positivo [*E. coli* 3 (20%), *P. aeruginosa* 3 (20%), *Pseudomonas* spp 2 (13%), *Enterobacter aerogenes* 2 (13%), *Acinetobacter* spp 2 (13%), *Flavobacterium brevis* 1 (7%), *Klebsiella pneumoniae* 1 (7%), *Morganella morganii* 1 (7%)]. El 100% de los aislamientos fue sensible al tratamiento antibiótico empírico inicial. Ingresaron en UCI el 27% y fallecieron el 20%.

**Discusión.** Los resultados del estudio demuestran que los bacilos gram-negativos son una etiología infrecuente de MAB, pudiendo desarrollarse en dos grupos de enfermos bien diferenciados: 1) pacientes con intervenciones y/o dispositivos neuroquirúrgicos como origen de la infección, habitualmente con una adquisición nosocomial, con menor expresión clínica (siendo fiebre y disminución del nivel de conciencia los síntomas que harán sospechar la enfermedad), con buena respuesta al tratamiento antibiótico y que requieren la retirada de los dispositivos neuroquirúrgicos siempre que sea posible; 2) pacientes con enfermedades sistémicas que cursan con inmunodepresión, en los que la meningitis es secundaria a bacteriemia desde un foco infeccioso fuera del SNC, y que se asocian a una alta mortalidad a pesar del tratamiento.

**Conclusiones.** 1) La MBGN se desarrolla en pacientes con neurocirugía previa o dispositivos neuroquirúrgicos y en pacientes con estados de inmunodepresión, presentando en este último grupo una mortalidad muy elevada en relación con la enfermedad subyacente. 2) Aunque infrecuentes, su incidencia está aumentando en los pacientes neuroquirúrgicos durante el postoperatorio. 3) Las bacterias aisladas con más frecuencia son *E. coli* y *Pseudomonas* spp.

## A-21

### TULAREMIA: EXTENSIÓN A OTRA PROVINCIA DE CASTILLA Y LEÓN

L. Alvela Suárez, M. Gómez Munuera, V. Chimpén Ruiz, G. De Francisco Jiménez, M. Fraile Alonso, R. Querol Prieto y M. Bécares Lozano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Estudio de los casos surgidos en la provincia de Salamanca en cuanto a factores de riesgo, formas clínicas, tratamiento y evolución.

**Material y métodos.** Se estudiaron prospectivamente los casos diagnosticados de tularemia en el período de 2007 a junio de 2008 de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca y otros estudiados de forma ambulatoria.

**Resultados.** Se han recogido 17 casos, de los cuales 12 eran varones (70,58%) y 5 mujeres (29,41%). Requiritieron ingreso 7 (41,18%). Las formas clínicas de presentación fueron: tifoidea en 6 casos (35,29%), neumónica en 3 (17,65%), ganglionar en 4 (23,53%), ulceroganglionar 1 (5,88%) y desconocida en 3 casos (17,65%). El factor de riesgo fue en 6 casos (35,29%) el contacto

con conejos o liebres, en 2 (11,76%) contacto con topillos, en 5 (29,41%) contacto con otros animales y fue desconocido en 3 (17,65%); en un caso no existía ningún factor de riesgo (5,88%). Con respecto al tratamiento 8 (47,06%) recibieron ciprofloxacino, 2 (11,76%) doxiciclina, 1 (5,88%) levofloxacino, 1 (5,88%) gentamicina y claritromicina, 1 (5,88%) doxiciclina y luego ciprofloxacino. La evolución fue favorable en todos los casos declarados.

**Discusión.** La forma clínica clásica de la tularemia es la úlcero ganglionar seguida de la ganglionar y su fuente de contagio más habitual los lagomorfos (conejos y liebres). Llama la atención que en nuestros casos predomine la forma tifoidea (fiebre sin foco) y la menos frecuente sea la úlcero ganglionar. Con respecto a los factores de riesgo si fue el contacto con conejo y liebres la causa de contagio más frecuente, como se describe en la literatura. La mayoría ha sido tratada con quinolonas como indican las nuevas recomendaciones.

**Conclusiones.** La forma clínica más frecuente en nuestra provincia ha sido la tifoidea. La forma úlcero-ganglionar es menos frecuente en nuestro medio. Ignoramos el porqué de esta inversión en las distintas formas de presentación de la tularemia. Las nuevas quinolonas han sido el tratamiento más utilizado observándose una buena evolución con las mismas.

## A-22

### CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO DURANTE 5 AÑOS

A. Carrero Gras<sup>1</sup>, M. Cepeda González<sup>1</sup>, E. Ferreira Pasos<sup>1</sup>, S. Hernando Real<sup>2</sup>, P. Carrero González<sup>2</sup>, J. Moreno Palomares<sup>1</sup>, B. García López<sup>1</sup> y J. Elizaga Corrales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital General. Segovia.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de las diarreas producidas por *Clostridium difficile* a lo largo de 5 años en el hospital general de Segovia, así como los tratamientos empleados y evolución de los pacientes con este diagnóstico.

**Material y métodos.** Se recogieron todas las peticiones para toxina de *Clostridium difficile* a través del laboratorio de Microbiología (2003-2007). Se registraron 700 peticiones de las cuales 61 fueron positivas. El método diagnóstico empleado en nuestro laboratorio fue la detección de Toxina A y B. Se diseñó un protocolo de recogida de datos y se analizaron sólo las historias clínicas con resultado positivo. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Las 61 historias revisadas correspondían a 57 pacientes. El protocolo de recogida de datos se pudo completar correctamente en 41 casos, las restantes o estaban incompletas o se trataba de pacientes ambulatorios. El 56% de la muestra eran mujeres y el 44% varones. La mediana de edad fue de 78 años (DS 17.5). El 10% de las peticiones fueron extrahospitalarias y entre las hospitalarias, el mayor porcentaje (75%) correspondían a servicios médicos y el 14% a quirúrgicos. El 32% fueron infecciones de la comunidad y en el 68% de los casos el diagnóstico fue intrahospitalario (mayor de 72 horas de ingreso). Con respecto a las características clínico-analíticas: el 41% tuvo fiebre, sólo el 12% presentó leucocitosis y la gran mayoría se catalogó como colitis inespecífica (73%). Sólo hubo 2 casos de colitis fulminante. El 40% de los pacientes presentaba patología basal grave (oncológica fundamentalmente) y el 51% presentaba algún tipo de inmunosupresión (Quimioterapia el 15%, corticoterapia el 14%, Diabetes mellitus el 38%, tratamiento inmunosupresor previo el 19%...). Sólo el 7,3% tenía enfermedad inflamatoria intestinal, casi la mitad de los pacientes llevaba más de 15 días ingresado y estaban en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. El 83% había recibido antibioterapia previa en los días previos, de éstos, el 67% con un solo Antibiótico y el resto con una combinación de 2 o más antibióticos. De los tratados con monoterapia, el 35 recibió Penicilinas (Cabapenem, cefalosporinas y/o betalactámico con inhibidores de las betalactamasas). El 30% recibió quinolonas y sólo el 3% glicopéptidos. La combinación de antibióticos más utilizada fue la de penicilinas junto a quinolonas. La vía de administración mayoritaria fue la intravenosa (67%). El 75% de los pacientes recibió tratamiento específico, de éstos el 87% se trató con Metronidazol.

En el 82% de los casos se retiró el Antibiótico responsable del cuadro. Sólo se utilizaron antiperistálticos en el 14%. Hubo un número escaso de complicaciones con sólo 4 casos (3 de abdomen agudo y un caso de íleo paralítico). No se aisló a ningún paciente y en el 20% se hizo colonoscopia con escaso rendimiento diagnóstico.

**Conclusiones.** Nuestra serie no difiere especialmente de lo descrito en la literatura. Se trata de pacientes que en su mayoría estaban recibiendo tratamiento antibiótico. La evolución tras la retirada del antibiótico responsable junto con la utilización de metronidazol fue buena registrando un escaso número de complicaciones.

### A-23

#### UTILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS Y ANTIGENURIA EN NEUMONÍAS

**M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, G. López Larramona<sup>1</sup>, F. Martínez Pérez<sup>2</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>3</sup>, R. Espinosa Aunión<sup>4</sup>, L. González Sánchez<sup>5</sup>, E. Moreno Mata<sup>5</sup> y M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>4</sup>Servicio de Oncología. <sup>5</sup>Servicio de Alergología. <sup>6</sup>Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** El objetivo es cuantificar el número y tipo de neumonías ingresadas y la contribución de los hemocultivos y antígenos en orina para el diagnóstico etiológico en nuestro hospital. La hospitalización está funcionando desde abril 2007 (hasta la fecha sólo camas de M. Interna). No dispone de UCI, lo que condiciona el tipo de pacientes ingresados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se hizo búsqueda de casos a partir de los informes de alta y la base de datos del hospital (laboratorio, radiología e informes están digitalizados) desde el mes de mayo'07 hasta marzo'08 (ambos inclusive), recogiendo las variables: edad, residencia, días ingreso, tipo neumonía, hemocultivos, antígenos en orina (neumococo y legionella), microorganismos aislados, destino final. Se excluyeron los casos en los que no se confirmaron alteraciones radiológicas. Análisis estadístico con SPSS. 12.0.

**Resultados.** Se incluyeron 116 casos, 69 varones (59,5%) y 47 mujeres (40,5%). La edad media fue de 76,14 (mínimo 19 y máximo 102; sólo 23 casos tenían menos de 80 años). Días de ingreso: media de 9 (mínimo de 1 y máximo de 30). Tipo de neumonía: 84 adquiridas en la comunidad (NAC) (72,4%), 14 nosocomiales (de las que 4 fueron por broncoaspiraciones durante el ingreso), y 18 por broncoaspiración (la mayoría en relación a ACVA extensos como causa de hospitalización). Fallecieron un total de 18 pacientes (15,5%), 8 hombres y 10 mujeres; de los 18 exitus, 4 habían ingresado por NAC, 7 por nosocomiales (lo que representa una mortalidad del 50% en este grupo) y 7 por aspiración (38,8%). Se recogieron antígenos en orina en 58 casos (50%), siendo negativo en 55 y positivo en 3 para neumococo. Se extrajeron hemocultivos en 58 casos siendo negativos en 53 y positivos en 5 (1 *E. coli* en paciente con neumonía asociada a ventilación mecánica, 1 *S. Viridans* en paciente que desarrolló también una endocarditis, 1 *Candida kefir* que también creció en urocultivo, y 2 contaminaciones por *S. Hominis*). Hubo otros 3 casos con hemocultivos negativos (no antigenuria realizada) que se diagnosticaron mediante cultivo esputos: 1 *P. aeruginosa*, 1 SAMR en paciente con broncoaspiración y 1 *A. Fumigatus* en neumonía nosocomial que se sobreinfectó. En otro caso con NAC creció *E. coli* en urocultivo, aunque los hemocultivos y los cultivos de esputo fueron negativos. Los casos con antigenuria positiva tuvieron hemocultivos negativos, y viceversa. Respecto a la distribución por tipos de neumonía, los antígenos en orina se pidieron en 52 de las 84 NAC, 3 de las 14 nosocomiales y 2 de las 10 neumonías aspirativas. En cuanto a los hemocultivos, se solicitaron en 42 NAC, 8 nosocomiales y 8 aspirativas.

**Discusión.** Como era esperable, la mayor petición de la antigenuria fue en el grupo de la NAC, frente a los hemocultivos, que se solicitaron mayoritariamente en los otros dos grupos. Aproximadamente la mitad de las NAC en las que se solicitó antigenuria pero no hemocultivos presentaron fiebre a su llegada al hospital. La razón fundamental de no extraer hemocultivos fue haber instaurado previamente

el tratamiento antibiótico.

**Conclusiones.** Los antígenos en orina son una técnica rápida y sencilla que pueden resultar muy útiles, fundamentalmente en las NAC. Se debe insistir en la extracción precoz de hemocultivos para mejorar su rentabilidad.

### A-24

#### DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES URINARIAS EN EL PRIMER AÑO

**M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>2</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>2</sup>, L. Rodríguez Rojas<sup>2</sup>, F. Martínez Pérez<sup>3</sup>, J. Lara Muñoz<sup>4</sup>, L. Fernández-Clemente Martín-Orozco<sup>1</sup> y G. López Larramona<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>4</sup>Atención Primaria. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>3</sup>Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** El Hospital General de Tomelloso abrió la hospitalización en abril de 2007, con camas de Medicina Interna, con un número variable de pacientes ingresados que oscila entre 20 y 40. No dispone de UCI. El objetivo es analizar el número de casos en los que se solicitaron uro y hemocultivos y su contribución al diagnóstico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Selección de los casos a partir de los informes de alta durante el primer año de apertura del hospital (desde mayo 2007 a abril 2008), incluyendo aquellos con clínica y sedimento urinario compatible (al ingreso o durante el mismo). Se incluyeron: edad, sondaje previo al ingreso, urocultivo, hemocultivo, microorganismo aislado, destino final. Análisis estadístico con SPSS 12.0.

**Resultados.** Fueron seleccionados 64 casos (28 varones y 36 mujeres), con una media de días de ingreso de 9,38 (rango entre 1 y 25); 9 fallecieron (14,1%) y uno precisó traslado a H. Mancha Centro (Alcázar de San Juan) para colocación catéter doble J por obstrucción. 8 de los casos eran portadores de sonda vesical (5 varones y 3 mujeres). Se solicitó urocultivo en 25 hombres y 32 mujeres (89% del total de casos), siendo positivo en 13 hombres (uno de los resultados probable contaminación) y 13 mujeres, lo que representa un total de 45,61% del total de urocultivos (52% hombres y 40,6% mujeres). Los hemocultivos fueron positivos en 3 hombres y 2 mujeres, coincidiendo con urocultivos positivos para los mismos gérmenes excepto 1 hombre y 1 mujer con urocultivos negativos en los que se aisló en sangre *E. cloacae* y SAMR. De los 8 pacientes sondados, en 1 no se solicitaron cultivos, en 2 los urocultivos fueron negativos, y en los otros 5 el urocultivo fue positivo (uno de ellos con hemocultivo negativo y otro con hemocultivo positivo): 2 *P. aeruginosa*, 2 *E. faecalis* y 2 *E. coli* (incluyendo el caso con *E. coli*+*E. faecalis*). Se identificó agente causal en 36 de los casos (56,3%): 15 *E. coli* (23,5% del total) siendo 4 de ellos productores de BLEA, 3 *E. faecalis* (incluyendo un caso de coinfección con *E. coli*), 3 candidas (*tropicalis*, *albicans* y spp), 2 *E. Cloacae*, 2 *P. Mirabilis*, 2 *P. aeruginosa*, 1 *P. stuartii*, 1 SAMR. Respecto a los 8 pacientes portadores de sonda, se aisló microorganismo en 3 varones (*Pseudomona*, *E. coli* y coinfección *E. coli*+*E. Faecium*) y 2 mujeres (*E. faecalis* y *Pseudomona*). Con respecto a los 9 pacientes fallecidos se llegó a un diagnóstico microbiológico en 3 hombres (*E. coli*, *E. cloacae* y SAMR) y 1 mujer (*P. aeruginosa*).

**Discusión.** El urocultivo es un método sencillo y bastante útil para identificar el agente causal de las infecciones urinarias, entre cuyas ventajas destaca también la rapidez en los resultados. El microorganismo más frecuente en nuestra serie es *E. coli*. En pacientes sondados destaca además *P. aeruginosa*. De los pacientes fallecidos, 3 ingresaron con el diagnóstico de shock séptico y fallecieron en las primeras 24 horas, con lo que el diagnóstico etiológico fue a posteriori.

**Conclusiones.** Es rentable realizar urocultivo en pacientes con síntomas urinarios.

**A-25****INFLUENCIA DEL USO PREVIO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES URINARIAS GRAVES****A. Esparcia<sup>1</sup>, A. Artero<sup>1</sup>, B. Roig<sup>1</sup>, M. Candel<sup>1</sup> y J. Merino<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alicante.

**Objetivos.** Conocer la influencia del uso previo de antibióticos sobre el patrón de resistencias de los microorganismos causantes de infecciones urinarias graves y su influencia sobre el uso de antibióticos empíricos inadecuados.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de series de casos de las infecciones urinarias ingresadas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Peset, durante un periodo de 3 meses en 2007. Recogida protocolizada del uso previo de antibióticos en los tres meses anteriores al ingreso y de las características clínico epidemiológica de los pacientes.

**Resultados.** Se estudiaron 50 pacientes, 72% mujeres, con edad media de 78,5 ± 12,2 años. El 64% tenían una enfermedad de base rápida o últimamente fatal (clasificación de McCabe), el 18% tenían APACHE II > 15 al ingreso, el 8% shock séptico y el 20% fallo de dos o más órganos. La mortalidad intrahospitalaria fue del 18% y la relacionada con la infección del 16%. La etiología fue: *Escherichia coli* 34, *Klebsiella pneumoniae* 7, *Enterococcus faecalis* 5, y otros microorganismos 11 casos. Se documentó uso previo de antibióticos en el 38% de los casos: quinolonas 36%, cefalosporinas 18%, vancomicina 6% y otros 6%. Se aislaron 9 de 34 casos (28%) de *E. coli* y 3 de 7 casos (43%) de *K. pneumoniae* resistentes a quinolonas. El uso previo de quinolonas se asoció con la identificación de *E. coli* y *K. pneumoniae* resistentes a quinolonas (12/41 casos,  $p = 0,001$ ), pero no con la administración de antibióticos empíricos inadecuados (11/41 casos,  $p = 0,157$ ). La mortalidad hospitalaria se asoció con el fallo de dos o más órganos ( $p = 0,003$ ) y con el APACHE II > 15 ( $p = 0,023$ ), pero no con el tratamiento antibiótico empírico inadecuado ( $p = 0,225$ ).

**Discusión.** El uso previo de antibióticos se asoció a una mayor incidencia de microorganismos resistentes causantes de infección urinaria. Pese a ello, no hemos encontrado asociación con el uso inadecuado de antibióticos empíricos, lo que probablemente se deba al número limitado de casos. Tal y como ha sido descrito en otras series fueron los factores de gravedad del paciente los que se asociaron con el pronóstico y no el tratamiento antibiótico administrado.

**Conclusiones.** El uso previo de quinolonas se asoció significativamente a ITU producidas por microorganismos resistentes, sin que influyera de forma significativa en el uso empírico inadecuado de antibióticos ni en el pronóstico.

**A-26****UTILIZACIÓN DE LA COLINESTERASA PLASMÁTICA COMO MARCADOR DE GRAVEDAD EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD****L. López, I. Amorós, A. Gómez, L. Castellano, I. Jiménez, A. Roldán y A. Belda**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** El descenso de colinesterasa plasmática (CP) se ha postulado como un indicador de mal pronóstico en los procesos infecciosos agudos. Siguiendo esa hipótesis, la CP podría ser un parámetro útil para indicar la gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Con el propósito de analizar la relación entre la CP y el curso evolutivo de la NAC se ha diseñado el presente trabajo.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional entre enero 2007 y marzo 2008 de los pacientes diagnosticados de NAC en nuestro hospital. En todos ellos se determinó la CP y se ha analizado su valor pronóstico y su relación con el índice de severidad de Fine.

**Resultados.** Se incluyeron 172 pacientes, con una mediana edad 77 años (+ rango intercuantil 17), siendo el 57% hombres. Se define como complicaciones la presencia de éxitus, empiema, necesidad de

VMNI o shock séptico apareciendo en 19 casos. Se clasificaron a los pacientes según valores de PSI, el 12,8% pertenecía a la categoría I, el 3,5% a la categoría II, el 7,0% a la III, el 46,5% a la IV y el 30,2% a la V. Se realizó CP de control tras resolución del proceso en 53 pacientes, en los que se aprecia un incremento en sus niveles desde una media de 5928.4 U/l a 8179.3 U/l con significación estadística ( $p < 0,001$ ). Cuando se valoró la relación entre los valores de CP y PSI se apreciaron niveles menores de CP en aquellos pacientes con PSI más elevado siendo la relación estadísticamente significativa ( $p = 0,048$ ). Esta relación adquiere mayor significación si comparamos los valores de CP con la presencia de complicaciones manteniéndose su relación inversa, ( $p = 0,019$ ). Si analizamos el subgrupo de pacientes que ingresan con PSI < 3, apreciamos una correlación entre la aparición de parámetros clínicos o radiológicos de mayor gravedad y mayor descenso de niveles de CP, aunque sin alcanzar significación estadística.

**Conclusiones.** Aunque nuestro estudio se encuentra parcialmente limitado por el mayor porcentaje de pacientes con PSI > 3, se aprecia niveles más bajos de CP en aquellos casos con PSI más alto así como en aquellos pacientes que presentan complicaciones. Así mismo se observa que en aquellos pacientes con PSI < 3 hay una tendencia a niveles de CP menores en aquellos que muestran parámetros clínicos y/o radiológicos de gravedad. Por ello la determinación de la misma podría ser usada como un parámetro más de gravedad en la NAC.

**A-27****ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIH EN LA ERA POST TARGA EN EL HOSPITAL JUAN CANALEJO****M. Trigas Ferrin, S. López Calvo, L. Ferreira González, C. Díaz Lagares, P. Vázquez Rodríguez, A. Castro, L. Castelo y A. Mena de Cea**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Analizar las causas de mortalidad de los pacientes con infección por VIH de nuestra área sanitaria tras la introducción del TARGA (tratamiento antiretroviral de gran actividad).

**Material y métodos.** Revisión de forma retrospectiva de pacientes con infección por VIH que fallecieron entre enero del 2000 y abril del 2008 en nuestro hospital. Análisis de datos demográficos, cifras de CD4, categoría clínica, realización correcta del TAR (cumplimiento correcto en los seis meses previos), coinfección con VHB y VHC, causa de muerte y muerte relacionada con VIH. Análisis de resultados con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** Durante un periodo de tiempo de 8 años fallecieron 199 pacientes, 81% hombres, con edad media de 42 años (24-80). El 63% categoría clínica C3 en el momento de la muerte. El tiempo medio de evolución de la infección desde diagnóstico de 9 años (2m-21 a); un 7,9% falleció en los 6 primeros meses tras el diagnóstico. Sólo el 35% realizaba TARGA. En un 64% la causa de muerte estuvo relacionada con el VIH. Entre las causas de muerte la más frecuente fue la infección (47%: 28% infecciones oportunistas y 19% no oportunistas), el cáncer y la hepatopatía representaron un 16,6% cada una y los eventos cardiovasculares sólo el 2,5%. Dentro del grupo de los fallecidos por cáncer el 51,5% presentaron cáncer relacionado con VIH (42% LNH y 9% carcinoma de ano); el cáncer de pulmón fue la neoplasia más frecuente no asociada a VIH (24%). Al comparar los pacientes que realizaban o no TAR el cáncer de pulmón fue más frecuente entre los que realizaban tratamiento (33% vs 8,3%) mientras que las neoplasias hematológicas en aquellos sin tratamiento (58,3% vs 33,3%) aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística. El 100% de los pacientes que fallecieron de hepatopatía estaban coinfectados con el VHC, y de esos el 33% además coinfección con VHB y un 40% además antecedente de etilismo. Las cifras de CD4 y el Nadir (cifra de CD4 más baja) en los pacientes que fallecieron de causa infecciosa fueron más bajas que en los que fallecieron por causa no infecciosa (94 vs 220 CD4; 53 vs 139 Nadir) con significación estadística. El 83% de los pacientes que fallecieron por infección no realizaba el tratamiento.

**Discusión.** Tras 10 años de la introducción del TAR, las infecciones



siguen siendo la causa principal de muerte en nuestra serie y se asocian a una baja adherencia al tratamiento y mala situación inmunológica. El cáncer y la enfermedad hepática (sobre todo asociado a la coinfección con VHC) son causas importantes de muerte; estos datos concuerdan con lo publicado en la literatura. El retraso diagnóstico no ha sido un factor relevante en la mortalidad y sólo el 7,9% de los pacientes fallecieron de forma precoz tras el diagnóstico. Cabe señalar que casi la mitad de las muertes asociadas a cáncer fueron debidas a neoplasias no relacionadas con la infección por VIH siendo el cáncer de pulmón el más frecuente y dentro de un subgrupo de pacientes con buena adherencia al tratamiento. Por el contrario el LNH es la causa de muerte por neoplasia más frecuente en el grupo no adherente al tratamiento. El porcentaje de pacientes que fallecieron por causa CV es menor que en otras series (hasta un 8% en la literatura).

**Conclusiones.** Las infecciones siguen siendo la causa principal de muerte en pacientes con infección por VIH en nuestro medio debido a la ausencia de adherencia al tratamiento. El cáncer y la enfermedad hepática son causa de muerte importante entre los pacientes que realizan el tratamiento.

#### A-28

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON MONONUCLEOSIS INFECCIOSA INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**G. Ojeda Burgos, J. Carrillo Linares, M. Gallego Blázquez, R. Martín Morales, S. Gómez Ramírez, I. Pérez Hernández y R. Palacios Muñoz**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con mononucleosis infecciosa (MI) que ingresan en un hospital de tercer nivel y realizar una valoración crítica de la necesidad de hospitalización de dichos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con M. I. que han ingresado en nuestro centro durante el período 2003-2008. Los casos se identificaron por la presencia de palabras clave compatibles en los informes de alta. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos. Consideramos como criterios de hospitalización: fiebre > 1 semana, odinofagia severa, disnea, plaquetas < 100.000/ $\mu$ L, GOT y/o GPT > 3 veces el límite superior de la normalidad, actividad de protrombina < 60% y más de 2 consultas al Servicio de Urgencias. Programa estadístico: Spss para Windows.

**Resultados.** Se han incluido 66 pacientes. El 56% eran varones y la edad media  $21 \pm 8$  años. El síntoma más frecuente (68,2%) fue la fiebre (corta duración 43,8%, intermedia 40,6% y larga duración 10,9%) seguida de la odinofagia (65,2%). Cinco pacientes (7,5%) refirieron disnea. Las adenopatías cervicales (75,8%) y la amigdalitis (61,5%) fueron los datos más relevantes en la exploración. La media de leucocitos totales fue 14.713/ $\mu$ L (linfocitos 5.796/ $\mu$ L y monocitos 1.690/ $\mu$ L), de actividad de protrombina 87%, GOT 230 UI/L y GPT 274 UI/L. Se realizó test de anticuerpos heterófilos en el 60,6% de los pacientes; el 50% de éstos fue positivo. Se solicitó serología en 78,8%: VEB IgM positivo en el 69,2%, CMV IgM positivo en el 6,1%. Cinco pacientes (7,5%) no tenían ninguno de los criterios considerados de ingreso, 28 (42,4%) sólo tenían uno y el 50% cumplían  $\geq 2$  de ellos: hipertransaminasemia 63,6%, fiebre prolongada 50% (fiebre > 3 semanas en el 21,2%), odinofagia 22,7%, disnea 9,1%, múltiples consultas a Urgencias 9,1%, trombocitopenia 5,3%, y coagulopatía 5,2%. La estancia media fue de  $7,8 \pm 4,1$  días y el 75,8% presentaron una resolución clínica completa al alta.

**Conclusiones.** En esta serie de M. I., la fiebre de corta duración y la presencia de adenopatías fueron los síntomas más frecuentes. En la mayoría de los casos se llegó a un diagnóstico etiológico siendo el VEB el agente más común. Sólo la mitad de los pacientes cumplían al menos dos de los criterios que consideramos de ingreso siendo los más frecuentes de la hipertransaminasemia y la fiebre prolongada.

#### A-29

### 12

### INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN-RESISTENTE CON SENSIBILIDAD DISMINUIDA A VANCOMICINA

**A. Artero Mora<sup>1</sup>, J. Camarena Miñana<sup>2</sup>, R. González Pellicer<sup>2</sup>, R. Zaragoza Crespo<sup>3</sup>, S. Sancho Chinesta<sup>3</sup> y J. Nogueira Coito<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Objetivos.** En los últimos años se ha descrito un incremento de infecciones causadas por cepas de Staphylococcus aureus meticilin-resistentes (SARM), con sensibilidad reducida a la vancomicina. El objetivo de este trabajo es conocer el alcance de estos casos en nuestro hospital y analizar sus características clínico-epidemiológicas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las infecciones bacteriémicas de nuestro hospital desde 2002 a 2007, producidas por cepas de SARM, con CMI de vancomicina > 2 mg/L mediante Etest. Análisis de las características clínico-epidemiológicas, tratamiento antibiótico y pronóstico.

**Resultados.** Once casos de 101 bacteriemias por SARM presentaron CMI para vancomicina > 2 mg/L (11%): 2 casos en 2007, 1 en 2006, 4 en 2005, 2 en 2004 y 2 en 2002. Todos los aislados presentaron CMI de 4 mg/L y ninguno fue productor de la leucocidina de Pantón-Valentine. La edad media de los pacientes fue de  $76 \pm 14$  años y la proporción de mujeres del 64%. Todos los casos estuvieron relacionados con el sistema sanitario: 7 adquiridos en el hospital y 4 en la comunidad. Los 11 pacientes presentaban enfermedades médicas asociadas: cardiopatía (36%), diabetes (27%), demencia (27%), etc. El 55% de los casos recibían tratamiento con corticoides. Presentaron shock séptico el 45%. La distribución por focos fue: respiratorio (27%), piel y partes blandas (9%), endocarditis (9%), catéter (9%), articular (9%) y de origen desconocido (36%). Habían recibido tratamiento antibiótico previo el 82% de casos y vancomicina previa el 18%. El tratamiento antibiótico empírico se consideró inadecuado en el 55% de los casos. La mortalidad intrahospitalaria fue del 64%, relacionada en todos los casos con la infección.

**Discusión.** Las bacteriemias por SARM con susceptibilidad disminuida a vancomicina se han asociado a un peor pronóstico tras tratamiento con vancomicina. Se ha propuesto que el tratamiento con nuevos fármacos antiestafilocócicos podría mejorar el pronóstico. En nuestra serie hemos observado la aparición de estos casos en los últimos años, en infecciones relacionadas con el sistema sanitario y en pacientes con gran comorbilidad y uso previo de antibióticos. Constatamos la elevada mortalidad relacionada con estas infecciones, si bien debido al escaso número de casos no ha sido posible determinar la influencia del tratamiento sobre el pronóstico.

**Conclusiones.** 1) Las infecciones bacteriémicas por SARM con sensibilidad disminuida a vancomicina representan un pequeño pero significativo porcentaje de las causadas por SARM en nuestro medio (11%). 2) Estas infecciones se caracterizan por estar relacionadas con el sistema sanitario, incidir en pacientes de edad avanzada con comorbilidad, uso previo frecuente de antibióticos y elevada mortalidad.

#### A-30

### ALTA PRECOZ DE PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC DESDE UNA UNIDAD DE PREINGRESO: REINGRESO Y MORTALIDAD A 30 DÍAS

**C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, P. Marcos Rodríguez<sup>1</sup>, L. Bello Rodríguez<sup>1</sup>, D. Linares García<sup>1</sup>, M. Trigás Ferrín<sup>2</sup>, L. Ferreira González<sup>2</sup>, B. Seoane González<sup>2</sup> y A. Otero Ferreira<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Unidad de Preingreso, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Dirección de Cuidados Críticos y Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.*

**Objetivos.** Describir la tasa de reingresos y mortalidad a 30 días de las agudizaciones de EPOC dados de alta desde la Unidad de Preingreso (UPI). Identificar variables predictoras de reingreso o mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional de pacien-

tes admitidos en la UPI por agudización de EPOC, dados de alta entre Junio de 2007 y febrero de 2008, siendo la muestra de 52 pacientes. Fueron excluidos pacientes con neumonía o historia de asma bronquial. Variables analizadas: Sexo, edad, ingresos por agudización de EPOC en los últimos 12 meses, FEV1post broncodilatación medido en ml% del FEV1 esperado, estadio GOLD, oxigenoterapia domiciliaria, fiebre al ingreso (temperatura axilar > 38 °C), pO<sub>2</sub> al ingreso, pO<sub>2</sub> al alta, pCO<sub>2</sub> al ingreso, pCO<sub>2</sub> al alta, tratamiento antibiótico al alta, mortalidad y reingreso a 30 días. Para estudiar las variables asociadas el reingreso se utilizó el test  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher.

**Resultados.** De los 52 pacientes, 11 reingresaron a 30 días (21.2%): 8 por agudización de EPOC (72.7%), 1 por neumonía, 1 TEP y 1 por crisis comicial. Uno de los pacientes (1.9%) fue éxitus, secundario a TCE. No hubo diferencias entre la edad de los pacientes que reingresaron (74.72 años de edad media) y los que no (74.10 años de edad media) y en el tiempo de estancia en UPI (2.07 días frente a 1.82). Las variables asociadas a reingreso fueron: número de ingresos en los últimos 12 meses (1.2 en los que no reingresaron, y 2.45 en los reingresos, p: 0.23), menor FEV1 (1377.83 ml frente a 305.89 ml, p: 0.28) y % de FEV1 esperado (53.8% frente a 44.18%, p: 0.07), estadio más avanzado de la GOLD (RR 3.3 con IC 95: 0.79-13.79 para estadios III y IV, frente a I y II), programa de OCD (RR 1.41 con IC 95: 0.48-4.12), pO<sub>2</sub> al ingreso (58.10 en los que no reingresaron y 56.09 en los reingresos, p: 0.89) y al alta (69.1 frente a 66.0, p: 1.0), pCO<sub>2</sub> al ingreso (38.95 frente a 41.55, p: 0.83) y al alta (38.0 frente a 39.0, p: 0.63). Como factores protectores aparecen la fiebre (RR 0.36, con IC 0.05- 2.54) y el tratamiento al alta con Levofloxacino (RR 0.36 con IC 0.11-1.21).

**Discusión.** Desde la UPI intentamos reducir el número de ingresos hospitalarios mediante la detección de ingresos no indicados, derivación a consultas y manejo intensivo de patologías crónicas descompensadas, como la EPOC. Varios estudios han confirmado la eficacia de esta estrategia en pacientes con EPOC. En nuestro trabajo, la mortalidad a 30 días fue de 1 caso, tratándose de una muerte accidental. La tasa de reingreso a 30 días observada fue del 21.2%, superior a la de otras series, que oscilan entre el 8% y el 17.6%, aunque con mayor soporte a domicilio, mayor estancia y agudizaciones más leves. Como variables asociadas al reingreso encontramos el número de ingresos previos, OCD, FEV1% FEV1, estadio de la GOLD, pO<sub>2</sub> y pCO<sub>2</sub>, aunque sin alcanzar significación estadística, probablemente debido a la escasa potencia de nuestro trabajo. Aparece la fiebre como factor protector, un dato del que existen escasas referencias, y que podría reflejar un subgrupo que necesite una agudización de mayor entidad para producir un deterioro clínico. El tratamiento con Levofloxacino se asoció con menor probabilidad de reingreso frente a amoxicilina-clavulámico, aunque sin alcanzar significación estadística. Interpretamos este dato con cautela dadas las limitaciones de nuestro trabajo y la discordancia con los datos de la literatura.

**Conclusiones.** Los pacientes con agudizaciones graves de EPOC pueden ser tratados con seguridad en unidades de corta estancia hospitalaria sin objetivarse mortalidad derivada del episodio, independientemente de su edad o grado de insuficiencia respiratoria a su ingreso. La presencia de la fiebre durante la agudización del episodio es un factor de mejor evolución clínica.

### A-31

#### BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN MEDICINA INTERNA: MORTALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS

P. Del Río Martín<sup>1</sup>, E. Carballo Arceo<sup>1</sup>, L. Moldes Suárez<sup>2</sup>, A. Acevedo Prado<sup>3</sup>, F. Alonso Álvarez<sup>3</sup>, F. Gude Sampedro<sup>4</sup> y M. García-Zabarte Casal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>4</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Conocer la mortalidad en la bacteremia por *S. aureus* y los factores asociados a ésta en el Departamento de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).

**Material y métodos.** Estudio de cohorte retrospectivo durante el año

2000 y 2006 de las bacteriemias por *S. aureus* en los Servicios de Medicina Interna del CHUS. Se estudió la mortalidad a los tres meses en relación con factores como: edad, sexo, origen de la bacteremia y resistencia a meticilina (SAMR). Factores de riesgo: etilismo, usuario de drogas por vía parenteral, cardiopatía, EPOC, cirrosis, diabetes, insuficiencia renal crónica, infección por VIH, neoplasia, tratamiento previo con corticoides o antibióticos o antifúngicos, cirugía en los últimos tres meses, ingreso en los últimos seis meses, pronóstico de la enfermedad de base según la clasificación de McCabe y Jackson. Presencia de dispositivos externos: sonda urinaria, catéter, intubación/traqueostomía, sonda nasogástrica. Manifestaciones clínicas y bioquímicas por aparatos. Parámetros en relación con tratamiento y evolución: desarrollo de shock séptico, tratamiento antibiótico adecuado, duración de la fiebre. Los estudios estadísticos se llevaron a cabo mediante el test Chi-cuadrado para comparar las variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas.

**Resultados.** Hubo un total de 55 pacientes con bacteremia por *S. aureus*. Fallecieron 19 pacientes, de ellos en 16 la muerte estuvo en relación con la bacteremia, lo que constituye una mortalidad del 29,1%. De estos en 11 (68,7%) la bacteremia fue la responsable del éxitus, y en 5 (31,2%) ésta pudo contribuir a la muerte. El tiempo medio desde la bacteremia al éxitus fue de 28 días. Durante el seguimiento recidivaron tres casos. La tasa de mortalidad en el año 2000 fue de 29,2% y en el año 2006 de 29%. Para el estudio de los parámetros en relación con la mortalidad se excluyeron tres casos en los que los pacientes fallecieron por otras causas. La mortalidad por bacteremia se relacionó de forma estadísticamente significativa (p < 0,05) con tener más de 65 años, ser de origen nosocomial, estar producida por SAMR, haber tomado antibióticos o antifúngicos previamente, corresponderse en la clasificación de McCabe con rápidamente y últimamente fatal, desarrollar colestasis y desarrollar insuficiencia renal aguda. Los pacientes con bacteremia por SAMR tenían un riesgo de fallecer 3 veces superior a aquellos con bacteremia por *S. aureus* meticilinsensible (SAMS).

**Discusión.** La tasa de mortalidad por bacteremia por *S. aureus* en nuestro estudio fue de un 29,1%, similar a la observada en otro estudio francés de similares características realizado durante los años 1997-1998 y también similar a un estudio australiano realizado de 1992 a 1997 en el que la mortalidad fue del 22%. La mortalidad en la bacteremia por SAMR fue superior a la de la bacteremia por SAMS, lo que concuerda con otros estudios y se corrobora en un estudio de metanálisis reciente. Sin embargo en otros trabajos no se han encontrado diferencias entre el pronóstico de la infección por SAMR y SAMS, incluso tras realizar ajustes para los factores de confusión. Otros trabajos similares al nuestro realizados en otros países muestran que la mortalidad debida a bacteremia por *S. aureus* se asocia a la edad, procedencia nosocomial y resistencia a meticilina, como ocurre en nuestro estudio y también en estos estudios se asociaba a datos de gravedad como es el shock séptico. Sin embargo nosotros no hemos encontrado relación con la gravedad clínica de la bacteremia pero sí con el pronóstico de la enfermedad de base.

**Conclusiones.** La mortalidad de los pacientes con bacteremia por *S. aureus* en Medicina Interna es aproximadamente de un tercio y ésta ocurre principalmente en ancianos, SAMR, infección nosocomial, pacientes con enfermedades de base de peor pronóstico, uso previo de antibióticos o antifúngicos y el desarrollo de colestasis e insuficiencia renal.

### A-33

#### SIGNIFICADO CLÍNICO DEL AISLAMIENTO DE ASPERGILLUS SPP. EN SECRECIONES RESPIRATORIAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA

G. Eroles Vega<sup>1</sup>, P. Del Valle Loarte<sup>1</sup>, M. Joya Seijo<sup>1</sup>, M. Cuétara García<sup>2</sup>, P. Lucena Calvet<sup>3</sup>, I. De la Riva Jiménez<sup>4</sup>, A. Espigares Correa<sup>5</sup> y J. Jusdado Ruiz- Capillas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>4</sup>Admisión, <sup>5</sup>Residente de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y el pronóstico de los enfermos pulmonares crónicos con *Aspergillus* spp. en esputo.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas de

pacientes con enfermedad pulmonar crónica y cultivo de esputo positivo para *Aspergillus* spp. ingresados en nuestro centro durante el período Junio de 2004 a mayo de 2006 Se compararon los diagnósticos reflejados en las historias clínicas (Dx definitivo) con los obtenidos en la revisión (Dx retrospectivo) En la revisión, se utilizaron como criterios diagnósticos y grado de fiabilidad de los mismos los de la EORTC (Clin. Infec. Dis. 2002; 34: 7-14).

**Resultados.** Se revisaron 55 pacientes; edad [Me (RIQ)]: 72 (38-95); varones: 42 (76%) Situación funcional: Charlson [Me (RIQ)]: 2 (1-7); Clase funcional NYHA: 60% de pacientes (Clases I+II), 40% (Clases III+IV); oxigenoterapia domiciliar: 53%; cor pulmonale: 18% Se realizaron Rx tórax: 100% pacientes, TAC: 60%, broncoscopia: 60%, cultivo esputos: 93%, cultivo BAS: 58%, biopsia (visión + cultivo): 7% Los Dx retrospectivos de los 55 pacientes fueron: Aspergilosis invasiva (AI) (13; 24%), traqueobronquitis simple (6; 11%), aspergilosis alérgica BP (2; 4%), colonización bronquial (18; 33%), contaminación (16; 29%). El grado de fiabilidad del Dx retrospectivo para el subgrupo de pacientes con AI fue: de certeza (8%), probable (69%) y posible (23%) La concordancia entre Dx definitivos y Dx retrospectivos fue: para el total de los 55 pacientes del 23% y para el grupo de AI del 46% La mortalidad en el total de los 55 pacientes fue de 38% y para el grupo de AI fue de 77%.

**Discusión.** La AI es una entidad con criterios diagnósticos e importancia pronóstica bien establecida en pacientes inmunodeprimidos (con enfermedades hematológicas y receptores de transplantes). En los últimos años, los pacientes con enfermedad pulmonar crónica en tratamiento prolongado con corticoides, se están identificando como un nuevo grupo de riesgo para AI. Sin embargo, el diagnóstico de AI en estos pacientes es difícil, por varias razones: la interpretación de un cultivo (+) para *Aspergillus* spp. es conflictiva, la sospecha diagnóstica es baja (en nuestra serie el 54% de los casos no fueron sospechados ni diagnosticados por el médico al cargo), no hay criterios diagnósticos específicos (como ocurre para la AI en inmunodeprimidos) y estos pacientes toleran mal la realización de pruebas invasivas. En nuestra revisión, tras aplicar los criterios de la EORTC, se detectó un porcentaje importante de AI (24%), si bien, la mayoría de los diagnósticos eran "probables" o posibles" Otros grupos (Crit. Care. 2004; 9: R191- R199 // Crit. Care. 2006; 10: R31), utilizando los mismos criterios o ligeramente modificados, han obtenido una buena correlación con los hallazgos necrópsicos. En dichas series, la mortalidad del subgrupo identificado como AI probada o probable era similar a nuestro grupo de AI. La diferencia de mortalidad entre los pacientes definidos como contaminados/colonizados y los pacientes con AI, sugiere que la aplicación de estos criterios define un subgrupo de pacientes de alto riesgo para AI.

**Conclusiones.** 1. El 24% de pacientes con enfermedad pulmonar crónica y aislamiento de *Aspergillus* spp. en secreciones respiratorias cumplen criterios diagnósticos de aspergilosis invasiva probable o posible 2. El 54% de pacientes con aspergilosis invasiva no fueron diagnosticados durante el ingreso 3.- Los pacientes con aspergilosis invasiva tiene una mortalidad elevada 4.- Es importante tener un alto índice de sospecha diagnóstica en estos pacientes.

#### A-34

##### INFECCIONES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J. Pérez Silvestre<sup>1</sup>, J. Calvo Catalá<sup>2</sup>, J. García Borrás<sup>3</sup>, C. Campos Fernández<sup>2</sup>, J. Valero Sanz<sup>3</sup>, A. Baixauli Rubio<sup>2</sup>, D. Pastor Cubillo<sup>2</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Reumatología y Metabolismo Óseo. Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>3</sup>Unidad de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Los pacientes con artropatía inflamatoria tienen mayor susceptibilidad para desarrollar infecciones, y con la aparición de los tratamientos biológicos se ha conseguido la disminución de la actividad inflamatoria y destrucción articular, pero se ha visto un incremento del riesgo de infecciones, sobretudo de infecciones por microorganismos intracelulares (micobacterias) por alterar la inmunidad celular. El objetivo del estudio es describir y analizar las infecciones que presentan los pacientes afectados de artropatías inflamatorias con

tratamiento biológico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de las infecciones desarrolladas por los 434 pacientes afectados de artropatías inflamatorias con tratamiento biológicos, controlados en la Sección de Reumatología y metabolismo Óseo del Hospital General Universitario de Valencia y Hospital Universitario La Fe de Valencia, ocurridos en el período 2000-2007.

**Resultados.** Los pacientes controlados en consultas son 434 pacientes (57,1% del Hospital La Fe, y 42,9% Hospital General), con una edad media 50,81 años (13,65 DE), fueron 64,5% mujeres y el 35,5% hombres. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide 62%, artropatía psoriásica 18,7%, espondilitis anquilosante 15,2%, y otras (Beçhet, ACJ,..) 4,1%. Con una mediana de años de evolución de enfermedad 9,96 años (7,23 DE). Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial 11,5%, dislipemia 8,8%, las alteraciones del metabolismo óseo 8,5%, y diabetes mellitus 2,1%. El fármaco más utilizado fue adalimumab 41%, infliximab 35,5%, y etanercept 23,5%. Se cambió el tratamiento en 90 pacientes (20,7%), por ineficacia 9,2%, y por efectos secundarios 8,8%, y se utilizó como segunda opción el adalimumab 54,7%, etanercept 42,2%, e infliximab 13,3%. La mediana de tratamiento fue 28,53 meses. El tratamiento de fondo acompañante fue corticoides 50,8% de los pacientes, con una mediana de dosis 6,64 mg/24 horas (4,66 DE); metotrexate 60,6%, con una mediana de dosis 10 mg; y leflunomida 27,1%, con una mediana de dosis 19,5 mg/24 horas (DE 2,14). En todos los pacientes se realizó mantoux y Rx Tórax previo al inicio del tratamiento, con 13,8% (60) mantoux positivos, recibiendo todos isionazida 300 mg durante 9 meses, sin ninguno desarrollar enfermedad tuberculosa durante el período de tratamiento biológico. A dos pacientes se diagnosticó tuberculosis activa en el momento del inicio del tratamiento, tratándose con cuatro fármacos de primera línea. Presentaron 15 pacientes (3,5%) reacciones cutáneas a la administración de etanercept o adalimumab. En cuanto a las infecciones, se presentaron 15 (9 cutáneas, 3 urinarias, 3 articulares, y 1 respiratoria), siendo dos graves (las dos articulares y por *S. aureus*, en tratamiento con infliximab y adalimumab respectivamente), sin ningún exitus. Los microorganismos implicados fueron *S. aureus* 44,4%, *E. coli* 33,3%, y Herpes 22,2%. El 66,6% de las infecciones estaban asociadas a adalimumab, sin ser estadísticamente significativa la relación p 0,121. La patología de base más frecuente asociada a infecciones fue la artritis reumatoide en un 73,33%, sin ser estadísticamente significativa p 0,631. En cuanto a otros efectos adversos relacionados con los tratamientos biológicos, un paciente presentó diplopia y 2 pacientes presentaron neoplasias, eran mujeres afectas de artritis reumatoide en tratamiento con infliximab.

**Conclusiones.** Porcentaje de infecciones graves es similar al descrito por el registro nacional de pacientes en tratamiento biológico (BIOBADASER). Las infecciones se producen mayoritariamente en enfermos con artritis reumatoide, y en tratamiento con adalimumab. Las infecciones graves en nuestros pacientes con tratamientos biológicos son relativamente infrecuentes en nuestra población, siendo en un 44% por *S. aureus*. Ningún paciente ha desarrollado por el momento infecciones por micobacterias, siendo estas las más frecuentes asociadas al tratamiento biológico.

#### A-35

##### CITOQUINAS E INFECCIÓN. EVALUACIÓN EN LA SEPTICEMIA Y EN EL SHOCK SÉPTICO

J. Pérez Arancón<sup>1</sup> y E. Pérez Martínez de Morentín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>2</sup>Atención Primaria. Estella (Navarra).

**Objetivos.** El propósito de este estudio es evaluar los niveles del Factor de Necrosis Tumoral (TNF), Interleuquina-1 (IL-1), Interleuquina-6 (IL-6), y del Inhibidor del Activador del Plasminógeno-1 (PAI-1) en el síndrome séptico agudo sin hipoperfusión, y en la fase de shock séptico por tanto con hipoperfusión, y valorar si existen diferencias cuantitativas.

**Material y métodos.** Se han estudiado, con carácter prospectivo, 23 pacientes (12 mujeres y 11 hombres), de edad media 58,56 ± 3,3 años en shock séptico, y otros 30 enfermos en fase séptica sin disfunción hemodinámica, sin diferencias en cuanto a edad y sexo. Con



objeto de estimar la probable variabilidad se analizó un grupo control de 30 personas en su trabajo habitual, sin diferencias en cuanto a edad y sexo. Las determinaciones realizadas han sido: Generales. - TNF, IL-1, IL-6 (Inmunoradiometría) pg/ml. - PAI-1 (Actividad biológica) U/ml. - Bacteriológicas. Análisis estadístico: U de Mann-Whitney. CRITERIOS DE INCLUSIÓN. 1. Pacientes en shock séptico: Sintomatología compatible. Evidencia de foco séptico. Trastorno Hemodinámico. (Fluidoterapia y fármacos vasoactivos). Hemocultivos y/o repetidos cultivos de foco séptico positivos. Leucocitosis y/o leucopenia. 2. Pacientes en fase séptica: Sintomatología previa al estudio relacionada con el foco séptico. Foco séptico tratado (antibioterapia, drenado percutáneo, intervención, etc). Hemocultivos y/o repetidos cultivos de foco séptico positivos previamente y negativos durante el estudio. Ausencia de leucocitosis y/o leucopenia.

**Resultados.** Media  $\pm$  Sm. \* (Sexo: M = Mujer; H = Hombre). Edad (años) Controles 57,26  $\pm$  3,10. Shock Séptico 58,56  $\pm$  3,30. Sépticos 57,45  $\pm$  3,12. \*Sexo Controles 17 M; 13 H. Shock Séptico 12 M; 11 H. Sépticos 14 M; 16 H. TNF (pg/ml) Controles 2,58  $\pm$  0,53. Shock Séptico 54,20  $\pm$  16,51. Sépticos 47,341  $\pm$  0,25. PAI-1 (U/ml) Controles 9,06  $\pm$  1,16. Shock Séptico 27,26  $\pm$  1,73. Sépticos 18,86  $\pm$  1,59. IL-6 (pg/ml) Controles 12,91  $\pm$  2,69. Shock Séptico 2933,73  $\pm$  484,32. Sépticos 294,86  $\pm$  90,31. IL-1 (pg/ml) Controles 0,81  $\pm$  0,1. Shock Séptico 2,1  $\pm$  0,5. Sépticos 1,2  $\pm$  0,2. No existen diferencias en cuanto a edad y sexo entre las tres series, como se indica en el apartado de material y métodos. Existe diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre controles, enfermos en shock séptico y septicémico para todas las determinaciones. Existe diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre pacientes en shock séptico y septicémico para la IL-1, IL-6 y PAI-1.

**Discusión.** En los últimos años el papel de los mediadores moleculares como el TNF, PAI-1, IL-1, y la IL-6, presentes en los procesos infecciosos, ha sido relacionado con la septicemia, el síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) con fracaso de varios sistemas, y con el shock séptico. Como se deduce de los resultados "los mediadores moleculares" se encuentran elevados (expresión de la respuesta amplificada del sistema mononuclear-fagocítico) tanto en la septicemia como en el shock séptico más en este último, pero no podemos establecer un punto de corte que resulte válido para diferenciar ambos estados patológicos. Parece adecuado implicar más directamente el "nivel de citoquinas" con los trastornos hemodinámicos que acompañan a ambas situaciones clínicas.

**Conclusiones.** Las elevaciones de TNF, PAI-1, IL-1 e IL-6 en pacientes con clínica compatible, son indicadores de infección. Los niveles de los mediadores IL-1, IL-6 y PAI-1 son más elevados en el shock séptico que en septicemia, en relación con la afectación hemodinámica que condiciona mayor daño tisular así como más compromiso endotelial.

### A-36

#### NEUMONIA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA

M. Salvadó<sup>1</sup>, L. Lozano<sup>1</sup>, E. Calbo<sup>1</sup>, N. Freixas<sup>2</sup>, M. Riera<sup>2</sup>, M. Xercavins<sup>3</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup> y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Control de la Infección Nosocomial, <sup>3</sup>Microbiología. Hospital Mútua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Recientemente diferentes estudios han descrito la etiología y las características clínicas de la neumonía relacionada con la asistencia sanitaria (NRAS) intentando diferenciarla de la neumonía propiamente comunitaria (NC) y de la nosocomial (NN). El objetivo de nuestro estudio fue describir una cohorte de pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica en función de su relación con la asistencia sanitaria.

**Material y métodos.** Los pacientes con neumonía bacteriémica fueron identificados a través del registro del Laboratorio de Microbiología Clínica desde enero de 2004 a junio de 2007. Se incluyeron datos demográficos, comorbilidades, gravedad de la enfermedad, presencia de shock, relación con la asistencia sanitaria y mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados.** *Streptococcus pneumoniae* fue aislado en 140 (80%) de los 175 episodios de neumonía bacteriémica identificados en el período de estudio, representando el 36% de las NN, el 92% de las NC y el 71% de las NRAS. La media de edad fue de 66,8 (SD 18), 57 (SD 20) y 75 (SD 12) años en las NN, NC y NRAS respectivamente ( $p < 0,001$ ). Los hombres representaron el 44, 69 y 56%, respectivamente ( $p = 0,1$ ). La presencia de comorbilidades, medidas mediante el índice de Charlson, fue de 2,75 (SD 1,6) en NN, 1,47 (SD 1,9) en NC y 1,86 (SD 1,1) en NRAS ( $p = 0,1$ ). El índice de Pitt fue de 0,6 (SD 1,4), 0,9 (SD 1,8) y 1,45 (SD 2,1), respectivamente ( $p = 0,4$ ). La media de días de estancia hospitalaria fue de 17,5 en el grupo de NN, 7 en el de NC y 12 en el grupo de NRAS ( $p < 0,001$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue de 33,3% en NN, 9,3% en NC y 32% en NRAS ( $p = 0,005$ ) mientras que la mortalidad en las primeras 72 horas fue de 0, 50 y 87,5% respectivamente en los distintos grupos.

**Conclusiones.** *Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de neumonía bacteriémica en los tres grupos analizados. El grupo de pacientes con neumonía bacteriémica relacionada con el sistema sanitario tiene una edad significativamente más elevada que el resto y una mortalidad similar a la de los enfermos con NN. Es de destacar que la mortalidad en el grupo de NRAS es fundamentalmente precoz.

### A-37

#### ANTIBIOTICOTERAPIA DOMICILIARIA CON CEFTAZIDIMA MEDIANTE BOMBA DE PERFUSIÓN CONTINUA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN EL PACIENTE CON EPOC

J. Pérez López<sup>1</sup>, A. San José Laporte<sup>1</sup>, E. Rodríguez González<sup>2</sup>, J. Pardos Gea<sup>1</sup>, E. Tapia Melenchón<sup>1</sup>, E. Lozano Ortín<sup>1</sup>, A. Barrio Guirado<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología.

Hospital General Vall d'Hebron. Área General. Barcelona.

**Objetivos.** La administración domiciliar de ceftazidima mediante bomba de perfusión continua, a parte de las ventajas propias de la hospitalización a domicilio, podría reducir teóricamente la cantidad total de fármaco administrado y podría permitir alcanzar una concentración de antibiótico en plasma por encima de la concentración mínima inhibitoria durante más tiempo que la administración pulsátil del mismo fármaco. Desafortunadamente sin embargo existen pocos estudios comparativos y menos aún en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El objetivo de este trabajo es estudiar la eficacia clínica de la antibiotioterapia domiciliar mediante bomba de perfusión continua en el tratamiento de la infección respiratoria causada por *Pseudomonas aeruginosa* en el paciente con EPOC.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con EPOC y sobreinfección respiratoria causada por *Pseudomonas aeruginosa*, resistente a ciprofloxacino y sensible a ceftazidima, que precisaron antibiotioterapia endovenosa domiciliar con ceftazidima, desde marzo de 2007 hasta marzo de 2008 en nuestra unidad de hospitalización a domicilio. Cada paciente recibió inicialmente 2 g endovenosos de ceftazidima como carga, y posteriormente se procedió a perfusión continua de ceftazidima (3 g si peso  $< 70$  kg y 4 g si peso  $> 70$  kg). Se evaluó la eficacia mediante la respuesta clínica al tratamiento antibiótico y mediante la frecuencia de reingresos hospitalarios por la misma causa un mes después de finalizar el tratamiento. Se recogieron además los efectos adversos derivados de la administración del antibiótico.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio un total de 20 pacientes, 13 de ellos hombres. La edad media fue de 71 años (rango 43 a 90 años), con un valor medio del FEV1% de 33% (rango 14 a 50%). La duración media del tratamiento antibiótico domiciliar fue de 8,4 días (rango 7 a 15 días). Únicamente un paciente presentó flebitis durante la administración del tratamiento antibiótico, y ningún paciente presentó reacción alérgica ni diarrea. Fueron dados de alta por buena evolución clínica el 100% de los pacientes. Durante el mes después de la finalización del tratamiento reingresaron 2 pacientes por una nueva sobreinfección respiratoria por *Pseudomonas*

aeruginosa.

**Conclusiones.** La antibioticoterapia endovenosa domiciliar con ceftazidima mediante bomba de perfusión continua puede ser eficaz para el tratamiento de la sobreinfección respiratoria causada por *Pseudomonas aeruginosa* en el paciente con EPOC. Se necesitan estudios más extensos y comparativos para evaluar la eficacia clínica de esta modalidad de administración antibiótica.

#### A-38

##### CARACTERÍSTICAS DE LA ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA (AI) EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Eroles Vega<sup>1</sup>, P. Lucena Calvet<sup>2</sup>, M. Cuétara García<sup>3</sup>, C. Romero Pérez<sup>1</sup>, P. Del Valle Loarte<sup>1</sup>, L. Morata Ruiz<sup>1</sup>, M. Joya Seijo<sup>1</sup> y J. Jusdado Ruiz- Capillas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología,

<sup>3</sup>Residente de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa.

Leganés (Madrid). <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes diagnosticados de AI en nuestro centro Revisar el trabajo diagnóstico realizado en estos pacientes.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de AI en nuestro centro, durante el período junio de 2004 a mayo de 2006 En la revisión, se utilizaron como criterios diagnósticos y grado de fiabilidad de los mismos los de la EORTC (Clin. Infec. Dis. 2002; 34: 7-14).

**Resultados.** Se diagnosticaron 17 pacientes. Fiabilidad del diagnóstico: certeza (12%), probable (71%), posible (18%). Solo se sospecho el diagnóstico en 10 pacientes (60%). Características generales: edad [Me (RIQ)]: 65 (56-50) años; varones: 13 (76%), Índice de Charlson [Me (RIQ)]: 1 (1-3); clase funcional N. Y. H. A: I (5 pacientes, 29%), II (6, 35%), III (6, 35%), IV (ningún paciente). Factores asociados: enfermedad pulmonar crónica (EPC) (76% de pacientes), tratamiento con corticoides (88%), dosis de corticoides > 29 mg/día (82%), quimioterapia (23%), neutropenia (< 500 PMN/mm<sup>3</sup>) (12%). Cuadro clínico: fiebre (53% pacientes), agudización prolongada en EPC (35%), dolor pleurítico (29%), hemoptisis (18%). Técnicas de imagen: Rx tórax (RXT) realizada en 100% de pacientes, TAC en 76%; hallazgos: normal (RXT: 23%, TAC: 6%), infiltrados (RXT: 65%, TAC: 53%), nódulos (RXT: 6%, TAC: 18%), cavitación (RXT: 23%, TAC: 18%), bronquiectasias (RXT: 18%, TAC: 12%). Broncoscopia realizada en 41% de pacientes. Microbiología: cultivos: esputo (realizado: 82%, positivo: 59%), lavado broncoalveolar (realizado: 82%, positivo: 71%), biopsia (realizada: 18%, visión hifas: 6%, cultivo positivo: 6%). Tratamiento: realizado (88%), adecuado (41%), insuficiente (dosis/duración) (53%). Evolución: curación (23%), reingresos (17%), exitus (77%).

**Discusión.** La AI es una entidad descrita en pacientes inmunodeprimidos (enfermos hematológicos o transplantados); sin embargo, el espectro de pacientes con riesgo de AI está aumentando como ocurre en nuestra serie: enfermedad pulmonar crónica, tratamiento con corticoides, ingreso en UC y/o intubación El diagnóstico de AI en estos nuevos grupos de riesgo es difícil por varias razones: no hay criterios diagnósticos validados (como ocurre en la AI en inmunodeprimidos), los hallazgos de las técnicas de imagen en estos pacientes tampoco son específicas, la situación de estos pacientes, limita la realización de pruebas invasivas. Esto explica, que la fiabilidad diagnóstica en la mayoría de nuestros casos, no haya alcanzado el grado de certeza. La mortalidad de estos pacientes es elevada, como se ha descrito en otras series. Dado el aceptable estado funcional previo de estos pacientes (clasificación NYHA, índice de Charlson), hay que atribuir esta mortalidad a la infección por *Aspergillus* spp. Se requiere un alto índice de sospecha para poder realizar un tratamiento precoz y adecuado, que pueda modificar el mal pronóstico actual de estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. La AI puede afectar a otros grupos de riesgo, además de a los pacientes inmunosuprimidos clásicos 2. Se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes con *Aspergillus* en secreciones respiratorias para realizar otras pruebas diagnósticas: TAC de tórax, broncoscopia, lavado broncoalveolar y biopsia 3. Se

deben establecer algoritmos diagnósticos que sean aplicables a pacientes incluidos en estos nuevos grupos de riesgo.

#### A-39

##### TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DEL BARBANZA: 6 AÑOS DESPUÉS

P. Pesqueira Fontán<sup>1</sup>, S. Molinos Castro<sup>1</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>1</sup>, V. Tuñez Bastida<sup>2</sup>, M. Gayol Fernández<sup>1</sup>, M. Iglesias Gallego<sup>1</sup>, J. Sánchez Leira<sup>1</sup> y J. Saborido Froján<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza (1). Ribeira (A Coruña). <sup>2</sup>Unidad de Prevención y Control de Tuberculosis. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Evaluar el perfil de los casos de TB en nuestra área 6 años después del primer estudio descriptivo.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva y descriptiva. Variables: tipo de tuberculosis, localización, microbiología, pautas de tratamiento y resistencias.

**Resultados.** Durante el año 2007 se registraron en el área de nuestro hospital 23 casos de TB (22 como nuevos casos y 1 como crónico/fracaso), lo cual nos sitúa en una incidencia de 44 casos/100.000 habitantes. De los 23 casos, sólo uno se diagnosticó de VIH, sin hallarse otras causas de inmunodepresión en los restantes casos. La localización fue pulmonar en 12 casos (52.1%) (2 de ellos con imagen cavitada en la Rx tórax); ganglionar en 5 casos (21.7%) (1 caso con adenopatías mediastínicas y 4 en ganglios periféricos); ósea en 1 caso (4.4%); renal en 1 caso (4.4%), pleural en 3 casos (13%) y diagnóstico de complejo primario en un único paciente (4.4%). Al analizar los casos de TB pulmonar (12) nos encontramos que el 75% (9 casos) presentaban BAAR y cultivo positivos; el 16,6% (2 casos) presentaban Lowenstein positivo con BAAR negativo y en un único caso (8.4%) tanto el BAAR como el cultivo fueron negativos, siendo diagnosticado por PCR (se trataba este caso del paciente con antecedentes de VIH). En 16 casos de los 23 casos totales (69.5%) se utilizó como pauta inicial de tratamiento Rifampicina (R) + Isoniazida (I) + Pirazinamida (P); en 1 caso (4.4%) combinación de R + I + Etambutol (E); en 4 casos (17.4%) se emplearon 4 fármacos R + I + P + E y en dos de los casos (8.7%) se emplearon otras combinaciones. En cuanto al perfil de resistencias se aisló 1 caso resistente a Isoniazida, 2 resistentes a Estreptomina, 1 caso pendiente de antibiograma en el momento del estudio y el resto sensibles a todos los fármacos de primera línea (19 casos, 82.6%).

**Discusión.** La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia e incidencia en el mundo. Se calcula en unos 8.000.000 de casos nuevos cada año en el mundo, de los que cerca de 2.000.000 fallecen por causa de esta enfermedad. De todos es sabido que la TB es una patología cuya incidencia está en aumento, dato que se también se refleja en nuestro área donde en un estudio realizado por nuestro equipo sobre la TB en los años 1999, 2000 y 2001, se definían incidencias de 19 casos/100.000 h, 16 casos/100.000 h y 33 casos/100.000 h respectivamente. La incidencia de TB en nuestro área en los casos diagnosticados en 2007 asciende a 44/100.000 h, cifra que contrasta con la incidencia de TB en el área sanitaria de Santiago que ronda los 25-27 casos/100.000 habitantes. De este hallazgo se desprende que algún factor debe existir en nuestro área que condiciona una prevalencia tan elevada con respecto al resto del área. De todos es sabido que existen varios colectivos entre los que se encuentran el personal sanitario, los marineros o los mineros donde la incidencia de TB es mayor. Dado el elevado número de marineros que se cuentan en nuestra zona de atención, nos podríamos plantear que ésta pudiera ser la causa del mayor número de diagnósticos de TB, como ya se ha recogido en la literatura previamente.

**Conclusiones.** -Elevada incidencia de TB en nuestra área (44 casos/100.000 habitantes) con respecto al área de Santiago en general (25-27 casos/100.000 habitantes). Aumento de la incidencia de TB en nuestra área con respecto al período estudiado con anterioridad. La mayoría de los casos siguen teniendo una localización pulmonar (52.1%). Solo un paciente presentaba como patología concomitante infección por VIH. En el 75% de los casos el diag-

nóstico se realizó con BAAR y cultivo positivos. La pauta de tratamiento más utilizada fue I + R + P (69,5% de los casos). El 82,6% de los aislamientos resultaron ser sensibles a todos los fármacos de primera línea.

#### A-40

##### LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Vilchez Aparicio, L. Prósper Ramos, M. Mir Montero, B. Rodríguez Rodríguez y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** La ITU es la segunda causa de infección comunitaria y figura entre las primeras de morbilidad e ingreso en los Servicios de Medicina Interna (SMI). El objetivo de este trabajo es describir las características de los casos de ITU comunitaria dados de alta durante el 2007 en el SMI del Hospital Universitario de la Princesa (HUP). **Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de ITU dados de alta del SMI del HUP durante el 2007, para lo cual revisamos las historias clínicas (excluimos las prostatitis, orquiepidemiditis y uretritis). Las variables recogidas fueron: las características del paciente (edad, sexo, patología urológica y médica subyacente, portador de sonda vesical permanente, manipulación reciente del tracto urinario, ITUs recurrentes), etiología, tipo de muestras microbiológicas recogidas, tratamiento, días de estancia hospitalaria y complicaciones relacionadas.

**Resultados.** Se revisan 227 historias, en 209 los pacientes cumplían criterios de ITU. La edad media es de 80,4 años, la mediana 83 y la desviación estándar (dest) 12,8. 124 (59%) son mujeres. 69 (33%) eran diabéticos, 61 (29%) presentaban insuficiencia renal crónica, 194 (92%) tenían enfermedades crónicas y 43 (21%) inmunodepresión. 90 (43%) presentaban anomalías del tracto genitourinario, 40 (19%) ITUs recurrentes y 14 (7%) manipulación reciente del tracto urinario. A 191 (91%) de los pacientes se recoge urocultivo y a 78 (37%) hemocultivos. El microorganismo que con más frecuencia se aísla en los urocultivos (en las ITUs complicadas y no complicadas) es *E. coli* en 89 (42,3%) de las muestras (en 10 (4,7%) son *E. coli* portadores de betalactamasa de espectro ampliado) seguido de *K. pneumoniae* en 16 (7,6%), *P. aeruginosa* en 11 (5%) y *Enterococcus* en 7 (3,3%). En 73 (35%) no hubo documentación microbiológica. La antibioterapia empírica se realiza con Amoxicilina Clavulánico en 111 (53%) pacientes. En 114 (54%) se ajusta el tratamiento al antibiograma. La media de duración de la antibioterapia es 12,8 días, la mediana 12 y la dest 12,3. La media de estancia hospitalaria es 8,3 días, la mediana 7 y dest 5. 46 (22%) pacientes tienen complicaciones, las más frecuentes la bacteriemia, 18 (38%) de los pacientes que se complican, éxitus 16 (34%) e insuficiencia renal 10 (21%).

**Discusión.** Como observamos la media de edad es muy elevada, lo que está motivado por el área que atiende el HUP, donde residen personas de avanzada edad y, por otra parte porque revisamos los pacientes con ITU que ingresan y éstos, son los de mayor comorbilidad y edad. Casi todos los pacientes, como cabe esperar, tienen enfermedades crónicas y un porcentaje no despreciable, anomalías del tracto genitourinario. Aunque a la mayoría se les recoge un urocultivo, un 9% no lo tenía, siendo una prueba sencilla, barata y útil, sobre todo en estos pacientes, con criterios de ingreso hospitalario. Los microorganismos que crecen con mayor frecuencia en los urocultivos y hemocultivos, coinciden con las series de otros hospitales españoles. La antibioterapia empírica se realiza de acuerdo con las recomendaciones de las guías pero, solo se ajusta el antibiótico al antibiograma en la mitad, siendo los motivos más frecuentes que el urocultivo y/o hemocultivo sean negativos o que no se recogieran. La variabilidad en la duración del tratamiento puede ser porque al estar ingresados, en ocasiones, el tratamiento se mantiene hasta el alta (aunque el paciente siga ingresado por otro motivo). La estancia media también variable, la atribuimos al elevado número de pacientes pluripatológicos, que pueden tener varias patologías descompensadas, no siempre resueltas o estabilizadas cuando la ITU. Un alto porcentaje se complican y de éstos casi la mitad fallecen como consecuencia de la ITU.

**Conclusiones.** Los pacientes con ITUs que ingresan en nuestro hospital tienen un porcentaje alto de complicaciones y una estancia

media en ocasiones prolongada, por lo que es importante realizar un correcto y rápido diagnóstico, recogiendo siempre un urocultivo y ajustando posteriormente el tratamiento al antibiograma.

#### A-41

##### ENDOCARDITIS INFECCIOSAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, A. Freire Romero<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup>, P. Barros Alcalde<sup>1</sup> y N. Mallo González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de las endocarditis infecciosas (EI) diagnosticadas en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las EI hospitalizadas en nuestro Servicio durante un período de 3 años. Para ello revisamos las historias clínicas y utilizamos el paquete estadístico SPSS11.0.

**Resultados.** Identificamos 26 episodios de EI en 25 pacientes (1 reinfección), 16 hombres (64%) y 9 mujeres. La edad media fue de 64,12 ± 16 años, sin diferencias significativas entre sexos. La duración de la estancia media fue de 30,19 días (6-115 d). El 15% (4) fueron nosocomiales. Se encontraron 15 casos de EI aguda (57,7%) y 11 subagudas. Factores predisponentes: En 24 casos (84,6%). 5 con cardiopatía estructural (19,2%), 11 con valvulopatía previa (42,30%), prótesis valvular 9 (34,6%), 6 con marcapasos (23,1%), 3 portadores de vía central (11,5%), 2 con manipulación odontológica reciente, 2 con cirugía reciente y 1 ADVP. El principal motivo de consulta fue la fiebre (38,5%) seguido de deterioro general en 8 (30,8%), y disnea o clínica neurológica en un 7,7% cada uno. Clínica: Los síntomas más frecuentes fueron el deterioro general (53,8%), tos (26,9%), disnea y síntomas neurológicos en un 19,2% cada uno, seguidos de sudoración (15,4%) y sólo 2 casos con artromialgias (11,5%). La aparición/modificación de un soplo fue el signo más frecuente en 20 (76,9%) y la fiebre en 19 (73,1%). En 7 se observaron signos de insuficiencia cardíaca (IC) (26,9%) y sólo en 3 esplenomegalia (11,5%). Diagnóstico: En 8 casos (33,3%) fue necesaria la realización de ETE. El ecocardiograma mostró vegetaciones en 19 (76%), engrosamiento valvular en un 12% (3), absceso perivalvular, disfunción valvular y perforación valvular en un 4% cada uno. Válvula afectada: En 14 casos (53,8%) se trataba de válvula nativa, 7 (26,9%) válvula protésica, 2 cable de marcapasos, 2 injerto aórtico supra-avalvular y 1 catéter venoso supra-tricuspídeo. Válvulas protésicas, 6 eran biológicas y 1 metálica. La localización más frecuente fue la aórtica (45%) y mitral (40%) y 1 caso de tricúspide. En el grupo de las protésicas la aórtica fue la más afectada (5) y en las nativas la mitral (7). Se encontraron 2 casos múltiples mitral-aórtica, 1 con ambas válvulas nativas, y otro con válvula protésica aórtica. Complicaciones: El 92,3% (24) presentaron complicaciones durante el ingreso. 23 (95,8%) desarrollaron anemia, 8 (33%) IC, 5 embolismos (3 cerebrales, 1 esplénico y 1 pulmonar), 2 absceso valvular, 2 insuficiencia valvular, 1 rotura de músculo papilar y 1 caso de arritmia (FV). Gérmenes: En 5 los hemocultivos fueron negativos (19,2%). En el 26,9% (7) el germen identificado fue el *S. aureus*, en el 23,1% (6) *S. Bovis*, en 2 *E. faecalis*, y hubo casos aislados de *S. Epidermidis*, *S. Pyogenes*, *S. Viridans*, *S. mitis* y *Ps. aeruginosa*. Tratamiento: Se instauró antibioterapia empírica en todos. En el 38,5% (10 casos) hubo que modificar la pauta inicial por mala evolución y en 9 (34,6%) se mantuvo. En 8 (30,8%) fue necesaria la cirugía cardíaca, principalmente por desarrollo de IC secundaria a disfunción valvular y extracción del cable de MP. Mortalidad: 5 casos (19,2%), 4 por complicaciones relacionadas con EI.

**Discusión.** La incidencia de la EI ha aumentado en los últimos años, en probable relación con el envejecimiento de la población lo que conlleva una mayor prevalencia de patología cardíaca. La ausencia de signos o síntomas característicos y su elevada morbi-mortalidad, hacen que la EI sea una patología a tener en cuenta ante todo proceso infeccioso de foco indeterminado.

**Conclusiones.** En nuestra serie la EI afecta principalmente a varones de edad media. El factor predisponente más importante fue la car-



diopatía estructural y la valvulopatía. Las válvulas nativas fueron las más afectadas. La principal localización: aórtica. El germen causal predominante ha sido el *S. aureus* y el *S. Bovis*. En los casos de *S. Bovis* se realizó despistaje de neoplasia digestiva, positivo en un caso. La forma de presentación más frecuente fue el deterioro general con fiebre. La mayoría de los casos desarrollaron complicaciones, destacando la anemia y la IC, y un 30,8% precisó cirugía.

#### A-42

### RESPUESTA INMUNE SISTÉMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA INGRESADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

L. Vega Valderrama<sup>1</sup>, R. González Gallego<sup>1</sup>, J. Barbado<sup>1</sup>, J. Bermejo Martín<sup>2</sup> y A. Jimeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Inmunología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se asocia con una mayor mortalidad en pacientes que ingresan por neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Así mismo, existen evidencias cada vez mayores que han identificado respuestas inmunológicas empobrecidas y un incremento en la susceptibilidad a las infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes con EPOC. La respuesta de la inmunidad celular en pacientes con EPOC son deficientes. Con este trabajo queremos demostrar que los niveles de citoquinas plasmáticas en los pacientes con EPOC están disminuidos frente a los pacientes sin EPOC, en la respuesta inmune adquirida frente a NAC.

**Material y métodos.** Enfermos: Estudio en 20 pacientes diagnosticados de NAC ingresados en el Servicio de Medicina Interna HCUV. De ellos 10 padecían previamente EPOC y los otros 10 no. El diagnóstico de NAC se estableció cuando se cumplían estos criterios: aparición de un nuevo infiltrado en la radiografía de tórax más al menos uno de los siguientes síntomas de infección del tracto respiratorio inferior: fiebre > 37,8 °C, tos, esputo, disnea, dolor pleurítico, leucocitosis y confusión mental. Los pacientes con EPOC habían sido diagnosticados previamente en el Servicio de Medicina Interna HCUV de acuerdo a "Iniciativa Global para los Criterios Diagnósticos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica". Medición de citoquinas: comparamos los niveles plasmáticos de 9 citoquinas en pacientes ingresados en HCUV con el diagnóstico de NAC, diferenciando dos grupos, uno diagnosticado de EPOC y otro sin él. Para ello utilizamos el kit Th1/Th2 para la detección de múltiples citoquinas de Biorad sobre una plataforma de Luminex. Los límites de detección (pg/ml) de la técnica fueron los siguientes: IL-2 (1,5), IL-4 (0,32), IL-5 (3,48), IL-10 (3,28), IL-12p70 (2,77), IL-13 (0,55), GM-CSF (0,55), IFN-gamma (13,02), TNF-alfa (3,8). Estadística: utilizamos el software SPSS 15.0 para Windows. Las diferencias en los niveles de mediadores entre grupos se evaluaron utilizando el test de Mann-Whitney. La asociación entre las concentraciones de citoquinas y la saturación de oxígeno fueron estudiadas calculando el coeficiente de correlación de Spearman-Kärber. El nivel de significación se fijó en (p = 0,05).

**Resultados.** Al ingreso los pacientes con EPOC mostraron unos niveles de citoquinas plasmáticas significativamente menores de IL-2, GM-CSF e IFN-gamma que los pacientes sin EPOC. Los resultados de este estudio apuntan a la existencia de respuestas deficientes a la infección en los enfermos que sufren NAC y EPOC. El GM-CSF es un co-regulador clave de la intensidad y persistencia de la señalización inflamatoria. El GM-CSF prima a los neutrófilos y monocitos, e induce la secreción de citocinas y quimiocinas pro-inflamatorias. El GM-CSF juega además un papel central en la interconexión entre la inmunidad innata y la adquirida. Al igual que GM-CSF, el IFN-gamma es un contribuyente clave en la inmunidad adaptativa, especialmente de las respuestas T-helper 1. Finalmente, la IL-2 juega un papel muy importante en la activación de los linfocitos T, estimula el crecimiento, la diferenciación y la supervivencia de los linfocitos T-citotóxicos seleccionados por el antígeno.

**Discusión.** En consecuencia, niveles relativamente menores de IL-2, GM-CSF e IFN-gamma en pacientes con NAC y diagnóstico previo de EPOC respecto a aquellos que no padecen EPOC, pudieran refle-

jar la existencia de problemas por parte de los primeros para montar la respuesta inmune secundaria, relacionada probablemente con la toma de medicación inmunosupresora (como es el tratamiento con corticosteroides) de forma crónica en el EPOC; lo que puede explicar la mayor severidad de la NAC en el paciente EPOC.

**Conclusiones.** Necesitamos estudios más amplios que incluyan una evaluación del estado de la inmunidad en los pacientes con EPOC, los cuales podrían ayudar a diseñar estrategias preventivas frente a las infecciones respiratorias en estos enfermos.

#### A-43

### BACTERIEMIAS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE HUELVA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL AÑO 2007

M. Del Castillo Madrigal<sup>1</sup>, I. Páez Rubio<sup>2</sup>, F. Fernández Girón<sup>3</sup>, J. Lomas Cabeza<sup>2</sup>, J. Saavedra Martín<sup>4</sup>, A. Lozano López<sup>3</sup> y M. Lozano Fernández-Salguero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Nefrología, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología. Area Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** Las bacteriemias y desarrollo de sepsis son la segunda causa de muerte en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Los objetivos de nuestro trabajo son determinar la incidencia de bacteriemia entre pacientes en hemodiálisis en la provincia de Huelva durante 1 año, analizar los microorganismos responsables y describir factores pronósticos y predisponentes.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de todos los pacientes con IRCT incluidos en programa de hemodiálisis en Huelva que han tenido al menos un episodio de bacteriemia en el período de un año (01/01/2007- 31/12/2007). Hemos incluido sólo los que iniciaron hemodiálisis al menos un mes antes del episodio de bacteriemia. Se han recogido datos demográficos, clínicos y de laboratorio que se relacionan con bacteriemia en la literatura revisada.

**Resultados.** En 2007, 327 pacientes con IRCT estuvieron incluidos en programa de hemodiálisis. Se han recogido 22 episodios de bacteriemia en 18 pacientes distintos en el período de un año. De éstos, 10 eran varones (66%), la edad media de 61 años. Las etiologías de la enfermedad renal más frecuentes han sido la nefropatía diabética en el 31,8% de los casos y la glomerulonefritis primaria en el 18%. La incidencia de bacteriemias fue de 0.72/100 meses-paciente. Entre los microorganismos responsables, 12 eran cocos gram positivos (50% *Staphylococcus aureus*), 7 bacilos gram negativos con sólo 2 de éstos *E. coli* y 3 funguemas por *Candida*. En 5 casos la puerta de entrada del microorganismo responsable no fue detectada, en 9 casos no estaba relacionada con el acceso vascular y en 8 casos (36%) estaba en el acceso vascular para hemodiálisis, de éstos sólo 1 era fistula arteriovenosa. 20 pacientes recibieron terapia antibiótica y 10 pacientes requirieron recambio del catéter de acceso para hemodiálisis (incluido un cierre de fistula por trombosis). Entre los factores de riesgo (FR) revisados la hipoalbuminemia (< 3.5 gr/dl) estaba presente en el 55% de los casos, la Hb media fue de 10,8 gr/dl y la media de días en hemodiálisis de nuestros pacientes hasta el momento de la bacteriemia fue de 934. El 33% eran diabéticos y 4 eran VHC positivos. Hubo un total de 4 exitus a consecuencia de la bacteriemia (incluido un caso de endocarditis). En todos los casos el microorganismo aislado fue un Stafilococo (3 *S. aureus* y 1 *S. Epidermidis*). Todos habían recibido tratamiento antibiótico, excepto 1 caso en el que la bacteriemia no se sospechó. El catéter fue reemplazado en uno de los casos.

**Discusión.** Las bacteriemias en pacientes en hemodiálisis en nuestra población son ocasionadas principalmente por cocos Gram positivos, siendo el *S. aureus* el más frecuentemente implicado con una elevada mortalidad (50%). Se han analizado FR asociados con bacteriemia descritos en la literatura, como hipoalbuminemia, anemia, DM y N° de días en Hemodiálisis. En el 36% de los casos la puerta de entrada fue el acceso vascular para hemodiálisis, sobre todo a través de Catéter tunelizado, por ello la FAV nativa es recomendada como acceso vascular en todos los pacientes que reciben hemodiálisis crónica. La mortalidad de la bacteriemia fue del 18%, represen-

tando el 7% de la mortalidad de todos los pacientes en HD.  
**Conclusiones.** Hemos obtenido un total de 22 bacteriemias en la población estudiada, lo que supone una tasa de 0,72/100 meses-paciente, similar a las revisadas en la literatura. El principal FR para el desarrollo de bacteriemia es ser portador de un Catéter Tunelizado. *S. aureus* es el agente causal mayoritariamente implicado (27% de todas las bacteriemias), incluyendo la alta mortalidad por éste. Recordar otras bacteriemias no relacionadas con el acceso vascular que suponen una causa importante de morbilidad.

#### A-44

##### CASOS DE BOTULISMO ALIMENTARIO EN LA RIOJA EN UN PERÍODO DE 20 AÑOS

F. Jiménez Bermejo<sup>1</sup>, T. Rubio Vela<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>2</sup>, J. Pinilla Moraza<sup>3</sup>, E. Martínez Martínez<sup>1</sup> y N. Fernández Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrar (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Estudiar la incidencia de intoxicación botulínica de origen alimentario en La Rioja en un período de 20 años (1979-1999). Se describen las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de los casos encontrados.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo de los casos de botulismo alimentario ingresados en nuestro hospital, así como los declarados en el servicio de epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Rioja entre los años 1979-1999.

**Resultados.** De los 26 casos registrados un 57% eran varones, con edad media de 52 a. Un 50% fueron casos aislados, 50% en forma de brotes (4 brotes de 2 casos, uno con 3 casos). Las conservas caseras fueron origen de la intoxicación en 19 casos (73%), 3 casos se debieron a la ingesta de embutidos y en el resto no se filió el origen. El período de incubación osciló entre 4-7 días. La clínica más frecuente fue sequedad de boca/disfagia (84%), diplopia (65%), estreñimiento (57%), visión borrosa (46%), náuseas/vómitos (46%), astenia (38%) y retención urinaria (34%). En la exploración destacó la midriasis arreactiva (77%), parálisis acomodativa y sequedad de mucosas (46%), ptosis (38%) y paresia de pares craneales (30%). La toxina botulínica en sangre por bioensayo en ratones resultó positiva en 5 casos de los 11 solicitados (45%), siendo en todos los casos toxina del tipo B. Se obtuvieron hallazgos electrofisiológicos (E MG) compatibles con botulismo en 19 pacientes (73%). En el tratamiento se empleó antitoxina (A, B, E) más guanidina en el 31% de los pacientes (9), antitoxina botulínica como monoterapia en 27% (7), antitoxina más prostigmina en 11,5% (3), guanidina 7,7% (2), prostigmina 3,8% (1) y tratamiento sintomático en 15% de los casos (4). Se registraron 5 casos de reacción alérgica cutánea con la antitoxina botulínica en las 19 ocasiones en las que fue administrada (26%). Desde el punto de vista pronóstico, la evolución fue satisfactoria en el 88% de los pacientes, precisando ingreso en UMI (soporte ventilatorio) un total de 6 pacientes (23%), con resultado de mortalidad en 3 de ellos (11,5% del total de pacientes, 50% de los ingresados en UMI). Como complicaciones asociadas en UMI, 6 casos de ileo parálisis que precisaron NPT, neumonía (4 casos), infección urinaria (2 casos), SDRA (1 caso), neumotórax (1 caso) e I. Renal aguda (1 caso).

**Discusión.** La intoxicación botulínica sigue siendo una enfermedad poco frecuente pero sin tendencia a la remisión por su relación con el embotado de conservas y embutidos caseros. Además de la historia clínica, el E MG es una prueba diagnóstica de gran importancia en espera del aislamiento de la neurotoxina botulínica. En cuanto al pronóstico, el 23% de los pacientes precisaron apoyo respiratorio, con un 11% de mortalidad global. Existe controversia en el uso de antitoxina botulínica, y, aunque nuestro estudio no permite sacar conclusiones definitivas, sí que destaca la elevada frecuencia de fenómenos de hipersensibilidad (26%). El hecho de que la mitad de nuestra serie se presentaran como casos aislados, nos lleva a pensar en la existencia de formas de botulismo con afectación clínica leve que no precisan hospitalización y que son resueltas en medio ambulatorio, lo que recomendaría coordinar esfuerzos sanitarios además de

realizar campañas informativas que modifiquen hábitos alimentarios de riesgo.

**Conclusiones.** Son necesarias campañas informativas que modifiquen hábitos alimentarios de riesgo, tanto en la elaboración de las conservas caseras como en la preparación para su consumo. El E MG es un método rápido y efectivo en espera de resultados confirmatorios. Existe controversia en la utilización de antitoxina botulínica, siendo necesarios estudios más amplios en este sentido.

#### A-45

##### INCIDENCIA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL NI FACTORES DE RIESGO VASCULAR

F. Jiménez Bermejo<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>2</sup>, T. Rubio Vela<sup>1</sup>, V. González Toda<sup>1</sup>, N. Fernández Martín<sup>1</sup> y E. Martínez Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrar (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).

**Objetivos.** Estudiar la incidencia de endocarditis infecciosa (EI) en pacientes sin cardiopatía estructural (incluido prolapso mitral), ADVP ni manipulación vascular. Se describen las características epidemiológicas, diagnósticas, clínicas, microbiológicas, terapéuticas y evolutivas de los casos encontrados.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las endocarditis bacterianas diagnosticadas en un período de 5 años, aplicando los criterios de Durack et al.

**Resultados.** De un total de 41 endocarditis infecciosas bacterianas diagnosticadas durante el período se encontraron 7 casos (17%) que cumplían los requisitos del estudio. La edad de los pacientes osciló entre 45-78 años, media de 67 y predominio masculino. La mayoría tuvieron al S<sup>o</sup> de Medicina Interna como destino (5/7), con los dos restantes en UMI (shock séptico) y Urología (ITU). La infección siempre afectó válvulas izquierdas: 57% aórtica (4/7), 29% mitral (2/7) y 14% afectación mixta (1/7). La fiebre (> 38 °C) fue el motivo de ingreso más frecuente (83%), seguida en frecuencia por clínica constitucional (66%), osteomuscular (41%), disnea (33%), focalidad neurológica en forma de síncope y movimientos anormales (33%), síntomas derivados de la puerta de entrada (2/7 faríngea y 2/7 miccional) y fenómenos cutáneos (2/7 petequias en extremidades, 1/7 nódulos de Osler). Análiticamente destaca el aumento VSG (83%), leucocitosis con desviación izda (66%), alteraciones sedimentario urinario (58%), anemia normocítica-normocromática (33%), e incremento agudo de creatinina (33%). Se auscultó soplo cardíaco a lo largo de la evolución clínica en el 100% de los pacientes. Se aislaron en hemocultivos seriados *Streptococcus* del grupo viridans (mitis, milleri y sanguis) en 3/7 casos (42,8%), *E. coli* (1/7), *STF epidermidis* (1/7), *STF aureus* (1/7) y *Gemella Haemolysans* (1/7). ECO-cardiográficamente se describen vegetaciones en todos los pacientes, con evidencia de insuficiencia valvular asociada en el momento de su realización en 5/7 (71,4%). Salvo un ingreso por shock séptico con inestabilidad hemodinámica (tratado con antibioterapia de amplio espectro) y otro con sospecha clínica al ingreso de endocarditis infecciosa (con inicio de tratamiento empírico según grupo de riesgo), en el resto de casos (4/7) el tratamiento específico para EI se demoró una media de 7 días, prescribiéndose éste según antibiograma. Desde el punto de vista evolutivo, la mortalidad fue del 14,2% (1/7), con necesidad de cirugía valvular diferida en el 43% de los pacientes (3/7), registrándose clínica de insuficiencia cardíaca en 3/7 pacientes (43%), un episodio de embolización arterial periférica confirmada por ECO-Doppler, sospecha clínica de embolia cerebral en 2/7 pacientes (sin evidencia por imagen), un caso de parada cardiorrespiratoria con BAV completo que precisó marcapasos (ECO Doppler color sin hallazgos, no realizado ETE), y en una paciente fue preciso retirada de prótesis articular por persistencia de la fiebre.

**Discusión.** Un número nada despreciable de endocarditis infecciosas se diagnostican en pacientes sin cardiopatía de base, drogadicción ni factor de riesgo vascular conocido, siendo la mayor parte de ellas producidas por gérmenes con gran capacidad invasiva y de adhesión a partir de focos orofaríngeos, gastrointestinales y genitourinarios fundamentalmente. Son cuadros de evolución subaguda, de difícil y

tardeo diagnóstico, pero con mortalidad elevada además de importantes complicaciones y repercusiones clínicas.

**Conclusiones.** Observamos en nuestra revisión concordancia epidemiológica, etiológica, clínica y evolutiva respecto a los escasos estudios reflejados en la literatura médica sobre este tipo de endocarditis infecciosa (EI), concluyendo en la importancia de considerar esta patología en el diagnóstico diferencial inicial de la fiebre sin focalidad clara y en la realización de hemocultivos y ecografía cardíaca como pilares fundamentales del diagnóstico.

#### A-46 BACTERIEMIAS POR GRAM POSITIVOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Garcés Horna<sup>1</sup>, J. Valle Puey<sup>1</sup>, B. De Escalante Yangüela<sup>1</sup>, M. Magro González<sup>2</sup>, E. Durán Sánchez<sup>2</sup>, M. Callejo Plazas<sup>1</sup>, M. Martín Fortea<sup>1</sup> y J. Hortells Aznar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Analizar la incidencia de las bacteriemias por gram positivos, conocer los patógenos más frecuentes, los focos de origen, los principales factores asociados a su adquisición y su mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo que recoge todas las bacteriemias "significativas" en un Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario, durante los años 2006-2007 y análisis de aquellas originadas por gérmenes gram positivos. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, patógeno aislado, características clínicas de los pacientes y mortalidad. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

**Resultados.** Durante este período se recogieron 194 bacteriemias, que en dicho servicio resulta una incidencia de 27 episodios por 1.000 ingresos hospitalarios. De todas las bacteriemias 77 fueron por gérmenes gram positivos, lo que supone un 39%. Dentro de las originadas por gram positivos un 32,5% fueron de adquisición nosocomial, siendo el resto bacteriemias comunitarias. Correspondieron a 44 hombres (57,1%) y 33 mujeres (42,9%), con una edad media de 71 años (DE 13). Las enfermedades de base más frecuentes fueron la diabetes y la cardiopatía. El foco de origen más frecuente fue el pulmonar (26,3%), seguido del vascular (19,7%). En un 14% de los casos no se pudo identificar el origen, calificándose de bacteriemias de origen desconocido. El microorganismo más aislado fue el *S. aureus* con un 36,4% (14% de ellos fueron MARSAs), seguido por el *S. pneumoniae* con un 16,9%. En 26 de los casos la bacteriemia fue polimicrobiana. La estancia media en nuestro Servicio fue de 24 días con una desviación típica de 22 días. La mortalidad global de la bacteriemia fue de 20,5%, siendo significativamente superior a la mortalidad observada en este Servicio.

**Discusión.** Se compararon los resultados de nuestra población con los de otros estudios similares y se analizó la existencia de diferencias.

**Conclusiones.** Destacamos una elevada incidencia de episodios de bacteriemia en Medicina Interna. A diferencia de otros estudios similares en Unidades de Cuidados Intensivos, donde el principal foco de bacteriemias es el vascular, en nuestro caso el foco pulmonar es el más frecuente. La bacteriemia más frecuente es la producida por *S. aureus*, con importante porcentaje de meticilín-resistencias. Resulta una entidad que representa una elevada mortalidad, supone un importante coste farmacológico y aumenta la estancia hospitalaria.

#### A-47 INCIDENCIA DE SEPSIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL EN UN HOSPITAL GENERAL

M. Delgado Capel<sup>1</sup>, J. Yebenes Reyes<sup>2</sup>, L. Ballester Joya<sup>1</sup>, G. Saucá<sup>3</sup>, E. Vidal<sup>4</sup>, R. Icart Palau<sup>1</sup> y J. Capdevila Morell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología, <sup>4</sup>Enfermera de control de infección nosocomial. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

**Objetivos.** Valorar la incidencia de sepsis por catéter venoso central en un hospital general mediante dos métodos de valoración diferentes.

**Material y métodos.** Seguimiento prospectivo de todos los catéteres

venosos centrales (CVC) insertados a los pacientes en nuestro hospital durante un período de 9 meses (método A). Simultáneamente se valoraron los episodios de bacteriemia nosocomial por otro observador (método B). Se registraron las principales características demográficas de los pacientes así como las características de los catéteres. Todos los catéteres fueron insertados en condiciones de esterilidad y cerrados con conectores desinfectables de válvula mecánica. En UCI un equipo de enfermería entrenado realiza control de manipulación correcta de los catéteres insertados en este servicio. Los catéteres se retiraban por fin de tratamiento, alta, mal funcionamiento o sospecha de infección (fiebre, pus en el punto de inserción, signos de sepsis, hemocultivos positivos, etc.). De los catéteres retirados por sospecha de infección se realizaban cultivos semicuantitativos y hemocultivos. Según criterios clínicos y microbiológicos, los catéteres se clasificaban en: no infectado, infección del punto de inserción, catéter colonizado, infectado o sepsis por catéter.

**Resultados.** Durante 9 meses 597 catéteres se colocaron a 480 pacientes, 282 hombres (58%), con un total de días de cateterización de 4.886, y duración media de la inserción de 8,19 días (1-58). Los catéteres se colocaron en UCIs en un total de 35 casos (5,8%), en quirófano en 151 (25,2%), 45 en otras unidades (7,23%), y 365 en la UCI (61%). El acceso vía subclavia se utilizó en 194 casos (32,4%), el yugular en 124 (20,7%), en 30 casos la vía femoral (5,02%) y el drum en 245 casos (41%). Método A: en un 70,1% de los casos (419 catéteres) se retiró el catéter por fin de tratamiento. Por problema mecánico en 42 (7,03%) y por fiebre o sospecha de infección en 40 casos (6,7%). Se produjeron un total de 10 episodios de sepsis por catéter, con una incidencia global de 2,04 episodios/1.000 días de catéter. En UCI no se detectó ningún episodio durante este período, resultando una tasa de incidencia de 0 en este servicio y de 3,2 episodios/1.000 días de catéter en planta. Método B: se registraron en este mismo período 8 episodios de bacteriemia nosocomial, lo que supone una tasa de 0,56/1.000 pacientes hospitalizados.

**Discusión.** La sepsis por catéter es una causa importante de infección nosocomial y esta relacionada con mortalidad y morbilidad significativas. En el estudio EPINE la prevalencia de sepsis por catéter esta entre 2,5 y 3,4 episodios por 1.000 pacientes hospitalizados. En nuestro hospital la tasa de sepsis por catéter esta dentro de los límites aceptados. Observamos diferencias en nuestros resultados según el tipo de registro realizado, con una mejor estimación de la realidad en el seguimiento diario. El método A permite registrar además de los episodios de sepsis por catéter microbiológicamente documentados, otras formas de infección de catéter.

**Conclusiones.** La incidencia de sepsis por catéter en nuestro centro esta dentro de los límites aceptados. Observamos diferencias estadísticamente significativas en las tasas de sepsis por catéter entre las unidades de hospitalización y la UCI donde trabaja este equipo de enfermería en el control de la correcta manipulación de los catéteres. Es importante una correcta manipulación para prevenir la sepsis por catéter.

#### A-48 DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A INFECCIÓN POR BRUCELLA MELLITENSIS

G. González<sup>1</sup>, E. Peñalver<sup>2</sup>, B. Alcaraz<sup>2</sup>, N. Cobos<sup>2</sup> y R. Vilaplana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

\*estos dos autores han contribuido por igual en este trabajo.

**Objetivos.** Presentar dos casos clínicos de infección por *Brucella* así como describir sus complicaciones dentro de nuestra área hospitalaria.

**Material y métodos.** Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura.

**Resultados.** Caso 1: Varón de 52 años, sin antecedentes personales de interés, cuidador de ovejas. Desde hace una semana presenta parestesias en MMII con dificultad progresiva para la marcha hasta la imposibilidad para la misma. También leve debilidad en miembro superior izquierdo. En la exploración general no hay alteraciones, y en la neurológica se objetiva dolor en la columna dorsal a la flexión cervical sin rigidez. Fuerza disminuida en brazo izquierdo 4/5, paraparesia de dominio proximal. Hiporeflexia generalizada en las cuatro



extremidades. Reflejos cutáneos plantares indiferentes bilateral. Sensibilidad dolorosa abolida en brazo izquierdo y en hemicuerpo izquierdo hasta nivel D7-D8. Sensibilidad vibratoria abolida en MMII hasta crestas ilíacas, posicional preservada. Analítica general normal. Serología para Lúes, Borrelia y Criptococo: negativa. Rosa de Bengala positiva. Aglutinación Wright positiva a 1/160. LCR: xantocrómico con 250 leucocitos (95% mononucleares, 5% PMN), glucosa 44.4 mg/dl, proteínas 2.089 mg/dl. Rosa de Bengala positivo, aglutinación Wright positiva a 1/20. ECG, Rx tórax y TC craneal normal. RM al ingreso: protrusiones discales C2-C3 y C3-C4. RM control: absceso epidural anterior desde D4 a D7. E MG: compatible con mieloradiculopatía en MMII. Con diagnóstico de meningitis y absceso epidural D4-D7 brucelar se inicia tratamiento con dexametasona, estreptomina, rifampicina y doxiciclina. La evolución analítica fue favorable, con negativización de las serologías en LCR y reducción de los títulos de aglutinaciones. Caso 2: Varón 43 años con dolor, signos inflamatorios e impotencia funcional desde hace 3 meses en tobillo izquierdo, sin traumatismo previo, ni fiebre. Mejoría parcial con AINES y reposo. No antecedentes infecciosos, ni de contacto con animales. Toma leche y agua controlada sanitariamente. Exploración general: sin alteraciones. Aparato locomotor: sinovitis, derrame, dolor y limitación funcional en tobillo izquierdo. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos 11.100 (76% neutrofilos), plaquetas y coagulación normal. FR 20, PCR 11,7, VSG 109. Rosa de Bengala (+). Aglutinación Wright (+) 1/160. Urocultivo, cultivo de líquido sinovial negativo, incluyendo ZN y Auramina. Rx tórax normal. Rx tobillo izquierdo: disminución del espacio tibio - peroneo - astragalino con erosiones. RM tobillo izquierdo: afectación extensa de tibia, peroné, astrágalo y calcáneo; y de articulación tibio peronea y colecciones líquidas periarticulares. Diagnosticándose de artritis y osteomielitis sépticas de tobillo izquierdo por brucela. Evolución favorable con AINES y antibióticos (doxiciclina, rifampicina, trimetropin sulfametoxazol).

**Discusión.** La Brucelosis es una enfermedad febril con múltiples manifestaciones inespecíficas. Los síntomas articulares son la complicación más frecuente y pueden aparecer en cualquier momento evolutivo de la enfermedad. Las complicaciones neurológicas ocurren entre un 2-5% de pacientes. El absceso epidural ocurre en un 1,5% de pacientes con complicaciones neurológicas, y generalmente está asociado con espondilitis.

**Conclusiones.** Hemos presentado un paciente diagnosticado de neurobrucelosis y otro con complicación articular. El absceso epidural puede provocar compresión extradural de la médula con daños irreversibles en las funciones motoras. Por ello deberían recomendarse controles con neuroimagen mediante RM de forma periódica en pacientes con brucelosis y sospecha de espondilodiscitis para vigilar la formación de absceso epidural y prevenir la compresión extramedular. En zonas endémicas, como nuestra área, se recomienda descartar brucelosis en pacientes con déficit neurológico y artritis no filidada.

#### A-49 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE PEGINTERFERON ALFA-2B Y RIBAVIRINA EN PACIENTES COINFECTADOS VHC-VIH. ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS DE RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA

M. Cervero Jiménez<sup>1</sup>, R. Torres Perea<sup>1</sup>, J. Jusdado Ruiz-Capillas<sup>1</sup>, J. Agud Aparicio<sup>1</sup>, M. Del Álamo Rodríguez<sup>2</sup>, E. García Benaya<sup>3</sup>, S. Fraile Gil<sup>3</sup> e I. González Martil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología,

<sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es determinar en la práctica clínica habitual la efectividad y seguridad de peginterferon alfa-2b y ribavirina, en términos de respuesta viral sostenida (RVS) y efectos adversos, en pacientes con coinfección VHC-VIH no previamente tratados.

**Material y métodos.** Se seleccionaron a pacientes coinfectados VIH-VHC que recibían atención médica por infección VIH entre 2004 y 2006. El estudio fue un estudio de cohortes prospectivo. Los pacien-

tes recibieron la combinación de peginterferón alfa-2b por vía subcutánea y ribavirina ajustado al peso. La duración del tratamiento fue 48 semanas en aquellos pacientes que en las 12 semanas habían disminuido 2 log la carga viral de VHC (RVP-respuesta virológica precoz). La medida de eficacia fue la RVS (carga viral negativa a los 6 meses tras suspensión del tratamiento). Eritropoyetina y factor estimulante de colonias de neutrófilos fueron utilizados cuando la hemoglobina descendió por debajo de 10 g/ml y cuando la cifra de neutrófilos era menor de < 750 cel/ml respectivamente. Para el análisis inferencial de las variables cualitativas dicotómicas (respuesta/no respuesta) utilizamos las tablas de contingencia (test de chi2, test exacto de Fisher). Se realizó análisis de regresión logística, siendo la variable dependiente la RVS.

**Resultados.** 27 pacientes fueron incluidos en el estudio. La mayoría eran hombres (74,1%), con una edad mediana de 42 años. 74% tenían historia de ADVP. Los genotipos más frecuentes fueron el genotipo 3 y 1 (51,9% y 22,2% respectivamente). 75% tenían un índice de fibrosis 2 o superior. 74% estaban recibiendo TARGA durante el estudio (33,3% basado en IP potenciado y 29,6% basado en NNRTI). En el 74% la carga viral VIH era < 50 copias/ml. La media de CD4+ fue 572 cel/ml. En el análisis global la RVS fue 44,4%. Por genotipos, en los genotipo 2 y 3 la RVS fue mayor que en los genotipos 1 y 4 (62,5% v. S. 18,2%) (p = 0,023). Los pacientes con carga viral < 600.000 UI tuvieron mayor respuesta que aquellos con > 600.000UI (60% vs 31,3%). Estratificando los genotipos por la carga viral, observamos que en los genotipos 1 y 4 con carga viral baja la RVS fue del 50% vs 0%. Sin embargo, en los genotipos 2 y 3 la carga viral no influía de forma significativa (66,7% vs 55,6%). El índice de fibrosis también se relacionó con la respuesta: mayor RVS con fibrosis 1 y 2 que con 3 y 4 (54,5% vs 30,8%). El recuento de CD4 (punto de corte 500 cel/ml) no se asoció con la RVS. Tampoco lo hizo la cifra GPT. La RVS fue mayor en mujeres (57,1% vs 40%) y en < 40 años (66,7% vs 38,1%) Se produjo descenso del 7% de peso, 17% en la cifra basal de la hemoglobina, 43% en la de leucocitos, 18% en la de plaquetas y 43% en la cifra de CD4. Las transaminasas se normalizaron en el 50% de los pacientes con RVS y en el 20% de los que no alcanzaron RVS. Las manifestaciones neuropsiquiátricas fueron los efectos adversos más frecuentes (11%). Ningún paciente abandonó el tratamiento por efectos secundarios o alteraciones hematológicas. 1 paciente tuvo un cuadro de tiroiditis, 2 tuvieron alopecia y 2 rash generalizado. No hubo ninguna descompensación hepática.

**Conclusiones.** 1. En la práctica clínica habitual Peginterferon alfa-2b y ribavirina en pacientes coinfectados alcanza la misma cifra de RVS que la referida en los ensayos clínica (44%) 2. El genotipo (genotipo 2 y 3 vs 1 y 4) fue la única variable que se asoció de forma estadísticamente significativa con la RVS (66,7% vs 18,2%). 3. En los pacientes con genotipo 1 y 4 y baja carga viral (< 600.000 UI) se puede alcanzar una RVS en torno al 50%. 4. Otros factores que se asociaron con mayor RVS fueron la edad < 40 años, sexo femenino, e índice de fibrosis. No se pudo demostrar significación estadística por la falta de potencia del estudio. 5. Ni el recuento de CD4 ni de transaminasa se asociaron con la RVS. 6. Aunque los efectos secundarios son frecuentes se puede conseguir buena adherencia al tratamiento.

#### A-50 LINFADENITIS TUBERCULOSA MEDIASTÍNICA (LTM) EN PACIENTES VIH NEGATIVOS A PROPÓSITO DE 3 CASOS R. Qanneta<sup>1</sup>, M. Ruiz<sup>1</sup>, S. Veloso<sup>1</sup>, J. Peraire<sup>1</sup>, M. Roca<sup>1</sup>, C. Delgado<sup>2</sup>, F. Vidal<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología.

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** La tuberculosis (TB) se clasifica en pulmonar (75%) y extrapulmonar (FEP). La FEP supone el 10-20% del total de TB en los enfermos inmunocompetentes (IC) y se incrementa hasta el 60% en los pacientes con SIDA. La TB genitourinaria era la FEP más frecuente antes de la epidemia de VIH. Ahora, salvo la TB pleural, la ganglionar es la más frecuente y la más común en pacientes VIH positivos, niños y mujeres entre 20 y 40 años. Los ganglios cervicales son los que más se afectan. La LTM es común en primoinfección

tuberculosa y predomina la afectación derecha. En un alto porcentaje existe un foco primario pulmonar, más en pacientes VIH positivos, el BK es habitualmente - y el PPD +. El diagnóstico definitivo es histológico y microbiológico: mediastinoscopia con biopsia ganglionar excisional (MS/BG). Salvo excepciones el tratamiento (tto) es similar al de la TB pulmonar, de 6 a 9 meses. En 30% de los pacientes se dan reacciones paradójicas: crecimiento, fistulización o aparición de nuevas adenopatías, al inicio del tto. Presentamos 3 pacientes VIH negativos diagnosticados de LTM en nuestro servicio (MI) entre abril y junio de 2008.

**Material y métodos.** Caso 1: mujer boliviana, 29 años, sin antecedentes. Ingresos por fiebre, sudoración nocturna, astenia e eritema nodoso en pierna izquierda, de 2 meses. Resto EF normal. En A/S destaca VSG 103 mm, PCR 8 mg/dL, Hb 9.6 g/dL, Hto 28.7%, VCM 85.6fL, GOT 112, GPT 103, GGT 99, FA 285, LDH 513 U/L, ECA normal, HIV-. Hemocultivos -. PPD+. RX tx: ensanchamiento paratraqueal D. TC toracoabd: múltiples adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, resto normal. MS/BG: inflamación granulomatosa necrotizante sugestiva de TB, BK+, PCR Mycobacterium+, Lowstein + para Mycobacterium tuberculosis complex. Se pauta Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol (I, R, P y E); con buena evolución. Reingresa por reaparición de fiebre, adenopatías supraclaviculares bilaterales, cefalea e empeoramiento de la biología hepática. TC toracoabd: sin cambios. TC y RM craneal: lesión frontal D sugestiva de tuberculoma. Biopsia hepática: hepatitis granulomatosa. Se suspende I y R y se pauta Etambutol, Estreptomomicina, Cicloserina, Levofloxacino y Dexametasona. Caso 2: mujer española, 36 años. Antecedentes: 1998, tiroidectomía total y radiol por CA papilar PT4N1b. 2006, nueva tanda de radiol por aumento de TG. Habitualmente tto con tiroxina 75 mg y ACO. Abril 2008, en otro centro se realiza TC torácico y PET que evidencian adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales. Ingresos en M. I en 05/08 para MS/BG. No fiebre. EF normal. En A/S destaca TSH 0.02 mUI/L, T4L 23.56 pmol/L, ECA normal, HIV-. PPD+. MS/BG: inflamación granulomatosa necrotizante sugestiva de TB, BK-, PCR Mycobacterium-, Lowstein en curso. Se pauta I, R, P y E. Control ambulatorio favorable. Caso 3: varón español, 26 años, fumador moderado, sin otros antecedentes. Ingresos por fiebre, escalofríos, astenia e hiporexia de 2 semanas. Resto EF normal. En A/S destaca VSG 37mm, PCR17 mg/dL, GOT32, LDH742U/L, ECA normal, HIV-. Hemocultivos -. PPD+. RX tx: ensanchamiento paratraqueal D. TC toracoabd: masas mediastínicas paratraqueales e hiliares D, resto normal. MS/BG: inflamación granulomatosa necrotizante sugestiva de TB, BK-, PCR Mycobacterium-, Lowstein en curso. Se pauta I, R y P con buena evolución. Reingresa por fiebre. TC toracoabd: aumento de tamaño y necrosis de las adenopatías mediastínicas, condensación yuxtamediastínica D y patrón sugestivo de TB miliar. Se añade al tto Etambutol, Estreptomomicina y Levofloxacino.

**Discusión.** Los datos epidemiológicos (edad, sexo) y el procedimiento diagnóstico (MS/BG) de nuestros 3 casos coinciden con lo descrito en la literatura. Las condiciones sociosanitarias en nuestros pacientes son favorables y no se asemejan a las descritas por O. Fain et al en su serie de 141 pacientes.

**Conclusiones.** Independientemente de la infección por VIH, la LTM es común en los pacientes IC y supera las expectativas. La forma de presentación de LTM como síndrome constitucional, frecuente en VIH positivos, puede darse en VIH negativos. Los pacientes IC con LTM pueden presentar fenómenos paradójicos y diseminación hematogena de la infección.

#### A-51 NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES VIH HOSPITALIZADOS EN LA ÁREA DEL TARGA

R. Sanz<sup>1</sup>, I. Sanz<sup>2</sup>, S. Barbero<sup>1</sup>, E. Ortega<sup>3</sup>, V. Abril<sup>3</sup>, X. García<sup>1</sup> y A. Herrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Medicina interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón).

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de los pacientes VIH ingresados por neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en la era del TARGA y su grado de cumplimiento del TARGA y la profilaxis con cotrimoxazol. Valorar el número de pacientes incluidos en la categoría SIDA durante el ingreso que no conocían su infección VIH previamente así como cuantificar la proporción de esta entidad respecto a otras definitivas de SIDA.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad con diagnóstico al ingreso de neumonía por *P. jirovecii*, durante el período comprendido entre enero 2004 y mayo 2008. El diagnóstico se realizó en base a la combinación de datos clínicos típicos (disnea subaguda, tos seca, insuficiencia respiratoria) y manifestaciones radiológicas compatibles. Revisión de las declaraciones de casos SIDA realizadas durante el mismo período.

**Resultados.** Durante el período mencionado se diagnosticaron un total de 21 ingresos por neumonía por *P. jirovecii*. 14 eran varones (66,67%) y 7 mujeres (33,33%). La media de edad fue de 36,85 años (18-64). En cuanto a la distribución por años: supuso un 0,42% del total de ingresos en nuestra unidad en 2004, 0,63% en 2005, 1,42% en 2006, 1,61% en 2007 y 4,87% en 2008 de enero a mayo. Del total de los 21 pacientes, 10 (47,62%) fueron diagnosticados durante el ingreso de infección por VIH, declarándose como casos SIDA. Todos ellos (10) procedían del servicio de Neumología donde ingresaron por neumonía intersticial de causa desconocida. El resto, 11 (52,38%), se encontraban en estadio C3. De los 11, 8 (72,72%) no tenían pautado TARGA ni profilaxis primaria, bien por decisión propia o por no acudir regularmente a la Consulta Externa. Los 3 pacientes en TAR reconocían no cumplimentarlo. La mediana de CD4+ fue de 25.5 y la mediana de LDH al ingreso 802. Se solicitó IFD de *Pneumocystis* en esputo en 14 de los 21 pacientes (66,67%) siendo negativa en todos ellos. Se demostró el patrón radiológico intersticial típico en las 20 radiografías de tórax realizadas (95,24%), así como un patrón "en vidrio deslustrado" en las 14 tomografías solicitadas (66,67%). Durante el ingreso requirieron tratamiento con corticoides intravenosos 16 de los 21 (80%). Fallecieron 4 pacientes (19,05%), por causas directamente atribuibles. Del total de declaraciones de SIDA recogidas durante el período descrito (52), un 19,23% tenían la neumonía por *Pneumocystis* como enfermedad definitiva, sólo precedida de Tuberculosis (40,38%).

**Discusión.** La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* es una entidad frecuente en nuestro medio. Objetivándose un incremento del porcentaje que supone esta infección del total de ingresos en nuestra unidad. Supone la 2ª enfermedad definitiva de SIDA en nuestra serie, sólo precedida de Tuberculosis. Con predominio en varones, con inmunodepresión severa bien por mala cumplimentación o por desconocimiento del diagnóstico de infección por VIH. La IFD en esputo no ha resultado útil en nuestra serie para el diagnóstico al contrario que la combinación de técnicas de imagen y la clínica.

**Conclusiones.** La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* sigue siendo una de las infecciones oportunistas más frecuentes en pacientes VIH con inmunodepresión severa, suponiendo una de las enfermedades definitivas de SIDA más frecuentes. Acontece sobre todo en aquellos con mala adherencia al tratamiento, que no acuden a las revisiones periódicas. El otro perfil de enfermos que padecen esta infección son los que desconocen la infección por VIH y debutan con esta entidad.

#### A-52 INFECCIONES IMPORTADAS EN UNA UNIDAD MÉDICA DE ALTA PRECOZ. NUESTRA EXPERIENCIA

P. Barros Alcalde<sup>1</sup>, M. Mallo González<sup>1</sup>, J. Campos Franco<sup>1</sup>, E. Carballo Arceo<sup>2</sup>, L. Roca Pardiñas<sup>2</sup>, M. Romero Freire<sup>2</sup> y M. Alende Sixto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Médica de Alta Precoz. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Las enfermedades importadas son aquellas adquiridas en un país y diagnosticadas en otro donde no existen o son menos prevalentes. Pretendemos evidenciar su aumento en nuestro país en los

últimos años, ya no sólo en pacientes nativos del área endémica si no también ante pacientes con fiebre y viajes recientes al extranjero. **Material y métodos.** Revisamos los casos de fiebre entre septiembre de 2006 y enero de 2008 en pacientes con viajes recientes a países endémicos. Detectamos tres durante este período, dos de ellos finalmente diagnosticados de paludismo y uno de dengue. Entre los casos de paludismo, uno era un varón de 47 años, albañil y con estancias prolongadas en Guinea por motivos laborales. Acudió por fiebre elevada vespertina, tiritona de tres días de evolución y malestar general. El segundo de los pacientes era un varón de 45 años, marinero, que en los meses previos realizara travesía a Nigeria. Ingresó por fiebre de 15 días de evolución de predominio nocturno, sudoración y malestar general. Destacaba trombopenia, leucopenia, linfocitosis con formas activadas y hepatoesplenomegalia homogénea, sugestivo de viriasis. El tercero era un varón de 40 años, ingeniero agrónomo y que realizaba viajes de trabajo frecuentes a Brasil. Ingresó por cuadro similar de fiebre con escasa respuesta a antitérmicos. Presentaba además un rash puntiforme no pruriginoso en tronco y extremidades.

**Resultados.** Tras la realización de serologías entre las que se incluían virus hepatotropos, retrovirus, grupo herpes, CMV, VEB y pruebas de imagen como la ecografía, en los tres casos se realizó estudio de hemoparásitos que resultó positivo en los dos primeros, así como serologías de dengue y paludismo. En el tercero de los pacientes la detección de hemoparásitos resultó negativa y posteriormente se confirmó el diagnóstico de sospecha mediante serología, que fue positiva para virus del dengue. En los casos de paludismo, la evolución fue satisfactoria tras inicio de tratamiento con cloroquina y doxiciclina. En el paciente con dengue, el único tratamiento fue el sintomático, autolimitándose la fiebre y el rash en una semana.

**Discusión.** El paludismo es una enfermedad infecciosa producida por el parásito *Plasmodium* que puede llegar a causar la muerte. Se transmite al ser humano a través de la picadura del mosquito *Anopheles* previamente infectado. Según la OMS, está presente en más de 100 países, la mayoría del África subsahariana y del Sudeste Asiático. Los síntomas suelen aparecer 9-14 días tras la picadura y consisten en fiebre intermitente, escalofríos, astenia, cefalea, convulsiones y hasta la muerte. El diagnóstico se lleva a cabo mediante observación microscópica en busca del parásito, confirmando posteriormente mediante serología y determinación de parasitemia. El tratamiento es con fármacos (cloroquina y doxiciclina) que interfieren con el ciclo vital del parásito. En cuanto al Dengue, es una arbovirosis producida por un flavivirus y se transmite por picadura de insecto. Afecta a países tropicales y subtropicales. El período de incubación es de 2-15 días, y suele cursar en adultos con fiebre alta de inicio brusco, afectación general, artromialgias y en ocasiones erupción máculo-papular generalizada. En ocasiones el cuadro es más grave evolucionando al fracaso multiorgánico y muerte. El diagnóstico se confirma mediante cultivo, serología y/o PCR del ARN viral. El tratamiento es sintomático.

**Conclusiones.** A pesar de ser enfermedades no frecuentes en nuestros hospitales, creemos que deben tenerse cada vez más en cuenta, ya sea en inmigrantes o pacientes autóctonos con viajes al extranjero. En las últimas décadas se han convertido en enfermedades emergentes por efectos de la globalización, sobre todo en países pobres con escasas medidas de salud pública, aquellos con gran crecimiento demográfico y por los casos importados por la generalización de los denominados "viajes exóticos".

#### **A-53** **AMOXICILINA-CLAVULÁNICO VS LEVOFLOXACINO EN INFECCIÓN POR NEUMOCOCO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS?**

**A. Plata Izquierdo, J. Miramontes González, E. Puerto Pérez, N. Cubino Bóveda, J. Martín Oterino, L. Mateos Polo, J. Hernández Criado y A. Sánchez Rodríguez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** El *Streptococcus pneumoniae* es el principal agente etiológico de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos previamente sanos y en adultos con enfermedad de base en que

requieran ingreso hospitalario. Generalmente una vez establecida la sospecha clínica de infección de vía respiratoria se pauta tratamiento antibiótico de forma empírica, en función de la evolución y los resultados microbiológicos se mantiene o se modifica. En nuestro medio 2 de los grupos de antibióticos más pautados en ingreso son los B-Lactámicos y las quinolonas de 3ª generación. El objetivo de este trabajo, limitado en número de pacientes y no de intenciones, es conocer si existen diferencias en estancia media entre dos de los ATB más representativos de ambos grupos: Amoxicilina-Clavulánico y Levofloxacino, considerando que las quinolonas entran en las guías como una de las primeras opciones y no los B-lactámicos en monoterapia en pacientes que requieren ingreso.

**Resultados.** Del total de neumonías a las que se le pide Ag de neumococo (228), el resultado es positivo en 36. Se descartan aquellos pacientes que son tratados con otros antibióticos, se descarta también los que han recibido más de un antibiótico o ambos. Después de la criba seleccionamos 28 casos, de los cuales 12 son tratados con amoxicilina - clavulánico y 16 con levofloxacino, la diferencia en la estancia media es de +0,9 días en detrimento del B-lactámico.

**Discusión.** El levofloxacino es una de las principales opciones terapéuticas en la neumonía del paciente adulto con enfermedad de base o en pacientes ancianos. No se da como opción la amoxicilina - clavulánico en monoterapia. Sin embargo la en la práctica clínica se pauta este tratamiento. ¿Existen diferencias en la estancia media en caso de infección por neumococo? En este pequeño trabajo la diferencia es de un día, y sugiere pensar que es una opción terapéutica válida individualizando el tratamiento a cada caso.

#### **A-54** **¿ES ÚTIL EL AG DE LEGIONELLA EN ORINA EN CRIBAJE POBLACIONAL?**

**A. Plata Izquierdo, J. Miramontes González, A. García Mingo, M. Borao Cengotita, N. Cubino Bóveda, E. Puerto Pérez, J. Sánchez Cortés y A. Sánchez Rodríguez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** La *Legionella pneumófila* es una de las bacterias causantes de neumonía que clasificamos como atípicas 1). Su frecuencia es baja y su sospecha clínica obedece a unas características epidemiológicas concretas, su diagnóstico implica un tratamiento hospitalario y en muchas ocasiones por aparecer en brotes tiene importante repercusión social. Desde hace unos años su diagnóstico se ha facilitado enormemente con la técnica de detección de Ag de superficie en orina, su fiabilidad, sensibilidad mayor de 80% y especificidad entorno al 97% y su inmediatez, unos 15 minutos, ha facilitado el diagnóstico, el screening poblacional en brotes 2) y su tratamiento precoz modificando su pronóstico. Pero, ¿Es útil pedirlo de rutina a pacientes que ingresan con sospecha de infección respiratoria?

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo en el que valoramos pacientes durante un período de 12 meses. Los pacientes ingresan con la sospecha diagnóstica de infección respiratoria, en las primeras 24 horas se solicita el Ag de *Legionella*, dentro del protocolo de ingreso. Los casos que se contabilizan en la cifra total son aquellos que en el diagnóstico de alta se confirma la sospecha diagnóstica. Los datos son extraídos de la base de datos Filemaker y se contrastan con la base de datos del S. de Microbiología a fin de no perder casos.

**Resultados.** Los cuadros de infección respiratoria registrados es 364, pero sólo se envía al laboratorio de microbiología orina de 147 pacientes, de los cuales sólo 1 es positiva. No se evalúa en este estudio la positividad por distintos métodos microbiológicos para otros microorganismos causantes de los cuadros registrados.

**Discusión.** La posibilidad de diagnosticar la neumonía por *Legionella pneumófila*, serotipo 1 (3), de una forma rápida y fiable permite instaurar un tratamiento correcto de forma precoz o modificar la anti-bioterapia empírica en caso de un diagnóstico inicial en el que no se cubriese esta posibilidad. La detección del Ag en orina cumple esas características de rapidez y fiabilidad, pero su rentabilidad es ínfima cuando no se asocia a una sospecha diagnóstica que oriente la petición. El valor en *screening* es muy alto en el control de brotes, pero no en el diagnóstico poblacional fuera de un brote.



A-55

**RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL AG DE NEUMOCOCO****J. Miramontes González, A. Plata Izquierdo, N. Cubino Bóveda, E. Puerto Pérez, A. Romero Alegría, J. Herráez, P. García Rodríguez y A. Sánchez Rodríguez***Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** El neumococo constituye la principal causa de infección de vía respiratoria en la comunidad, la sospecha clínica y la adecuada pauta de tratamiento antibiótico es fundamental en el pronóstico del cuadro. En la mayor parte de los casos se pauta tratamiento de forma empírica y se solicitan pruebas microbiológicas cuyo resultado se recibe en días sucesivos. La posibilidad de realizar la determinación del Ag de neumococo, con resultados en un espacio de tiempo menor que otras pruebas microbiológicas nos permite precisar el diagnóstico y mantener o modificar el tratamiento pautado, así como la monitorización de la respuesta al tratamiento. El objetivo es conocer la rentabilidad diagnóstica, mediante un análisis retrospectivo, de la petición de forma sistemática del Ag de neumococo a pacientes que ingresan con diagnóstico de neumonía.

**Material y métodos.** La selección de pacientes se realiza entre los casos registrados, en base de datos FileMaker, con diagnóstico de neumonía desde el ingreso, a los que se les pide de la determinación de Ag de neumococo en orina en las primeras 24 horas de ingreso, independientemente del resultado en la evolución se confirma el diagnóstico de neumonía mediante clínica, analíticas de rutina y Rx de tórax.

**Resultados.** Se realizan 221 peticiones, de las cuales son positivas 31, en porcentaje un 14% de positivos. Las cifras se confirman cruzando los datos con la base de datos del Servicio de Microbiología.

**Conclusiones.** La detección de Ag de *S. pneumoniae* es una técnica sencilla que nos permite incrementar el diagnóstico de infección por esta bacteria en pacientes con infección de vía respiratoria baja así como la monitorización del tratamiento (2-3) por su elevada sensibilidad (80%) y especificidad (95%) valorada en distintos estudios prospectivos y retrospectivos (1, 2, 4). Nuestra serie de casos muestra un porcentaje inferior a otras series (5), la posible causa es la recogida de todos los casos sin discriminar en función de la sospecha clínica y epidemiológica. La utilidad en nuestro medio radica en las características mencionadas: rápido, sencillo y nos permite conocer la etiología de la infección y así proceder con el tratamiento que se ha pautado de forma empírica.

A-56

**¿QUIÉN DIAGNOSTICA LA TBC?****A. Antolí Royo<sup>1</sup>, J. Miramontes González<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita<sup>1</sup>, I. Alaez Cruz<sup>2</sup>, A. Plata Izquierdo<sup>1</sup>, J. Martín Oterino<sup>1</sup> y A. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).*

**Objetivos.** La Tuberculosis (TBC), una enfermedad ampliamente extendida por el mundo, con incidencia variable en función de los distintos países, edades, sexo nivel socioeconómico. En España la dábamos por olvidada, ha ido aumentando su prevalencia en los últimos años, distintas circunstancias han ido cambiando el curso epidemiológico 1). Las causas se han atribuido tanto al VIH en un primer momento, y más recientemente a la población inmigrante así como el aumento de las terapias inmunosupresoras. 2). Estos factores también han influido en las distintas formas de presentación, no siendo exclusivo el inicio de la sintomatología a nivel de vía respiratoria. El diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento es de capital importancia en el control de los casos y evitar posibles contagios. 3). Pero, ¿quién diagnostica los nuevos casos de tuberculosis?

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo desde el año 2002 al 2006 de los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Salamanca. Para ello se selecciona como criterio en la búsqueda el diagnóstico al alta de TBC. De las historias seleccionadas hemos estudiado los antecedentes personales de los pacientes, y elegimos como criterios de exclusión tener entre los mismos TBC

o la duda diagnóstica en la recogida de la anamnesis, así como radiografías descritas con imágenes sugerentes (cavernas, paquipleuritis...).

**Discusión.** Se han obtenido 91 casos que cumplieren los criterios de la selección de búsqueda, de los cuales la mayoría de los casos fueron diagnosticados por Medicina Interna y Neumología, sin que se encuentren grandes diferencias. Destacamos el gran número de pacientes diagnosticados por Cirugía Torácica, atribuible a las técnicas invasivas diagnósticas que solicitan las especialidades médicas.

**Conclusiones.** La TBC sigue siendo un proceso en el que los servicios de M. Interna mantienen gran importancia, tanto en su proceso diagnóstico como terapéutico. En múltiples ocasiones es necesario recurrir a pruebas invasivas para obtener material con un rendimiento adecuado en los procesos microbiológicos.

A-57

**RESPUESTA INMUNE EN EL LAVADO NASAL DE PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA INGRESADO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD****R. González Gallego<sup>1</sup>, L. Vega Valderrama<sup>1</sup>, J. Barbado<sup>1</sup>, J. Bermejo Martín<sup>2</sup> y A. Jimeno<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Inmunología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Objetivos.** Hay trabajos actuales que demuestran asociación entre la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y el aumento de la mortalidad en enfermos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Así mismo existen evidencias de respuestas inmunológicas alteradas a nivel local en los pacientes con EPOC. Por ejemplo, los macrófagos alveolares tienen respuestas defectivas a antígenos de *Haemophilus Influenzae*, también muestran una peor quimiotaxis de neutrófilos. Por otra parte, estudios recientes en niños han comprobado que existe relación entre la infección por virus respiratorio sincitial y la aparición de bronquiolitis con respuesta inmune disminuida en el lavado nasal. El objetivo del estudio es detectar marcadores biológicos (citoquinas) de respuesta inmune alterada en el lavado nasal de enfermos con EPOC que contraen NAC respecto a aquellos otros con NAC pero sin EPOC. El fin del trabajo es conseguir un método sencillo e inócuo que detecte aquellos enfermos con peor pronóstico, ya desde el ingreso.

**Material y métodos.** Pacientes: Se recogieron 20 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Valladolid. De éstos 10 estaban diagnosticados de EPOC e ingresaron por NAC (grupo 1). Los otros 10 tenían NAC pero no eran EPOC (grupo 2). El diagnóstico de NAC se estableció cuando se cumplían estos criterios: aparición de un nuevo infiltrado en la radiografía de tórax más al menos uno de los siguientes síntomas de infección del tracto respiratorio inferior: fiebre > 37.8 °C, tos, esputo, disnea, dolor pleurítico, leucocitosis y confusión mental. Los pacientes con EPOC habían sido diagnosticados previamente en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital de acuerdo a "Iniciativa Global para los Criterios Diagnósticos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica". Medición de citoquinas: se recogió muestras de lavado nasal al ingreso. Se midieron 9 citoquinas utilizando un ensayo múltiple (Biorad, Hercules, CA, USA) sobre una plataforma Luminex (Austin, TX, USA).

**Resultados.** La media de edad de los pacientes del grupo 1 fue de 72,3 años, y del grupo 2 fue de 63,5 años. La duración del periodo de hospitalización para el grupo 1 fue de 13,8 días y para el grupo 2 10,7 días. Los pacientes del grupo 1 mostraron niveles significativamente menores de oxígeno al ingreso. Respecto a la detección de citoquinas en el lavado nasal fueron indetectables en ambos grupos.

**Discusión.** El que los niveles de citoquinas fueran indetectables en el lavado nasal frente a la neumonía adquirida en la comunidad en adultos, muy probablemente tenga que ver con que la infección no ha tenido su paso por las vías respiratorias superiores. Al contrario de lo que ocurre en una muestra de niños estudiados en nuestro centro con bronquiolitis obliterante secundaria a virus respiratorio sincitial.

**Conclusiones.** El lavado nasal en adultos con EPOC diagnosticados de NAC no es un método adecuado para establecer respuestas inmunes alteradas. A diferencia de lo que ocurre en niños con bronquiolitis obliterante secundaria a virus respiratorio sincitial.

#### A-58 LEISHMANIOSIS VISCERAL EN EL ÁREA VI DE MADRID ENTRE LOS AÑOS 2000-2008

P. Chicharro Manso<sup>1</sup>, A. Díaz de Santiago<sup>1</sup>, A. Manquillo Esteban<sup>1</sup>, A. López González<sup>2</sup>, V. Marengo Arellano<sup>3</sup>, C. Cigarral García<sup>4</sup>, M. González de Gracia<sup>5</sup> y S. Valero González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. <sup>3</sup>Servicio de Alergología, <sup>4</sup>Servicio de Oncología Radioterápica. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Revisión de las características epidemiológicas, clínico-diagnósticas y terapéuticas de los casos de Leishmaniosis visceral atendidos en el Hospital Universitario Puerta de Hierro entre los años 2000 y 2008.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico primario de Leishmaniosis visceral atendidos en su mayoría en el Servicio de Medicina Interna.

**Resultados.** Se estudiaron 18 pacientes. La mayoría fueron varones con un rango de edad entre 40 y 60 años y con trabajo en sector servicios. Un 66% tenía mascotas. Tan sólo uno de ellos refirió viaje al extranjero en los cuatro meses previos al diagnóstico. Dos tercios de los pacientes presentaban inmunosupresión (50% trasplantados, 25% oncológicos y el 8'3% pacientes VIH +). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fiebre (66'7%) y síndrome constitucional (50%). El signo más frecuente fue la hepatoesplenomegalia (55'6%) El 50% presentó pancitopenia. Tanto la serología para Leishmania como la biopsia de MO fueron positivas en casi el 80% con un elevado índice de concordancia entre ambas exploraciones. Fueron tratados en un porcentaje mayor de casos con Anfotericina B, si bien tanto este tratamiento como el que se realizó con antimoniales fueron igualmente eficaces.

**Discusión.** Muchos de los resultados, clínica, aspectos diagnósticos y de tratamiento, observados en nuestra serie son concordantes con estudios previos. Sin embargo nos llamó la atención un incremento de los casos en pacientes trasplantados, fundamentalmente renales, respecto al grupo HIV, más prevalente en otros trabajos.

**Conclusiones.** La Leishmaniosis visceral continúa siendo una patología prevalente y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de fiebre, en especial en paciente inmunosuprimido.

#### A-59 INFECCIÓN POR NOCARDIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Herrero Torrés<sup>1</sup>, V. Garcés Horna<sup>1</sup>, S. Olivera González<sup>1</sup>, Á. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, R. Pelay Cacho<sup>1</sup>, J. Valle Puey<sup>1</sup>, J. Cuesta Muñoz<sup>2</sup> y J. Amiguet García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar los aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes que presentaron infección por *Nocardia* en un período de cuatro años.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo de 12 pacientes diagnosticados de infección por *Nocardia* durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007 en un hospital terciario. Se analizó la edad y el sexo del paciente, antecedentes personales, localización de la infección, especie de *Nocardia* que se aisló, sintomatología que presentaron, tratamiento que se administró, y evolución mediante el programa estadístico SPSS11.5.

**Resultados.** De los 12 pacientes revisados, 8 eran varones y 4 mujeres. La media de edad fue de 73 años, con una desviación típica de 16 años. En cuanto a los antecedentes personales, el 83% presentaban patología pulmonar. La localización pulmonar de la infección ha sido la más frecuentemente hallada, siendo extrapulmonar únicamente en un paciente. Respecto a la especie de *Nocardia* aislada, el 25% fue *Nocardia farcinica*, el 17% *Nocardia asteroides*, el 8% *Nocardia brasiliensis*, el 8% *Nocardia nova*, y en el 42% restante *Nocardia* spp. Respecto a la sintomatología, un 67% de los pacientes presentaron fiebre, un 67% tos y expectoración purulenta, 75% disnea y 25% síndrome constitucional. El 92% de los casos fue tra-

tado con cotrimoxazol (a pesar de que en la mayoría de los casos había resistencia a dicho fármaco en el antibiograma) y el 8% con ciprofloxacino. La mortalidad en nuestra serie fue del 17%.

**Discusión.** Los resultados de nuestra población se compararon con los de otros estudios y se analizó la existencia de diferencias.

**Conclusiones.** En nuestro medio lo más frecuente es que se trate de infección pulmonar en varones con antecedentes de patología pulmonar. En la mayoría de los casos no se ha podido aislar la especie de *Nocardia* causante de la infección. Se ha tratado en casi todos los casos con cotrimoxazol, a pesar de la existencia de resistencias en el antibiograma, con buena respuesta y evolución clínica.

#### A-60 CAMBIOS EN LA INCIDENCIA DE LAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN LA ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA

P. Martínez Hernández<sup>1</sup>, M. Amer López<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, P. García de Paso<sup>1</sup>, F. Montoya Lozano<sup>1</sup>, J. Valverde Aliaga<sup>2</sup>, F. Franco Salazar<sup>2</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Área V. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la influencia de los cambios en la epidemiología de la Espondilodiscitis Infecciosa Espontánea (EIE) en las manifestaciones neurológicas de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EIE, según criterios clínico-radiológicos y microbiológicos establecidos y aceptados, en nuestro Servicio de Medicina Interna entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Se estudiaron los principales datos demográficos, factores de riesgo predisponentes de infección vertebral, presentación clínica y manifestaciones neurológicas al ingreso. Los casos de EIE se clasificaron en tres grupos etiológicos: "piógenas", "micobacterianas" o "brucelares". El estudio fue dividido en dos períodos: período A (1996-2000) y período B (2001-2005).

**Resultados.** Se diagnosticaron 41 casos de EIE, 13 (31.7%) en el período A y 28 (63.3%) en el período B. La edad media de los pacientes fue de 58.5 ± 17.6 años (rango: 29-89) y 30 (73.2%) eran varones. La etiología de la EIE fue: 26 (63.4%) piógena, 12 (29.3%) micobacteriana y 3 (7.3%) brucelar. Nueve (21.9%) pacientes no presentaron clínica neurológica y 32 (78.1%) tenían clínica neurológica: 21 (65.6%) no grave (leve-moderada) y 11 (34.4%) grave (5 paraplejía, 2 paraparesia, 2 meningitis bacteriana, 1 tetraparesia y 1 meningoencefalitis tuberculosa). Durante el período B del estudio aumentaron significativamente los casos de EIE con clínica neurológica y clínica neurológica grave: (7 vs 25, p = 0,018) y (0 vs 11, p = 0.008), respectivamente. Durante el estudio se observó un aumento de la incidencia de EIE totales y EIE piógenas (1.7/1000 ingresos/año, p = 0.0057) y (1/1000 ingresos/año, p = 0.0476), respectivamente. De forma concomitante, también se observó un aumento de la incidencia de los casos de EIE con manifestaciones neurológicas y con manifestaciones neurológicas graves: (1.3/1000 ingresos/año, p = 0.0006) y (0.4/1000 ingresos/año, p = 0,0013), respectivamente.

**Discusión.** La EIE es un proceso infrecuente que afecta al disco vertebral y a las vértebras adyacentes. En los últimos años se ha descrito un aumento de la incidencia de la EIE debido a un incremento de la incidencia del grupo etiológico piógeno. Las manifestaciones neurológicas son causa de morbilidad y, en ocasiones, de graves secuelas. La prevalencia de la afectación neurológica en la EIE es del 10-50% y la prevalencia de las manifestaciones neurológicas graves es del 3-36%. Esto supone la necesidad de un planteamiento multidisciplinar con diferentes servicios del hospital (neurocirugía, traumatología, unidades de columna, rehabilitación, unidades de lesionados medulares, nutrición, etc.) de los que dependerá en gran medida la recuperación neurológica y funcional de estos pacientes.

**Conclusiones.** En nuestro estudio observamos que el aumento de la incidencia de EIE totales y EIE piógenas se acompañaba de un aumento significativo de la incidencia de EIE con manifestaciones neurológicas y de EIE con manifestaciones neurológicas graves.

**A-61****ANÁLISIS DE LA BRUCELOSIS EN UN HOSPITAL DEL AREA MEDITERRANEA****E. Peñalver, B. Alcaraz, N. Cobos, A. Rodríguez, G. Tornel y R. Vilaplana***Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).*

**Objetivos.** Describir el perfil epidemiológico, clínica, diagnóstico y manejo terapéutico de los pacientes que ingresan en nuestro hospital y son diagnosticados de brucelosis.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de brucelosis. Para ello se obtuvieron en el registro informático de nuestro hospital 19 casos con el diagnóstico principal de brucelosis desde el año 1999 hasta el 2006.

**Resultados.** La edad media era de 40 años (13 - 71 años). De todos los casos sólo uno era mujer. Seis de ellos eran inmigrantes (1 colombiano, 3 rumanos y 2 marroquíes). Seis de ellos trabajaban en la ganadería (5 eran matarifes, 1 trabajador con pieles de ovino y bovino). Ninguno utilizaba medidas de protección respiratoria. Todos ellos refirieron tomar leche pasteurizada y agua controlada sanitariamente. Cuatro de ellos tenían antecedentes de brucelosis y habían seguido el tratamiento correctamente. Los motivos de consulta por los que consultaron fueron sd. Febril prolongado (78,94%), poliartalgias (36,84%), lumbalgia (31,57%), dificultad en la marcha y dolor en testículo (5,26%) respectivamente. En la exploración física un 21% presentaban adenopatías y un 10% hepatomegalia. Destacó un 31% desarrolló complicaciones: osteoarticulares un 21%, de ellas sacroileitis en dos casos, un caso de espondilodiscitis, un caso con artritis de tobillo y otro de osteomielitis. Otras complicaciones fueron orquiepidimitis, desarrollada en dos pacientes y meningitis complicada con absceso epidural D4-D7 en un paciente. Analíticamente un 42% presentaban anemia microcítica, 73% elevación de PCR y VSG y la afectación hepática estaba presente en un 47%. El diagnóstico en todos los casos se llevó a cabo por serología resultando positivo en un 100% tanto Rosa de Bengala como aglutinación. El tratamiento fue doxiciclina y rifampicina (42%), doxiciclina y estreptomina (42%) y la combinación de doxiciclina, rifampicina y cotrimoxazol en un 15%. La evolución fue favorable en todos los casos tanto clínicamente, analítica y serológicamente.

**Discusión.** Debemos tener en cuenta que la infección por *Brucella* puede afectar a cualquier órgano o sistema, y por ello cursar con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Los síntomas y signos iniciales son, a menudo inespecíficos. Estos consisten en fiebre, astenia, sudoración, cefalea y artromialgias. Debemos tener en cuenta también tener la existencia de posibles complicaciones, dentro de ellas la afectación articular es la más frecuente.

**Conclusiones.** La brucelosis sigue siendo un diagnóstico a tener en cuenta en nuestro área, al ser esta una región endémica e incluirlo en el diagnóstico diferencial ante un paciente ingresado por sd. Febril prolongado. Destacar la alta incidencia en población inmigrante así como el contacto con pieles de animales infectados como mecanismo transmisor predominante. La Brucelosis tiene una marcada tendencia a producir recidivas (4 de nuestros pacientes tenían antecedentes de Brucelosis previa) más frecuentes durante los tres primeros meses y en los casos sin tratamiento, pero que pueden ocurrir también tras terapia adecuada. En algunos pacientes, las consecuencias de la enfermedad se prolongan durante años, dando lugar a la brucelosis crónica. Es importante también tener en cuenta la existencia de posibles complicaciones siendo de estas las articulares las más frecuentes.

**A-62****ABSCESOS HEPÁTICOS: UNA CAUSA DE FIEBRE A TENER EN CUENTA****N. Mallo González, P. Barros Alcalde, J. Campos Franco, R. López Rodríguez, L. Roca Pardiñas, A. Freire Romero y M. Alende Sixto***Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es describir varios casos de abscesos hepáticos diagnosticados en una Unidad de Estancia Corta

durante el año 2007.

**Material y métodos.** Se han revisado los casos de abscesos hepáticos diagnosticados durante el año 2007 en la unidad de corta estancia de nuestro hospital, analizando los datos relativos a las características de los pacientes, la forma de presentación, los métodos diagnósticos y el tratamiento empleado.

**Resultados.** Durante el año 2007 se han registrado en la unidad de corta estancia del Hospital Clínico de Santiago 3 casos con diagnóstico de abscesos hepáticos. La edad al diagnóstico fue 41, 64 y 69 años. Ninguno de los casos registrados presentaba historia de manipulación abdominal previa y todos acudieron al centro hospitalario por fiebre y tiritona. Dos de los pacientes presentaban historia de cardiopatía sin valvulopatías significativas y en ellos destacaba como antecedente una manipulación dentaria la semana previa. La forma de presentación fue en todos los casos como cuadro febril asociado a tiritona y destacar que en dos de ellos la clínica al diagnóstico orientaba a foco abdominal por presentar dolor en epigastrio-hipocondrio derecho, con parámetros de bioquímica hepática dentro de la normalidad. En los tres casos descritos las imágenes hepáticas fueron objetivadas en ecografía abdominal, siendo precisa la realización de TAC abdominal para mejor caracterización de las lesiones. Uno de los pacientes presentaba 3 lesiones hepáticas, la mayor de 7 cm de diámetro, otro presentaba una lesión única de 4 cm y el otro 3 lesiones menores de 2 cm de diámetro. Todos los hemocultivos fueron negativos y el ecocardiograma no mostró vegetaciones. En todos los pacientes se decidió tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro, dos de ellos con piperacilina-tazobactam y metronidazol y el restante imipenem y metronidazol. La evolución en todos los casos fue favorable con resolución de los abscesos tras al menos 6 semanas de tratamiento. Destacar que los dos pacientes que habían presentado manipulación dentaria previa presentaban también patología a nivel de colon, uno de ellos neoplasia en sigma diagnosticada posteriormente y otro enfermedad diverticular severa, por lo cual la causa en estos dos casos podría estar en relación con bacteriemia de origen portal por disrupción de la mucosa de colon o bacteriemia tras manipulación dentaria. El otro caso se trata de un absceso hepático criptogenético.

**Discusión.** Los abscesos hepáticos son una entidad a tener en cuenta en nuestro medio. No tanto por su incidencia (menor de 0,1% de ingresos hospitalarios), sino por su elevada mortalidad en diagnósticos tardíos. La edad media de presentación está en torno a 65 años. Aunque hasta un 35% de los casos pueden ser criptogenéticos, la mayor asociación se encuentra con patología de la vía biliar y abdominal. A pesar de la forma clásica de fiebre, dolor e ictericia, cada vez es más frecuente la presentación subclínica y poco expresiva, teniendo como denominador común la fiebre como en los casos descritos. Los parámetros analíticos generalmente son inespecíficos, reflejando la existencia de enfermedad bacteriana sistémica. La ecografía y la TAC abdominal son los pilares para el diagnóstico, pudiendo considerar a esta última como técnica de elección. El tratamiento puede realizarse mediante antibiótico aislado o drenaje percutáneo o quirúrgico asociado a antimicrobianos. En casos de abscesos de pequeño tamaño o múltiples abscesos debe realizarse inicialmente tratamiento antibiótico, como en los casos descritos, reservando la opción intervencionista para aquellos casos de mala evolución y aquellos con absceso único de gran tamaño.

**Conclusiones.** A pesar de ser una patología con una baja incidencia, los abscesos hepáticos deben tenerse en cuenta por la elevada mortalidad en casos de diagnóstico tardío, ya que frecuentemente cursan de forma poco expresiva e inespecífica. De este modo, ante pacientes con cuadro febril sin foco infeccioso evidente, sobre todo en casos con posible bacteriemia previa, independientemente del origen, debemos tener en cuenta el absceso hepático piógeno como posibilidad diagnóstica.



**A-63**  
**EXPERIENCIA CON LINEZOLID EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ÓSEAS Y DE PARTES BLANDAS COMPLICADAS**

**M. Alonso Socas<sup>1</sup>, I. Hernández Hernández<sup>1</sup>, M. González Diaz<sup>1</sup>, R. Delgado Martín<sup>1</sup>, Y. Pedroso Fernández<sup>2</sup>, M. Herrera Pérez<sup>3</sup>, R. Alemán Valls<sup>1</sup> y J. Gómez Sirvent<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** Analizar el uso y los efectos secundarios del tratamiento con linezolid en las infecciones óseas e infecciones de partes blandas complicadas.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes con infección ósea e infección de partes blandas complicadas (IPBC) tratados con linezolid en la Sección de Infecciones desde septiembre del 2005 hasta junio del 2008. La indicación de linezolid se realizó tras realizar el antibiograma y por evaluación clínica del médico. En todos los casos se estableció el tratamiento quirúrgico necesario recomendado. Tras el alta, a todos los pacientes con linezolid se les realizó control analítico ambulatorio cada 2-3 semanas. La confirmación de la curación de la infección ósea se realizó tras la realización de una gammagrafía de leucocitos marcados de control y la normalización de la PCR; en los casos de IPBC mediante inspección de la herida y la normalización de la PCR.

**Resultados.** Analizamos 40 pacientes, 11 con IPBC y 29 (69%) con infecciones óseas (13 pacientes con infección de prótesis articular (IPA), 4 con infección asociada al material de osteosíntesis, 4 artritis bacterianas y 8 osteomielitis). En el 92,7% se identificó el germen responsable de la infección, el 83,3% de los casos el linezolid se utilizó en combinación con otros antibióticos, fundamentalmente con quinolonas (62% de los IPA y 36% de las IPBC); sólo en 6 casos se utilizó linezolid como único antibiótico (en 5 casos de IPBC). En global, el 41,5% (16 pacientes) presentaron efectos adversos al linezolid: anemia en 16 pacientes, en 1 de ellos plaquetopenia y en 2 acidosis láctica (los dos casos eran IPBC). El tiempo medio de uso del linezolid hasta la aparición de anemia fue 13,6 días (desviación estándar (DE):19) y hasta la aparición de acidosis láctica fue 30 días (DE: 36,7). En sólo los dos casos de acidosis láctica se suspendió el linezolid. En 38 pacientes se pudo evaluar la respuesta, el 78% se curaron del proceso infeccioso. Cuando analizamos el grupo de pacientes con IPA (9 infecciones de prótesis de rodilla, 3 de prótesis de cadera y 1 de hombro) en 12 casos se identificó el germen responsable: en 9 casos (64,3%) se identificaron gram positivos (ECN: 6 casos; *S. aureus*: 2; enterococos: 1) y en 3 casos gram negativos (Enterobacterias: 2; *Acinetobacter*: 1). El 57% de las IPA presentaron efectos secundarios al linezolid, anemia en todos los casos, ningún caso de plaquetopenia ni acidosis láctica. El tiempo medio de tratamiento hasta la aparición de la anemia en las IPA fue 16,5 días (DE: 22,8). En un 71% de los casos con infección de prótesis se resolvió el proceso infeccioso. En la tabla se muestra el tiempo total de tratamiento con linezolid, tiempo vía parenteral y tiempo vía oral en las distintas situaciones comentadas.

**Conclusiones.** El uso del linezolid ha permitido la reducción de la hospitalización en pacientes con infecciones que requieren tratamientos prolongados, así como los costes derivados de la hospitalización prolongada. Aunque el 41% presentó efectos adversos, sólo en dos casos se suspendió el tratamiento, debido a acidosis láctica. El seguimiento estrecho de los pacientes con linezolid permite detectar y manejar a tiempo los efectos secundarios.

**A-64**  
**URINOCULTIVOS POSITIVOS EN EL HOSPITAL COMARCAL DEL PALLARS: EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA**  
**E. Sanjurjo<sup>1</sup>, J. Serra<sup>2</sup>, X. Vázquez<sup>2</sup>, J. Beltran<sup>3</sup>, J. Álvarez<sup>1</sup>, D. Alonso<sup>1</sup> y E. Salvador<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

**Objetivos.** Las infecciones de orina constituyen uno de los motivos de consulta a urgencias y de ingreso hospitalario más frecuente en nuestro medio. La presión antibiótica y la aparición de nuevos fármacos ha conllevado un incremento progresivo en la resistencia bacteriana a los antimicrobianos. Por ello es necesario conocer en cada comunidad los patógenos más frecuentemente aislados así como su sensibilidad. Queremos describir la epidemiología de las infecciones de orina en nuestro entorno en relación al germen causal, la sensibilidad antibiótica y la evolución de la misma con el paso de los años.  
**Material y métodos.** Durante el periodo 1996-2007, se han revisado todos los cultivos de orina positivos detectados en nuestro centro y procedentes de muestras recogidas en el Servicio de Urgencias del propio hospital o en las diferentes áreas de hospitalización. Se ha analizado el germen causal así como la sensibilidad a los diferentes antibióticos testados.

**Resultados.** Se han incluido 2.197 urinocultivos positivos (media anual de 183 ± 28), con un máximo de 242 el año 2001 y 139 en el 2006. Los patógenos más frecuentes fueron: 1.277 cultivos positivos para *E. coli* (58%), 186 para *E. faecalis* (8,5%), 162 para *Proteus* sp (7,4%), 137 para *Klebsiella* sp (6,2%) y 132 para *P. aeruginosa* (6%). El perfil medio de sensibilidad (expresado en porcentajes/desviación estándar y mínimo-máximo) frente a amoxicilina-clavulánico (AC) fue *E. coli* 92 ± 3 87-99, *E. faecalis* 99 ± 2 93-100, *Klebsiella* sp 88 ± 13 66-100, y *Proteus* sp 96 ± 3 91-100. Frente a ciprofloxacino (CPX) fue *E. coli* 78 ± 6 69-89, *E. faecalis* 34 ± 20 0-80, *Klebsiella* sp 87 ± 18 47-100, *Proteus* sp 81 ± 12 59-100 y *P. aeruginosa* 71 ± 16 46-100. Frente a fosfomicina (FMC) fue *E. coli* 98 ± 1 96-100, *E. faecalis* 90 ± 12 57-100, *Klebsiella* sp 82 ± 13 60-100, *Proteus* sp 83 ± 8 66-92 y *P. aeruginosa* 50 ± 17 20-73. Frente a cefuroxima (CFX) fue *E. coli* 93 ± 3 89-100, *Klebsiella* sp 74 ± 19 43-95 y *Proteus* sp 93 ± 8 69-100. En cuanto a las curvas de tendencia estimada para el próximo año se observó un descenso en la sensibilidad de *E. coli* a AC (89%) y CPX (71%), de *E. faecalis* a FMC (81%), de *Klebsiella* sp a CPX (69%), de *P. aeruginosa* a CPX (54%) y a FMC (37%) y de *Proteus* sp a CPX (74%).

**Discusión.** *E. coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en los urinocultivos realizados en pacientes procedentes de Urgencias o de Hospitalización, seguido a mucha distancia de otras enterobacterias gram negativas y de enterococo. La sensibilidad se mantiene alta para betalactámicos (fundamentalmente AC) para *E. coli*, *E. faecalis*, *Klebsiella* sp y *Proteus* sp, mientras que ha ido en descenso de forma progresiva para las quinolonas. Esto último también se ha observado en la sensibilidad de *P. aeruginosa* frente a CPX.

**Conclusiones.** Es necesario conocer los patógenos más habituales en cada medio y la sensibilidad de cada uno de ellos frente a los diferentes antibióticos para poder iniciar tratamiento empírico correcto hasta disponer de un antibiograma.

Tabla 1. Tiempo de tratamiento con linezolid (A-63).

	Tiempo total con linezolid	Tiempo de linezolid parenteral (días; DE)	Tiempo de linezolid oral (días; DE)
Infecciones óseas en general	66,4 (69)	19,6 (24)	48,2 (62)
Infecciones de prótesis articulares	68,3 (70)	22,6 (26,1)	48,8 (54,6)
Infecciones de partes blandas complicadas	33,6 (30,8)	2,5 (4,7)	31,1 (32)

A-65

**¿DE DÓNDE VIENEN Y A DÓNDE VAN LOS PACIENTES CON RPR POSITIVO?****S. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, M. Tasia Pitarch<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, X. Cliville Guasch y M. Sabaté Piñol<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Analizar el seguimiento clínico de los pacientes con serología luética positiva. Estudiar las características socio-demográficas de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos nuevos de serología luética (RPR) positiva detectados en el laboratorio de nuestro centro entre enero de 2006 y diciembre de 2007. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y de seguimiento de estos pacientes mediante el uso de la historia clínica única informatizada. Se ha realizado el análisis estadístico mediante el programa SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** Se han analizado 34 procesos, pero dos se han excluido por falta de información. El 62,5% de los casos eran hombres, con una edad media de 38,48 años (19-81); la mayoría eran extranjeros (18,8% del este de Europa, 25% árabes y 15,6% sudamericanos). Entre los factores de riesgo para sífilis la promiscuidad sexual se ha dado en el 18% de los casos, la infección por VIH en el 6,3% y la infección por el VHC en el 4%. Sólo el 18,8% de los casos conocía la enfermedad. La mayoría de los pacientes han sido diagnosticados con el programa de ayuda al inmigrante (15,6%) o como detección precoz durante el embarazo (21,9%). Otros motivos de solicitud de la serología RPR han sido a petición del paciente (9,4%), como detección precoz en la prisión, por artralgias o por deterioro cognitivo (6,3%) y en el estudio de amenorrea o por lesión genital (3,1%). Las especialidades que han llegado al diagnóstico han sido atención primaria (31,3%), ginecología (25%) y medicina interna (18,8%). Tres pacientes (9,1%) se han diagnosticado en neurología, dos (6,3%) en la prisión, uno (3,1%) en dermatología y otro (3,1%) en otorrinolaringología. En el diagnóstico la mayoría de pacientes se encontraba en la fase de latencia de la enfermedad (87,5%), el 3,1% en la fase primaria y el 9,4% en la secundaria. Más de la mitad de los casos (56,3%) presentaba títulos RPR de 1/2 y el 37,5% igual o mayor a 1/4. Se realizó VDRL a 13 pacientes (40,6%) que resultó siempre negativo. El 81,3% de los casos recibió tratamiento y sólo el 68,8% ha realizado un seguimiento adecuado. La mayoría de los pacientes se ha controlado en medicina interna (40,6%) o en ginecología (31,3%). Tres pacientes han realizado seguimiento en atención primaria (9,4%), dos en neurología (6,3%) y uno en dermatología (3,1%). Se ha documentado disminución en la titulación del RPR en el 37,8% de los casos que fueron tratados.

**Discusión.** En los últimos años ha habido un aumento del número de casos de sífilis en Europa. Como factores contribuyentes destaca la inmunodepresión por VIH y la promiscuidad sexual. Sin embargo, en nuestro estudio sólo se ha documentado infección por VIH en dos de los pacientes y desconocemos los datos reales sobre la promiscuidad. Casi el 60% de los casos proviene de países donde la prevalencia de la enfermedad es mayor que en España. El control actual que se hace del embarazo favorece el diagnóstico precoz de la enfermedad. Por ello es ginecología el área de dónde viene la mayoría de los pacientes estudiados. Pero es medicina interna la especialidad a dónde van con más frecuencia, probablemente por el índice de derivación. Aunque es una enfermedad transmisible y con un tratamiento definido existe un número de pacientes que aún no lo ha recibido y más del 30% no realiza seguimiento. Uno de los factores que puede influir es que la mayoría de los casos afecta a población inmigrante con una menor utilización de los servicios sanitarios. A pesar de las limitaciones resultantes de un estudio retrospectivo, de los resultados de nuestro trabajo se deduce que es necesario mejorar la asistencia y seguimiento de este grupo de pacientes.

**Conclusiones.** 1. Existen casos de RPR positivo que no reciben tratamiento y un alto porcentaje no realiza seguimiento de la enfermedad 2. La mayoría de nuestros pacientes son varones, inmigrantes, con serología VIH negativa. 3. Se debería realizar un protocolo de actuación frente a RPR positivo para mejorar la calidad asistencial de este grupo de pacientes en nuestra área.

A-66

**EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TBC EN 5 AÑOS****J. Miramontes González<sup>1</sup>, A. Antolí Royo<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita-Bengoia<sup>1</sup>, A. Plata Izquierdo<sup>1</sup>, M. Pérez, J. Hernández Criado, Á. Sánchez Rodríguez y L. Mateos Pollo**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** La Tuberculosis (TBC), una enfermedad que dimos por olvidada en nuestro país hace años, desde la década los años 80 su incidencia ha ido aumentando. Las causas se han atribuido tanto al VIH en un primer momento, y más recientemente a la población inmigrante así como la aparición de las terapias inmunosupresoras. El trabajo plantea la pregunta sobre una revisión de los casos diagnosticados en el ámbito hospitalario en un período de 5 años.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo desde el año 2002 al 2006 de los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Salamanca. Para ello se selecciona como criterio en la búsqueda el diagnóstico al alta de TBC, independientemente de la comorbilidad y los diagnósticos secundarios que se reflejan en el COMBD de la base de datos hospital. Con los pacientes seleccionados se revisan los diagnósticos conforme a criterios clínicos y microbiológicos, descartados aquellos con diagnóstico no confirmado.

**Resultados.** El número de casos no sólo no disminuye con los años, sino que aumenta, manteniéndose casi en una constante, en números absolutos. Llama la atención el aumento llamativo del año 2004, que no se ha mantenido posteriormente. No disponemos de los datos completos del año 2007, pero los primeros datos de los meses registrados apuntan a que se mantiene la tendencia de la aparición de casos.

**Conclusiones.** La TBC mantiene una tendencia sostenida, creciente, y en absoluto despreciable, en los pacientes ingresados en los servicios de M. Interna. Heche relevante y a tener en cuenta a la hora de considerar esta patología dentro de las posibilidades diagnósticas de nuestros pacientes, tanto como diagnóstico principal como factor de comorbilidad.

A-67

**CONTROL DE TBC EN VIH****J. Miramontes González<sup>1</sup>, A. Antolí Royo<sup>1</sup>, I. Alaez Cruz<sup>2</sup>, A. García-Mingo<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita<sup>1</sup>, J. Martín-Oterino<sup>1</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** La aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) supuso un aumento casi paralelo en la incidencia de tuberculosis (TBC), así como de otras infecciones que dábamos prácticamente por erradicadas en distintos países del tercer mundo. Una vez controlado el virus con antirretrovirales cada vez más modernos y terapias más agresivas, parte del tratamiento se centra en las complicaciones de las distintas infecciones oportunistas sobre las que hay que estar vigilantes. El objeto del trabajo es conocer si el aumento de la supervivencia en estos pacientes supone un incremento en la incidencia de TBC en nuestro medio.

**Material y métodos.** De la población diagnosticada de VIH que ha requerido asistencia hospitalaria durante los años 2002-2006, se revisan las historias clínicas en búsqueda de diagnósticos de TBC en cada año, descartando los reingresos, diagnósticos repetidos y pacientes que reciben profilaxis antituberculosa por contactos. No se valoran ni la forma de presentación ni la mortalidad.

**Resultados.** La gráfica no puede ser más elocuente: el mejor control del VIH en los últimos años no sólo ha reportado una mayor supervivencia si no una disminución de las complicaciones. La TBC no es ajena a esta mejoría obtenida, y en los últimos años el VIH ya no es el principal sustrato de base para la aparición de TBC. No obstante, el hecho de que esté disminuyendo la incidencia no implica que no pensemos en ella.

**Conclusiones.** La eficacia del tratamiento antiretroviral y el mayor conocimiento de la patogenia de la infección por VIH, nos ha llevado a un mayor control de la infección primaria y de las posibles complicaciones derivadas de la misma, en especial las infecciones oportunistas y la TBC.

**A-68**

**VIH Y TBC, NO SIEMPRE JUNTOS**

**A. Antolí Royo, J. Miramontes González, A. Romero Alegría, A. Plata Izquierdo, A. García Mingo, J. Herraes, A. Sánchez Rodríguez y L. Mateos Pollo**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Tras la recuperación de las épocas de las posguerras en Europa, se consiguieron erradicar las enfermedades que cursaban por brotes y se debían al mal estado sanitario-nutricional de la población, y que actualmente sólo aparecen en países del tercer mundo. Un rebrote de la tuberculosis se asoció a la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana, pero los grandes avances en el tratamiento de éste último han aumentado la supervivencia y calidad de vida de los pacientes VIH-SIDA+. Queremos valorar si es cierto que la TBC va unida a VIH en nuestro medio.

**Material y métodos.** Hemos revisado todas las historias clínicas de nuevos casos de TBC entre los años 2002-2006 en el Complejo Hospitalario de Salamanca, y de ellos seleccionado los que eran VIH conocidos o de nuevo diagnóstico al ser positivos en la serología del primer ingreso y estudiando la relación con el diagnóstico de TBC. No hemos incluido los reingresos por TBC.

**Resultados.** En contra de lo que esperábamos encontrar al iniciar este trabajo, la TBC se mantiene estable e incluso incrementa el número de casos los últimos años en los pacientes no VIH, mientras que los seropositivos-SIDA va decreciendo, siendo esta una muestra del buen control que se lleva a cabo en esta enfermedad.

**Conclusiones.** Es evidente que el tratamiento antirretroviral ha permitido de forma asociada mejorar el grado de control de la TBC en este grupo de pacientes. No obstante es llamativo el mantenimiento e incluso la tendencia creciente en la población no-VIH, probablemente en relación con otros factores epidemiológicos. Este hecho debe constituir una llamada de atención para mejorar el control de esta enfermedad, tanto en su proceso diagnóstico como terapéutico, en los servicios de M. Interna.

**A-69**

**TUBERCULOSIS, ¿COSA DE VIEJOS?**

**J. Miramontes González, A. Antolí Royo, A. Romero Alegría, A. García Mingo, M. Borao Cengotita, J. Hernández Criado, A. Sánchez Rodríguez y J. Martín-Oterino**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** La tuberculosis es uno de los diagnósticos de las enfermedades infecciosas por excelencia, a pesar de una epidemiología cambiante que no sólo ha variado en las características de las formas de presentación, sino también el medio social en el que la encontramos y la edad de diagnóstico. Estamos acostumbrados a recoger en las historias clínicas los antecedentes personales de TBC en ancianos, los cuales refieren haber tenido "pleura" en su juventud (muchos de ellos en plena posguerra civil española), pero las nuevas tuberculosis no se corresponden con estos antecedentes epidemiológicos.

**Material y métodos.** Hemos realizado una revisión de las historias clínicas de los pacientes con tuberculosis de nuevo diagnóstico en cinco años (2002-2006) en el Complejo Hospitalario de Salamanca. Los clasificamos por grupos de edades y sexo, a fin de conocer mejor la presentación en nuestro medio.

**Resultados.** Ver tabla adjunta.

Tabla 1. (A-69).

	≤10 años	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Hombres	2	2	14	13	12	6	0
Mujeres	2	1	13	12	9	5	1

**Discusión.** La edad de mayor diagnóstico es la que engloba las décadas entre los 20 y los 50 años, con una ligero predominio masculino. En las mujeres comienza a decaer a partir de los 40 años, situándose en su apogeo entre los 20 y los 40. Esta presentación en edades juveniles no difiere de otras épocas, donde la primoinfección se producía también a edades tempranas, en este caso se produce un aporte de casos de pacientes inmigrantes de edades también jóvenes. **Conclusiones.** Teniendo en cuenta la reaparición de la TBC en nuestro medio en los últimos 20 años y las edades de diagnóstico es la probable la influencia de la población inmigrante y la infección VIH como motivos para explicar este hecho. Aunque debe ser una patología a tener en cuenta en los ancianos como comorbilidad, en nuestra serie destaca mucho más el diagnóstico de primoinfección que el de reactivación de TBC, por tanto ¿La TBC es cosa de viejos?

**A-70**

**INTERLEUCINA 6 COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD EN ENFERMOS COINFECTADOS POR VIH Y VHC CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA**

**M. Montes de Oca<sup>1</sup>, F. Brun<sup>2</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, M. Márquez<sup>1</sup>, A. Arizcorreta<sup>1</sup>, A. Terrón<sup>3</sup>, A. Vergara<sup>2</sup> y J. Girón<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).*

**Objetivos.** Análisis del valor pronóstico sobre mortalidad de la concentración sérica de la molécula ligadora del lipopolisacárido bacteriano (LBP), CD14 soluble y de las citocinas proinflamatorias factor de necrosis tumoral alfa (TNFα) e interleucina 6 (IL-6) en enfermos coinfectados por VIH y VHC con cirrosis hepática descompensada, junto a otros parámetros pronósticos establecidos previamente.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron enfermos con coinfección VIH/VHC y cirrosis hepática descompensada. Los pacientes fueron seguidos desde Abril del 2004 a Octubre del 2007 o hasta su fallecimiento. Los parámetros pronósticos analizados, presentes en el momento de la inclusión, fueron: a) relativos a la infección VIH: recuento de linfocitos T CD4, carga viral del VIH, estadio C de la clasificación CDC y tratamiento antiretroviral de alta eficacia (TARGA) b) relativo a la cirrosis hepática: índice de Child-Pugh, índice MELD-Na, actividad de renina y concentración de aldosterona plasmática; c) marcador de permeabilidad intestinal: concentración sérica de molécula ligadora del lipopolisacárido bacteriano (LBP) d) parámetros inflamatorios: CD14 soluble y citocinas proinflamatorias IL-6 y TNFα. Se realizó un análisis univariante y multivariante (regresión de Cox) de factores asociados a mortalidad. **Resultados.** 26 de los 52 individuos fallecieron durante el seguimiento (50%) con una supervivencia media de 167 días. La causa más frecuente de muerte fue la encefalopatía hepática (41,4%). No hubo diferencias significativas entre fallecidos y supervivientes respecto al estadio C de la infección VIH (42,3% vs 30,7%, p = 0,319), el empleo de TARGA (65,4% vs 84,6%, p = 0,10), el recuento T CD4 (250 vs 323, p = 0,122), la concentración sérica de LBP (7,7 vs 8,9, p = 0,307) ni la de CD14 soluble (10010,5 vs 9288,7, p = 0,09). Los factores asociados a mortalidad en el estudio multivariante fueron el índice de Child-Pugh (9,4 vs 7,0, Exp (B): 1,712 (IC 95%, 1,171-2,5), p < 0,001), el índice MELD-Na (20,5 vs 13,2 Exp (B): 1,14 (IC 95%, 1,026-1,276), p < 0,001), el recuento de carga viral de VIH (223736 vs 8396, Exp (B): 1,00 (IC 95% 1,00-1,00), p = 0,001), la actividad de renina plasmática (6,02 vs 1,97, Exp (B): 0,905 (IC 95% 0,830-0,988), p = 0,002 y la concentración sérica de IL-6 (35,6 vs 8,1, Exp (B): 1,020 (IC 95% 1,005-1,035), p < 0,001). Observamos además en estos enfermos una correlación significativa entre las concentraciones séricas de IL-6 con TNFα (r =



0,325,  $p = 0,031$ ) y CD14s ( $r = 0,323$ ,  $p = 0,03$ ) y dicha molécula se correlaciona también con el índice de MELD-Na (IL6:  $r = 0,415$ ,  $p = 0,005$ ).

**Discusión.** La hepatopatía crónica por VHC sigue un curso acelerado en los pacientes con coinfección por VIH, cuya supervivencia es menor que la de los pacientes mono infectados. Los datos presentados en esta serie ponen de manifiesto que la mortalidad de estos pacientes está influenciada por parámetros relativos a la activación monocitaria, posiblemente como consecuencia del incremento de permeabilidad intestinal propia de situaciones de hipertensión portal y de la propia infección por VIH.

**Conclusiones.** Además de los factores pronósticos establecidos clásicamente (función hepatocelular y alteraciones hemodinámicas), el incremento de actividad inflamatoria representada por la concentración sérica de IL-6, constituye un factor predictor de mortalidad en enfermos coinfectados por VIH y VHC con cirrosis hepática.

#### A-71

### PRESENTACIÓN ATÍPICA DE INFECCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL

M. Roca Toledo<sup>1</sup>, M. Auguet Quintilla<sup>1</sup>, M. Ruiz Gamiet<sup>1</sup>, E. Puga Alcalde<sup>1</sup>, O. Portola Castellón<sup>1</sup>, D. Carrera Salazar<sup>2</sup>, F. Vidal Marsal<sup>1</sup> y C. Richart Jurado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** Describir dos casos de infección de derivación ventrículo peritoneal con presentación atípica.

**Material y métodos.** Caso 1: Varón de 26 años con antecedentes de hidrocefalia y meningitis crónica, con estudio inmunológico, neoplásico e infeccioso negativo. La hidrocefalia se atribuyó a tumoración medular de estirpe no aclarada. Portador de catéter de derivación ventriculoperitoneal que se había recambiado hacia 40 días. Acude a urgencias por fiebre y dolor pleurítico derecho. Análítica destaca leucocitos  $12.5 \times 10^9/L$  (neutrófilos 80.6%; linfocitos 7.2%), PCR 35 mg/dL, GSA pH 7.47,  $pO_2$  59.9 mmHg,  $pCO_2$  40.4 mmHg, saturación  $O_2$  92%. Rx de tórax: derrame pleural bilateral escaso. Se inicia antibioterapia empírica con cloxacilina, ceftriaxona y metronidazol pero a pesar de ello el paciente empeora, con disnea progresiva por lo que se realiza TC: importante derrame pleural derecho con colapso del LID y LSD. Se realiza pleuroscopia y drenaje pleural. El líquido pleural es exudativo con cultivos (incluyendo convencional y medio de Lowenstein) negativos y PCR para micobacterias negativa. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) es compatible con meningitis de predominio mononuclear con cultivos negativos. El paciente presenta mejoría clínica progresiva por lo que es dado de alta habiendo completado 3 semanas de tratamiento antibiótico. A los 14 días consulta de nuevo por reaparición de la fiebre. Análítica destaca leucocitos  $10.3 \times 10^9/L$  (N 79%, L 13.9%), PCR 15.3 mg/dL. Análisis LCR de características similares al anterior. Ante sospecha de infección de derivación ventrículo peritoneal, se realiza gammagrafía con galio que es compatible con dicha sospecha. Se procede a su retirada y se pauta de nuevo tratamiento antibiótico. El cultivo de la punta de catéter resulta positivo para *S. epidermidis*. El paciente queda asintomático. Caso 2: Varón de 81 años con antecedentes de hidrocefalia normotensiva y parkinsonismo secundario. A la semana de colocación de una derivación ventrículo peritoneal presenta deterioro del estado general y febrícula. En la exploración física destaca desorientación temporoespacial. La analítica es normal. Hemocultivos, urocultivo, Rx tórax y ecografía abdominal: negativos o normales. Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam, persistiendo la fiebre de predominio vespertino. Se realizan ecocardiograma y TC craneal que resultan normales o sin cambios. Análisis LCR: bioquímica normal y cultivos negativos. Finalmente, ante la sospecha de infección del catéter de derivación, se cursa gammagrafía con galio que es sugestiva de infección.

**Resultados.** La infección de derivación ventrículo peritoneal en adultos puede presentarse con signos atípicos, entre los que se cuenta el derrame pleural. El recuento leucocitario y LDH del LCR puede ser normal.

**Discusión.** Las complicaciones asociadas a derivación ventrículo peritoneal son la infección de la válvula, la disfunción valvular, la

hemorragia intracerebral, la lesión por mala colocación, la migración de catéter, etc. Las complicaciones torácicas son raras. Puede aparecer derrame pleural secundario a trauma intratorácico durante la colocación, por migración del catéter y derrame pleural acompañando ascitis. Aunque habitualmente la infección del catéter suele debutar como síndrome febril y empeoramiento de la clínica neurológica, se ha descrito casos de presentación atípica. En una serie reciente, se observa que en adultos se presenta con signos inespecíficos. Además, a propósito del caso 2, el recuento leucocitario y las LDH del LCR pueden ser normales.

**Conclusiones.** La infección de derivación ventrículo peritoneal en adultos puede presentarse con signos clínicos inespecíficos o atípicos, entre los que se cuenta el derrame pleural. El recuento leucocitario y LDH del LCR puede ser normal. Por tanto, se requiere un alto índice de sospecha y utilizar métodos diagnósticos adecuados para el diagnóstico.

#### A-72

### NEUMONÍA COMUNITARIA POR GÉRMESES ATÍPICOS CON PRESENTACIÓN INUSUAL

M. Cardona Ribera, D. Bofill Montoro, E. Rodado Alabau, E. Chamorro Martí, N. Sanz Arevalillo y C. Escrich Monfort

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Mostrar diferentes casos de neumonía comunitaria (NAC) por gérmenes atípicos con presentación clínica y radiológica inusual. Valorar la necesidad de cobertura antibiótica empírica para gérmenes atípicos en todos los casos de neumonía comunitaria independientemente de su presentación clínica y radiológica.

**Material y métodos.** Exposición de tres casos de NAC por gérmenes atípicos con diagnóstico serológico. El primero trata de un varón de 19 años que consultó por un cuadro de 10 días de fiebre y tos productiva hemoptoica. En la Rx de Tórax se objetivó un infiltrado alveolar nodular en LSD cavitado. El segundo trata de una mujer de 21 años que consultó por fiebre diaria y expectoración hemoptoica de dos semanas de evolución sin respuesta al tratamiento con amoxicilina-clavulámico. La Rx de Tórax objetivó un infiltrado alveolar segmentario en ambos lóbulos inferiores. El tercer caso pertenece a un varón de 75 años que consultó por tos seca y dolor pleurítico en hemitórax derecho de dos semanas de evolución. La Rx de Tórax mostró un infiltrado alveolar en LMD con derrame pleural asociado.

**Resultados.** El primer caso se orientó como probable TBC pulmonar y se inició tratamiento tuberculoestático. Los estudios microbiológicos para TBC fueron negativos, siendo la serología para *M. pneumoniae* positiva. El cuadro se autolimitó clínicamente en 7 días y radiológicamente a las dos semanas. El segundo caso se resolvió clínica y radiológicamente tras tratamiento con azitromicina. La serología fue positiva para *M. pneumoniae*. El tercer caso se autolimitó clínicamente en una semana bajo tratamiento con moxifloxacino. La serología fue positiva para *C. burnetii*. La resolución radiológica se alcanzó a las 4 semanas.

**Discusión.** La NAC por gérmenes atípicos puede presentarse clínicamente como un síndrome atípico (cuadro subagudo con predominio de las manifestaciones extrapulmonares y con disociación clínico-radiológica), pero no es la única forma de presentación. Los dos casos descritos de NAC por *M. pneumoniae* se presentaron con hemoptisis y escasos síntomas extrapulmonares, forma de presentación poco frecuente de este microorganismo y que no corresponde al clásico síndrome atípico, al igual que la escasa repercusión general y extrapulmonar de la fiebre Q del tercer caso. Por otro lado, la presentación radiológica más frecuente del *M. pneumoniae* (> 75%) es la bronconeumonía o el infiltrado intersticial uni/bilateral de predominio en lóbulos inferiores, siendo el infiltrado alveolar lobar (40%) y el derrame pleural (20%) menos frecuentes. El debut en forma de absceso o pneumatocele es inusual. La presentación radiológica de los dos casos descritos pertenecería pues a las formas menos frecuentes. Del mismo modo, el hallazgo radiológico más frecuente de *C. burnetii* es la bronconeumonía, siendo menos habitual la condensación lobar y el derrame pleural, imagen objetivada en el tercer caso descrito.

**Conclusiones.** Dado que tanto la NAC por gérmenes atípicos como la bacteriana clásica tiene un amplio espectro de presentación clínico y radiológico, no obedeciendo siempre a una síndrome atípica o a una bacteriana clásica, actualmente se acepta que ni las manifestaciones clínicas ni las radiológicas permiten establecer el diagnóstico etiológico de una NAC, debiéndose considerar ambas etiologías en la elección del tratamiento antibiótico empírico.

**A-73**  
**ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UNA UNIDAD DE AISLAMIENTO EN MADRID. EVOLUCIÓN E IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN DESDE 1997 A 2006**  
**M. Soler Rangel, A. Noguero Asensio, J. Vidal Pérez, M. García Viejo, M. Jaras Hernández y O. López Mesonero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid.*

**Objetivos.** Describir la población atendida en una Unidad de Aislamiento, analizando los cambios que se han producido en 10 años, el impacto de la inmigración y los factores que pueden condicionar la pérdida en el seguimiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo que incluye todos los pacientes ingresados en la Unidad de Aislamiento del Hospital Cantoblanco desde 1997 a 2006. Análisis univariante y mediante regresión logística múltiple.

**Resultados.** Se estudiaron 832 pacientes, el 69,4% varones, con edad media de 40.82 años, el 37,5% inmigrantes. Se documentó resistencia a isoniazida en el 6,7% y multirresistencia en el 3,1% de casos nuevos, y en el 11,2% y 8.4%, respectivamente, de casos previamente tratados. Completaron el tratamiento el 74.1%. Se perdieron un 17.5%, lo que se asoció a consumo de drogas (OR 3.01; IC95% 1.18 – 3.41), ser inmigrante (OR 2.14; IC95% 1.42 – 3.21) e infección por VIH (OR 1.96; IC95% 1.18 – 3.41). En los diez años, aumentó el porcentaje de inmigrantes y de pacientes que proceden de Servicios de Urgencias y se constató una mejoría en los resultados; disminuyeron la infección por VIH y las pérdidas de seguimiento.

**Discusión.** El aumento de la población inmigrante se refleja en una población más joven y sana, pero con una problemática social añadida que exige un esfuerzo para conseguir su adherencia al tratamiento y curación. A pesar de que hay mayor prevalencia de resistencia en los países de origen, nuestros datos apoyan el tratamiento con cuatro fármacos de inicio a todos los pacientes, españoles e inmigrantes.

**Conclusiones.** El perfil de paciente con TB ha cambiado en los últimos años en relación con la inmigración. A pesar de mejoría en los resultados, aún son necesarias medidas que mejoren el cumplimiento y el control epidemiológico de la enfermedad.

**A-74**  
**ALTA TASA DE INFECCIÓN DE MARCAPASOS EN LAS BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS**  
**M. Pérez Rodríguez<sup>1</sup>, B. Sopena<sup>1</sup>, D. Portela<sup>1</sup>, N. Pazos<sup>1</sup>, M. Soneira<sup>2</sup>, M. Álvarez<sup>2</sup> y C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* en pacientes con marcapasos (MCP) no siempre se asocian con infección de los electrodos. Este estudio trata de determinar la frecuencia de infección de MCP en pacientes con bacteriemia por *S. aureus*, tanto si la bacteriemia tiene su origen en el MCP, como fuera de él.

**Material y métodos.** Se recogieron de forma prospectiva las bacteriemias por *S. aureus* en pacientes con MCP entre enero de 1997 y enero de 2008. El protocolo de estudio incluía: ecocardiograma transesofágico (ETE), cultivo de todo el sistema de MCP cuando se retiró y seguimiento estrecho tras el alta. Las bacteriemias se clasificaron en tempranas, < 6 meses tras manipulación del sistema, o tardía, > 6 meses tras la última manipulación invasiva.

**Resultados.** Se estudiaron 29 pacientes con MCP y bacteriemia por *S. aureus*. La media de edad fue 76 años (rango 56-89), 69% eran hombres. Se aisló *S. aureus* meticilín-resistente en 5 pacientes (17%). La frecuencia global de infección de MCP en pacientes con bacteriemia por *S. aureus* fue 76% y la mortalidad inmediata del 27% (8/29). Se encontraron 23 casos (79%) de bacteriemia temprana. De éstos, 15 presentaban signos de infección sobre la bolsa del generador, todos ellos tenían endocarditis asociada a MCP. En este grupo, la sensibilidad del ETE fue del 50% y el cultivo de la punta del electrodo fue positivo en el 80%. En ausencia de signos locales de infección, se encontró un origen de la bacteriemia fuera del MCP en todos los casos (sepsis por catéter en 6 e infección de MCP transitorio en 2). Se realizó ETE a estos 8 pacientes encontrándose vegetaciones en 2 de ellos. En los 6 pacientes con ETE negativo, el MCP no fue extraído y con tratamiento antibiótico curaron sin recurrencias. En el grupo de bacteriemia tardía (n = 6), ningún paciente tenía signos de infección local, el 100% tenía una fuente identificable de infección fuera del MCP, la sensibilidad del ETE fue del 100% para detectar vegetaciones y se encontraron 4 pacientes (66%) con endocarditis. La frecuencia global de infección de MCP como consecuencia de una diseminación hematogena fue del 54%.

**Conclusiones.** La frecuencia de infección de MCP en bacteriemias por *S. aureus* es muy alta. Incluso en ausencia de signos locales de infección el 50% de los pacientes tenían endocarditis asociada al MCP. Solamente en pacientes sin signos locales de infección y ETE normal podría realizarse un manejo conservador de la infección, con antibióticos y un seguimiento riguroso.

Tabla 1. Resistencias en casos nuevos y en casos previamente tratados, en el total de los pacientes y separadas por procedencia (españoles/inmigrantes) (A-73).

		Total n (%)	Españoles n (%)	Inmigrantes n (%)	p
Resistencias en casos nuevos	N	601	349	252	
	Isoniacida	40 (6.7)	19 (5.4)	21 (8.3)	0.161
	Rifampicina	23 (3.8)	12 (3.4)	11 (4.4)	0.559
	Etambutol	11 (1.8)	6 (1.7)	5 (2)	0.811
	Estreptomina	5 (3)	11 (3.2)	19 (7.5)	0.015
	Multirresistencia	21 (3.5)	11 (3.2)	10 (4)	0.591
Resistencias en casos previamente tratados	N	107	78	29	
	Isoniacida	12 (11.2)	7 (9)	5 (17.2)	0.228
	Rifampicina	12 (11.2)	8 (10.3)	4 (13.8)	0.606
	Etambutol	3 (2.8)	3 (3.8)	0 (0)	0.284
	Pirazinamida	3 (2.8)	1 (1.3)	2 (6.9)	0.178
	Multirresistencia	9 (8.4)	5 (6.4)	4 (13.8)	0.221

**A-75****PREVALENCIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 1.000 CASOS DE SIDA EN UN HOSPITAL GENERAL****J. Pedreira, J. Castro, S. López, P. Vazquez, L. Castelo, A. Mena y J. Baliñas***Servicio de Medicina Interna B. Departamento de Medicina. U. La Coruña. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.*

**Objetivos.** Valorar la incidencia de población inmigrante, entre 1000 casos de SIDA diagnosticados en un Hospital General, entre diciembre 1984 y enero 2008.

**Material y métodos.** Entre 1000 casos de SIDA se estudia la población inmigrante en relación con edad, sexo, forma de transmisión, período de diagnóstico: A.- 1984-1986, B.- 1987-1992, C.- 1993-1996, D.- 1997-1999, E.- 2000-junio 2004, F.-julio 2004-enero 2008, y país de procedencia.

**Resultados.** De los 1000 casos de SIDA, 50 fueron inmigrantes (5%). La edad media de los mismos fue de 37,35 años (27-68); 32 eran varones (64%), y 18 mujeres (36%). La forma de transmisión resultó: adicción a drogas por vía intravenosa en 23 (46%); heterosexual 19 (38%), homosexual 7 (14%), y postransfusional 1 (2%). En el período A no se diagnosticó ningún caso. En el B 5 (2,17%). En el C 6 (1,74%). En el D 7 (4,21%). En el E 12 (9,09%), y en el F 20 (17,7%). Los países de origen fueron Sudamérica 24 (48%), Portugal 15 (30%), Europa 5 (10%), Subsaharianos 4 (8%), Norteamérica 1 (2%), y Magreb 1 (2%).

**Discusión.** La población inmigrante aumenta de forma progresiva entre los casos de SIDA en los últimos años. La mayoría de estos pacientes es de origen latino y portugués, y en más de la mitad de los mismos su contagio fue por vía sexual. Es preciso incidir en estos colectivos con objeto de evitar la difusión del VIH teniendo en cuenta su forma de contagio, y la accesibilidad a los mismos en relación con su idioma.

**Conclusiones.** 1. La incidencia de SIDA en inmigrantes, entre un grupo de 1000 pacientes fue de 5% 2. Hay un notable aumento de la misma en los últimos años, cuyo ascenso se inicia a partir del año 2000, y en la actualidad es del 17,7%. 3. El contagio por vía sexual es importante (52%- 38% hetero y 14% homo) 4. Es posible actuar sobre esta población ya que la mayoría es de habla española (48%), y portuguesa (30%).

**A-76****TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR GÉRMESES MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO****A. Baraldés Farré<sup>1</sup>, O. García Sáez<sup>1</sup>, R. Pérez Vidal<sup>2</sup> y E. Bustamante Maldonado<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHaD). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Althaia - Xarxa Assistencial de Manresa (Barcelona).*

**Objetivos.** En los últimos años el incremento progresivo de las infecciones por gérmenes multirresistentes (GM) se ha convertido en un grave problema en el ámbito hospitalario. En nuestro hospital, durante el año 2007, 207 pacientes tuvieron cultivos positivos por *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (SARM), *Acinetobacter baumannii* (AB), *Pseudomonas aeruginosa* (PA, resistente a carbapenémicos, quinolonas y sensibilidad variable a cefalosporinas), *Stenotrophomonas maltophilia* (SM) y *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido (EcBLEE), que generaron más de 2000 estancias hospitalarias en régimen de aislamiento. Desde diciembre de 2007 algunos de ellos pueden ser tratados a domicilio a través de la UHaD. El objetivo de este trabajo es demostrar que las infecciones por GM pueden ser tratadas a domicilio con el mismo perfil de seguridad y eficacia que en el hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo del tratamiento de las infecciones por GM en los 7 primeros meses de funcionamiento de nuestra UHaD. Se revisa el perfil del paciente, tipo de enfermedad, resultado microbiológico, tratamientos aplicados, destino de los pacientes y reingresos antes de 1 mes del alta.

**Resultados.** Desde diciembre de 2007 a junio de 2008 ingresaron en la UHaD 202 pacientes, 18 de los cuales para tratamiento de

infección por GM. Eran 13 varones y 5 mujeres, con una edad media de 71 años (rango 24 - 99). La mayor parte (38%, 7) procedían del Servicio de Neumología y Medicina Interna (5, 26%) mientras que el resto venían de Traumatología (2), Urgencias (2), Urología (1) y Nefrología (1). El foco infeccioso fue respiratorio (9, 50%), urinario (7, 39%) y óseo (2, 11%). Catorce aislamientos (78%) fueron PA y 4 de EcBLEE. Siete recibieron monoterapia, el resto biterapia. La combinación ceftazidima + amikacina fue mayoritaria para PA, ertapenem lo fue para EcBLEE. La estancia media fue de 15 días (4 - 68). El destino fue alta hospitalaria en 17 (90%), un paciente reingresó y 1 pasó a cargo del PADES. Ningún paciente falleció a domicilio. El tratamiento se consideró eficaz si el paciente no reingresaba antes del primer mes de alta, con lo que hubo un 90% de eficacia (17 pacientes). Dos pacientes reingresaron en el hospital antes del 1er. mes, a los 2 y 24 días de alta respectivamente. El primero falleció a los pocos días por causa no relacionada con la infección. El segundo reingresó a la UHaD para completar un nuevo tratamiento frente a PA multirresistente.

**Discusión.** El espectro de infecciones por GM se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años. A la endemia de SARM (que alcanza en algunos centros porcentajes superiores al 40% del total de SA), hay que añadir AB y más recientemente las EcBLEE y las PA resistentes a los antipseudomoniásicos habituales. Si bien en muchos casos producen colonizaciones, también causan infecciones invasivas de difícil control con elevadas tasas de morbimortalidad (neumonía, otras infecciones respiratorias, infección urinaria, bacteriemia, infección de piel y partes blandas...). A la dificultad inherente de la multiresistencia hay que añadir las dificultades que entrañan las medidas de aislamiento y el riesgo de transmisión cruzada a otros pacientes. La posibilidad de tratamiento en el domicilio del paciente permite superar algunas de estas dificultades y como se demuestra en nuestro trabajo, con un perfil de eficacia y seguridad favorables.

**Conclusiones.** 1. El tratamiento de las infecciones por GM en régimen de hospitalización a domicilio tiene un buen perfil de seguridad y eficacia. 2. La UHaD permite evitar medidas de aislamiento que son imprescindibles en un hospital y que impactan negativamente en la morbimortalidad del paciente. 3. El alta precoz a domicilio contribuye a disminuir el riesgo de transmisión cruzada de GM que entraña tener dichos pacientes en un hospital.

**A-78****MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE 334 PACIENTES CON COINFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIH Y VIH C CON UN TIEMPO MEDIO DE SEGUIMIENTO DE 4 AÑOS****R. Sanmartín Sentañes, A. Sanvisens Berge, E. Martínez, R. Benítez Díaz, J. Tor Aguilera, E. Barluenga, C. Tural Llacher y C. Rey-Joly Barroso***Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).*

**Objetivos.** Conocer la mortalidad de 334 pacientes con infección crónica por el VIH y VHC a los que se les practicó biopsia hepática entre los años 1997 y 2005. El motivo de realización de la biopsia hepática fue evaluar el tratamiento con interferón y ribavirina. Todos los pacientes presentaban una coinfección por el VIH estable.

**Material y métodos.** Seguimiento prospectivo de una cohorte de 334 pacientes coinfectados por el VHC y el VIH biopsiados entre 1997 y 2005. En el momento de la biopsia se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Los datos se cruzaron con el registro de mortalidad a diciembre de 2005. Las causas de muerte fueron extraídas de las historias clínicas de los pacientes.

**Resultados.** 19 pacientes murieron durante este período de seguimiento. La población presentaba las siguientes características: sexo 249 hombres (74,6%) y 85 mujeres (25,4%); edad media de 37,8 ± 5,6 años; CD4 totales con una media de 551,2 ± 258,6; CD4 < 250 fueron 26 (7,8%); tto ARV en momento de biopsia 302 (90,4%); genotipo de VHC 1 (52,2%), 2 (19,6%), 3 (27,2%), 4 (19,3%); estadiaje de fibrosis hepática grado 0 (31,9%), I (19,6%), II (19,9%), III (23,3%), IV (17 pacientes, 5,2%); media de tiempo de seguimiento de 4,0 ± 2,4 años; total de pacientes 334. En cuanto a las muertes relacionados con el grado de fibrosis se observaron en estadio IV 1 muerte relacionada con hepatopatía y 2 no relacionadas; estadio III 3 muertes por hepatopatía y 4 no relacionadas; estadio II



1 muerte por hepatopatía y 3 no relacionadas y en estadio 0 se registraron 4 muertes no relacionadas con hepatopatía. Se objetivó una muerte por otra causa en paciente con biopsia no valorable. No se registraron muertes en estadio I. Se objetivó una incidencia acumulada para hombres del 4,2%, para mujeres del 1,5% y en total de un 5,7%. La tasa de mortalidad fue de 1,36\*100 pa para hombres, 1,62\*100 pa para mujeres y en total de 1,42\*pa. Las principales causas de muerte fueron las neoplasias (9 casos; 47%), seguidos de las complicaciones de la enfermedad hepática terminal (5 casos; 26%), shock séptico (1 caso; 5%), sobredosis (1 caso; 5%), agresión (1 caso; 5%), tromboembolismo pulmonar (1 caso; 5%) y trastorno mental (1 caso; 5%). Dentro de las muertes por proceso neoplásico, el 44% murieron por linfoma (1 paciente por linfoma de Hodgkin y 3 pacientes por linfoma No Hodgkin), y el 56% por neoplasias sólidas (3 pacientes por neoplasia pulmonar). La manifestación más frecuente de los pacientes que murieron de cirrosis fue la ascitis.

**Discusión.** La causa más frecuente de mortalidad ha sido la neoplásica, especialmente LNH y neoplasia pulmonar. A la luz de estos resultados se ha visto que existe un mayor número de muerte relacionada con la hepatopatía terminal en personas con estadio moderado de fibrosis (III) que con el resto de grados. Hay que destacar que se trata de un número pequeño de casos para poder extraer conclusiones fidedignas. Se ha observado también que la ascitis es la principal patología por la que estos pacientes ingresan por enfermedad hepática terminal. Únicamente 5 individuos de los 334 han fallecido por alguna causa relacionada con la hepatopatía crónica por VHC. **Conclusiones.** La mortalidad por la infección crónica por el VHC en pacientes co-infectados por el VIH con un buen control inmunológico y virológico es baja y principalmente relacionada con causas asociadas a neoplasias no relacionadas con la hepatopatía crónica por el VHC. Se precisan estudios más amplios para evaluar realmente el impacto de la infección crónica por el VHC en la supervivencia de estos pacientes.

#### A-79

##### ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS GRUPOS DE PACIENTES CON SEPSIS GRAVE, PREVIO Y POSTIMPLANTACIÓN DE CÓDIGO SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**G. Olive Mercade<sup>1</sup>, L. Casas Mendez<sup>2</sup>, E. Gené Tous<sup>1</sup>, M. López Rodríguez<sup>1</sup>, B. Cisteró Roig<sup>1</sup>, R. Ferrer Roca<sup>3</sup>, C. Campos García<sup>1</sup> y M. Iglesias Lepine<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Intensivos. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Introducción: el tratamiento de la sepsis grave guiado por los objetivos recomendados en la "Campaña Sobrevivir a la Sepsis" ha demostrado disminuir la mortalidad. Se han implantado una serie de medidas diagnóstico-terapéuticas a cumplir en las primeras 6 horas con el objetivo de disminuir la mortalidad en un 25%. **Objetivo:** analizar las características clínicas, la mortalidad y las medidas diagnóstico-terapéuticas aplicadas a un grupo histórico (GH) de pacientes con sepsis previo implantación de un "Código Sepsis" y un grupo de pacientes con sepsis post implantación del mismo (GCS). Valorar la cumplimentación de las medidas diagnóstico-terapéuticas recomendadas y disminución de la mortalidad en el grupo postimplantación.

**Material y métodos.** Estudio comparativo antes-después de una intervención entre un GH con diagnóstico de sepsis (enero-marzo/2007) y GCS (enero-marzo/2008) en los que se activo el "Código Sepsis". Intervención: Previo al período de activación, se realizaron sesiones informativas para enfermería, médicos residentes en formación y médicos adjuntos, respecto a la activación del "Código Sepsis". Criterios de activación "Código Sepsis": 1. Sospecha de infección, 2. T<sup>°</sup> < 36 °C o > 38 °C o FC > 90x' o FR > 20x' o alteración del sensorio, 3. Presión arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg o Presión arterial media (PAM) < 70 mmHg. Criterios de exclusión: pacientes que a criterio medico fueron tributarios de limitación del esfuerzo terapéutico. Se recogieron variables clínicas, comorbilidad, grado de cumplimentación de las medidas diagnóstico-terapéuticas y la mortalidad intrahospitalaria. Estadística prueba de la

$\chi^2$  para comparación de proporciones y t de Student para comparación de medias utilizando un paquete estadístico de SPSS 15.0.

**Resultados.** Se analizaron 51 pacientes con el diagnóstico de sepsis (29 del GH y 22 del GCS). La edad media global fue de 73,68 ± 13,27 años, un 49% fueron varones. Ambos grupos fueron comparables en edad, sexo y comorbilidad. El seguimiento de la recomendación fue determinación de lactato 55,2% GH vs 86,4% GCS, p = 0,017, obtención hemocultivos en las 3 primeras horas 69% GH vs 95,5% GCS, p = 0,018, hemocultivos previo a los antibióticos 62% GH vs 95,5% GCS, p = 0,005, volumen de suero en la primera hora 825 ml GH vs 1261 ml GCS, p = 0,009. Un 77% de los pacientes requirió ingreso en planta de hospitalización (73% GH vs 82% GCS, p ns) y un 23% requirió ingreso en UCI (27% GH vs 18,2% GCS, p ns). La mortalidad a los 28 días fue del 34,5% GH vs 9%, GCS, p = 0.034.

**Conclusiones.** La implantación de un "Código Sepsis" en el servicio de urgencias, implica una mejora significativa de la calidad asistencial de estos pacientes en cuanto que consigue mejorar el seguimiento de las recomendaciones, comporta una disminución de los ingresos a UCI y una y una disminución significativa en la mortalidad, con una reducción superior al 25% entre ambos grupos.

#### A-80

##### VACUNACIÓN EN EL ANCIANO

**V. Navarro Pérez, F. Jodar Morente, M. Manjón Rodríguez, M. Porras Arboledas, H. Escudero Padial, A. Rodríguez, R. Yeste Martín y F. Molina**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** -El objetivo de la inmunización con la vacunación es la prevención de enfermedad. -En el anciano esta cuestión constituye especial relevancia al ser un grupo poblacional con una mayor susceptibilidad a las infecciones. A pesar de esto, según estudios solo el 50% se vacuna contra la gripe, menos 20% contra el neumococo y más de un 50% carecen de anticuerpos contra el tétanos. Actualmente tres vacunas que deben administrarse al anciano de modo regular: Gripe, antineumococo y Tétanos y difteria. -Nuestro objetivo es evaluar el porcentaje de vacunación de nuestro entorno y establecer cuales son las principales causas que están implicadas en la ausencia de vacunación.

**Material y métodos.** Se realizó una encuesta oral a pacientes ancianos ingresados en el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, comprendidos en el primer semestre del año 2008. Fueron recogidos la edad y el sexo del paciente, presencia de factores de riesgo cardiovascular, el número absoluto de medicación que tomaba y el número de fármacos por persona de dicha medicación, si se habían vacunado en el último año, reacciones adversas, ausencia de vacunación y causas de la misma. -Quedaron excluidos únicamente aquellos enfermos en los que dichos datos aparecieran incompletos o dieran lugar a error. -Se emplearon métodos informativos y estadísticos para el análisis de los datos.

**Resultados.** De un total de 80 pacientes ingresados en el servicio de Medicina interna del Compl. Hosp. de Jaén en el primer semestre de 2008, la distribución por sexos fue de 48 hombres y 32 mujeres. El número de patologías crónicas por paciente era de 4,3 con una toma media de fármacos por paciente de 6,6. Solo 2 pacientes tenían indicación de no vacunación por reacciones alérgicas previas. -El porcentaje de vacunados fue del 63,7%, frente a un 36,3% de no vacunados. De los vacunados, el 98% eran frente a la gripe, el 1% frente a neumococo y 1% frente a tétanos-difteria. De los no vacunados, la principal causa fue "negativa del paciente" (79,3%), siendo su principal argumento la infección por el virus de la gripe tras su vacunación. En segundo lugar, por falta de indicación de su medico (10,3%), en tercer lugar por reacciones alérgicas (6,8%) y finalmente por enfermedad activa (3,6%).

**Discusión.** -Nuestros resultados coinciden con el de la literatura revisada, siendo la vacuna contra la gripe la que más se aplica, seguida de la antineumococica. -Dentro de las causas de no inmunización, la negativa del paciente es el principal motivo, denotando la falta de información de la población general en nuestro medio sobre

los beneficios de la vacunación. -La segunda causa fue por no indicación médica, lo que nos hace reflexionar sobre la necesidad de la concienciación del facultativo para la prescripción de la inmunización.

**Conclusiones.** Debemos por tanto intentar concienciar a nuestros pacientes de las ventajas de la vacunación, ya que pensamos que esta es la principal medida que nos permitirá en un futuro mejorar los índices de inmunización y disminuir así las infecciones y complicaciones en nuestros pacientes ancianos, la mayoría de ellos pluripatológicos.

#### A-81 CORRELACIÓN FIBROSCAN-BIOPSIA HEPÁTICA EN COINFECTADOS VHC-VIH

**D. Pérez Martínez, M. Tuya Morán, J. Ferreiro Celeiro, A. Arenas Iglesias, L. Alcuria Ledo, J. Menéndez Caro, R. Gómez de la Torre y M. De Zárraga Fernández**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** Analizar la correlación entre la elastografía transitoria -Fibroscan- y la biopsia en la evaluación de la fibrosis hepática, en un grupo de pacientes coinfectados VHC-VIH controlados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se ha realizado un fibroscan a todos los pacientes coinfectados que tenían una biopsia hepática previa que accedieron a participar en el estudio. El estadio histológico de fibrosis se valoró utilizando la escala Metavir para evaluar la fibrosis (F0-F4). Se estimó que valores por encima de 14 Kpa en el fibroscan serían indicativos de fibrosis grave (F4); iguales o superiores a 7,2 Kpa de fibrosis significativa (F2-F3), y menores de 7,2 Kpa (F0-F1) nula o leve. Se describen las características de los pacientes estudiados y se comparan los resultados del fibroscan y la biopsia hepática previa, analizándolos estadísticamente mediante el programa Excel de Microsoft. **Resultados.** Se evaluaron 24 pacientes con biopsia hepática, 18 varones (75%) y 6 mujeres, edad media 42,9+ 6,8. La mediana de linfocitos CD4 fue de 578 y la de la duración del tratamiento antirretroviral de 10,1 años. Los factores de riesgo de transmisión del VIH fueron UDVP en 19 casos (76%), transfusión de hemoderivados en 1 paciente (4%) y contactos heterosexuales en 4 casos (20%). La biopsia fue informada como fibrosis leve (F0-F1) en 14 casos (61%), fibrosis significativa (F2-F3) en 7 casos (30%) y fibrosis grave en 2 casos (9%). En un caso la biopsia no permitió establecer el estadio de fibrosis. Se pudo realizar elastografía en 18 pacientes con fibrosis cuantificada mediante biopsia. La media de las elastografías realizadas fue de 8,5 Kpa (rango 3,6-21,1). Por grupos se observó un incremento en el resultado de la elastografía cuando el grado de fibrosis histológica era mayor, así la media fue de 7,1 Kpa para los pacientes con F0-F1 y de 11,7 Kpa para los pacientes F2-F3. Sin embargo 2 de los 9 pacientes con < 7,2 Kpa en el fibroscan, tenían biopsia clasificada como F2-F3 y uno de los 4 pacientes con > 14 Kpa tenía una biopsia informada como F0-F1.

**Discusión.** La cuantificación de la fibrosis hepática es el marcador pronóstico en los pacientes con hepatitis vírica crónica que marca su progresión a cirrosis. El método estándar tradicional de valoración es la biopsia hepática, un método invasivo, no exento de riesgos y cuyo resultado puede no ser representativo de la afectación hepática global. La elastografía transitoria -fibroscan- reconoce la cuantía de tejido fibroso basado en el grado de rigidez, de forma fácil y cómoda para el paciente. Parece discriminar entre pacientes con cirrosis (F4) con VPP del 78% y los que no la tienen con VPN del 97%, pero tiene menor capacidad para diferenciar estadios intermedios. En nuestra serie, observamos resultados discordantes en algunos pacientes, con mayor fibrosis por biopsia a la indicada por fibroscan, aunque esto es una de las limitaciones de la técnica cuya utilidad es su valor predictivo negativo en la cirrosis.

**Conclusiones.** En nuestra limitada experiencia, la elastografía realizada en una ocasión, es una prueba útil, que puede ayudar en la valoración de la hepatopatía en pacientes VIH+, pero no puede sustituir sistemáticamente a la biopsia hepática cuya indicación debe ser individualizada.

#### A-83 PALUDISMO IMPORTADO EN EL HOSPITAL DE GRANOLLERS EN LOS ÚLTIMOS 13 AÑOS

**R. Acal Arias<sup>1</sup>, M. Ribell Bachs<sup>1</sup>, A. Almuedo<sup>1</sup>, A. Villagrasa<sup>1</sup>, B. Muñoz<sup>1</sup>, C. Martí<sup>2</sup>, J. Cuquet<sup>1</sup> y E. Llargués<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servei de Microbiologia. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** La inmigración desde países en vías de desarrollo es un fenómeno reciente en nuestro entorno. El 13,5% de la población actual de nuestra comarca es inmigrante extracomunitaria procedente de Marruecos, África Subsahariana y América Latina; siendo el área de influencia de nuestro hospital uno de los lugares con más porcentaje de población extranjera creciente desde el 2002. Las enfermedades importadas representan en la actualidad un porcentaje no desdeñable de las consultas atendidas. El objetivo de nuestro trabajo es revisar los casos de paludismo importados diagnosticados en nuestro hospital durante el periodo 1995-2007, haciendo hincapié en la descripción de los aspectos epidemiológicos, microbiológicos y clínicos de la enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte histórica de pacientes diagnosticados de paludismo durante el periodo comprendido entre enero del 1995 y diciembre del 2007, a través de la revisión de historias clínicas. Como método diagnóstico se utilizó la tinción de Giemsa en sangre periférica en todos los casos. El test rápido inmunocromatográfico en sangre ("Binax Now Malaria") se utilizó como técnica complementaria en los casos diagnosticados a partir del año 2005. Los datos se han analizado de forma descriptiva y se expresan en porcentaje.

**Resultados.** Se registraron 78 casos de paludismo en total, de los que el 91% (71 pacientes) correspondió a población extranjera natural de África Subsahariana (83%), América Latina (6%) y Pakistán (1,3%). La mayoría de viajes se realizaron a Senegal y Gambia, por motivos vacacionales o de visita a familiares sin profilaxis adecuada. La media de edad fue de 21 ± 6 años (3-55), con predominio de varones (79%). El 14% de los pacientes fueron niños (todos ellos inmigrantes) de edades comprendidas entre 3 y 13 años. El número medio de casos por año fue 5 casos/año, mínimo en 1998 (1 caso) y máximo en el año 2006 (16 casos) y 2007 (10 casos). Los casos registrados en población autóctona fueron 7 (9% del total), todos ellos diagnosticados durante el periodo 1995-2001, con viaje realizado por motivo turístico, con profilaxis incorrecta. La época del año en la que se realizó el diagnóstico fue primavera (11,5%), invierno (15%), verano (19%) y otoño (54%). El agente etiológico diagnosticado con más frecuencia fue *Plasmodium falciparum* en 68 casos (87%), *Plasmodium vivax* en 10 casos (12,8%) y *Plasmodium malariae* en 1 caso. El índice de parasitemia fue < 1% en el 40% de los casos, entre 1-2% en el 36%, 3-5% en el 15%, y > 5% en el 8%. El motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (60%), mal estado general (18%), clínica digestiva (9%), cefalea (7%) y artromialgias (5%). Los datos analíticos más relevantes fueron: 36% plaquetopenia, 32% anemia, 17% leucopenia, 10% elevación de transaminasas, 5% hiponatremia y 2% insuficiencia renal. La totalidad de los casos fue atendida en urgencias y el 48% de los casos requirió ingreso hospitalario. Un paciente ingresó en UCI por malaria cerebral. Todos los casos evolucionaron correctamente con tratamiento.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de casos diagnosticados de paludismo en nuestro entorno en los últimos 13 años, corresponde a población inmigrante. 2. La incidencia de casos de paludismo diagnosticados se ha incrementado en los últimos años, en relación al incremento de población inmigrante que ya reside en nuestro país, y viaja temporalmente a su país de origen por motivos vacacionales y/o de visita a familiares sin profilaxis adecuada. 3. El agente etiológico identificado con más frecuencia corresponde a *Plasmodium falciparum*, con bajos índices de parasitemia, adquirido en viajes al continente africano.

**A-84****MENINGITIS ESTAFILOCÓCICA**

**A. Castañeda Pastor, P. Laguna de Estal, M. Gil Navarro, R. García Madero, M. López-Cano Gómez, C. García Zubiri y M. Yebra Bango**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Especies de *Staphylococcus* causan infrecuentemente meningitis aguda bacteriana (MAB) espontánea en adultos, mientras que constituyen una etiología común de las meningitis en pacientes con determinados factores de riesgo (FR) neuroquirúrgicos. El objetivo de este trabajo es describir los casos de meningitis estafilocócica en adultos diagnosticados en un hospital durante un periodo de 25 años.

**Material y métodos.** El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel con servicio de neurocirugía. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad mayor o igual a 14 años diagnosticados de MAB, en base a unos criterios definidos previamente, entre 1982 y 2006, incluyendo en el estudio los casos con cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo para *Staphylococci* spp.

**Resultados.** En 245 casos de MAB se identificaron 40 (16%) producidas por *Staphylococci* spp: 12 (30%) por *Staph aureus* y 28 (70%) por *Staphylococcus coagulasa* negativo (SCN); en este último grupo un 53% tuvieron más de un cultivo de LCR positivo o bien cultivo de LCR y del dispositivo neuroquirúrgico positivos, mientras que un 47% tuvieron un solo cultivo de LCR positivo. La media de edad fue de  $54 \pm 19$  años (19-85), el 80% fueron hombres y el 68% de adquisición nosocomial. Los FR identificados fueron: ser portador de algún tipo de dispositivo neuroquirúrgico en 77,5% (70% para *Staph aureus* y 80% para SCN) y neurocirugía reciente en 17,5% (10% y 20%, respectivamente); sólo en un 5% no se identificaron FR neuroquirúrgicos (todos producidos por *Staph aureus*). Cuando se compararon las características clínicas, alteraciones de laboratorio y evolución de las meningitis producidas por *Staph aureus* y por SCN, las únicas diferencias significativas fueron: desarrollo de complicaciones neurológicas y no neurológicas (50% frente a 11%,  $p = 0,006$ ), desarrollo de complicaciones en las primeras 24 horas de sintomatología (42% frente a 7%,  $p = 0,008$ ), bacteriemia (60% frente a 20%,  $p = 0,02$ ), retirada/recambio del dispositivo neuroquirúrgico (51% frente a 100%,  $p = 0,001$ ) y mortalidad (67% frente a 0%,  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** *Staphylococci* spp causaron un porcentaje importante de MAB durante el periodo de estudio como reflejo de la importante actividad neuroquirúrgica que se desarrolla en el hospital. Sin embargo, *Staph aureus* causó excepcionalmente MAB espontánea. En pacientes con MAB que son portadores de dispositivos neuroquirúrgicos (shunt ventrículo-peritoneal, drenaje ventricular o lumbar externo, catéter epidural) y/o se han sometido a neurocirugía reciente, el tratamiento empírico de la infección debe incluir vancomicina para cubrir la etiología estafilocócica.

**Conclusiones.** 1) En hospitales con actividad neuroquirúrgica, *Staphylococci* spp. Son una causa común de MAB en adultos, especialmente SCN. 2) Ser portador de algún dispositivo neuroquirúrgico y neurocirugía reciente son los principales FR identificados, siendo excepcional la MAB por *Staph aureus* espontánea. 3) El pronóstico de la MAB por SCN es favorable, frente a la elevada mortalidad causada por *Staph aureus*. 4) En pacientes con dispositivos neuroquirúrgicos su retirada o recambio es necesaria para la curación de la infección.

**A-85****NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH-1 ASOCIADOS A SÍFILIS Y HEPATITIS VÍRICAS ENTRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA EN GALICIA**

**Á. Mena de Cea, P. Vázquez Rodríguez, L. Castelo Corral, Á. Castro Iglesias, M. Trigás Ferrín, S. López Calvo, J. Balañas Bueno y J. Pedreira Andrade**

Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de la lúes y las infecciones por

virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB), asociadas a pacientes con el diagnóstico de VIH-1.

**Material y métodos.** Recogimos retrospectivamente datos de todos los nuevos diagnósticos de VIH-1 atendidos en una consulta hospitalaria específica, entre enero del 2004 y marzo del 2008, con un total de 202 casos. Se consideró infección por VHB, la presencia de HBsAg, contacto con VHC, la presencia de anticuerpos anti-VHC + y actividad si el RNA-VHC fue positivo. Para la sífilis, consideramos como positiva todos aquellos casos en los que se tuviese un test reagínico (RPR) y uno treponémico (FTA-ABS) positivos, independientemente de su estadio clínico. Se excluyen por tanto todos los pacientes con un RPR + y test treponémico negativo o no realizado. Estos marcadores serológicos se estudian en el momento del diagnóstico de confirmación de VIH. Los datos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** 17/160 (10.7%) presentaron infección luética coincidiendo con el diagnóstico de VIH-1, con 16 varones. La incidencia de casos por años, se expone en el gráfico 1. En 9/80 casos de los heterosexuales (11,25%) y en 8/29 (27,6%) homosexuales tuvieron lúes + al diagnóstico de la infección por el VIH-1. Los 45 test válidos realizados en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) fueron todos negativos. Atendiendo a la procedencia del nuevo diagnóstico de VIH con test positivos para sífilis, un caso se presenta en un paciente Europeo, no español. De las 124 pruebas válidas en población española hay 10 resultados positivos (8,1%). En los diagnósticos de VIH procedentes de Centro y Sudamérica, se obtienen 6/25 resultados positivos (24%). No se registró ningún caso procedente de Norteamérica, África ni Asia. Al analizar por factores de riesgo los procedentes de América, todos casos de transmisión sexual del VIH, 3 homosexual (42,8%) y 3 heterosexual (37,5%). De los 17 casos de sífilis se les realizó determinación del VDRL en LCR a 8, siendo positivo en un caso (12,5%). La prevalencia del HBsAg fue del 3,8% (7/184). El contacto con la infección por VHC fue del 34,2% (RNA-VHC + el 82%), con tendencia a disminuir en los últimos años.

**Discusión.** En cuanto a la sífilis, se observa una clara tendencia creciente en el número de casos. Probablemente esta tendencia se deba a distintas causas, sobre todo al aumento de casos de transmisión sexual del VIH (tanto hetero como homosexual) y al aumento de la inmigración en nuestro medio. Además, una clara asociación entre la vía de transmisión sexual (sobre todo la homosexual) del VIH y la presencia de sífilis al diagnóstico. También se puede deducir de nuestro estudio una mayor incidencia entre los casos diagnosticados de VIH procedentes de Centro y Sudamérica. En cuanto a VHC, con tendencia a disminuir el contacto, aunque manteniendo altas tasas de actividad, con (82%) de ARN-VHC+ en el momento del diagnóstico de VIH, situación similar a la conocida.

**Conclusiones.** 1. En nuestra área se aprecia un aumento de infección luética en los últimos años, coincidiendo con el diagnóstico de infección por el VIH-1. 2. Esta infección predomina en los casos de transmisión sexual, especialmente homosexual. 3. Existe una mayor prevalencia de lúes en la población inmigrante, especialmente procedente del Centro y Sudamérica. 4. La prevalencia del VHB se mantiene estable, con tendencia a disminuir la infección por el VHC.

**A-86****FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES VIH+/VHC+. ¿AUMENTA EL RIESGO DE FIBROSIS EN LOS PACIENTES CON SEROLOGÍA VHB+?**

**J. Grandes Ibáñez<sup>1</sup>, A. Ocampo Hermida<sup>1</sup>, A. Ribera Gallego<sup>1</sup>, J. Lamas Ferreiro<sup>1</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>2</sup> y J. de La Fuente<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral De Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza (1). Ribeira (A Coruña). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Valorar la fibrosis hepática mediante FibroScan en pacientes coinfectados VIH+/VHC+, adjudicando a cada uno de ellos el grado teórico de fibrosis hepática (Métavir), de acuerdo con los siguientes valores: F0 < 4,2 kPa; F1 entre 4,3-6,25 kPa; F2 entre 6,26-7,9 kPa; F3 entre 8-13,7 kPa y F4 > 13,8 kPa (Sandrin et al. Ultrasound Med Biol 2003). Se compara el grupo de pacientes VHB+ (con o sin infección activa) con otro VHB-.



**Material y métodos.** Se seleccionaron 337 pacientes VIH+/VHC+ que acuden de forma consecutiva a la consulta de VIH para la realización de pruebas complementarias en relación con sus patologías de base, incluyendo la realización de FibroScan. La comparación se llevó a cabo mediante la prueba de  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher. Los análisis se realizaron con EpiInfo (Centres for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA) versión 6.04.

**Resultados.** Se realizó FibroScan en 327 pacientes VIH+/VHC+, 239 (73,1%) varones y 88 (26,9%) mujeres. La edad media fue de 42,2 (DS 5,54); 42,7 (DS 1,41) para varones y 40,8 (DS 3,49) para mujeres. 193 (57,3%) VHB+ y 134 (42,7%) VHB-. En el grupo VHB+ 9 (4,8%) presentaban un nivel teórico de fibrosis F0, 42 (21,9%) F1, 42 (21,9%) F2, 47 (24,4%) F3 y 52 (27%) F4. En el grupo de pacientes VHB-: 13 (9,7%) F0, 40 (29,7%) F1, 15 (11,2%) F2, 38 (28,3%) F3 y 28 (20,9%) F4. Tomando como referencia de grado alto de fibrosis los estadios F3 y F4, lo presentan el 51,4% de los pacientes VHB+, frente al 49,2% de los VHB- ( $p = 0,7$ ). Tomando como referencia de bajo grado de fibrosis los estadios F0, F1, lo encontramos en el 39,4% de los VHB- frente al 26,7% en los VHB+ ( $p = 0,6$ ).

**Discusión.** Los pacientes con grados altos teóricos de fibrosis hepática medida mediante FibroScan (F3, F4) fueron similares en los dos grupos. El porcentaje de pacientes con grados bajos (F0, F1) fueron también similares, aunque algo superiores en los pacientes VHB- con respecto a los VHB+ (39,4% vs 26,7%), estadísticamente no significativo. Por tanto, en los pacientes coinfectados VIH/VHC+, el hecho de tener una serología positiva para VHB no implicaría riesgo de fibrosis. Esto podría explicarse porque muchos de estos pacientes no presentan enfermedad activa, y también podría influir la utilización de antirretrovirales útiles en el tratamiento del VHB como lamivudina o tenofovir.

**Conclusiones.** 1. La mitad de los pacientes coinfectados VIH-VHC+ presentaban grados altos de fibrosis medida por FibroScan tanto en los grupos con VHB+ como VHB-. 2. Ligeramente superior el porcentaje de pacientes con grados bajos de fibrosis en los pacientes con VHB-, estadísticamente no significativo. 3. La serología positiva para VHB no influye en el riesgo de fibrosis hepática en estos pacientes. Podría deberse a dos causas. No se tuvo en cuenta la actividad del VHB ni su cronicidad. Muchos pacientes son tratados para el VIH con fármacos activos contra el VHB.

**A-87**  
**ALTERACIONES EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y EN EL SURFACTANTE PULMONAR INDUCIDAS POR LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA**

**S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup>, V. Friaiza<sup>2</sup>, R. Terán<sup>1</sup>, L. Rivero<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, J. Martín Juan<sup>3</sup>, J. Varela<sup>2</sup> y N. Respaldiza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) incluyen un grupo heterogéneo de procesos, la mayoría de causa desconocida, siendo las neumonías intersticiales idiopáticas (NII) las más frecuentes. Estos procesos resultan de una lesión del parénquima pulmonar que produce una cascada de reacciones inflamatorias e inmunitarias que conduce, en muchos casos, a la fibrosis pulmonar.

El mecanismo desencadenante es desconocido, aunque se ha planteado el posible papel de agentes infecciosos. *Pneumocystis jirovecii* es un hongo atípico que causa neumonías en sujetos inmunodeprimidos. Sin embargo, en los últimos años un creciente número de publicaciones han descrito la presencia de colonización asintomática por *Pneumocystis* en sujetos con enfermedades pulmonares crónicas, incluidas las EPID. En modelos animales, se ha demostrado la capacidad de *Pneumocystis* de inducir la activación de macrófagos alveolares, elevación de citoquinas proinflamatorias y cambios en el surfactante pulmonar incluso con mínimas cantidades de microorganismos. Esta inflamación pulmonar, junto con la respuesta inmune desencadenada por la lesión alveolar producida por *Pneumocystis*, podría tener un papel en la patogénesis de las NII y en la progresión a fibrosis. El objetivo de este estudio es conocer si la colonización por *Pneumocystis* puede causar cambios en los componentes del surfactante pulmonar y en la respuesta inflamatoria en pacientes con NII.

**Material y métodos.** Se incluyeron, tras consentimiento informado, 36 pacientes no seleccionados con NII que fueron evaluados clínicamente y de los que se obtuvieron muestras de lavado broncoalveolar (LBA) para su estudio. La identificación de la colonización por *Pneumocystis* se realizó en muestras de LBA mediante una PCR-anidada específica para una porción del gen de la subunidad mayor mitocondrial del ARN ribosomal. Los niveles de citoquinas proinflamatorias (IL-8, TNF-alfa, IL-6) se midieron en LBA con EIA comerciales. Las proteínas asociadas al surfactante pulmonar (SP-A y SP-D) se midieron por densitometría con EIA y Western-blot. Todos los valores se normalizaron usando la concentración de proteínas totales.

**Resultados.** En 15 de los 36 pacientes (41,6%) se identificó la presencia de *P. jirovecii*. Los pacientes con NII colonizados presentaron unos niveles más bajos de SP-D y de citoquinas proinflamatorias (TNF-alfa, IL-6) que los no colonizados (tabla 1).

**Conclusiones.** Estos resultado confirman la alta prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en sujetos con NII y muestran una asociación entre la colonización y cambios en los componentes del surfactante pulmonar y en la respuesta inflamatoria en estos pacientes, lo que sugiere un posible papel de *Pneumocystis* en la fisiopatología de la NII.

**A-89**  
**ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA LETALIDAD A LARGO PLAZO**  
**M. Abdilla Bonías<sup>1</sup>, R. Bou Monterde<sup>2</sup>, P. Ramos Reig<sup>3</sup>, M. Fernández Garcés<sup>1</sup>, Z. Pla Espinosa<sup>1</sup>, C. Clep<sup>1</sup> y Á. Aguilar Escribá<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de la Ribera (1). Alzira (Valencia)

**Objetivos.** Investigar la incidencia de endocarditis infecciosa (EI), describir las características clínicas de los pacientes y estudiar su evolución durante el año posterior al alta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal. Caso: Todo paciente que acudió al H.U de La Ribera entre 1999 y 2004 que cumpliera los criterios de Duke. Variables estudiadas: edad, sexo, enfermedades de base, métodos diagnósticos realizados (ecocardiografía transtorácica y transesofágica y microbiología), tipo de tratamiento y evolución. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo, un análisis de Kaplan-Meier y de log-rank. Finalmente, se

Tabla 1. Concentración de los diferentes parámetros estudiados en los pacientes con NII en relación a su situación de colonizados o no por *P. jirovecii* (A-87).

	Pacientes No-colonizados (N = 21)	Pacientes Colonizados (N = 15)	p
SP-A (R. D.* normalizada/mg proteína)	13,233 ± 9,824	11,926 ± 7,544	0,66
SP-D (pg/mg proteína)	874,79 ± 740,114	414,92 ± 381,67	0,021
IL-6 (pg/mg proteína)	69,885 ± 90,09	24,006 ± 32,040	0,041
TNF-alfa (pg/mg proteína)	1,617 ± 2,118	0,228 ± 0,661	0,009
IL-8 (pg/mg proteína)	866,1 ± 1903,09	825,273 ± 1329,323	0,94

realizó un análisis de regresión de Cox.

**Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes, 75% eran hombres. La media de edad fue 58 años (mediana 60,5, rango 20-87). El 81% de los casos (42/52) presentaron alguna enfermedad de base. Cuarenta presentaron EI sobre válvula nativa y 12 sobre protésica. El 26,9% (14/52) precisó implantación de válvula protésica. En el 78,8% de los casos se observaron hallazgos ecocardiográficos, predominando por igual (28,8%) las válvulas aórtica y mitral. En el 11,5% (6/52) la EI fue de origen nosocomial. La estancia media fue de 26,2 días (mediana 22,5 rango 2-94). En un 23,1% de los casos no se aisló microorganismo. En el 76,9% (40/52) restante, predominaron *S. aureus* (21,2%), *S. epidermidis* (11,5%) y *S. aureus* meticilin resistente (5,8%). Doce pacientes (23%) fallecieron durante el seguimiento, siendo 10 de éstos secundarios a EI. La mediana de supervivencia fue de 18,4 meses. El 27% (14/52) presentaron alguna complicación durante su evolución. Ocho desarrollaron embolización y el resto otras complicaciones. El 74% recibieron tratamiento médico (38/52) y el 27% quirúrgico (14/52). En el análisis multivariante, la aparición de complicaciones y la edad presentaron mayor riesgo de muerte (Hazard Ratio (HR) 5.2, Intervalo de Confianza (IC) 95% 1.1-24.6, p = 0.04; HR 1.1, IC95% 1.0-1.1, p = 0.009, respectivamente). La EI por gram positivos presentó menor riesgo de letalidad en comparación al resto de microorganismos (HR 0.2, IC95% 0.0-0.7, p = 0,01), al igual que la puntuación Glasgow (HR 0.7, IC95% 0.6-0.9, p = 0.02).

**Discusión.** La EI es una enfermedad poco frecuente pero grave, con una mortalidad global de 12-20%; en nuestro centro, la letalidad fue del 23% (IC 95% 12.5-36.8). La mortalidad en los pacientes con válvula protésica fue superior a los de válvula nativa, aunque no presentó una asociación estadísticamente significativa. Destaca en nuestro estudio el menor riesgo de letalidad en las EI producidas por Gram positivos. En el contexto de la literatura, la etiología de la EI es variable y pueden influir las características del hospital, de los pacientes y el entorno epidemiológico. Los pacientes que tuvieron alguna complicación durante su evolución presentaron 5 veces más riesgo de muerte durante el año posterior al alta.

**Conclusiones.** La letalidad de la EI en nuestro centro fue similar a la publicada en la literatura. Los factores asociados a la letalidad fueron la edad, la presencia de complicaciones, la etiología y la puntuación Glasgow.

**A-90  
ENDOCARDITIS FÚNGICA**

**M. López-Cano Gómez, P. Laguna de Estal, C. García Zubiri, R. García Madero, M. Gil Navarro, A. Castañeda Pastor y M. Yebra Bango**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** La endocarditis fúngica (EF) es una entidad infrecuente (1,3-6% de las EI), habiéndose considerado una enfermedad emergente por su creciente incidencia como consecuencia de ciertos avances médico-quirúrgicos. El objetivo del trabajo es la descripción de 4 casos de EF atendidos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de casos de EF, utilizando los criterios de Duke para el diagnóstico, si bien todos fueron con-

firmados también anatomopatológicamente (estudio/cultivo de la pieza de cirugía valvular o necropsia).

**Resultados.** Se incluyen 4 casos (tabla 1) de entre 23 y 49 años, 3 se asociaron a FR (cirugía valvular, adicción a drogas por vía parenteral e ingreso en UCI/nutrición parenteral). La localización fue aórtica en 3 casos y tricuspídea en uno. Clínicamente cursaron con fiebre (4 casos), soplo cardíaco (3) y complicaciones embólicas (3), diagnosticándose tras 1-4 semanas de sintomatología. En el electrocardiograma transtorácico se observaron vegetaciones y los hemocultivos fueron positivos en todos los casos. La etiología fue *C. albicans* en los 4, si bien uno fue una infección mixta (se aisló en la pieza quirúrgica también *Aspergillus*). Todos los pacientes recibieron tratamiento antifúngico con anfotericina y flucitosina, se intervinieron quirúrgicamente 3. Sólo sobrevivió el paciente sin factores de riesgo con endocarditis tricuspídea, al que se efectuó el diagnóstico y tratamiento (médico y quirúrgico) más precoz.

**Discusión.** El 97% de los pacientes con EF tienen FR para desarrollar: a) endocarditis, como valvulopatía reumática, prótesis valvular, historia de endocarditis bacteriana, prolapso mitral, cardiopatía no reumática o cirugía cardíaca reciente; b) candidemia, como catéteres venosos centrales, nutrición parenteral, antibioterapia de amplio espectro, estancia en cuidados intensivos, inmunodepresión o uso de drogas por vía parenteral. *C. albicans* causa el 24-30% de las EF, debiéndose los restantes casos a *Aspergillus*, otras especies de *Candida* e *Histoplasma*. El cuadro clínico es similar al de otras EI, siendo frecuente el desarrollo de complicaciones (fenómenos embólicos en 61% de casos, insuficiencia cardíaca en 16% y sepsis en 16%) y de vegetaciones valvulares de gran tamaño sobre válvulas nativas, pero destacando sobre todo su mal pronóstico (mortalidad global del 56%). El tratamiento incluirá cirugía y al menos seis semanas de antifúngicos (anfotericina + flucitosina) a partir de la intervención, y se seguirá de profilaxis con fluconazol a largo plazo, posiblemente de por vida si no se recambia la válvula afectada.

**Conclusiones.** Los hongos son una causa infrecuente de endocarditis infecciosa, causando una enfermedad con una elevada tasa de mortalidad, cuyo pronóstico parece estar determinado por la patología predisponente para la infección y la precocidad en el diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico.

**A-92  
EPIDEMIOLOGÍA DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN EL HOSPITAL COMARCAL DEL PALLARS**

**E. Sanjurjo<sup>1</sup>, J. Serra<sup>2</sup>, X. Vázquez<sup>2</sup>, J. Beltrán<sup>3</sup>, J. Álvarez<sup>1</sup>, D. Alonso<sup>1</sup> y E. Salvador<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

**Objetivos.** La práctica de hemocultivos en los pacientes que presentan un cuadro febril es habitual en el ámbito hospitalario. Este hecho permite analizar en conjunto los resultados obtenidos cada año y posteriormente hacer su difusión entre los diferentes colectivos implicados en la atención médica para racionalizar la prescripción de antibióticos. Queremos describir la epidemiología de los hemocultivos en nuestro entorno en relación al germen causal, la sensibilidad antibió-

Tabla 1. EF (A-90).

Caso sexo/edad	Factor de riesgo	Localización	Clínica/ tiempo de evolución	Complicación	Etiología	Tratamiento	Evolución
1 49/H	UCI, nutrición parenteral	Ao	fiebre, soplo/4 s	Shock intraoperatorio	<i>C. albicans</i>	Anfotericina /flucitosina+cirugía	Fallecimiento
2 23/H	ADVP	Ao	fiebre, soplo/3 s	Embolismo sistémico (SNC, arteria iliaca)	<i>C. albicans</i>	Anfotericina/flucitosina	Fallecimiento
3 35/H	Cirugía Valvular	Ao	fiebre/2 s	Embolismo sistémico (SNC)	<i>C. albicans</i> , <i>Aspergillus</i>	Anfotericina/flucitosina+ cirugía	Fallecimiento
4 23/M	Ninguno	Tr	fiebre, soplo/1 s	Embolismo pulmonar	<i>C. albicans</i>	Anfotericina/flucitosina +cirugía	Curación /seguimiento 12 m

tica y la evolución de la misma con el paso de los años.

**Material y métodos.** Durante el período 1996-2007, se han revisado todos los hemocultivos positivos detectados en nuestro centro y procedentes de muestras recogidas en el Servicio de Urgencias del propio hospital o en las diferentes áreas de hospitalización. Se ha analizado el germen causal así como la sensibilidad a los diferentes antibióticos testados.

**Resultados.** Se han incluido 376 hemocultivos positivos (media anual de  $31 \pm 6$ ), con un máximo de 42 el año 1998 y un mínimo de 22 en el 1999. Los patógenos más frecuentes fueron: 168 cultivos positivos para *E. coli* (45%), 42 para *Staphylococcus* plasmocoagulasa negativos (11%) que no fueron considerados como contaminantes, 32 para *S. aureus* (8,5%), 22 para *Klebsiella* sp (6%), 15 para *S. pneumoniae* (4%), 17 para otros streptococcus (4,5%), 16 para *E. faecalis* (4,2%) y 15 para *P. aeruginosa* (4%). Destacan además 13 hemocultivos positivos para *Brucella* sp, 10 de ellos aislados en el año 1998. El perfil medio de sensibilidad para *E. coli* frente a los diferentes antibióticos (expresado en porcentaje  $\pm$  desviación estándar y mínimo-máximo) fue: frente a amoxicilina-clavulánico  $81 \pm 16$  56-100, frente a cefotaxima  $96 \pm 6$  79-100, frente a ceftazidima  $96 \pm 6$  79-100, gentamicina  $96 \pm 5$  86-100, frente a ciprofloxacino  $86 \pm 13$  56-100 y frente a imipenem  $99 \pm 2$  93-100. La curva de tendencia muestra para el próximo año un descenso de la sensibilidad de *E. coli* únicamente frente a ciprofloxacino. (74%).

**Discusión.** *E. coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en los hemocultivos realizados en pacientes procedentes de Urgencias o de Hospitalización, al igual que pasa con los urinocultivos. A diferencia de estos, los otros patógenos más frecuentes son estreptococos y estafilococos. La sensibilidad de *E. coli* se mantiene alta para los antibióticos beta-lactámicos pero paralelamente a lo ocurrido en las infecciones urinarias, desciende frente a quinolonas.

**Conclusiones.** Conocer cuáles son los patógenos más frecuentes en cada comunidad y su sensibilidad frente a los diferentes antimicrobianos es útil para elegir una estrategia terapéutica empírica adecuada hasta disponer del resultado del cultivo y del antibiograma.

### A-93

#### PEROXIDACIÓN LIPÍDICA Y CITOCINAS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS CON HEPATITIS POR INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

A. Castellano Higuera<sup>1</sup>, M. Alemán Valls<sup>2</sup>, E. González Reimers<sup>2</sup>, J. Gómez Sirvent<sup>2</sup>, M. Alonso Socas<sup>2</sup>, A. García Pardo<sup>1</sup>, R. Peláez González<sup>2</sup> y F. Santolaria Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** La causa más importante de cirrosis hepática y hepatocarcinoma es la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC). El consumo de etanol es el factor que con más frecuencia exacerba la progresión de la hepatitis crónica por el virus C hacia cirrosis hepática y hepatocarcinoma, quizás esto sea debido al incremento en la secreción de citocinas junto con el incremento de peroxidación lipídica. En este estudio nosotros comparamos la intensidad de la peroxidación lipídica (mediante los niveles de malondialdehído (MDA)), la actividad antioxidante (medida como la actividad en las células rojas sanguíneas de la glutatión peroxidasa (GPX) y superóxido dismutasa (SOD) y niveles de citocinas derivadas de la respuesta celular Th1 (tales como el Interferón  $\gamma$ ; (IFNG), Th2 (como la IL-4) y Th3 (como el transforming growth factor  $\beta$ ; (TGF- $\alpha$ ) y la IL-6, IL-8 y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) en pacientes con hepatitis por la infección crónica por el virus de la hepatitis C.

**Material y métodos.** Estos parámetros fueron medidos en 46 pacientes con infección crónica por el VHC, 26 de ellos bebedores de alcohol y 40 de ellos no bebedores.

**Resultados.** Los pacientes mostraron niveles significativamente mayores de TNF- $\alpha$  ( $Z = 4.92$ ,  $p < 0,001$ ), IL-8 ( $Z = 4.95$ ,  $p < 0,001$ ), INF- $\gamma$  ( $Z = 2.81$ ,  $p < 0.005$ ), TGF- $\beta$  ( $t = 2.12$ ,  $p = 0.037$ ), MDA ( $Z = 5$ ,  $p < 0,001$ ), pero menores de IL-6 ( $Z = 3.61$ ,  $p < 0,001$ ) y GPX ( $F = 4.30$ ,  $p < 0.05$ ) con respecto a los controles, mientras que no se observaron diferencias en los niveles de IL-4 ( $Z =$

$0.35$ ,  $p = 0.72$ ) ni en la actividad de la GPX y SOD. Los pacientes alcohólicos mostraron niveles significativamente mayores de TNF- $\alpha$ ; pero menores de IL-4, MD y GPX con respecto a los no alcohólicos. Los niveles de TNF- $\alpha$ ; se relacionaron de forma significativa con la actividad de la protrombina y con los niveles de albúmina.

**Conclusiones.** Por tanto, encontramos que la secreción de citocinas estaba alterada en los pacientes con infección por el VHC. Esta alteración consiste principalmente en una estimulación de la citocinas relacionadas con la respuesta Th1 y la inhibición, o al menos la no estimulación, de las citocinas relacionadas con la respuesta Th2. Estos cambios son especialmente marcados en los pacientes alcohólicos con infección por el VHC y van acompañados por niveles elevados de TGF- $\beta$ .

### A-94

#### REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM GENAVENSE EN UN HOSPITAL I. Marina<sup>1</sup>, D. Filella<sup>1</sup>, J. López-Contreras<sup>1</sup>, P. Coll<sup>2</sup> y M. Sambeat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

**Objetivos.** Revisar la clínica, diagnóstico microbiológico, tratamiento y evolución de los pacientes que sufrieron infección por *Mycobacterium genavense*.

**Material y métodos.** Se analizan los casos con infección por *M. genavense*, utilizando como fuente de información los cultivos positivos entre los años 1995 y 2008 del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Se recogieron los datos clínicos, microbiológicos, terapéuticos y de evolución..

**Resultados.** Se recogieron un total de 10 casos (relación hombre/mujer 9:1) con una media de edad al diagnóstico de 39 años (DE  $\pm 11,06$ ). Todos los pacientes eran VIH +; los grupos de riesgo fueron: 4 (40%) ADVP, 4 (40%) heterosexuales, 1 (10%) homosexual y 1 (10%) transfusión de hemoderivados. Todos ellos presentaban un recuento de CD4 menor de  $25 \text{ mm}^3$  en el momento del diagnóstico. En 2 pacientes el diagnóstico de infección por VIH y *M. genavense* fue simultáneo, mientras que en el resto el intervalo desde la infección por VIH hasta el diagnóstico era de 4.5 años de media (mediana 3, intervalo 1-20 años). Los síntomas al diagnóstico fueron fiebre (90,9%), dolor abdominal (63,6%), diarreas (54,5%), anemia (90,9%), adenopatías (63,6%) y hepato-esplenomegalia (54,5%). Las muestras donde se aisló el microorganismo fueron: hemocultivo (7), médula ósea (2), adenomegalias (4), orina (1), esputo (2) y orina (1), destacando que la mayoría de las muestras donde se hizo el aislamiento no precisan de descontaminación. El régimen terapéutico más utilizado fue la asociación de Claritromicina, Etambutol y Ciprofloxacino. Cuatro de los pacientes sufrieron recidivas. El 80% fueron éxitos.

**Discusión.** Hay que sospechar la presencia de *M. genavense* en aquellas muestras clínicas de enfermos HIV, con recuentos bajos de CD4, clínica de micobacteriosis diseminada y examen microscópico positivo para bacilos ácido alcohol resistentes pequeños que no crecen en los medios de aislamiento sólidos y que lo hacen de forma lenta y variable en los medios líquidos. Los subcultivos se harán en un medio líquido a pH ácido y la identificación por técnicas moleculares siendo la restricción-amplificación de la heat shock protein de 65 kDa adecuada.

**Conclusiones.** La infección por *M. genavense* se presenta en pacientes severamente inmunodeprimidos. La fiebre y el dolor abdominal son los síntomas más frecuentes y el linfático, hematológico y digestivo los órganos más afectados. El diagnóstico microbiológico se consigue en muestras sin flora comensal y utilizando medios líquidos. Los tratamientos no están estandarizados y la supervivencia después del diagnóstico es escasa.



**A-95  
ALTA PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN LA POBLACIÓN GENERAL**

**L. Rivero<sup>1</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, J. García Fabero<sup>3</sup>, S. Pinazo<sup>3</sup>, R. Yang<sup>4</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup> y F. Medrano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Centro de Salud. El Coronil (Sevilla). <sup>4</sup>Servicio de Epidemiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** La epidemiología de la infección por *Pneumocystis* en los seres humanos es aún desconocida y no están establecidos cuales son los reservorios ni fuentes de transmisión. Un estudio preliminar llevado a cabo en España demostró que *Pneumocystis jirovecii* estaba presente en el árbol respiratorio de sujetos adultos sanos inmunocompetentes. El objetivo de este estudio ha sido conocer la prevalencia de la colonización por *P. jirovecii* en un grupo de población general en el sur de España.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio prospectivo de base poblacional en el que se incluyeron 132 adultos y niños no seleccionados de un área rural de Sevilla (El Coronil). Los sujetos fueron evaluados en el centro de salud donde acudieron para exámenes rutinarios. Se realizó una encuesta epidemiológica a cada paciente y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo para la identificación de *P. jirovecii* mediante nested-PCR. Se definió como sujeto colonizado aquel en el que se detectó DNA de *P. jirovecii* en el árbol respiratorio sin presentar síntomas ni signos de neumonía por este microorganismo.

**Resultados.** Se incluyeron 95 hombres (72%) y 37 mujeres (28%) con una edad media de 52.9 ± 21.6 años (límites 3-88). La prevalencia de colonización por *P. jirovecii* fue del 10,6% (14/132 pt). Todos los sujetos colonizados eran adultos y tenían un recuento normal de leucocitos y linfocitos en sangre periférica. Uno de los sujetos colonizados había sido diagnosticado de una neoplasia y estaba tomando esteroides en el momento del estudio. Los 13 restantes se encontraban asintomáticos y ninguno de ellos estaba inmunodeprimido ni tenía enfermedad pulmonar subyacente. La edad media de los sujetos colonizados por *Pneumocystis* fue mayor que la de los no-colonizados (66.6 ± 17.3 vs. 51.2 ± 21.5, p = 0,01). No se observaron diferencias en cuanto a distribución por sexo y consumo de tabaco entre los colonizados y los no colonizados.

**Conclusiones.** Este estudio confirma que *P. jirovecii* puede ser detectado frecuentemente en el árbol respiratorio de sujetos inmunocompetentes, lo cual es concordante con la hipótesis de que la población general podría representar un reservorio y fuente de transmisión para esta infección. Financiado por ERA-NET Pneumocystis-PathoGenoMics y Consejería de Salud de Andalucía (70/04).

**A-96  
MANEJO DE LA MENINGITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Romero Rivero, C. Pereira Delgado, R. De la Rosa Morales, C. Escorial Moya, R. Fernández Ojeda, J. Delgado de la Cuesta y A. Fernández Moyano**

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

**Objetivos.** Evaluar la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes diagnosticados de meningitis aguda mediante la utilización de indicadores reflejados en sus historias clínicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta entre enero de 2005 y mayo de 2008 con el diagnóstico de meningitis aguda por el Servicio de Medicina Interna del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe, hospital comarcal de referencia de unos 250.000 habitantes de la región suroeste de la provincia de Sevilla. De cada caso diagnosticado de meningitis se registraron las características del líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido para clasificarla en meningitis bacteriana, neutrofilica, linfocítica, fúngica o de origen incierto, y se recogieron variables demográficas (edad, sexo, estancia, tipo de alta), variables de proceso (antibioterapia previa, duración de los síntomas, examen de fondo de ojo, toma de presión de salida del LCR, TAC de cráneo y su adecuación según las guías de practica clínica, determinación simultánea de glucemia y glucorraquia, cultivo y/o PCR LCR, hemocultivo) y variables relacionadas con el tratamiento (demora del tratamiento antimicrobiano, tratamiento previo a la TAC, tratamiento adecuado).

**Resultados.** Desde enero de 2005 a mayo de 2008 se diagnosticaron un total de 60 casos de meningitis agudas, con un ligero predominio en varones (60%). La edad media de los pacientes fue de 53,88 años con un rango entre 16 y 90 años, existiendo una distribución bimodal (máximas frecuencias en segunda y séptima décadas). Con respecto a las características del LCR, se clasificó a las meningitis como bacteriana en 6 casos (10%), neutrofilica en otros 6 casos, linfocítica en 34 (56.7%) y de origen incierto en 12 (20%). No hubo ningún caso de meningitis fúngica. Las variables de proceso y tratamiento se exponen en la tabla adjunta. La estancia media fue de 10.68 días. La demora de tratamiento presentó una mediana de 8 horas, produciéndose un total de 2 exitus (mortalidad del 3.3%). Los agentes etiológicos aislados fueron: en 3 casos neumococo; en 2 meningococo, listeria, *S. agalactiae* y varicela; 1 *Mycobacterium tuberculosis* y *S. aureus*. En 47 pacientes (78.3%) no se identificó ninguna etiología.

**Discusión.** La infrutilización del estudio del fondo de ojo se puede deber a la fácil y rápida accesibilidad a la TAC que existe en nuestro centro. La demora de tratamiento obtenida puede estar sobrevalorada en nuestro estudio, debido a la inclusión de casos con escasa expresividad clínica en los que la sospecha de meningitis fue tardía.

**Conclusiones.** 1. Se evidenció una infrutilización importante del examen del fondo de ojo antes de la realización de una punción lumbar, con una sobreutilización inadecuada secundaria la TAC de cráneo hasta en el 50% de los casos. 2. Baja utilización de la medición de la presión de salida del LCR y de la determinación de la glucemia simultánea a la glucorraquia. 3. Dos tercios de los pacientes recibieron un tratamiento antimicrobiano correcto con una mediana de demora de 8 horas, existiendo una baja mortalidad (3,3%). 4. En el 78% de las meningitis no se encontró agente causal, sobre todo en aquellas de perfil linfocítico.

**A-97  
ABSCESO EPIDURAL: REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

**P. Benito García, I. Novo Veleiro, R. Merchán Rodríguez, G. Alonso Claudio, K. Solís Díaz, A. Fuertes Martín y A. Jiménez López**

Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** El absceso epidural constituye una complicación infecciosa poco frecuente, pero que conlleva una morbi-mortalidad importante. Nuestros objetivos fueron: 1) revisar el número de casos que

Tabla 1. Resumen de indicadores de proceso y tratamiento (A-96).

Indicador	Nº pacientes (%)	Indicador	Nº pacientes (%)
Antibioterapia previa	17 (28,3%)	PCR LCR	27 (46,6%)
Examen de fondo de ojo	1 (1,7%)	TAC Cráneo	58 (96,7%)
Presión de LCR	7 (12,1%)	Uso adecuado TAC	30 (50%)
Glucemia/glucorraquia	20 (34,5%)	Tratamiento previo a TAC	4 (6,7%)
Cultivo LCR	57 (98,3%)	Tratamiento adecuado	45 (75%)

se han diagnosticado en nuestro hospital en los últimos 10 años y 2) recordar a los médicos que el nivel de sospecha clínica debe ser alto para poder diagnosticar esta patología.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de historias clínicas con diagnóstico de absceso epidural en los últimos diez años (enero 1998-junio 2008). Hemos descrito la forma de presentación clínica, factores de riesgo, agentes causales, tiempo de evolución y secuelas.

**Resultados.** Hemos encontrado 4 casos, 3 hombres y 1 una mujer, todos ellos mayores de 60 años. La forma de presentación clínica más frecuente fue dolor dorso-lumbar, paraparesia de miembros inferiores y fiebre. Los factores predisponentes fueron: reservorio en subclavia, fístula vesicocutánea, artritis séptica e infección urinaria previa. *S. aureus* fue el germen aislado en 3 casos (hemocultivos), uno de ellos resistente a cloxacilina. *Corynebacterium* spp. fue el otro germen aislado (cultivo de absceso). El diagnóstico se confirmó en todos los casos mediante resonancia magnética nuclear. El tratamiento realizado fue quirúrgico en todos los casos asociados a antibioterapia intravenosa ajustada según antibiogramas. Al alta, 3 de los pacientes mantenían secuelas neurológicas.

**Discusión.** El absceso epidural es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 0.2 - 2/10000 ingresos. Suele aparecer entre la 6ª y 7ª décadas de la vida, con predominio del sexo masculino, como sucede en nuestro caso. Dentro de los factores predisponentes están: inmunosupresión (neoplasias, corticoides, VIH), adicción a drogas por vía parenteral, cuadros infecciosos locales y sistémicos, catéteres espinales, analgesia epidural y enfermedades debilitantes (DM, insuficiencia renal crónica, alcoholismo y hepatopatía crónica). En nuestra serie encontramos un paciente portador de reservorio y tres pacientes con cuadros infecciosos locales. No hubo ningún caso de inmunodepresión celular. La clínica que presentaron nuestros pacientes fue la misma que está descrita en la literatura: inicialmente inespecífica, con algias locales y fiebre, el dolor fue el síntoma más constante y la clínica neurológica apareció de forma progresiva. En cuanto a la patogenia, es interesante recordar que los déficits neurológicos no sólo se explican por compresión del saco dural, sino también por compromiso vascular (oclusión vascular y tromboflebitis séptica), que da lugar a infartos y necrosis medulares. En todos nuestros casos la localización fue dorsal. El agente causal más frecuente en nuestra serie fue *S. aureus*, coincidiendo con la literatura. Se ha descrito que hasta en un 15% son resistentes a cloxacilina, aunque su incidencia ha aumentado en la última década, especialmente en los portadores de catéteres espinales. La diseminación se produce bien por vía hematogena o por invasión directa desde un foco contiguo. La bacteriemia se produce en un 60% de los casos, siendo más frecuente si la infección es debida a *S. aureus* (en nuestra serie en 3 de los 4 casos). El tratamiento debe ser precoz y agresivo, con drenaje quirúrgico y laminectomía descompresiva, junto con la administración de tratamiento antibiótico. El factor pronóstico más importante es la situación neurológica previa a la intervención. En nuestra serie la evolución fue más favorable en el caso que presentaba menor afectación neurológica antes de la intervención.

**Conclusiones.** 1. Los abscesos epidurales son infrecuentes. 2. El germen más frecuentemente implicado es *S. aureus*. 3. Se necesita una alta sospecha clínica para diagnosticar precozmente esta patología ya que, a pesar del tratamiento quirúrgico, la mayoría de los pacientes no mejoran neurológicamente porque el diagnóstico es tardío.

#### A-98

### CARACTERÍSTICAS Y TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH-1) EN GALICIA

L. Castelo Corral, P. Vázquez Rodríguez, Á. Mena de Cea, Á. Castro Iglesias, M. Triga Ferrín, S. López Calvo, J. Balañas Bueno y J. Pedreira Andrade

Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de los casos de nuevo diagnósticos de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) atendidos en los últimos cuatro años en un área sanitaria de la Comunidad Autónoma de Galicia.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de nuevo diagnósticos de la infección por el VIH-1 atendidos en una consulta hospitalaria específica de un área sanitaria de 600.000 habitantes. Período de estudio: Enero/2004- Marzo/2008. Se analizaron datos demográficos, cifra de CD4, categoría clínica, inicio de terapia antirretroviral (TARGA) al diagnóstico y muerte en relación al diagnóstico de VIH-1. Análisis estadístico: programa estadístico SPSS 15.0. **Resultados.** Se diagnosticaron 202 casos nuevos de infección por VIH-1 observándose una tendencia no significativa hacia la reducción del número de casos por año. La edad media al diagnóstico fue de  $38.5 \pm 11.6$  años, con predominio de varones: 81.7%. Aunque en el 2004 el número de casos en heterosexuales igualó al de adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), en los años consecutivos predominó la vía heterosexual (49,5% del total). La segunda vía de transmisión más frecuente fue la ADVP (32.1%) y en tercer lugar, la homo/bisexual (17.9%). El 20% de los casos correspondieron a extranjeros (33,3% latinoamericanos), observando un aumento en la tasa de diagnósticos de forma que en el 2007, representaban el 25% de las nuevas infecciones. El 34,4% de los diagnósticos fueron tardíos: 18,8% cumplía criterios clínicos de SIDA (categoría C) y un 30,2% tenía CD4 < 200 células/ $\mu$ l al diagnóstico. Esta situación fue más frecuente entre heterosexuales (41,1% cumplían criterios SIDA). Además, en la cuarta parte de heterosexuales la infección fue diagnosticada por una manifestación C. La manifestación clínica de SIDA más frecuente fue la infección por *Pneumocistis jiroveci* (29.7%) seguida de cerca por la infección tuberculosa (27%) y en tercer lugar, el síndrome caquético (10.8%). En 51 pacientes (27.7%) se inició TARGA al diagnóstico. Cinco pacientes (2.6%) murieron a causa del episodio que condujo al diagnóstico de VIH.

**Discusión.** Aunque parece existir un paulatino retroceso en la tasa de nuevos diagnósticos de VIH, continúa existiendo un número considerable de nuevas infecciones (47.5 casos/año). Las características demográficas de nuestra población son similares a las de otras series españolas. La infección por VIH continúa siendo más prevalente en varones (81.7%) sin que se observe una tendencia clara a aumentar entre mujeres. Si se ha observado un incremento no significativo de la edad al momento del diagnóstico (edad media 38.5 años). Nuestro análisis apoya el cambio que se venía observando en otras comunidades autónomas en el patrón de transmisión. Predomina la transmisión en heterosexuales (49.5%) en los que con relativa frecuencia el diagnóstico es tardío (uno de cada cuatro debutan en la categoría C) seguida por los ADVP (32.1%); esto demuestra los avances en prevención en éste segundo grupo. Así mismo, el número de casos en inmigrantes ha aumentado paulatinamente, de forma que, el año pasado la cuarta parte de los nuevos diagnósticos se hicieron en extranjeros. Aunque la tuberculosis ha sido la manifestación de SIDA más frecuente (especialmente en Galicia donde es muy prevalente), nuestra serie refleja un cambio en la forma de presentación. La neumonía por *Pneumocistis jiroveci* fue la manifestación más frecuente aunque seguida muy estrechamente por la infección tuberculosa. **Conclusiones.** Aunque las medidas preventivas frente a la infección por VIH parecen haber conseguido cierto retroceso en la tasa de nuevos diagnósticos, el número de nuevos casos al año sigue siendo considerable. Puesto que se ha observado un cambio en el patrón de transmisión, con predominio de la vía heterosexual y un aumento del número de casos en inmigrantes, las nuevas estrategias de prevención deberían ir dirigidas a estos grupos de riesgo.

#### A-99

### BACTERIEMIAS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 80 AÑOS

G. Muñoz<sup>1</sup>, E. Calbo<sup>1</sup>, M. Riera<sup>2</sup>, N. Freixas<sup>2</sup>, M. Xercavins<sup>3</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup> y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología Clínica, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Mútua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características de las bacteriemias (BACT) en mayores de 80 años, comparándolos con el resto de grupos de edad e identificar los factores relacionados con la mortalidad.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva de 2004-7 en un hospital de agudos de 520 camas, todas las BACT en adultos a partir de 18 años. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, etiología, foco, presencia de shock, coma y mortalidad intra-

Tabla 1. Comorbilidades y mortalidad (A-99).

	G1 %	G2 %	G3 %	p	Vivo %	Muerto %	p
Insuficiencia renal	15	27	32	< 0,001	21	43	< 0,001
Diabetes	14	33	27	< 0,001	24	26	NS
Neoplasia sólida	16	2	18	< 0,001	21	23	NS
Neoplasia hematológica	10	6	4	< 0,001	5	15	< 0,001
EPOC	7	13	16	< 0,001	11	16	0,027
Cirrosis	5	6	2	< 0,001	4	2	< 0,001
Desnutrición	5	2	5	0,027	2,7	12	< 0,001
Úlceras	4	7	8	0,02	4	15	< 0,001
Inmunosupresión	12	5	2	< 0,001	5	13	< 0,001
Neutropenia	9	3	1	< 0,001	3	11	< 0,001

hospitalaria y se compararon los pacientes en tres grupos de edad: de 18 a 64 años (G1), de 65 a 79 (G2) y a partir de 80 años o más (G3). Las BACT se clasificaron como comunitarias (BC), nosocomiales (BN) y relacionadas con la asistencia sanitaria (BRAS).

**Resultados.** Se analizaron un total de 1598, el 35% de las cuales se agruparon en G1, el 35% en G2 y el 29% en G3. La proporción de varones fue de 62%, 59% y 48%, respectivamente ( $p < 0,01$ ). El 5,5% de las BACT fueron polimicrobianas. Las comorbilidades y la mortalidad se expresan en la tabla 1. El shock se presentó en el 9% del G1 y G2 y en el 8% del G3. El foco respiratorio representó el 19% en G1 y el 9% en G2 y G3; el urinario, el 28% en G1 y el 44% en G2 y G3 y el biliar el 6%, 11% y 17% respectivamente. Las BRAS representaron el 17% en el G1, el 30% en G2 y el 37% en G3 ( $p < 0,01$ ). El microorganismo más frecuente fue *E. coli*, representando un 32% del total de bacteriemias en G1, 44% en G2 y 51% en G3 ( $p < 0,01$ ). El segundo en frecuencia fue *S. pneumoniae*, en un 17%, 8% y 8%, respectivamente ( $p < 0,01$ ). En el análisis multivariado, la mortalidad de los pacientes de 80 años o más se relacionó con la presencia de insuficiencia renal (OR = 2,6, IC 95% 1,8-8,7,  $p < 0,01$ ), con la desnutrición (OR = 3,8, IC 95% 1,5-9,5,  $p = 0,04$ ), la presencia de úlceras (OR = 2,4 IC 95% 1,1-5,3,  $p = 0,02$ ) y shock (OR = 4, IC 95% 1,8-8,7,  $p < 0,01$ ). Se identificaron como protectores el foco urinario (OR = 0,2, IC 95% 0,1-0,3,  $p < 0,01$ ) y el foco biliar (OR = 0,2, 95% 0,1-0,5,  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** Las BACT en los pacientes de 80 años o más representan una cuarta parte del total de BACT del adulto. *E. coli* es el agente etiológico predominante en todos los grupos de edad, de forma creciente, y representa la mitad en el grupo de octogenarios, a diferencia de lo que ocurre con *S. pneumoniae*, que disminuye su frecuencia relativa. El foco urinario y biliar son los predominantes en los ancianos, pero no se asocian a una mayor mortalidad. La mortalidad en el grupo de más edad viene condicionada por el estado funcional, por la comorbilidad y por la gravedad en la forma de presentación y no se relaciona con la exposición al medio sanitario.

#### A-100 MENINGITIS POR CRIPTOCOCCUS NEOFORMANS EN PACIENTES VIH POSITIVOS Y NEGATIVOS

X. García Fabra, R. Sanz Vila, P. Sorni Moreno, E. Sánchez Ballester, G. Lostaunau costa, V. Abril López de Medrano, E. Ortega González y A. Herrera Ballester  
Servicio de Medicina interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Evaluar las características epidemiológicas y el perfil clínico-evolutivo de las meningitis por *C. neoformans* diagnosticadas en nuestro hospital, así como las posibles diferencias en función de la presencia o no de infección por VIH.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de criptococosis meníngeas ingresados en nuestro hospital en el período comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2007. El diagnóstico microbiológico se realizó mediante la determinación del antígeno de *C. neoformans* (Cryo-LA test, Fumouze Diagnostics) y cultivo en LCR.

**Resultados.** Recogimos un total de 5 casos, 4 (80%) varones y 1 (20%) mujer. La edad media fue de 41 años (30-66). Dos casos

(40%) eran de nacionalidad española y los tres restantes naturales de China, Bolivia y Argentina. Tres de los pacientes presentaban infección por VIH (uno diagnosticado al ingreso y los otros dos en estadio B2 y A3. En los pacientes VIH positivos la media de CD4 fue 61 (49-73). Dos enfermos (40%) no estaban infectados por VIH. Uno de ellos tenía un síndrome mieloproliferativo indeterminado y en el otro paciente no se encontró ningún factor predisponente. La clínica predominante fue cefalea de más de 2 semanas de evolución, 4 (80%). Dos (40%) presentaron náuseas, vómitos y febrícula, uno (20%) inestabilidad a la marcha y 1 (20%) asoció alteraciones del lenguaje y desorientación. El TAC cerebral realizado en el 100% de los pacientes no presentó hallazgos patológicos, en cambio la IRM cerebral, mostró captación meníngea de contraste, localizando criptocomas en 1 (20%) de los pacientes. El LCR fue patológico en todos los casos, encontrando un líquido claro con predominio linfocitario (media 75.31), hiperproteorraquia (media 150.22) e hipoglucoorraquia (media 23.06). Los niveles de glucosa en LCR en los pacientes VIH negativo fueron inferiores (6,95), respecto a los pacientes VIH positivo (30,55),  $p = 0,091$ . La detección del Ag criptocócico en LCR fue positiva en todos los casos. El tratamiento inicial fue Anfotericina Deoxicolato y 5-Fluocitosina IV en 4 pacientes, debiendo retirarlo por efectos adversos en 2 casos. Tras la esterilización de los cultivos en LCR, se pasó a tratamiento con Fluconazol. 4 de los pacientes requirieron punciones lumbares evacuadoras durante su ingreso. 2 enfermos reingresaron (uno por recidiva tras mala cumplimentación y el otro por criptococosis diseminada, con afectación endocárdica, biliar y ocular). No hubo ningún éxito.

**Discusión.** *Cryptococcus neoformans* es un hongo levaduriforme, capsulado, considerado como patógeno oportunista. La meningitis por *C. neoformans* es una entidad poco frecuente en nuestro medio, que aparece normalmente en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular (VIH, hemopatías.).

**Conclusiones.** La clínica más habitual suele ser cefalea subaguda. La rentabilidad diagnóstica de la TAC cerebral es muy escasa. La correlación de la positividad del Ag criptocócico y el aislamiento en cultivo fue del 100%. En los pacientes no infectados por VIH encontramos mayor hipoglucoorraquia que en los VIH negativos. En todos los pacientes con infección por VIH, la cifra de CD4+ al diagnóstico fue menor de 100. El tratamiento de elección resulta con frecuencia mal tolerado.

#### A-101 SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 84 CASOS

N. Bureo Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Martín Sánchez<sup>1</sup>, M. Latorre López<sup>2</sup>, L. Gómez Casero<sup>3</sup>, L. Nevado López-Alegría<sup>3</sup>, J. Ramos Salado<sup>3</sup>, J. Bureo Dacal<sup>1</sup> y P. Bureo Dacal<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz). <sup>3</sup>Servicio de medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Objetivos.** Describir las características de 84 pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de sepsis o shock séptico, su origen, microbiología, evolución y tratamiento recibido.

**Material y métodos.** Se recogieron 60 variables de los 84 pacientes a partir de los informes de alta de nuestro servicio durante un período de 5 años y 7 meses (noviembre de 2002 a junio de 2008) que



fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v.15. **Resultados.** La media de edad de presentación fue 67 años, con un rango de 16 a 93 años, de los cuales el 59,5% fueron hombres. La estancia media fue 17,85 días con una mediana de 12,5 días. El 34,5% ingresaron desde urgencias y el 65,5% lo hicieron desde otro servicio (87% desde UCI (con un 9,5% de traqueostomizados). La mortalidad global fue del 26,2%. un 54,8% tenían antecedente de hta, un 28,6% alguna cardiopatía, un 26,2% eran diabéticos, un 20,2% algún tipo de neoplasia, siendo las más frecuentes las de vejiga (25%), próstata (25%) y colon (10%). un 4,8% eran pacientes politraumatizados y un 2,4% estaban esplenectomizados. Un 8,3% eran portadores de una sonda vesical permanente y un 4,8% de nefrostomía. Un 14,3% tomaban previamente fármacos inmunosupresores. Un 14,3% habían sido intervenidos quirúrgicamente previamente siendo la más frecuente la cirugía abdominal. El origen de la infección más frecuente fue el respiratorio (37,9%). Solo en un 44% de los informes se refería un microorganismo causante, siendo los más frecuentes *pseudomonas aeruginosa* (19,2%). Se usaron drogas vasoactivas en la planta en un 9,5% y se transfundieron hemoderivados en un 15,5%. Únicamente en un 49% de los informes constaba los antibióticos utilizado siendo los más usados las quinolonas (21,6%) y los carbapenems (18,9%).

**Discusión.** A partir de los informes de alta podemos describir las características de los enfermos que cursan con sepsis/s. Septico en nuestro servicio de medicina interna a pesar de no reflejar información importante en los mismos. Se constata la alta mortalidad de los mismos por lo que deberemos ser agresivos con un diagnóstico y tratamiento precoz.

**Conclusiones.** El perfil del paciente con sepsis/S. séptico de nuestro servicio es el de un hombre de 70 años, con ingreso prolongado y una gran mortalidad (26%), proviniendo la gran mayoría de los casos la UCI. En una quinta parte había una neoplasia asociada y en más de una sexta parte existía una cirugía previa relacionada. Los focos más frecuentes fueron el respiratorio, urológico y abdominal. En más de un 50% de los informes no figuraba un microorganismo causante ni los antibióticos empleados siendo *pseudomonas aeruginosa* y quinolonas los más frecuentes respectivamente.

#### A-102 EVIDENCIA MOLECULAR DE LA TRANSMISION TRANS- PLACENTARIA DE PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN HUMANOS

R. Terán<sup>1</sup>, M. Montes Cano<sup>2</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>,  
M. Chabé<sup>3</sup>, C. de la Horra<sup>2</sup>, V. Friaiza<sup>2</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>  
y E. Calderón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Laboratorio de Parasitología-Micología. Instituto Pasteur-Lille (Francia).

**Objetivos.** La vía respiratoria ha sido reconocida como una forma frecuente y común de transmisión en la infección por *Pneumocystis*. Sin embargo, la descripción de algunos casos de neumonía por *Pneumocystis* en recién nacidos sugiere la posibilidad de que pueda existir una transmisión vertical transplacentaria. El objetivo de este estudio es evaluar mediante técnicas moleculares la posible transmisión vertical de *Pneumocystis jirovecii*.

**Material y métodos.** Se analizaron un total de 40 bloques de tejido pulmonar y placenta conservados en parafina pertenecientes a 20 fetos procedentes de abortos de mujeres no inmunocomprometidas. Se estudiaron dos locus independientes del genoma de *Pneumocystis*: región mitocondrial (mtLSU-rRNA) y el gen codificador de la enzima dihidropteorato sintetasa (DHPS). La aplicación del fragmento mtLSU-rRNA se realizó mediante nested-PCR. En un segundo paso las muestras identificadas como positivas fueron amplificadas para identificar el gen DHPS con los primeros DHPS-3 y DHPS-4.

**Resultados.** La presencia simultánea de DNA de dos locus independientes del genoma de *P. jirovecii* fue identificada en 7 muestras (35%) de tejido pulmonar de 20 fetos y en una (5%) muestra de 20 placentas. Respecto al gen mtLSU-rRNA, en la placenta se detectó el genotipo 1 (85C/248C) mientras que en los fetos se detectaron 3 polimorfismos diferentes. El genotipo 2 (85A/248C) se encontró en

el 14,4% de las secuencias aisladas en el tejido pulmonar mientras que los genotipos 1 y 3 (85T/248C) se encontraron en el 42,8% de los casos secuenciados. El análisis del gen de DHPS reveló en todos los casos la presencia del genotipo 1 (55Thr/57Pro).

**Conclusiones.** Estos resultados demuestran por primera vez la evidencia molecular de la existencia de una transmisión transplacentaria de *P. jirovecii* en seres humanos. Financiado por ERA-NET Pneumocystis-PathoGenoMics.

#### A-103 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN LA ESPONDILO- DISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA

C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, P. García de Paso<sup>1</sup>, M. Amer López<sup>1</sup>, G. Población García<sup>2</sup>, P. Martínez Hernández<sup>1</sup>,  
C. Jofré Escudero<sup>2</sup>, J. Rodríguez Gómez<sup>2</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Analizar y comparar las manifestaciones neurológicas en los pacientes diagnosticados de Espondilodiscitis Infecciosa Espontánea (EIE) en nuestro Servicio de Medicina Interna en el período 1996-2005.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EIE, según criterios clínico-radiológicos y microbiológicos establecidos y aceptados, en nuestro Servicio de Medicina Interna entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Los pacientes diagnosticados de EIE fueron clasificados en función de las manifestaciones neurológicas en dos grupos: EIE sin manifestaciones neurológicas (GC: grupo control) y EIE con manifestaciones neurológicas (MN). El grupo de pacientes MN fue subdividido en dos subgrupos: pacientes con EIE y manifestaciones neurológicas no graves (leve-moderada: MNNG) y EIE con manifestaciones neurológicas graves (MNG).

**Resultados.** Se diagnosticaron 41 casos de EIE: 9 (21,9%) GC y 32 (78,1%) MN. En el grupo MN, 21 (65,6%) MNNG y 11 (34,4%) MNG (5 paraparesia, 2 paraparesia, 2 meningitis bacteriana, 1 tetraparesia y 1 meningoencefalitis tuberculosa). Los pacientes del GC presentaron una mayor frecuencia de alcoholismo (66,7% vs 18,8%,  $p = 0,011$ ), cifras de albúmina ( $3,5 \pm 0,17$  vs  $2,9 \pm 0,18$  mg/l,  $p = 0,044$ ), localización torácica (44,4% vs 12,5%,  $p = 0,05$ ) y extensión (flemón) prevertebral (33,3% vs 0%,  $p = 0,008$ ) que los pacientes con MN. Los pacientes con MN presentaron cifras superiores de leucocitos ( $10194 \pm 3378$  vs  $12534 \pm 1140$ /ml,  $p = 0,05$ ), secuelas totales (22,2% vs 68,8%,  $p = 0,021$ ) y secuelas neurológicas (0% vs 37,5%,  $p = 0,039$ ) que los pacientes del GC. Los pacientes del subgrupo MNNG presentaron un mayor número de días desde el inicio de los síntomas al diagnóstico de EIE ( $109 \pm 21$  vs  $76 \pm 42$  días,  $p = 0,029$ ), cifras de proteínas totales ( $6,8 \pm 0,15$  vs  $6 \pm 0,27$  mg/l,  $p = 0,007$ ), albúmina ( $3,2 \pm 0,24$  vs  $2,5 \pm 0,21$  mg/l,  $p = 0,041$ ), altas hospitalarias (76,2% vs 27,3%,  $p = 0,021$ ) y número de días de seguimiento ( $727 \pm 129$  vs  $345 \pm 126$  días,  $p = 0,027$ ) que los pacientes del subgrupo MNG. Los pacientes del subgrupo MNG presentaron mayor debilidad de miembros (19% vs 63,6%,  $p = 0,02$ ), debilidad muscular a la exploración (19% vs 54,5%,  $p = 0,05$ ), parálisis (0% vs 72,7%,  $p = 0,0001$ ), abscesos totales (52,4% vs 100%,  $p = 0,006$ ), abscesos epidurales (38,1% vs 81,8%,  $p = 0,028$ ), abscesos paravertebrales (9,5% vs 45,5%,  $p = 0,032$ ), signos de compresión medular (0% vs 36,4%,  $p = 0,009$ ), tratamiento rehabilitador (52,4% vs 100%,  $p = 0,006$ ), tratamiento rehabilitador diferente del corsé (9,5% vs 54,5%,  $p = 0,01$ ), secuelas neurológicas (23,8% vs 63,6%,  $p = 0,05$ ) y traslado a otros servicios (14,3% vs 72,7%,  $p = 0,002$ ) que los pacientes del subgrupo MNNG.

**Discusión.** Las manifestaciones neurológicas en la EIE pueden ser de tipo radicular, espinal (debilidad de miembros inferiores, alteraciones de la sensibilidad, alteraciones de la marcha, alteración de reflejos, incontinencia y diferentes grados de parálisis) y supraespinales (síndrome confusional agudo, meningitis y meningoencefalitis). Las principales causas de estas manifestaciones neurológicas son la presencia de absceso epidural, paravertebral o la deformidad o inestabilidad espinal. Las manifestaciones neurológicas constituyen la principal causa de indicación de intervención quirúrgica, en muchos casos urgente, en estos pacientes.

**Conclusiones.** La presencia de manifestaciones neurológicas en

nuestros pacientes con EIE (78.1%) ha sido superior a la de otros estudios (10-50%). La hipoalbuminemia podría ser un factor relacionado con la severidad de estas manifestaciones neurológicas. La mayor rapidez en la instauración de los síntomas neurológicos y la presencia de abscesos en la región espinal y paraespinal detectados mediante las diferentes técnicas de imagen (especialmente la TAC y RNM de columna) resultan de gran valor para el diagnóstico de las manifestaciones neurológicas graves y la indicación de cirugía urgente precoz de este tipo de lesiones.

**A-104**  
**MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE 49 CASOS DE PALUDISMO**

**A. Sáinz Herrero, A. Salto Ariza, R. Cigüenza Gabriel y J. Antolín Arias**

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

*Objetivos.* Conocer la evolución de la enfermedad en el área de influencia de nuestro hospital.

*Material y métodos.* Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria diagnosticados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2007. Se utilizaron 74 variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, diagnósticas, y terapéuticas en una base de datos con procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

*Resultados.* Se diagnosticaron 49 casos. Los síntomas se iniciaron en 69,6% de los casos en un intervalo de 0 a 9 días. El 18,4% presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la infección urinaria (44,4%), insuficiencia renal aguda (60,6%), distrés respiratorio (22,2%), acidosis (22,2%) y sepsis (22,2%). Solo un paciente falleció desarrollando sepsis, hepatopatía, coagulopatía y distrés respiratorio. Se asoció en un caso una infección por *C. burnetti* (fiebre Q), otro bacteriemia por enterococo y un caso de toxicidad por fármacos. En un caso se asoció drepanocitosis. Valores analíticos: anemia grave (Hb < 8,0 g/dL) en tres casos (6,1%); el 10,2% presentaron < 20.000 plaquetas/L.

*Discusión.* Como síntoma principal destaca la fiebre y escalofríos, que es elevada (mediana 39,0 °C) y generalmente no sigue ningún patrón típico de la fiebre por paludismo (terciana, cuartana e irregular). Hay que hacer notar el alto porcentaje de pacientes con esplenomegalia (46,8%) y/o hepatomegalia (21,3%), presentándose ambas en el 10,64% de los casos. No se encuentra una relación clara entre la anemia, leucopenia o trombopenia y la especie. La insuficiencia renal se relaciona con la parasitación por *P. falciparum* (90%), aunque si se tienen en cuenta el número de complicaciones en general, se dan el *P. falciparum* y el *P. vivax* en porcentaje similar (55,6% frente a 44,4% respectivamente).

*Conclusiones.* 1. La clínica principal es la fiebre sin que aparezcan ningún tipo clásico de repetición, siendo la fiebre continua la más frecuente. 2. Las complicaciones se dan por igual en las parasitaciones con *P. falciparum* y *P. vivax*, salvo una relación entre el *P. falciparum* y la insuficiencia renal.

Tabla 1. Hallazgos clínicos más frecuentes (A-104).

Síntomas	Signos
Fiebre 47 (95,92%)	Esplenomegalia 22 (44,90%)
Escalofríos 31 (63,27%)	Ictericia 14 (28,57%)
Náuseas/vómitos 22 (44,90%)	Hepatomegalia 10 (20,41%)
Cefalea 19 (38,78%)	Coluria 5 (10,20%)
Mialgias 17 (34,79%)	Hipotensión arterial 4 (8,16%)
Artralgias 17 (34,79%)	Deshidratación 2 (4,08%)
Dolor abdominal 13 (26,53%)	
Diarrea 11 (22,45%)	
Sudoración 9 (18,37%)	
Dolor torácico 1 (2,04%)	

**A-105**  
**REVISIÓN DE 49 CASOS DE PALUDISMO: DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA**

**A. Salto Ariza, A. Sáinz Herrero, R. Cigüenza Gabriel y J. Antolín Arias**

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

*Objetivos.* Conocer la evolución de la enfermedad en el área de influencia de nuestro hospital.

*Material y métodos.* Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria diagnosticados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2007. Se utilizaron 74 variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, diagnósticas, y terapéuticas en una base de datos con procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

*Resultados.* El 59,2% de estos casos no realizaron profilaxis, 20,4% no precisaba y un 20,4% realizó profilaxis, de éstos el 28,6% (2 casos) fue adecuada, en el resto fue inadecuada o incompleta (28,6% y 42,8% respectivamente). El diagnóstico principal se realizó mediante gota gruesa (61,7%) y extensión de sangre periférica (31,9%). Además del método de diagnóstico principal se usó inmunocromatografía (6,1%) y estudio antigénico (2%). En la mayoría de los casos se aisló una única especie (87,8%), aunque el 4,1% presentó 2 especies y el 2% tres especies. La especie más frecuente fue el *P. falciparum* (55,1%), seguida del *P. vivax* (40%). El tratamiento se realizó en el 71,4% de los casos con doble terapia, 18,4% con triple y 10,2% con monoterapia. La terapia más usada fue la combinación de sulfato de quinina y doxiciclina (51,02) aunque también se usaron otras terapias como la primaquina o cloroquina. Sólo un único caso reingresó y un *P. falciparum* fue resistente a cloroquina.

*Discusión.* A pesar de métodos como la inmunocromatografía, se sigue realizando la gota gruesa y se usan otras técnicas asociadas. El tratamiento más usado fue la asociación de quinina y doxiciclina (51,02%), de forma similar a otros estudios españoles, en segundo lugar se encuentra la triple terapia de quinina, primaquina y doxiciclina (20,41%). Las terapias parecen ser efectivas, pues el reingreso en este estudio es mínimo, con un caso de reingreso en una paciente que presentó un ingreso por *P. vivax* el año anterior y que fue tratada con quinina y doxiciclina, más primaquina, y reingresa por el mismo cuadro y con la misma especie, presentando la duda de si era un caso de resistencia a primaquina o había falta de cumplimiento. El único caso de resistencia en el estudio fue de un *P. falciparum* resistente a cloroquina, que provenía de Nigeria, zona de alta resistencia, pero si se compara la incidencia con los casos registrados en nuestro estudio en el que el 65,8% provienen de regiones africanas, parece muy escasa.

*Conclusiones.* 1. El método diagnóstico sigue siendo la clásica gota gruesa en primer lugar. 2. La terapia más frecuente es ladoble asociación doxiciclina y quinina. 3. La incidencia de casos de resistencia es muy escasa.

Tabla 1. Tratamientos usados (A-105).

Q/P/D	10 (20,41%)
Q/P	1 (2,04%)
Q/Pm+Sd	1 (2,04%)
Q/D	25 (51,02%)
Q/C	1 (2,04%)
P/D	1 (2,04%)
P/C	5 (10,20%)
P	2 (4,08%)
D	1 (2,04%)
C	1 (2,04%)
Q	1 (2,04%)

Q: quinina. P: primaquina. D: doxiciclina. C: cloroquina. Pm + Sd: pirimetamina + sulfadoxina.

## A-106

**BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN MEDICINA INTERNA: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

F. Alonso Álvarez<sup>1</sup>, P. Del Río Martín<sup>1</sup>, E. Carballo Arceo<sup>1</sup>, L. Moldes Suárez<sup>2</sup>, A. Acevedo Prado<sup>3</sup>, F. Gude Sampedro<sup>4</sup>, M. García-Zabarte Casal<sup>2</sup> y V. Lorenzo Zúñiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>4</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Durante los últimos años se está observando un incremento de infecciones por *Staphylococcus aureus* (S aureus) y principalmente por *S. aureus* resistente a meticilina (SAMR). El conocimiento de los factores de riesgo asociados a la bacteremia por SAMR es fundamental para la realización de unas medidas preventivas adecuadas. Así, nuestro objetivo ha sido conocer la incidencia en dos periodos de tiempo diferentes, año 2000 y 2006, y los factores de riesgo en relación con bacteremia por SAMR en los Servicios de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de las bacteremias por SAMR mediante la recogida de datos clínicos de forma prospectiva en los tres Servicios de Medicina Interna del CHUS (H. Clínico, H. Gil Casares y H. de Conxo) durante el año 2000 y 2006. Los factores de riesgo analizados fueron: edad, sexo, origen extra o intrahospitalario, etilismo, usuario de drogas por vía parenteral, cardiopatía, EPOC, cirrosis, diabetes, insuficiencia renal crónica, infección por VIH, neoplasia, tratamiento previo con corticoides o antibióticos o antifúngicos, cirugía en los últimos tres meses, ingreso en los últimos seis meses, pronóstico de la enfermedad de base según la clasificación de McCabe y Jackson; presencia de dispositivos externos: sonda urinaria, catéter, intubación/traqueostomía, sonda nasogástrica. Los estudios estadísticos se llevaron a cabo mediante el test Chi-cuadrado para comparar las variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas.

**Resultados.** Un total de 55 pacientes consecutivos con bacteremia por *S. aureus* ingresaron en los Servicios de Medicina Interna del CHUS, 24 (43,6%) pertenecían al año 2000 y 31 (56,4%) al 2006. Treinta y siete (67,3%) eran varones y dieciocho (32,7%) mujeres, con una edad media de 66 años (osciló de 18 a 95 años). Trece pacientes (23,6%) tenían bacteremia por SAMR. La incidencia de bacteremia por SAMR pasó de un 1,4‰ a un 2‰ ingresos del año 2000 al 2006. La distribución por hospitales durante el año 2000 y 2006 fue: 2,1‰ y 1,5‰ ingresos en el H. Clínico, 1,3‰ y 1,1‰ en el H. Gil Casares y 0 y 3,6‰ en el H. de Conxo, respectivamente. Los factores de riesgo relacionados de forma estadísticamente significativa con la bacteremia por SAMR fueron padecer EPOC o haber tomado previamente antibióticos o antifúngicos, cada uno de ellos con un riesgo cuatro veces superior. Así mismo los pacientes con sonda urinaria permanente o sonda nasogástrica tenían un riesgo cinco veces mayor de desarrollar bacteremia por SAMR que por *S. aureus* sensible a meticilina.

**Discusión.** En nuestro estudio las bacteremias por SAMR en Medicina Interna han aumentado, al igual que ha ocurrido de forma global en el resto de los hospitales. Un estudio realizado en España y publicado en el año 2000 muestra que los factores de riesgo asociados a la bacteremia por SAMR fueron tener una mayor edad, padecer una enfermedad rápida o últimamente fatal, recibir previamente antibioterapia, adquirir la infección en el hospital, una estancia hospitalaria previa más prolongada, requerir ventilación mecánica y haber sido sometido a cirugía. Nosotros también encontramos una relación estadísticamente significativa con el uso previo de tratamiento antibiótico pero además también con el uso previo de antifúngicos, padecer EPOC o tener sonda urinaria permanente o sonda nasogástrica. Esta diferencia de variables asociadas a SAMR podría estar relacionada con la población estudiada, que en el primer estudio abarcaba todo el hospital y en nuestro estudio se incluían únicamente pacientes ingresados en Medicina Interna.

**Conclusiones.** La incidencia de bacteremia por SAMR está aumentando en el Departamento de Medicina Interna. En nuestro estudio los factores de riesgo asociados con bacteremia por SAMR son padecer EPOC, haber tomado previamente antibióticos o antifúngicos, tener sonda urinaria permanente o sonda nasogástrica.

## A-107

**MENINGITIS POSTQUIRÚRGICAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS NO FERMENTADORES: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS**

M. Rivas Carmenado<sup>1</sup>, A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, M. Vega<sup>2</sup>, M. Lantero<sup>2</sup>, N. Morán<sup>1</sup>, V. Asensi Álvarez<sup>1</sup> y J. Cartón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna 1, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** En los últimos tiempos las meningitis por bacilos gram negativos no fermentadores están aumentando asociado al uso de dispositivos intraventriculares tanto externos como internos en pacientes neuroquirúrgicos. Se describen las características de dichas meningitis en pacientes sometidos a intervenciones neuroquirúrgicas.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias de los pacientes diagnosticados de meningitis posquirúrgica por bacilos gram negativos entre el año 1998-2008 en el Hospital Universitario Central de Asturias.

**Resultados.** Durante el tiempo del estudio se diagnosticaron 28 casos de meningitis por bacilos gram negativos no fermentadores en 28 pacientes distintos (71% varones, edad media de 40 años (rango 14-80)). La estancia previa a la infección fue de 22 días (rango 13-62). La enfermedad subyacente más frecuentemente diagnosticada fue la hidrocefalia de diverso origen (43%), hemorragia vascular (32%), seguida de TCE (17%) y fistula de LCR en los restantes. Todos los enfermos habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y en 16 casos eran portadores de derivaciones ventrículo-peritoneales y en 10 de catéteres intraventriculares tipo ommaya. La fiebre el síntoma más frecuente (100%), seguido del deterioro del nivel de conciencia. Los microorganismos aislados fueron: *Enterobacter* spp (11 casos), *E. coli* (4 casos), *Serratia marcescens* y *Klebsiella oxytoca* (2 casos respectivamente), y *Proteus mirabilis*, *Providencia stuartii* y *Citrobacter freundii* (1 caso respectivamente). Los enfermos fueron sometidos a diversos tratamientos antibióticos empíricos que se consideraron adecuados en el 75% de los casos. Tras la llegada del cultivo se instauró tratamiento con: Cefalosporinas de tercera generación (17 casos) o carbapenems (11 casos). Sólo un enfermo recibió aminoglicosidos intratecales. En 8 ocasiones el tratamiento se acompañó de la retirada del catéter ventricular. En 4 ocasiones se produjo el fallecimiento del enfermo en relación directa con la infección. El resto curaron.

**Conclusiones.** Las meningitis postquirúrgicas por bacilos gram negativos no fermentadores se asocian en los pacientes neuroquirúrgicos a la presencia de catéteres intraventriculares especialmente derivaciones ventriculoperitoneales. Se asocia a una importante morbimortalidad. La retirada del catéter y la instauración rápida de un tratamiento adecuado son fundamentales en su curación.

## A-108

**KLEBSIELLA PNEUMONIAE Y ABCESO HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS**

D. García Rosado<sup>1</sup>, N. Pérez Martínez<sup>2</sup>, M. Alonso Socas<sup>1</sup>, R. Alemán Valls<sup>1</sup>, C. Rodríguez López<sup>1</sup>, I. Ceballos Lenza<sup>3</sup>, A. López Lirola<sup>1</sup> y J. Gómez Sirvent<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva, <sup>3</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** La causa más frecuente de absceso hepático piógeno es *E. coli* pero se ha observado un incremento de casos de abscesos hepáticos por *Klebsiella pneumoniae*. Presentamos tres casos de pacientes con bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* y abscesos hepáticos.

**Resultados.** Caso 1: paciente varón 42 años, natural de Nigeria, con Diabetes Mellitas (DM) mal controlada, que ingresa por fiebre de un mes de evolución, malestar general y dolor en hipocondrio derecho. En 2 hemocultivos se aíslan *Klebsiella pneumoniae* y en la ecografía se observan varias lesiones hepáticas sugestivas de abscesos hepáticos. Se realiza drenaje del absceso mayor y tratamiento con cefotaxima durante 2 semanas y posteriormente con ciprofloxacino vía oral de forma ambulatoria con evolución satisfactoria. Caso 2:



paciente mujer de 74 años diabética que ingresa por clínica de varios meses de evolución de malestar general, fiebre, escalofríos y deterioro del nivel de conciencia. En el TAC de cráneo con contraste se observan dos lesiones occipitales sugestivas de abscesos cerebrales y en la ecografía de abdomen se observan múltiples lesiones hepáticas sugestivas de abscesos hepáticos. En 2 hemocultivos y en el drenaje de uno de los abscesos se aíslan *Klebsiella pneumoniae*. Se instaura tratamiento con cefotaxima y ciprofloxacino, drenaje de los abscesos cerebrales y hepáticos, a pesar de lo cual la paciente evolucionó mal, falleciendo. Caso 3: paciente varón de 70 años diabético que ingresa por dolor difuso abdominal de 48 horas de evolución, acompañado de náuseas y sensación distérmica. En la ecografía de abdomen se observan abscesos hepáticos. A las 24 horas de su ingreso comienza con visión borrosa de forma brusca del ojo izquierdo compatible con endoftalmítis. En 2 hemocultivos y en el drenaje de uno de los abscesos se aíslan *Klebsiella pneumoniae*. Se pauta tratamiento antibiótico empírico con Cefotaxima y Tobramicina, precisando drenaje de los abscesos hepáticos y enucleación del ojo izquierdo.

**Conclusiones.** Las infecciones por *Klebsiella pneumoniae* son más frecuentes en pacientes inmunosuprimidos (DM2, alcoholismo, neoplasias). Los abscesos hepáticos primarios son más frecuentes en Asia, pero se han descrito casos en Europa y América y se asocian con mayor frecuencia a metástasis sépticas.

#### A-109

##### TUBERCULOSIS GENITAL

**M. Blanco Vidal, E. Aldasoro Irastorza, J. Urkijo Labrador, J. De la Viuda Unzueta, A. Unzurrunzaga Díaz, M. Mendoza Gutiérrez, M. Blanco Daroca y F. Díaz Alcázar**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Galdakao. Galdakao. (Vizcaya).

**Objetivos.** Describir las características clínicas de cinco pacientes con tuberculosis genital.

**Material y métodos.** Se revisan historias de pacientes atendidos en nuestro Servicio desde 1994 con este diagnóstico.

**Resultados.** Caso 1: varón 58 años con 2 meses de febrícula, hiporexia, adelgazamiento, tos seca, estranguria, polaquiuria y macrohematuria; diagnosticado de tuberculosis miliar con afección pulmonar, intestinal y adrenalitis con insuficiencia suprarrenal. En Ecografía y TAC alteraciones en próstata sugieren neoplasia junto a PSA elevado. En biopsia prostática ven granulomas necrotizantes. Tratado con rifampicina, isoniacida y pirazinamida e hidrocortisona normaliza PSA, las alteraciones radiológicas y negativiza cultivos. Caso 2: mujer 59 años, tres meses febrícula, hidrorrea vaginal sanguinolenta y dispareunia. La vagina y cérvix presentan mucosa eritematosa mamelonada con pequeñas ulceraciones, útero y anexos normales. La biopsia de vagina y cervix muestra epitelio ulcerado con granulomas con necrosis caseosa central. Tratada con rifampicina, isoniacida 6 meses con pirazinamida los 2 primeros meses desapareciendo la clínica y las lesiones cervicovaginales. Caso 3: varón 64 años, esposo de la anterior con antecedentes de orquitis derecha hace 22 años tratada con Penicilina y orquidectomía, presenta epididimo engrosado doloroso, con signos inflamatorios. En orina crece *M. tuberculosis*. Recibió tratamiento similar al caso 2 desapareciendo la clínica. Caso 4: varón 34 años con cuadro general de 2 meses, polaquiuria, tenesmo, disminución calibre miccional y lumbalgia con exploración anodina. La analítica objetivó creatinina 1,7, anemia leve (Hto 35), VSG de 23 y piuria con urocultivo negativo. La urografía muestra anulación funcional derecha y ectasia ureteral izquierda, microvejiga asimétrica y relleno de cavidades prostáticas. En orina (Löwestein-Jensen) crece *M. tuberculosis*. La TAC mostró uropatía obstructiva bilateral, afectación vesical mural extensa y colecciones líquidas intraprostáticas. Recibió tratamiento con Isoniacida, Rifampicina y Etambutol, progresando la pieloelectasia izquierda precisando nefrostomía percutánea y más tarde nefroureterectomía derecha y una ileocistoplastia de sustitución con reimplante de uréter izquierdo, además cistectomía y adenomecтомía con anastomosis de la neovejiga a cápsula prostática. Caso 5: varón 72 años tratado previamente con BCG intravesical por neoplasia de vejiga que presenta tumoración de vejiga infiltrante, se realiza cistectomía radical, en la pieza reseca hay recidiva tumoral en vejiga y en próstata granulomas necrotizantes.

**Discusión.** El tracto genitourinario es el lugar más frecuente de TBC extrapulmonar. En varones en frecuencia descendente se afectan próstata (prostatitis granulomatosa y abscesos), epidídimo y testículo; en mujeres trompas, ovario, endometrio y raramente cérvix y vagina. Los bacilos alcanzan genitales por vía hematogena, por contigüidad, por vía descendente desde riñón y raramente por vía ascendente por transmisión sexual o por BCG intravesical. La edad media de nuestros pacientes fue 57,4 años (extremos 34-72), en toda la clínica y/o radiología alterada persistía más de 2 meses. La analítica fue anodina y la serología VIH negativa. La Rx torácica fue anormal en 2 casos. En cuatro creció *M. tuberculosis* en orina. Se sospechó transmisión venérea entre casos 2 y 3, y por BCG intravesical en caso 5. Los 3 primeros casos resolvieron con pauta de isoniacida y rifampicina durante 6 meses más pirazinamida los 2 primeros meses; el caso 4 empeoró durante el tratamiento y precisó cirugía y el 5 falleció por complicaciones de la enfermedad tumoral.

**Conclusiones.** La tuberculosis genital tiene escasa incidencia en nuestro medio, da síntomas inespecíficos o leves en fases iniciales dificultando el diagnóstico, puede simular una neoplasia (de próstata, testículo, ovario, cérvix), es causa de infertilidad en mujeres y hombres y en fases avanzadas ocasiona severas lesiones destructivas, insuficiencia renal y estenosis de vías urinarias que no responden al tratamiento antibiótico específico precisando cirugía. Es discutible si el tratamiento con corticoides evita las estenosis de vías urológicas.

#### A-110

##### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL PALUDISMO EN EL AREA DE SALUD DE GUADALAJARA

**A. Guerri Gutiérrez, E. Martín Echevarría, M. Ruiz Rodríguez, M. Megino Moreno, R. Méndez Hernández, B. Martínez, A. Pereira y M. Rodríguez Zapata**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Descripción de las características clínicas y epidemiológicas del paludismo en el periodo 1995-2006 en la provincia de Guadalajara.

**Material y métodos.** Estudio de los casos de paludismo diagnosticados en el Hospital Universitario de Guadalajara desde enero de 1995 hasta diciembre de 2006. Se recogieron datos referentes a la epidemiología, clínica, analítica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico tras la revisión de la historia clínica.

**Resultados.** Se obtuvieron 20 casos de malaria. El 65% eran varones, con edad media de  $34.84 \pm 7.25$ . 13 eran inmigrantes (12 raza negra y 1 asiático) y siete turistas españoles. El tiempo transcurrido entre su llegada a España y el inicio del cuadro fue variable, con una mediana de 7 (IQQ, 5-30). No se realizó profilaxis correcta en ningún caso. El 90% de los inmigrantes procedían de África (principalmente de Guinea con 7 casos). El diagnóstico se realizó mediante gota gruesa y extensión de sangre periférica y en 10 casos se confirmó por PCR. La etiología más frecuente fue el *P. falciparum* (75%), seguido de *P. vivax* (15%), *P. ovale* (5%) y *P. malariae* (5%). En cuanto a la clínica todos los pacientes presentaron fiebre, el 75% sudoración, el 55% cefalea, el 25% esplenomegalia y el 30% hepatomegalia con coluria. En la analítica se objetivó anemia y trombopenia en el 60% de los casos, hiperbilirrubinemia en el 45%, hipertransaminasemia en el 40% y aumento de LDH en el 80%. El 20% de los pacientes presentó coagulopatía y el 26% insuficiencia renal. La estancia media fue de 7.6 días. Falleció un turista procedente de Kenia infectado por *P. falciparum* con un 10% de parasitación.

**Discusión.** El Paludismo es la enfermedad parasitaria más frecuente del ser humano afectando a 103 países y a más de 1000 millones de personas. Causa entre 1 y 2 millones de muertes al año. Esta producida por protozoos y se transmite por la picadura del mosquito Anopheles. A pesar de su erradicación en Europa se han producido transmisiones locales ocasionales de paludismo importado. El aumento de viajeros a zonas endémicas y la inmigración ha hecho que se despierte un especial interés por esta enfermedad en nuestro entorno.

**Conclusiones.** Ante todo cuadro febril en pacientes con antecedentes de viaje, reciente o no, a países tropicales; se ha de establecer el diagnóstico de sospecha de paludismo, sobre todo si la profilaxis antipalú-

dica no se ha realizado correctamente. El tratamiento precoz es un factor determinante para la buena evolución de esta enfermedad.

#### A-111

##### INFECCIÓN EN CIRUGÍA CARDÍACA

L. Herrera Para<sup>1</sup>, C. López Peña<sup>2</sup>, P. Alaminos García<sup>1</sup> y M. Menduña Guillén<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Descripción epidemiológica, determinación de factores de riesgo perioperatorio de infección nosocomial (IN) y el impacto de ésta en pacientes intervenidos por Cirugía Cardíaca (CC).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo durante 60 meses (enero 1999 - diciembre 2003). Se incluyen en el estudio todos los pacientes intervenidos que tuvieron una supervivencia mayor a 48 horas tras la cirugía, considerado el tiempo mínimo para que un factor perioperatorio pueda repercutir en el desarrollo de IN. Se registraron distintas variables agrupadas en: variables preoperatorias (Demográficas, antecedentes y estado del paciente previo a la intervención); variables operatorias (tipo de intervención y su indicación, tiempos quirúrgicos, hemoderivados, número de injertos); variables postoperatorias (Complicaciones previas al diagnóstico de IN, localización de IN, germen responsable, shock séptico, estancia, reingreso y exitus). Se realizó análisis descriptivo de la muestra, así como análisis bivariante de las variables enfrentadas a la presencia o no de infección. Posteriormente se realiza regresión logística multivariante para el caso de infección con las variables que resultaron significativas (se toma actitud liberal, considerándose un nivel de significación  $\leq 0.20$ ) en el análisis bivariante.

**Resultados.** Se incluyeron 2.047 pacientes de un total de 2.156 intervenciones. La edad media de estos fue de  $60.82 \pm 16.7$ , sexo femenino 39.7%, EuroScore:  $4.75 \pm 3.31$ , Parsonnet:  $8.56 \pm 7.15$ . Presentaron IN 193 pacientes (9.4%), con una tasa de incidencia de 13.38%. La infección más prevalente es la Neumonía: 48.17%, seguida de la Bacteriemia Iaria: 31.02%. En un 45% de IN el germen responsable era un Bacilo Gram (-). En el análisis multivariante resultaron significativas para infección ( $p < 0.05$ ) las siguientes variables: Edad  $> 71$  años: OR: 3.01 (1.19  $\pm$  7.64); Intervención previa de CC: 3.43 (1.65  $\pm$  7.16); Dehiscencia Esternal: 76.52 (18.24  $\pm$  321.04); Insuficiencia Renal postoperatoria: 7.18 (3.48  $\pm$  14.81); Sangrado por drenajes  $> 680$  ml: 2.44 (1.06  $\pm$  5.65); Ventilación mecánica  $> 48$ h: 7.94 (1.14  $\pm$  55.33). Existen diferencias e. S. ( $p < 0.000$ ) entre el grupo de pacientes que sufren IN y los que no en cuanto a Estancia en UCI (mediana: 18 días, frente a 2 días), Reingreso en la unidad (12.4% vs 6.4%) y Exitus hospitalario (37,8% vs 4.4%).

**Conclusiones.** Nuestra serie de pacientes presenta una incidencia de IN (9.4%), localización (Neumonía) y gérmenes responsables (Bacilos Gram (-)) en consonancia con los estudios y registros publicados. El desarrollo de IN en el postoperatorio de CC depende tanto de factores prequirúrgicos (Edad avanzada, antecedente de CC) como de la evolución postoperatoria (Dehiscencia esternal, Insuficiencia renal, débito elevado por drenajes y ventilación mecánica prolongada). La IN supone una carga importante de morbimortalidad en el postoperatorio de estos pacientes.

#### A-112

##### BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE PALAMOS

A. Martín-Urda Díez-Canseco, M. Márquez Oliveras, M. Almendros Rivas, R. Toda Savall, J. García Conesa, J. Sesma Valiña, R. López Martínez y A. Masabeu Urrutia  
Servicio de Medicina interna. Hospital de Palamós. Palamós (Girona).

**Objetivos.** Las infecciones asociadas a bacteriemia constituyen un problema frecuente y de elevada morbimortalidad. En los últimos años han experimentado un crecimiento debido a una mayor preva-

lencia de patologías crónicas que condicionan una alteración de la inmunidad y a una mayor utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos. Los objetivos del estudio fueron: 1. Conocer la incidencia y etiología de las bacteriemia en nuestro hospital en el año de estudio y describir las características epidemiológicas y clínicas de la población. 2. Determinar la mortalidad y factores de riesgo asociados, así como las formas de presentación. 3. Establecer la tasa de tratamiento empírico apropiado.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se analizan los datos de hemocultivos positivos en el Hospital comarcal de Palamos en el periodo de un año. (17 de abril del 2007 al 17 de abril del 2008). Se recogieron los siguientes parámetros; edad, sexo, ingreso hospitalario, servicio de ingreso, microorganismo causante, focos de infección, tipo de infección por procedencia del paciente, presentación clínica, temperatura registrada al ingreso, tratamiento empírico y sensibilidades antimicrobianas. Se evalúan factores de riesgo para bacteriemia, índice de comorbilidad de Charlson, hospitalización y antibioterapia previa, así como mortalidad.

**Resultados.** Se realizaron 1.868 hemocultivos durante el periodo de un año de los cuales 137 fueron considerados bacteriemia verdaderas en mayores de 15 años (7.39%). El origen de la bacteriemia por orden de frecuencia fue: comunitaria (76.6%), asociadas a la asistencia sanitaria (14.6%) y nosocomial (8.8%). La distribución por sexos: hombres (56.2%), mujeres (43.8%). Por grupos de edad: de 19 a 65 años (34.3%), de 66 a 79 años (27%), mayores de 80 años (37.2%). Los Gram negativos representan el 66% y los Gram positivos el 33% siendo el microorganismo más frecuente *E. coli* 40.2% que en nuestro hospital tiene una resistencia a quinolones del 20% y no se encontró ninguna *E. coli* Beta Lactamasa de Espectro Ampliado. Los principales focos de infección fueron el urinario (38%), abdominal (21%) y respiratorio (20%). La presentación clínica fue en forma de bacteriemia (64.2%), sepsis (21.2%), y shock séptico en (14.6%). La tasa de tratamiento empírico apropiado fue del 87.6%. El 57% de los pacientes presenta algún grado de comorbilidad asociada. El 47,7% presentan uno o más criterios de inmunosupresión (corticoterapia, diabetes mellitus, quimioterapia etc.). La tasa de hospitalización es del 82%. Se trasladan a centros de tercer nivel un 8% de los pacientes. La mortalidad de nuestra serie es del 8.7%.

**Discusión.** La tasa de hospitalización y etiologías no difieren de otras series de hospitales de características similares. El tratamiento antibiótico empírico resulta apropiado una vez considerados los antibiogramas en la mayoría de los casos. Los pacientes con bacteriemia tienen una elevada comorbilidad e inmunodepresión asociada y un porcentaje no despreciable existe en relación a la práctica de procesos sanitarios previos.

**Conclusiones.** Las bacteriemia en pacientes mayores de 65 años son frecuentes como causa de ingreso hospitalario y en mayor número son infecciones de origen comunitario y producidas por Gram negativos. Existe un mayor porcentaje de bacteriemia por Gram negativos que por Gram positivos. El foco de infección más habitual es el urinario y por *E. coli* como germen más frecuente.

#### A-113

##### EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL DE LAS NUEVAS INFECCIONES POR VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID (2004-2007)

B. Rodríguez Rodríguez, M. Mir Montero, V. Vilchez Aparicio, I. Santos Gil, J. Sanz Sanz, C. Sarriá Cepeda, A. Salas Aparicio y M. Martínez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características de pacientes de nuevo diagnóstico en una consulta de Enfermedades Infecciosas de Madrid.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de los pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH atendidos en el Servicio de Medicina Interna-Infecciosas del Hospital Universitario de la Princesa desde enero de 2004 a junio de 2007.

**Resultados.** 192 pacientes (154 varones y 38 mujeres). Media de edad 37 años (SD 10, rango 17-65). La transmisión se debía a prácticas homo-bisexuales en el 48.4%; heterosexual de riesgo 39.6%,

ADVP 10,9%. Un 9,4% no tenían estudios, el 33% primarios, el 38% secundarios y el 14,6% universitarios. El 67,7% eran españoles, el 21,9% procedentes de Latinoamérica, el 3% de Europa Occidental, 3,6% de Europa del Este y 3,1% del África subsahariana. El 7% se presentaban como primoinfección, el 6% asintomáticos, el 18,8% con síntomas B y el 11,5% con enfermedad definitiva de SIDA. De éstos hubo 13 casos de neumonías por *P. jirovecii*, 6 tuberculosis extrapulmonares y 3 pulmonares, 5 de candidiasis esofágica, 4 sarcomas de Kaposi, 2 diarreas por Criptosporidiasis, y una de enfermedad por CMV, toxoplasmosis cerebral, LMP y de encefalopatía por VIH. Además, presentan otras enfermedades como, en un 2% cirrosis, en un 1% neoplasias y en un 6% neumonías. Aparecen un total de 2 muertes de causa hepática. El 55% de los casos requiere TAR al inicio, siendo la media de CD4 de 430 (SD 320, rango 5-1737) y la de la carga viral de 66.561 (SD 75011, rango 50-635000). El 4,7% tenían un mantoux positivo, el 24,5% un resultado positivo para sífilis, el 18,8% para hepatitis C y un 5,2% presentaban AgHBs positivo.

**Conclusiones.** Nuestros resultados confirman las tendencias observadas en los últimos estudios epidemiológicos: aumento de la edad media al diagnóstico, de la proporción de mujeres y de la transmisión heterosexual, así como disminución en la de ADVP. Es necesario seguir insistiendo en las campañas de prevención de la transmisión, sobre todo en la sexual. Así mismo, es difícil identificar el momento de la primoinfección y la IO más prevalente sigue siendo la causada por el *P. jirovecii*.

#### A-114

##### GENOTIPOS VHC EN COINFECTADOS VIH

**M. Tuya Morán<sup>1</sup>, M. De Zárraga Fernández<sup>1</sup>, D. Pérez Martínez<sup>1</sup>, J. Ferreiro Celeiro<sup>1</sup>, A. Arenas Iglesias<sup>1</sup>, P. Prendes Peláez<sup>2</sup>, C. Calvo Rodríguez<sup>1</sup> y J. Menéndez Caro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** Analizar los genotipos y carga viral del VHC en la población de pacientes coinfectados por VIH que controlamos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de las historias clínicas de los pacientes VHC-VIH que están en seguimiento en el último año, y a los que se ha determinado el genotipo y PCR del VHC. El genotipo del VHC se determinó por técnica Inno-Lipa HCV II (Innogenetics). La carga viral del VHC se detectó por PCR, técnica Cobas Amplicor de Roche. Los resultados se han analizado mediante el programa Excel de Microsoft.

**Resultados.** Se disponía de genotipo y carga viral de VHC en 59 pacientes coinfectados. Las características de los pacientes eran: Edad media 42,7+6,2, 45 varones (76,3%) y 14 mujeres. Cincuenta y dos (81,1%) tenían historia de UDVP, en 6 (10,2%) la transmisión fue por vía heterosexual y en un caso por transfusión de hemoderivados. La mediana del seguimiento fue de 16,5 años con un rango entre 1,4 y 22,5. La mediana de linfocitos CD4 en el momento del estudio fue de 451 pero 16 casos (27,1%) eran estadios C de los CDC. Respecto al VHC, el genotipo más frecuente era el 1 con 31 casos (52,5%) seguido del 3 (21 casos, 36,6%) y del 4 (7 casos, 11,9%). La mediana de carga viral del VHC fue de 850.000 copias, similar para los genotipos 1 y 3, 850.000 y 834.000 copias respectivamente y más alta en el genotipo 4 (1.760.000 copias). Cinco casos (8,5%) presentaban coinfección por VHB y 23 (39%) tenían ingesta de alcohol mayor de 50 g/día. Se realizó biopsia hepática en 23 pacientes, estando otras dos pendientes de realización en el momento del estudio (total 42,4%) y se instauró tratamiento específico frente al VHC en 18 (30,5%).

**Discusión.** La distribución de genotipos del VHC en nuestro país, en pacientes monoinfectados, muestra alta prevalencia del genotipo 1 (79-86%), seguido del 3, 2 y 4 (este último poco frecuente). En pacientes coinfectados por VIH el genotipo 1 es el más predominante, pero no en proporción tan claramente superior (51-61%), seguido del 3 y del 4, éste último incrementado en la última década. El genotipo 1 tiene un peor pronóstico por la mayor rapidez en progresión a cirrosis, y peor respuesta al tratamiento, mientras que el genotipo 3 tiene una mejor respuesta (62-73%). Además del genotipo, un factor condicionante de la respuesta es el recuento de CD4, siendo candidatos al tratamiento aquellos que presentan CD4 superiores a

350. En nuestra serie la distribución de genotipos coincide con la de otros autores, con mayor proporción del genotipo 3 y en menor porcentaje, del 4; los pacientes presentaban cargas virales del VHC no excesivamente altas, salvo para el genotipo 4 que eran millonarias; el recuento de CD4 era bueno y la mayoría tenían antecedente de UDVP, asociando ingesta alcohólica más de un tercio.

**Conclusiones.** Si bien el genotipo predominante en coinfectados es el uno, existe alta proporción del tres, por lo que dadas las posibilidades de respuesta al tratamiento, un considerable número de pacientes son subsidiarios de tratar, bien con biopsia previa o sin ella.

#### A-115

##### ETIOLOGÍA VIRAL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES INGRESADOS

**I. López Isidro<sup>1</sup>, C. Sarriá Cepeda<sup>1</sup>, J. Navarro Laredo<sup>2</sup>, M. Mir Montero<sup>1</sup>, L. Cardenoso<sup>2</sup> y C. Casal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la frecuencia del aislamiento de virus respiratorios en pacientes ingresados por infección respiratoria de vías bajas o que la desarrollan durante su hospitalización. Relación entre el aislamiento viral y las características de la infección.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo en ingresados en el Servicio de Medicina Interna-Infecciosas del 1 de enero al 30 abril de 2006 y del 15 de diciembre de 2006 al 30 abril de 2007 por infección respiratoria de vías bajas o que durante el mismo la desarrollaron, excluyendo neumonías por aspiración. Se incluyeron 318 muestras de 306 pacientes. Se obtuvieron sus datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos, analíticos y microbiológicos. Muestras respiratorias (lavado nasofaríngeo o secreciones nasofaríngeas con hisopo) para detección de virus respiratorios por técnicas de detección rápida: virus influenza (Flu) A y B, parainfluenza (PI), respiratorio sincitial (VRS) y adenovirus. Se compararon los datos de los pacientes con técnica rápida positiva (grupo 1) y negativa (grupo 2). Al alta, 284 pacientes (89'31%) fueron diagnosticados de infección respiratoria; en ellos se realizó el análisis.

**Resultados.** En 29 pacientes las técnicas de diagnóstico rápido resultaron positivas (10'21%). La mediana de edad fue de 82 años (RI 75-89), 13 mujeres y 16 varones. Once infecciones por Flu A: 6 traqueobronquitis agudas (TB), 2 neumonías segmentarias, 1 neumonía múltiple y 1 segmentaria asociadas a neumococo y 1 gripe nosocomial en un paciente ingresado por neumonía lobar. Cinco TB por Flu B, 2 por coinfección Flu A-B y 1 por coinfección Flu A-VRS. Cuatro infecciones por VRS: 1 neumonía múltiple, 1 segmentaria y 2 TB. Seis infecciones por PI: 3 TB, 2 neumonías segmentarias y 1 EPOC reagudizado. Los aislamientos del primer año fueron 6 PI, 2 Flu A y 2 VRS. El resto de virus se aislaron el segundo año. La única característica clínica que presentó diferencia estadísticamente significativa fue la presencia de expectoración, más frecuente en grupo 2 (p 0'04) y a nivel radiológico la ausencia de infiltrados lobares en el grupo 1 (p 0'02). Hay una tendencia (p 0'07) a una duración de la clínica menor de 5 días en el grupo 1. Dos pacientes del grupo 1 fallecieron (6'9%).

**Discusión.** Nuestros resultados indican que las infecciones virales de vías respiratorias bajas no son infrecuentes en pacientes adultos; en otros estudios los aislamientos virales fueron, incluso, más frecuentes. Los aislamientos más numerosos fueron los de Flu A, seguidos por Flu B, característicos de la época invernal. Durante el primer año se aislaron PI, característico de las épocas primavera y estival (genotipo 3), o en otoño (genotipos 1 y 2). Es llamativo su aislamiento pues en otros estudios, pese a abarcar épocas del año en que sí son prevalentes, son proporcionalmente más escasos. El VRS produce infecciones desde finales de otoño hasta la primavera, y en nuestra muestra constituyó un 17'24% de las causas virales. Otros estudios muestran prevalencias entre 2'5-20% (algunos incluyen infecciones mixtas). No se encontraron adenovirus, hecho común con otros estudios; otros trabajos obtienen prevalencias del 1 al 4%. No hubo diferencias entre la afectación por sexos, como se ha visto en otros trabajos. La clínica de los pacientes del grupo 1 fue la característica de infecciones respiratorias de vías bajas; la presencia de expectoración fue el único dato diferencial entre el grupo 2 (en el que fue más fre-



cuenta) y el grupo 1. La tendencia a una menor duración de la clínica en las infecciones virales es un hecho que otros grupos encuentran mientras que otros observan una mayor duración de los síntomas. El único patrón radiológico diferente fue la presencia de neumonías lobares en el grupo 2, lo que es concuerda con la presencia de infecciones bacterianas en estos pacientes.

**Conclusiones.** Los virus respiratorios pueden producir enfermedad grave que conlleve el ingreso hospitalario. En el período de estudio se aislaron virus PI, Flu A y B y VRS. La ausencia de expectoración y de infiltrado lobar en la Rx tórax harían sospechar una infección viral. Hay variaciones anuales en los tipos de virus respiratorios aislados en un mismo período.

**A-116  
PERFIL DE SENSIBILIDAD/RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN UN HOSPITAL DE APOYO A CORTA ESTANCIA**

**M. Ulla Anes<sup>1</sup>, C. Cabronero<sup>2</sup>, J. Rivera Franco<sup>2</sup>, T. Pascual Cuesta<sup>1</sup>, A. Marco Mur<sup>1</sup>, C. Barrasa Rodríguez<sup>1</sup>, G. García Melcon<sup>1</sup> y B. Viña Carregal<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

**Objetivos.** Las infecciones son uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario. Por otra parte, la resistencia a antibióticos es un problema emergente que puede incidir en la morbimortalidad de los procesos infecciosos. El objetivo de esta comunicación es conocer el perfil de sensibilidad y resistencia a antibióticos en las infecciones microbiológicamente documentadas en nuestro hospital, con el fin de optimizar el tratamiento y disminuir la aparición de resistencias. **Material y métodos.** Se ha analizado el patrón de sensibilidad/resistencia a antibióticos en los cultivos que resultaron positivos durante el período comprendido entre el 1/04/ 2007 y el 30/04/2008. Estos incluyen muestras de sangre, orina, heces, esputo, exudado de herida (fundamentalmente úlceras por presión), biopsia digestiva endoscópica, líquido articular, exudado nasal, exudado faríngeo, exudado vaginal y muestra seminal. La determinación del perfil de sensibilidad antibiótica se ha realizado mediante el test MicroScan Gram Negativo-Positivo deshidratado de DADE BEHRING. El Hospital Virgen de la Torre es un hospital de apoyo en corta estancia (100 camas), 70 de Medicina Interna ocupadas fundamentalmente por pacientes geriátricos reagudizados, y el resto destinadas a servicios quirúrgicos (CMA).

**Resultados.** Nº total de ingresos 1681 (estancia X 9,61 días). Espectro bacteriano: Total cultivos positivos 408c (M. Interna 341c). Gram (-) 225c (55,15%), Gram (+) 183c (44,85%). Resistencia media a antibióticos (%): a.- Gram (+): Penicilina y Dvdos 79,23%; Penicilina y Dvdos/inhibidores de B-lactamasas 74,07%; Cefalosporinas 79,68%; Quinolonas - Ciprofloxacino 76,92%, Levofloxacino 86,36%-; Macrólidos 80,95%; Aminoglucosidos -Gentamicina 30,47%, Amikacina 27,6%-; Carbapenems 75,47%;

Ureidopenicilinas/inh. B-lactam. 89,75%; Glucopéptidos -Vancomicina 7,83%, Teicoplanina 7,54%-; Tetraciclinas 22,15%; Cotrimoxazol 19%. b.- Gram (-): Penicilina y Dvdos 79,40%; Penicilina y Dvdos/inh. B-lactam. 41,21%; Cefalosporinas - Cefotaxima 17,33%, Cefotaxima 38,22%-; Quinolonas - Ciprofloxacino 52,44%, Levofloxacino 50,49%-; Aminoglucosidos - Amikacina 12,61%, Gentamicina 25,67%-; Carbapenems - Imipenem 11,6%, Meropenem 22,68% ;Ureidopenicilinas/inh. B-lactam. 12,90%; Cotrimoxazol 40,88%. Por Gérmenes más prevalentes *E. coli* muestra menor resistencia a Carbapenems (2%) y Fosfomicina (4%). *P. aeruginosa* a Ureidopenicilinas/inh. B-lactam. (20%) y Ceftazidima (23%). *E. faecalis* a Nitrofurantoina (6%) y Linezolid (7%). *S. aureus* a Linezolid (0%) y Glucopéptidos-Rifampicina (3%) y *S. epidermidis* a Linezolid (0%) y Glucopéptidos (12%).

**Discusión.** El perfil de resistencias en nuestra serie es similar al descrito en otras de similares características. La resistencia a antibióticos es mayor en el espectro de Gram (+) donde los gérmenes más prevalentes (*S. aureus*, *E. faecalis* y *S. epidermidis*) tienen habitualmente un elevado índice de resistencias. Ureidopenicilinas/inh. B-lactamasas-Carbapenems en Gram (-) y Glucopéptidos-Oxazolidinonas en Gram (+) son los fármacos con menor índice de resistencias. En las ITU no complicadas la fosfomicina se revela como el fármaco más idóneo por su menor índice de resistencias (4%), bajo coste y fácil administración.

**Conclusiones.** 1. La resistencia a antibióticos muestra una alta prevalencia en nuestra serie, posiblemente en relación con la edad avanzada, enfermedad crónica de base y múltiples ingresos previos que requirieron antibioterapia. 2. La resistencia a quinolonas de reciente incorporación (levofloxacino) en nuestra serie es similar a la presentada frente a Ciprofloxacino, e incluso mayor en el caso de Gram (+), lo que podría estar en relación con el amplio uso de este fármaco en los últimos años. 3. Glucopéptidos y Linezolid en Gram (+) y Carbapenems en Gram (-) son los antibióticos con menor índice de resistencias en nuestra serie, y deben plantearse como primera opción en caso de infecciones graves en nuestro entorno.

**A-117  
DIAGNÓSTICO IN VITRO DE TUBERCULOSIS LATENTE MEDIANTE TÉCNICAS DE DETECCIÓN DE GAMMA-INTERFERON EN USUARIOS DE DROGAS**

**J. Rivas<sup>1</sup>, I. Latorre<sup>2</sup>, A. Sanvicens<sup>1</sup>, E. Martínez<sup>1</sup>, I. Serra<sup>1</sup>, I. Domínguez<sup>2</sup>, J. Tor<sup>1</sup> y R. Muga<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Los usuarios de drogas tienen elevado riesgo de tuberculosis (TB) y de infección por el VIH. Para el control de la TB en dicha población es necesaria la identificación y tratamiento de la TB latente. El PPD ha sido la única prueba disponible para el diagnóstico de infección tuberculosa. En la última década se han introducido técni-

Tabla 1. Características de la población de estudio de acuerdo al VIH (A-117).

	VIH-N = 93 n (%)	VIH+ N = 42 n (%)
Varón	80 (86,0)	33 (78,6)
Edad (media ± DE)	40,3 ± 8,9	38,9 ± 5,6
Drogas intravenosas	23 (24,7)	38 (90,5)
Antecedente de PPD +	10 (10,8)	10 (23,8)
Antecedente de tuberculosis	6 (6,5)	7 (16,7)

Tabla 2. Resultados de los tests in vitro e in vivo para diagnóstico de tuberculosis latente según infección por VIH y CD4 (A-117).

	VIH-N = 93 n (%)	VIH + CD4 ≥ 350 N = 28 n (%)	VIH + CD4 < 350 N = 10 n (%)
EIA +	33 (35,5)	11 (39,3)	1 (10,0)
ELISPOT +	35 (37,6)	8 (28,6)	2 (20,0)
EIA o ELISPOT +	41 (44,1)	13 (46,4)	2 (20,0)
PPD + n = 100	27 (35,1)	2 (13,3)	0 (0)

cas de inmunodiagnóstico, para el diagnóstico in vitro de infección tuberculosa. El objetivo del estudio es detectar infección tuberculosa latente en drogadictos a través de técnicas de interferón- basadas en antígenos específicos de MT.

**Material y métodos.** Pacientes ingresados por abuso de sustancias entre 2/2006 y 5/2007 evaluados para infección tuberculosa mediante a) enzimo-inmunoensayo (EIA) (QuantiFERON TB Gold in-tube, Cellestis, Carnegie, Australia) b) enzimo-inmunospot (ELISPOT) (T-SPOT. TB Oxford Immunotec, Oxford, UK). Al ingreso se realizó PPD a todos los pacientes excepto si tenían historia de TB previa o antecedente de PPD+. Determinación de VIH en todos los casos.

**Resultados.** Se incluyeron 135 pacientes. Las características de los pacientes con y sin infección por VIH, se muestran en la Tabla 1. El alcohol fue la principal droga de abuso en 59 (45%) pacientes, cocaína en 46 (35,1%) y opiáceos en 26 (19,9%). EIA y ELISPOT resultaron positivos en el mismo número de pacientes, 46 (34,1%), con una concordancia del 83% (índice kappa 0,63) y sin diferencias según el VIH. El PPD resultó positivo en 29 de 100 pacientes analizados. La tabla 2 muestra los resultados según VIH. La concordancia entre PPD y EIA fue del 85% índice k = 0,62 y del del 83% índice k = 0,57 entre PPD y ELISPOT. El 46% de los pacientes con antecedente de enfermedad tuberculosa presentaron resultado positivo con las técnicas de interferón- .

**Conclusiones.** Elevada prevalencia de TB latente en drogadictos evaluados con IGRAs; buena concordancia entre ambas pruebas diagnósticas que por otra parte pueden continuar siendo positivas tras la TB.

**obtenidosResultados.** De un total de 91 pacientes que fueron evaluados durante 6 meses, la distribución por sexos fue de 49 hombres y 42 mujeres con una edad media de 76,1 años. Cada paciente reunía una media de 4,9 patologías crónicas, con una intensa polifarmacia consistente en 6,5 medicaciones/DIA. El tipo de infección más frecuente fue la respiratoria (85,7%), seguida de la infección de tracto urinario (7,6%), abdominal (4,3%) y otros (2,4%). Tratamiento infecciones respiratorias (de 71 infecciones): 1. Tratamiento en Paciente adulto sano: Levofloxacin 1/71 y Amoxicilina-Clavulanico 1/71 2. Paciente anciano o con enfermedad de base: Levofloxacin 47/71; Amoxicilina-Clavulanico 19/71; Cefalosporinas 3 generación 2/71; Otros 1/71 Tratamiento ITU (total 7 pacientes): Levofloxacin 3; Augmentine 2; Ciprofloxacino 1; Cloxacilina 1 Tratamiento Abdominales (total 4 pacientes): Levofloxacin 1; Augmentine 1; Cefalosporina 3 generación 1; Otros (1).

**Discusión.** Después de analizar los resultados observamos que el levofloxacin es el fármaco de elección en la mayoría de los casos. A pesar de que existen otras opciones terapéuticas de primera elección en el tratamiento de las infecciones respiratorias, como las cefalosporinas de 3ª generación más macrolidos, el uso de esta combinación es minoritario en pos de las quinolonas. Una de las posibilidades de este uso puede atribuirse a la comodidad de administración del fármaco, con una muy buena biodisponibilidad oral, y con un amplio espectro para cubrir los principales patógenos respiratorios. En el resto de infecciones, las quinolonas siguen siendo los fármacos de elección.

**Conclusiones.** Pensamos que existe un excesivo uso de las quinolonas de tercera generación y que este uso puede dar lugar en un futuro próximo a la aparición de resistencias que disminuyan su espectro de actividad.

**A-118 REVISIÓN DE ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA Y TENDENCIAS**

**V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, M. Muñoz<sup>1</sup>, M. Viñolo<sup>2</sup>, F. Jodar Morente<sup>1</sup>, J. Colmenero<sup>1</sup>, D. Carrillo<sup>1</sup>, F. Bañez y F. Molina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** Realizamos un estudio transversal sobre la toma de antibióticos en nuestro entorno. Los objetivos serán: 1. Evaluar el tipo de antibiótico prescrito, si su indicación es la adecuada y las alternativas terapéuticas al mismo. 2. Analizar si hubo necesidad de cambio de tratamiento durante el ingreso y cual fue la causa. 3. Identificar las reacciones secundarias según tipo de antibiótico.

**Material y métodos.** Realizamos una investigación clínico evaluativa. Examinamos una cohorte clínica de pacientes atendidos en tiempo real y en régimen de hospitalización con diagnóstico de infección respiratoria, infección abdominal, infección tracto urinario y otras. La recogida de los datos ser realizo durante seis meses consecutivos (otoño 07-invierno 07) en un hospital general de especialidades. De estos datos fueron recogidos la edad y el sexo del paciente, el número de patologías crónicas y agudas, el número absoluto de medicación que tomaba y el número de dosis de dicha medicación, quedando excluidos únicamente aquellos enfermos en los que dichos datos aparecieran incompletos o dieran lugar a error. Se emplearon métodos informáticos y estadísticos para el análisis de los datos

**A-119 ABCESOS POR NOCARDIA. REVISIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**E. Molina<sup>1</sup>, B. Lozano<sup>3</sup>, L. Sáez<sup>1</sup> y E. Escribano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con aislamiento por *Nocardia* no respiratoria en nuestro medio desde 1997 hasta la actualidad.

**Material y métodos.** A propósito de un caso de abceso por nocardiosis sp de presentación no habitual se revisan los aislamientos en muestras no respiratorias en nuestro hospital encontrándose únicamente 5 casos. Paciente de 30 años de edad con antecedentes personales de colitis ulcerosa corticodependiente y síndrome de Cushing yatrógeno que ingresa por brote de colitis ulcerosa. Durante presenta a los 4 días de su ingreso presenta tromboembolismo pulmonar masivo que obliga a la anticoagulación y posteriormente hematoma espontáneo paravertebral posterior izquierdo y en pelvis derecha que se punciona aislándose nocardia. Se inicia tratamiento con Amikacina y TMP-SMX y drenaje quirúrgico con evolución lenta pero resolución completa a los 6 meses.

**Resultados.** Se revisan cinco pacientes, tres varones y una mujer de edades entre 6 y 65 años (tabla 1) con aislamiento de *Nocardia* sp

Tabla 1. Resultados exudados nocardia (A-119).

Sexo	Edad	Enfermedad de base	Inmunosupresión	Localización de la lesión	Tipo de nocardia	Tratamiento	Evolución
Varón	7	Bronquitis asmática	No	Región plantar pie izquierdo	Sp	Tmp-smx	Curación
Mujer	64	Enfermedad de Chron. Transplante renal	Sí	Abceso paracostal derecho	Sp	Tmp-smx y desbridamiento quirúrgico	Curación
Varón	24	Infección VIH estadio c3	Sí	Abceso tobillo derecho	Sp	Tmp-smx y amikacina Cirugía	Curación
Varón	34	No	No	Abceso mid	<i>Nocardia brasiliensis</i>	Tmp-smx y amikacina	Curación
Varón	35	Colitis ulcerosa	Sí	Pelvis y gluteo izquierdo	<i>Nocardia facinica</i>	Tmp-smx y amikacina Cirugía	Curación

en diversas localizaciones. En tres de ellos existía inmunosupresión celular no pudiendo objetivarse dicho dato en los otros dos casos (tabla 1)

**Discusión.** La Nocardiosis hace referencia a la enfermedad causada por *Nocardia*, actinomiceto aerobio saprofito que produce diferentes síndromes característicos, con mayor frecuencia neumonía y enfermedad diseminada. Otros síndromes son la celulitis, el sde. Linfocutáneo, el actinomicetoma y la queratitis. El riesgo de enfermedad pulmonar o diseminada es mayor en inmunodeficiencias. Sólo en la quinta parte de los pacientes con enfermedad diseminada no se encuentra afección pulmonar evidente. La manifestación típica de la diseminación extrapulmonar es un absceso subagudo con formación de fístulas por las que se excretan cantidades escasas de pus y es rara la diseminación sanguínea, que suele relacionarse con catéteres infectados en una vena central.

**Conclusiones.** La nocardiosis es una enfermedad que predominantemente afecta a adultos jóvenes varones inmunocomprometidos o con enfermedad pulmonar de base. La afectación más común es la respiratoria aunque pueden darse otras formas de presentación como describimos en nuestro trabajo. Las especies de *Nocardia* son difíciles de diferenciar entre sí con las pruebas bioquímicas habituales y deben enviarse a laboratorios especializados. Con frecuencia su diagnóstico pasa desapercibido ya que es raro su aislamiento de rutina en hemocultivos y absesos lo que hace que se retrase el diagnóstico y se lleva a cabo un correcto tratamiento.

#### A-120

##### ANÁLISIS DE LAS NEUMONÍAS NOSOCOMIALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO A TRAVÉS DE LAS BASES DE DATOS

J.R. Barberá Farré<sup>1</sup>, J.M. González Aguirre<sup>1</sup>, L. Pedraza<sup>2</sup>, M. Márquez<sup>3</sup>, F. Cabanillas Sabio<sup>4</sup>, M.J. López Cabanas<sup>4</sup> y R. Carranza González<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia, <sup>3</sup>Servicio de Informática, <sup>4</sup>Servicio de Admisión, <sup>5</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** La importancia de las neumonías nosocomiales (NN), radica tanto en su alta incidencia como en la morbi-mortalidad, y los recursos hospitalarios consumidos. Nos propusimos conocer la realidad en nuestro Complejo Hospitalario, a partir de las bases de datos que disponen los centros que lo integran y analizar los resultados para futuras estrategias.

**Material y métodos.** El Complejo Hospitalario La Mancha Centro, dispone de 358 camas (140 de M. Interna, 10 de UCI) y atiende a una población de 230.000 hab. Se procedió al estudio retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de NN que estuvieron ingresados durante el año 2005, para ello se revisaron las siguientes bases de datos: Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los episodios de hospitalización (CMBD), Unidosis de Farmacia y Microbiología. Se inició el estudio definiendo los códigos diagnósticos a revisar, según la 4ª edición de la CIE-9-MC, para obtener todos los registros con diagnóstico de neumonía. Se excluyeron los pacientes ingresados en pediatría. Se procedió al análisis de datos y conexión de bases mediante la aplicación Microsoft Access.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 171 episodios, la incidencia fue de 0,94%, con una media de edad de 73,5 (27-99) años, varones 66,3%, con datos de gravedad el 71%, y de comorbilidad en el 86%, la mortalidad fue del 40%. La técnica microbiológica de mayor rendimiento fue el cultivo de muestras obtenidas por lavado broncoalveolar. La duración del ingreso fue por lo general prolongada y alcanza una estancia media de 20,2 días. Las pautas de tratamiento más utilizadas fueron las combinaciones (60,2%) frente a la monoterapia.

**Discusión.** Existen escasos estudios realizados tan solo a partir de las bases de datos de los centros hospitalarios, por suponer que se apartan de la realidad asistencial. Son una fuente importante de información, que bien tratada puede ayudarnos a mejorar y protocolizar determinadas patologías de alta frecuentación hospitalaria. En nuestra serie sorprende la gran cantidad de pacientes afectados de NN, hasta 9,5 casos /1.000 estancias/año. La comorbilidad es elevada y

en correspondencia con la avanzada edad, con una mortalidad similar a otras series.

**Conclusiones.** El análisis de casos por consulta del fichero CMBD, nos ofrece información sobre estancias y consumo de recursos, que nos indica la necesidad de incorporar protocolos de actuación y supervisión, para disminuir la duración del ingreso. Su correlación con otras bases de datos (farmacia, microbiología) nos puede ayudar a consensuar las pautas terapéuticas más eficientes.

#### A-121

##### ESTUDIO DE LOS PARÁMETROS DEL HEMOGRAMA ANTES Y DESPUÉS DE COMENZAR A TOMAR ATAZANAVIR

B. Roca, I. Cociu y J. Ferrero

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** Atazanavir frecuentemente produce una ligera hiperbilirrubinemia, sin consecuencia clínicas relevantes, y por lo demás parece ser uno de los inhibidores de la proteasa del VIH con menos efectos secundarios, aunque existen insuficientes datos al respecto. Nuestro objetivo es determinar la posible alteración de los parámetros del hemograma al administrar dicho medicamento.

**Material y métodos.** En una cohorte de pacientes con infección por el VIH, medimos los parámetros del hemograma, así como la carga viral del VIH y el recuento de linfocitos CD4, antes y después de administrar modalidades de terapia antirretroviral que incluían atazanavir.

**Resultados.** Se estudiaron 60 pacientes; todos ellos habían recibido por lo menos una modalidad de tratamiento antirretroviral previamente. La media de la edad era de 37,5 años (con una desviación estándar de  $\pm 7,1$ ); 37 (62%) eran hombres; 33 (55%) se habían infectado del VIH por medio de la adicción a las drogas parenterales; y 36 (60%) estaban coinfectados por el virus de la hepatitis C. Los resultados, antes y después de administrar atazanavir, fueron respectivamente los siguientes: leucocitos totales 5.802 y 5.685 por mm<sup>3</sup> (p = 0,683), hemoglobina 13,6 y 13,6 g/dL (p = 0,955), volumen corpuscular medio eritrocitario 97,4 y 100,5 fL (p = 0,061), plaquetas 191.780 y 205.407 por mm<sup>3</sup> (p = 0,105), linfocitos totales 1.802 y 1.913 por mm<sup>3</sup> (p = 0,217), eosinófilos 181 y 166 por mm<sup>3</sup> (p = 0,556), basófilos 26 y 29 por mm<sup>3</sup> (0,259), linfocitos CD4 323 y 393 por mm<sup>3</sup> (p = 0,007) y ARN del VIH 3,31 y 1,76 log10 de copias por ml (p = 0,000).

**Conclusiones.** Atazanavir no causó alteraciones en ninguno de los parámetros del hemograma estudiados.

#### A-122

##### PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA LA COLONIZACIÓN FECAL POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN PACIENTES DEL ÁREA MÉDICA

L. Lozano<sup>1</sup>, A. San Gil<sup>1</sup>, M. Vives<sup>1</sup>, E. Arosemena<sup>1</sup>, K. Chang<sup>1</sup>, M. Xercavins<sup>2</sup>, E. Calbo<sup>1</sup> y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrassa (Barcelona).

**Objetivos.** Recientemente se ha descrito un aumento de la incidencia de infecciones comunitarias debidas enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE). La colonización fecal por enterobacterias BLEE se ha estudiado fundamentalmente en brotes nosocomiales, sin embargo la información sobre la colonización en población no ingresada es escasa. El objetivo de nuestro estudio fue determinar los factores de riesgo y la prevalencia de colonización fecal por enterobacterias productoras de BLEE en pacientes del área médica en el momento de su ingreso.

**Material y métodos.** De enero a junio de 2008 se incluyeron de forma prospectiva y aleatoria pacientes adultos que consultaban al área médica de urgencias con una estancia en el servicio inferior a 24 h. En el momento de la inclusión se recogía un frotis rectal. Se



registraron datos relativos a las características demográficas, presencia de comorbilidades, estado funcional y nutricional, relación con el medio sanitario, número de ingresos previos y exposición previa y tipo de antibióticos. Las muestras fecales se inocularon en placas de agar McConkey que contenían 1 mg/L de cefotaxima. La producción de BLEE fue estudiada según las recomendaciones del CLSI.

**Resultados.** Se incluyeron 113 paciente. En 11 (9,7%) se detectó colonización fecal por enterobacterias productoras de BLEE, en 3 casos con 2 especies o cepas distintas. En total se aislaron 12 *E. coli*, una *K oxytoca* y una *K pneumoniae*. En el grupo colonizado por BLEE había una mayor proporción de mujeres 8/11 (73%) vs 38/102 (38%)  $p = 0,048$  y un mayor número de ingresos en el último año (3 ingresos (DE 3,3) vs 1 (DE 3,3),  $p = 0,001$ . No hubo diferencias en cuanto a la edad, la comorbilidad, el estado funcional, la relación con el medio sanitario, la procedencia de residencia, el antecedente de colonización por SARM, el estado nutricional ni en la exposición previa a antibióticos.

**Conclusiones.** La prevalencia de colonización fecal hallada es similar a la descrita por otros autores en nuestro medio. No hallamos ninguna correlación entre las características del huésped y el riesgo de colonización. Ninguna de las variables que media la relación con el medio sanitario fue identificada como un factor de riesgo a excepción del número de ingresos previos, sugiriendo una posible transmisión intra-hospitalaria.

#### A-123

##### REVISIÓN DE CASOS DE EMPIEMA NECESSITATIS. DESCRIPCIÓN DE 1 CASO DE ETIOLOGÍA FÚNGICA

S. Vidal Ferrer<sup>1</sup>, X. Pla Salas<sup>1</sup>, B. Font Creus<sup>1</sup>, C. Araguan Flores<sup>1</sup>, J. Romero Esteban<sup>2</sup>, P. Villacé Gallego<sup>1</sup>, X. Gallardo Cistare<sup>3</sup> y J. Oristrell Salva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familia I Comunitaria, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Revisar todos los casos de empiema necessitatis diagnosticados en nuestro hospital desde 1996. Determinar las características de comorbilidad, el tratamiento y evolución de los pacientes. Describir los hallazgos clínicos, analíticas, radiológicos y filiación microbiológica.

**Material y métodos.** Selección de 8 pacientes con diagnóstico radiológico de empiema necessitatis y revisión retrospectiva de las historias clínicas. Recogida de datos en base de datos y análisis descriptivo con paquete estadístico SPSS v12.

**Resultados.** (n = 8). Datos demográficos: edad media 72,8 (39-84), sexo (hombres 6 (75%)). Comorbilidad: hábito tabáquico 25% (2), hábito enólico 25% (2), ADVP 1 (12,5%), EPOC 3 (37,5%), TBC previa 5 (62,5%) de las cuales 4 son pleuritis y 1 pulmonar. Patología pleural previa 8 (100%) de las cuales 1 es por toracotomía, 5 por paquipleuritis, 1 por deformidad postTBC y 1 por asbestosis. Inmunosupresión 1 (12,5%) por HIV 1 (12,5%), Ninguno tenía Neoplasia. Cirugía torácica previa 1 (12,5%), exposición asbesto 2 (25%). Clínica: 4 pacientes tuvieron dolor (50%), 4 fiebre (50%), 3 tos no seca (37,5%), 4 síndrome tóxico (50%), 4 disnea (50%), 5 presentaban masa torácica (62,5%) y 1 insuficiencia respiratoria (12,5%). Laboratorio: Hemoglobina media 13,01 g/dl ( $\pm 1,5$ ), Leucocitos 19.690  $10 \times 6/L$  ( $\pm 4399$ ), Neutrófilos 7730  $10 \times 6/L$  ( $\pm 4355$ ), LDH 364U/L ( $\pm 138$ ), VSG 57,7 mm 1<sup>a</sup> h ( $\pm 20,18$ ), PCR 3,16 mg/dL ( $\pm 2,8$ ), Cr 0,95 mg/dl ( $\pm 0,39$ ), Albúmina 34,6g/L ( $\pm 4,6$ ), Bilirrubina 0,6 mg/dL ( $\pm 0,3$ ). ADA media del líquido pleural de 2 pacientes 69,3 ( $\pm 21$ ). Radiología: En la radiología simple presentaron condensación 1 paciente (12,5%), derrame pleural 3 (37,5%) y ensanchamiento pleural 5 (62,5%). En la valoración por TC se observó el 100% (8) de los pacientes con derrame pleural, el 100% con afectación pleural y 62,5% (5) con absceso de pared torácica. Microbiología: 2 cultivos del exudado fueron +: 1 *Pseudomona* (12,5%) y 1 *Candida albicans* (12,5%), 3 (32,5%) cultivos Lowenstein fueron positivos (ninguno de ellos demostró bacilos ácido-alcohol resistentes por tinción) y 2 pacientes no tuvieron diagnóstico microbiológico. Tratamiento: 2 pacientes recibieron ttm antibiótico (25%), 3 Tuberculostáticos (32,5%) y 1 antifúngicos (12,5%). 2 precisaron drenaje pleural (25%) y 3 cirugía (32,5%). Evolución:

resolución en 5 pacientes (62,5%), recaída en 2 (25%) y murió 1 paciente por causa no relacionada.

**Discusión.** Presentamos 8 casos de empiema necessitatis detectados radiológicamente en los últimos 12 años en nuestro hospital. Hemos constatado las características ya publicadas anteriormente en la literatura médica como: la típica presentación clínica en forma de masa torácica, tos seca, fiebre y síndrome constitucional. - la gran utilidad de los nuevos métodos de radiodiagnóstico como la TC y la PAAF. La mayor frecuencia de etiología por micobacterium tuberculosis 37,5% y algunos casos donde no se halla germen etiológico (25% en nuestra serie). Excelente pronóstico en la actualidad Algunos hallazgos a destacar en nuestra serie serían: - descripción de uno de los primeros casos de empiema necessitatis por *Candida albicans* publicados - la baja rentabilidad diagnóstica de la tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes en pacientes con cultivo Lowenstein positivo. La alta prevalencia de antecedente de patología pleural previa (en el 100% de los pacientes).

**Conclusiones.** Se trata de una complicación extremadamente rara de un derrame parapneumónico no tratado o infratratado. El micobacterium tuberculosis continúa siendo la etiología más frecuente. La característica clínica más relevante es la presencia de una masa torácica. La utilidad de la TC y la PAAF en el diagnóstico de esta entidad está ampliamente demostrada. Presentamos un caso atípico de causa fúngica. Entidad de buen pronóstico vital.

#### A-124

##### CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DE LAS BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL DEL SALNES (2001-2007)

J. García García<sup>1</sup>, B. Castro Paredes<sup>1</sup>, F. Fraile Amador<sup>1</sup>, A. López Soto<sup>1</sup>, C. Mella Pérez<sup>1</sup>, C. Seira Ferrín<sup>2</sup>, M. García Campello<sup>3</sup> y M. Pulian Morais<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Fundación Pública Hospital Comarcal de Salnés (1). Vilagarcía de Arousa (Pontevedra). <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos.** Conocer la incidencia de bacteriemia del adulto (> 14 años), su perfil microbiológico y determinar los cambios observados en el tiempo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo del 1 enero de 2005 a 31 de diciembre de 2007. Listado de hemocultivos positivos del Servicio de Microbiología con exclusión de contaminantes de acuerdo a criterios microbiológicos. Recolección de datos demográficos (edad, sexo) y microbiológicos (gérmenes, antibiograma). Comparación de datos obtenidos con la misma metodología en el período anterior (1 septiembre 2001-31 diciembre 2004).

**Resultados.** Hemocultivos extraídos: 7.700. Positivos 965, con significación clínica 588 en 387 bacteriemias (1,5 por episodio). Porcentaje contaminantes 39,1%. Rentabilidad de hemocultivo 7,6%. Hemocultivos por ingreso 0,59. Tasa de bacteriemia 29,93  $\times$  1000 ingresos con aumento del 39% (previa 21,3). 362 pacientes, 188 hombres y 174 mujeres, edad media (DE) 69,82 (17,90) años. 68,5% mayores de 65 años y 36,7% mayores de 80 (previo 33,8%). Etiología: bacilos gramnegativos (51%), cocos grampositivos (39%), polimicrobianas (5,9%), anaerobios (2,3%), hongos (1,6%). *Acinetobacter* sp (1%) y *Pseudomonas* sp (1,8%) incidencia estable. Alta incidencia de *Salmonella typhi* (2,8%), Enterococos 5,2% (previo 0,7%), *Staf. aureus* 10% (previo 8,5%), Aparición de fungemias (1,6%) Resistencias: *E. coli* productor de BLEAs 6,3% (previo 3,6%), BGN 30% de resistencias a ciprofloxacino excepto *Salmonella typhi* (100% sensible). *Staf. Aureus* MetIR 38,5% (previo 26%). Enterococos con buena sensibilidad a ampicilina (86%). Neumococos 100% sensibles a Penicilina.

**Discusión.** La incidencia de bacteriemia en nuestro hospital es alta (29,93  $\times$  1000 ingresos) y ha aumentado en los últimos 3 años. Dicho incremento puede relacionarse con la apertura en nuestro entorno de varias residencias geriátricas. El porcentaje de mayores de 80 años (36,7%) y su incremento en el tiempo parecen apoyar esta conclusión. La baja rentabilidad de hemocultivos (7,6%) y una tasa de 0,59 hemocultivos por ingreso (estándar 0,2) indica un uso excesivo de esta técnica. La tasa de contaminaciones (39%) ha aumentado e indica una técnica incorrecta de extracción. Los gram-

negativos siguen siendo prevalentes pero han disminuido en favor de grampositivos y polimicrobianas. La elevada incidencia de *Salmonella Typhi* (2,8%) parece deberse a un brote epidémico en estos años sobreimpuesto a una situación endémica. El aumento de bacteriemias enterocócicas, de *Stafilococo aureus* MR y de *E. coli* productora de BLEAs, la incidencia constante de *Acinetobacter* sp y *Pseudomonas* sp y la aparición de fungemias indican un nuevo perfil de paciente y probablemente una política antibiótica inadecuada. La tasa de resistencias de enterococos y neumococos a ampicilina y penicilina respectivamente permite un cierto grado de optimismo, pero debemos seguir alerta. La alta tasa de resistencias de BGN a ciprofloxacino la inhabilitan como tratamiento empírico salvo que se sospeche fiebre tifoidea. Los resultados del estudio demuestran la necesidad del mismo: conocer la situación real, que ha variado notablemente, y modificar actuaciones en función de ella.

**Conclusiones.** Incidencia alta de bacteriemia, en crecimiento constante. Rentabilidad baja de hemocultivos: mejorar la indicación de hemocultivo y la técnica de extracción. El perfil de paciente y los cambios microbiológicos observados deben promover estudios de portadores de SAMR, indicaciones de aislamiento, modificar protocolos terapéuticos y proseguir estudios.

#### A-125 FIEBRE DE ORIGEN INFECCIOSO COMO MOTIVO DE INGRESO EN MEDICINA INTERNA

**M. López Veloso<sup>1</sup>, S. Raposo García<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, F. Vázquez Sánchez<sup>2</sup>, J. Herrera Rubio<sup>1</sup> y B. Blanco Iglesias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Las enfermedades infecciosas constituyen un problema grave de salud pública, siendo en los países subdesarrollados la primera causa de muerte. Según la OMS, las enfermedades infecciosas ocasionan unos 17 millones de muertes al año, además de originar un gran consumo de recursos sanitarios. Así mismo, la proporción de pacientes hospitalizados por enfermedades infecciosas y sus complicaciones están aumentando de forma progresiva, principalmente entre los pacientes mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de una serie de casos donde se recogieron, durante el período de dos meses (marzo y abril del 2008), los pacientes que ingresaron por fiebre de causa infecciosa en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de León (Edificio Monte San Isidro), el cual dispone de 81 camas de hospitalización. El estudio consta de 35 pacientes que presentaban al ingreso temperatura mayor o igual a 37,5 °C, lo cual supone aproximadamente el 9% de los pacientes hospitalizados en el servicio durante este período.

**Resultados.** La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 75,65 años. El 57% eran varones. De los datos analizados observamos que el 21% de los ingresados presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 16% eran DM, 11% déficit neurológico, 11% síndrome prostático, 5% neoplasias, 5% valvulopatía y 4% alcoholismo, siendo estos los antecedentes personales más frecuentes. El 74% presentaban fiebre continua, un 3% intermitente y un 6% vespertina. No encontrándose documentada en el 17%. En relación a la duración de esta al momento del ingreso, el 40% eran de 24 horas de evolución, el 20% de 48 horas de evolución y solamente el 14% la presentaban durante más de 15 días. Al ingreso un 8,57% se encontraba a tratamiento con antibioterapia. Con las pruebas realizadas durante el ingreso el 33% fue diagnosticado de bronquitis aguda, el 23% de neumonía adquirida en la comunidad, 10% de infecciones del tracto urinario y 5% endocarditis. La estancia media del ingreso ha sido de 15,88 días. Al alta el 26% es seguido en Consultas Externas de Medicina Interna.

**Discusión.** En los datos obtenidos de acuerdo con la literatura, observamos que la fiebre es un motivo de ingreso menos frecuente de lo esperado, sin embargo es una de las manifestaciones que más les preocupa y por la que más consultan. Los resultados indican que son fiebres de corta duración de predominio continuo y que se presenta asociadas a edades avanzadas con comorbilidad. Sin embargo la literatura no refleja fiebres de tan escasa duración, siendo las publi-

caciones dirigidas al análisis de la fiebre de origen desconocido. Los diagnósticos al alta son en más de la mitad de causa respiratoria en donde no se llega a filiar etiología por la buena evolución y/o brevedad del cuadro tras antibioterapia.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan por fiebre en el servicio de Medicina Interna, son pacientes de edad avanzada que presentan un cuadro de escaso tiempo de evolución, encontrándose al ingreso sin tratamiento. La mayor parte de ellos presentan comorbilidad asociada, siendo los más prevalentes la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus. El diagnóstico definitivo más frecuente son procesos respiratorios no condensantes, breves y con buena respuesta al tratamiento.

#### A-126 RIESGO CARDIOVASCULAR Y LIPIDISTROFIA EN LA INFECCIÓN POR VIH

**S. Serrano Villar<sup>1</sup>, V. Estrada Pérez<sup>2</sup>, T. Sainz Costa<sup>1</sup>, M. Fuster Tozer<sup>3</sup>, V. Abad Cuñado<sup>1</sup>, G. Fresco Navacerrada<sup>1</sup>, R. Ruiz Luna<sup>1</sup> y C. Sánchez-Parra<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna IV, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna III. Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Fundación de Investigación Biomédica. Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características y los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes VIH de nuestra unidad de enfermedades infecciosas. Determinar la incidencia de lipodistrofia y síndrome metabólico, y analizar los factores relacionados. Determinar la utilidad de la Proteína-C Reactiva (PCR) como biomarcador de riesgo cardiovascular en este tipo de pacientes y estratificar dicho riesgo mediante la escala PROCAM.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo con 124 pacientes infectados por el VIH. Se recogieron datos epidemiológicos, antropométricos, clínicos y analíticos. Se diagnosticó lipodistrofia por concordancia de médico y paciente. Se definió el síndrome metabólico según los criterios del Adult Treatment Panel III. Se calculó el riesgo cardiovascular mediante la escala PROCAM. Se analizaron los resultados mediante el programa de análisis estadístico SPSS v. 15.0. Se realizó análisis multivariante para control de los factores de confusión.

**Resultados.** Prevalencia de síndrome metabólico 66.7%, fumadores 49,1% lipodistrofia 46.8%, dislipemia 59%. La lipodistrofia se correlacionó con  $p < 0.05$  tras análisis multivariante con la edad (OR 1.164), duración del tratamiento con análogos de nucleósidos (OR 7.9), no análogos de nucleósidos (OR 18.9), duración de la infección por VIH (OR 14.7), y cifras bajas de HDL (OR.057) La PCR se correlacionó con la duración de la infección por VIH (R.42), meses de tratamiento con análogos (R.3) y no análogos de nucleósidos (R.49), recuento de CD4 (R.43) y con la hipertrigliceridemia (R.79). El 7,2% de los pacientes presentó un riesgo cardiovascular elevado (> 10% de presentar un evento cardiovascular negativo en los próximos 10 años), y los sujetos con lipodistrofia presentaron con más frecuencia riesgo cardiovascular elevado (57,5% vs 40.4%).

**Discusión.** Limitaciones del estudio: se trata de un estudio retrospectivo con ausencia de controles sanos, por lo que los resultados han de ser considerados como orientativos. No se ha evaluado la presencia de otros biomarcadores de riesgo cardiovascular (troponina I, NT-proBNP, homocisteína) y tampoco se han empleado otras escalas de predicción del riesgo cardiovascular de amplia aceptación (SCORE, Framingham). Por otro lado, hemos obtenido un gran número de valores perdidos para la PCR, lo que ha dificultado el análisis estadístico. Sin embargo, hemos cumplido el objetivo principal del estudio al describir las características básicas de nuestra población y estudiar los principales factores de riesgo cardiovascular. El riesgo cardiovascular se halla aumentado en la población de enfermos con lipodistrofia, lo que puede explicarse por la mayor prevalencia de síndrome metabólico en esta subpoblación de pacientes. El papel de la PCR como marcador de riesgo cardiovascular no está bien definido en la infección por VIH, por lo que son necesarios más estudios en este sentido.

**Conclusiones.** Incidencia aumentada de Síndrome metabólico (17.2%) respecto a una población de controles sanos de similares

características (3.2%) publicada en otro trabajo. Relación significativa tras controlar los factores de confusión entre lipodistrofia y edad, duración de la infección por VIH, tratamiento con análogos y no análogos de nucleósidos. El 7,2% de la población presenta un riesgo cardiovascular alto (> 10%) de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años, pese a que se trata de una población joven. - Mayor riesgo cardiovascular en los pacientes con lipodistrofia. Correlaciones positivas entre la PCR y duración de la infección por VIH, tratamiento acumulado con antirretrovirales, recuento de linfocitos CD4 e hipertrigliceridemia.

#### A-127

##### RENTABILIDAD DE LOS CULTIVOS Y USO DE ANTIBIOTERAPIA PARA LAS FIEBRES DE CAUSA INFECCIOSA

M. López Veloso<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, S. Raposo García<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, F. Vázquez Sánchez<sup>2</sup>, Á. Martínez González<sup>1</sup> y A. Muela Molinero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Las enfermedades infecciosas suponen aproximadamente un 30-40% de las fiebres que precisan ingreso hospitalario. Dentro de los estudios complementarios tienen un papel fundamental los resultados microbiológicos con distinta rentabilidad según el tipo de cultivo y proceso que consideremos. Los signos de alarma ante una infección son la presencia de inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria, sospecha de shock séptico, signos de CID (petequias), signos meníngeos, abdomen agudo, hipertermia superior a 41 °C, hipertermia post-anestesia.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de una serie de casos donde se recogieron, durante el periodo de dos meses (marzo y abril del 2008), los pacientes que ingresaron por fiebre en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Monte San Isidro, el cual dispone de 81 camas de hospitalización. El estudio consta de 35 pacientes que presentaban al ingreso temperatura mayor o igual a 37,5 °C, lo cual supone aproximadamente el 9% de los pacientes hospitalizados en el servicio durante este periodo.

**Resultados.** La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 75,65 años. Casi el 60% eran varones. Al ingreso solamente un 8,57% se encontraba a tratamiento con antibioterapia. Se realizaron hemocultivos al 29% de los casos (6% positivo para *Streptococcus oralis*), urocultivos al 23% (9% positivo para *E. coli*, *Streptococcus* sp. y *Enterococcus faecalis*), cultivo de esputo el 20% (3% positivo para *Pseudomonas aeruginosa*), BK 29% y precisaron biopsia para filiar el cuadro el 12% (siendo el 9% positivas). Durante el ingreso el 54% de los pacientes precisaron la administración de un antibiótico, el 26% la asociación de dos, un 11% precisó cambio de pauta ante la mala evolución del paciente o la presencia de resistencia documentada mediante antibiograma, y un 9% no recibió antibióticos durante su ingreso. En cuanto a la antibioterapia más frecuente administrada durante la estancia hospitalaria, observamos que el 28% reciben quinolonas, el 25% penicilinas de amplio espectro, el 21% cefalosporinas y el 12% aminoglucósidos.

**Discusión.** Ante un paciente que ingresa por fiebre debemos de evaluar la presencia en primer lugar de criterios de ingreso, evaluando los diferentes signos de alarma. Es importante la búsqueda del foco para la orientación diagnóstica y la decisión terapéutica. Todo ello lo realizamos con la elaboración de una historia clínica detallada, cultivos y empleo de técnicas de imagen. En nuestro estudio observamos que la realización de cultivos se realiza en un bajo porcentaje dado que casi un 91% se encontraba sin tratamiento previo; presentando, en un elevado porcentaje, una buena respuesta a la antibioterapia empírica y precisando cambio de terapéutica solamente un 11% de ellos. Obtuvimos escaso número de cultivos positivos. En la literatura la rentabilidad de estos varía en función de la patología de base, dado que según el tipo de germen se precisa un medio de cultivo diferente. Por ejemplo, los hemocultivos en la neumonía adquirida en la comunidad presentan un índice de positividad entre el 6 y 20%. Destacar respecto al uso de antibióticos que en la mayoría de los casos se iniciaron de forma empírica y se cambiaron según la evolución y/o resultado de cultivos, los más utilizados fueron fluorquinolonas y betalactámicos.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados por fiebre presentan buena evolución tras la administración de antibioterapia, precisando en raras ocasiones una asociación. Los antibióticos más empleados son las quinolonas. Los cultivos se realizan a escaso número de pacientes, dado que presentan fiebre de corta duración y la evolución es favorable.

#### A-128

##### INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR *CL. DIFFICILE* Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

D. Gutiérrez Saborido<sup>1</sup>, P. Romero Cores<sup>1</sup>, F. Carmona Espinazo<sup>1</sup>, M. Blanco Blanco<sup>2</sup> y F. Guerrero Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** La infección por *Clostridium difficile* se ha convertido en un problema clínico creciente como infección nosocomial afectando fundamentalmente a ancianos, inmunodeprimidos y pacientes con antibioterapia prolongada. Representa la causa más frecuente de diarrea de origen bacteriano adquirida a nivel hospitalario y es responsable de una morbimortalidad importante según la mayoría de series publicadas. El objetivo de nuestro estudio es establecer la incidencia de nuevos casos de infección por *Cl. difficile* en nuestro medio así como analizar la relación con determinados factores epidemiológicos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 14 años ingresados en el Hospital Universitario Puerta de Mar durante el periodo 2002-2006, en los que se aisló la toxina de *Cl. difficile* en heces. Como variables estudiamos: número de casos, edad, sexo, días de ingreso, tratamiento farmacológico empleado previamente y duración del mismo.

**Resultados.** Durante el periodo estudiado se hicieron 499 peticiones de toxina de *Cl. difficile* resultando positivas en 14 casos. La edad media de los pacientes fue de 55,3 años, sin diferencia en cuanto al sexo. El promedio de días de ingreso previo a la infección fue de 41 días. En el 93% de los casos habían recibido antibioterapia previa. En nueve pacientes (64%) se empleó asociación de varios antibióticos, siendo los más frecuentes: Betalactámicos 35,7% (cinco casos), betalactámicos+inhibidores de betalactamasa 35,7% (cinco casos), quinolonas 50% (siete casos), otros antibióticos 50% (siete casos) que incluyen macrólidos, glucopéptidos, rifampicina, aminoglucósidos, colistina, clindamicina. La duración del tratamiento antibiótico previo al diagnóstico fue 26,78 días de media. Se emplearon antiácidos e inhibidores de la bomba de protones en 11 casos (78%).

**Discusión.** La infección por *Clostridium difficile* justificaría el 20% de las diarreas asociadas a uso de antibióticos, por lo que el reducido número de pacientes de nuestra serie que se detecta esta infección sea debido, entre otros factores, a que no se valore como una posibilidad diagnóstica. A diferencia de lo descrito en otros estudios el grupo antibiótico que más se asoció fueron las quinolonas, resaltando la importancia del uso de antibióticos de amplio espectro y asociaciones de los mismos como factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.

**Conclusiones.** 1. A pesar de la cada vez mayor relevancia de la infección por *Cl. difficile* descrita en la literatura, en nuestro trabajo hemos encontrado una baja incidencia de casos durante el periodo de estudio. En nuestra opinión puede deberse a la baja sospecha clínica de esta entidad en base al escaso número de peticiones que se realizaron. 2. En nuestra serie los principales factores asociados fueron: estancia hospitalaria prolongada, uso combinado de antibióticos durante tiempo prolongado y empleo de antiácidos e inhibidores de la bomba de protones.



## A-129

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE DAPTOMICINA EN INFECCIONES GRAVES POR GRAMPOSITIVOS**

V. González Ramallo<sup>1</sup>, A. Segado Soriano<sup>1</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>2</sup>, P. Muñoz García-Paredes<sup>3</sup>, J. De Miguel Yanes<sup>2</sup> e I. Pérez Tamayo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La daptomicina es un nuevo lipopéptido activo contra microorganismos Gram-positivos, incluido *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR). Su perfil farmacocinético y baja incidencia de efectos adversos facilitan su administración extrahospitalaria. Presentar la experiencia con el uso de daptomicina en el tratamiento de infecciones graves por Gram positivos en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD). Analizar su eficacia y seguridad. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 25 pacientes ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio entre abril 2007 y junio 2008 tratados con daptomicina intravenosa por infecciones graves por Gram-positivos. Estudiamos: demografía, procedencia (urgencias o planta de hospitalización), diagnóstico clínico, aislamiento microbiológico, dosis administrada (4-6 mg/kg/d), estancia en HaD, evolución y efectos adversos. **Resultados.** Edad media 64 años (30-87), varones 60%, procedencia: Urgencias 48%, Medicina Interna 32%, otros 20%. Los diagnósticos fueron: celulitis 13 (52%), osteomielitis 6 (24%), endocarditis 3 (12%), bacteriemia 3 (12%). El microorganismo causal se identificó en el 52%, siendo los aislamientos: *Staphylococcus aureus* 8 (3 SAMR), *Enterococcus* 2 (*E. faecium*, *E. gallinarum*), *Staphylococcus coagulans* negativo 2, *Streptococcus bovis* 1. Estancia media en HaD de 18 días (4-46 días); estancia previa en hospitalización convencional 25 días (3-83 días). En 9 casos (36%) prescribimos la daptomicina como uso compasivo al no estar admitida oficialmente su indicación. La dosis administrada fue de 4 mg/kg/d en los casos de celulitis y de 6 mg/kg en el resto. En un caso se administró la daptomicina cada 48 h ante la presencia de insuficiencia renal avanzada previa. La evolución fue favorable en el 92% de los casos; un paciente reingresó convencionalmente por absceso en tejido celular subcutáneo que requería drenaje y otro por uropatía obstructiva no relacionada. Ningún paciente presentó efectos adversos significativos relacionados con daptomicina ni elevación de creatinofosfocinasa.

**Discusión.** Daptomicina es un nuevo antibiótico eficaz en infecciones graves por Gram-positivos como endocarditis, bacteriemia, osteomielitis o celulitis, estando aprobada su indicación en celulitis complicadas y bacteriemias por *Staphylococcus aureus* con o sin endocarditis derecha. Su perfil de efectos adversos es muy favorable con respecto al tratamiento estándar existente hasta ahora. La dosificación en monodosis diaria y la no necesidad de monitorizar niveles plasmáticos facilita el uso domiciliario. Nuestro trabajo apoya el uso de daptomicina para permitir la ambulatorización de enfermos con este tipo de infecciones que con frecuencia tienen estancias hospitalarias muy prolongadas. Para extender las indicaciones de daptomicina está en marcha el estudio EU-CORE (registro europeo de experiencia con daptomicina para el tratamiento de infecciones grampositivas).

**Conclusiones.** La administración domiciliar de daptomicina intravenosa por Unidades de Hospitalización a Domicilio es una herramienta eficaz para evitar ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con infecciones graves por Gram-positivos. La eficacia se extiende, aparte de a las indicaciones aprobadas, a otras infecciones de difícil tratamiento como osteomielitis o endocarditis izquierda, producidas tanto por *Staphylococcus* como por otros microorganismos (*Streptococcus*, *Enterococcus*). Si se mantiene el intervalo entre dosis (cada 24 h; cada 48 en casos de insuficiencia renal avanzada) la frecuencia de aparición de efectos adversos es muy baja. La dosificación en monodosis diaria y la no necesidad de monitorizar niveles plasmáticos facilita su uso por Unidades de Hospitalización a Domicilio u Hospitales de Día, constituyéndose en una alternativa cómoda y segura a los tratamientos disponibles hasta ahora basados en glucopéptidos o antimicrobianos de administración múltiple diaria.

## A-130

**NOCARDIOSIS. SERIE DE 11 CASOS**

N. Escamilla<sup>1</sup>, A. Sollet<sup>1</sup>, A. Duca<sup>1</sup>, C. Minguito<sup>1</sup>, T. Álvarez de Espejo<sup>1</sup>, C. Pérez<sup>1</sup>, A. Ramos<sup>1</sup> e I. Sánchez-Romero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Los pacientes con afectación de la inmunidad celular, como infectados por VIH, trasplantados y portadores de neoplasias linfoproliferativas se están incrementando en los últimos años en nuestro medio. Las infecciones por *Nocardia* suelen afectar a pacientes con deterioro inmunitario celular y se acompañan de una mortalidad elevada. El objetivo del estudio fue conocer las características clínicas de los casos de nocardiosis en un hospital universitario con actividad trasplantadora.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos de nocardiosis diagnosticados en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid desde enero de 1995 a abril de 2008.

**Resultados.** Durante el período analizado se diagnosticaron 11 casos (0.56 casos por 10.000 ingresos). La edad mediana fue de 60 años (rango 32-96). Todos los casos (100%) fueron varones. Nueve pacientes presentaban afectación pulmonar (81%), uno cutánea (9%) y otro diseminada (9%). Hubo 10 pacientes (91%) con formas localizadas y un caso (9%) de enfermedad diseminada. Sólo un paciente (9%) era inmunocompetente. Ocho pacientes (72%) eran portadores de un trasplante de órgano sólido o de médula ósea, uno estaba infectado por VIH (9%) y otro (9%) recibía dosis elevadas de corticoides. Ningún paciente recibía profilaxis con cotrimoxazol. Siete pacientes (63,6%) fueron tratados con cotrimoxazol, dos pacientes (18,2%) en asociación con otro antimicrobiano. Nueve pacientes (81,8%) recibieron tratamiento entre 3-6 meses, y uno (9%) 12 meses. Se detectó recidiva sólo en un caso (9%) y dos (18%) fallecieron por progresión de la enfermedad.

**Conclusiones.** La nocardiosis es una infección infrecuente pero que se acompaña de una elevada mortalidad. La mayoría de los casos ocurrieron en la población trasplantada. La ausencia de tratamiento preventivo con cotrimoxazol podría incrementar el riesgo de padecer esta infección.

## A-131

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON MENINGITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

E. Mayor Toranzo<sup>1</sup>, I. Fernández Galante<sup>1</sup>, C. Hinojosa Mena-Bernal<sup>2</sup>, I. González Guilabert<sup>2</sup>, M. Del Pozo<sup>2</sup>, M. Muñoz Moreno<sup>3</sup> y E. González Sarmiento<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna- Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>4</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina. Valladolid.

**Objetivos.** Determinar las características de los pacientes ingresados por meningitis en un Hospital de Tercer Nivel. Conocer la praxis médica para mejorar el manejo del paciente.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de meningitis diagnosticados durante el período de enero de 2006 a junio de 2008 en la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se incluyeron en el estudio 39 pacientes, a través de los informes del alta, y todos los datos (edad, sexo, días de estancia, factores predisponentes, manifestaciones clínicas, datos analíticos, tratamiento, exitus...) se recogieron en una ficha preelaborada según las guías clínicas.

**Resultados.** El 51,3% eran hombres (edad media de 45,55 ± 22,70 años) y el 48,7% mujeres (61 ± 22,95 años de media). El factor predisponente más prevalente con el 23,1% era la infección ORL, seguida de la inmunosupresión con un 20,5%, de los cuales el 17,9% tomaban tratamiento corticoideo. La manifestación clínica más frecuente en el momento del ingreso fue la fiebre con un 79,5% (31 pacientes), seguida de la focalidad neurológica en un 71,8% (28 pacientes), meningismo en un 41%, náuseas y vómitos en un 10,3%. El germen más frecuente fue el *Micobacterium Tuberculosis*

(10,3%), seguida de la *Listeria Monocytogenes* (7,7%), y *Neisseria Meningitidis* y *Virus Herpes* (5,1%) y *Streptococco Pneumoniae* (2,6%). El 56,4% de los casos no se pudo determinar el microorganismo responsable. El 35,9% de los pacientes presentaban proteína C reactiva elevada y hasta en un 41% no fue determinada. El 17,9% presentaban hemocultivos positivos y en el 56,4% no se determinó. El tratamiento más empleado en el momento del ingreso fue antivírico con un 48,7% y posteriormente la combinación de penicilina + cefalosporina + glucopéptido (35,9%). La estancia media fue de  $14,13 \pm 13,51$  días y la época del año con mayor frecuencia de ingresos fueron los 6 primeros meses. El 10,3% de los pacientes requirió traslado a la unidad de cuidados intensivos. El 7,7% de los pacientes fueron exitos.

**Conclusiones.** La infección ORL y la inmunosupresión son los dos factores predisponentes más importantes encontrados en nuestra muestra. La fiebre junto con la focalidad neurológica y el meningismo las manifestaciones más usuales. Destaca las insuficientes determinaciones realizadas de reactantes de fase aguda y hemocultivos. El tratamiento más frecuente en el momento del ingreso fue a base de antivíricos y de la combinación de penicilina+cefalosporina+glucopéptido. La mortalidad fue de 7,7%.

#### A-132 INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL DURANTE EL AÑO 2007

M. Sidahi<sup>1</sup>, P. Calderón<sup>1</sup>, M. Mañas<sup>1</sup>, E. Marchan<sup>1</sup>, E. Puga<sup>1</sup>, D. Bellido<sup>1</sup>, J. Martínez<sup>2</sup> y J. González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y el tratamiento de los pacientes con toxina de clostridium positiva en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2007.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo en un hospital de segundo nivel con 650 camas en el que se incluyeron análisis de pacientes con toxina de *Clostridium* positiva en heces durante el año 2007. La técnica de detección de toxina utilizada fue el ELISA. Se elaboró un protocolo de recogida de datos, registrando información sobre sexo, edad, tiempo de hospitalización, factores de riesgo para la infección por *Clostridium difficile*, clínica y tratamiento utilizado en cada caso.

**Resultados.** Se recogieron 20 casos con toxina de *Clostridium* positiva. La incidencia fue de 1,28 por 1000 ingresos. La edad media fue de  $71,50 \pm 12,19$  años, sin diferencias significativas por sexo, con un 55% de hombres y un 45% de mujeres, y con una estancia media de 24,18 días (5-59 días). Los factores de riesgo más frecuentes en nuestra muestra fueron el tratamiento antibiótico previo en un 85% de los casos, la edad mayor de 65 años en el 80% y la hospitalización previa y cirugía con un 45% de los casos. En los pacientes con antecedentes de tratamiento antibiótico el grupo más representativo fueron las Fluorquinolonas, solas o asociadas a otro grupo, y de ellas el fármaco más utilizado fue el Levofloxacino, en 6 de los 10 pacientes que habían sido tratados con Fluorquinolonas. Con respecto a la clínica el 100% presentó diarrea aguda, un 40% dolor abdominal, un 30% presentó fiebre y un 10% distensión abdominal. En la analítica se objetivó leucocitosis en el 40% y alteraciones electrolíticas en un 30%. La colonoscopia fue diagnóstica en todos los casos que se indicó su realización. En el manejo de la diarrea precisaron tratamiento médico en el 85% de los casos, de los cuales 16 de los pacientes fueron tratados con Metronidazol. En el 15% restante, dos de los pacientes tuvieron buena evolución con suspensión de la antibioterapia previa, y otro paciente falleció debido a su patología de base. El tiempo medio de respuesta fue de  $6,62 \pm 6,02$  días, y en dos de los pacientes hubo recidiva a los 5 y 7 días de finalizar el tratamiento con Metronidazol.

**Discusión.** El *Clostridium difficile* es una de las principales causas de diarrea asociada al uso de antibióticos y por tanto de infección nosocomial. La incidencia ha aumentado desde el año 2000, debido al uso de antibióticos de amplio espectro, terapias de mayor duración y combinadas. En la literatura publicada en España sobre el tema se

recoge una incidencia de 1,3-2,6 por 1000 ingresos, similar a la de nuestra muestra. El porcentaje de portadores en pacientes hospitalizados se estima entre un 20%-50%, en adultos sanos constituye un 3%, por lo que es imprescindible el control de los contactos hospitalarios así como el aislamiento de los casos confirmados. El gold Standar para la detección de toxina es el ensayo de citotoxicidad celular, es poco utilizada por su complejidad y dificultad para acceder a ella. En nuestro centro el análisis se hace con ELISA, se está estudiando sustituir la técnica por el alto porcentaje de falsos negativos secundarios a su baja sensibilidad (60-85%). La forma de presentación habitual es la diarrea sin productos patológicos. La presencia de pseudomembranas en mucosa colónica es menos frecuente, el megacolon tóxico y la perforación intestinal son excepcionales. En cuanto al tratamiento, las formas leves se pueden manejar de con la suspensión del antibiótico responsable. En los cuadros más graves y en los casos en los que no sea posible suspender el antibiótico el tratamiento de elección es el Metronidazol 500 mg/v. O./8 h o Vancomicina 125 mg/v. O./6h. No se ha demostrado mayor efectividad de uno de ellos.

#### A-133 VALOR DE LOS ÍNDICES SEROLÓGICOS APRI Y FORNS EN LA ESTIMACIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA EN MONOINFECTADOS POR VIRUS C Y COINFECTADOS VHC/VIH

L. Ferreira González, A. Castro Iglesias, M. Trigás Ferrín, L. Bello Rodríguez, P. Vázquez Rodríguez, S. López Calvo, J. Balañas Bueno y J. Pedreira Andrade.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Valorar la eficacia de los índices serológicos APRI y Forns para predecir fibrosis significativa en pacientes con hepatitis crónica por VHC. Evaluar si su aplicación permite disminuir la necesidad de biopsia hepática en los pacientes moínfectados y coinfectados por el VIH.

**Material y métodos.** Se analizó retrospectivamente una muestra de 69 pacientes (37 monoínfectados/32 coinfectados), seguidos en una consulta específica hospitalaria, a los que se realizó biopsia hepática entre noviembre-00 y julio-05, para valoración del grado de fibrosis e indicación de tratamiento antiviral. El grado de fibrosis histológicamente se calculó por la escala METAVIR (F0-F1 = fibrosis leve; F2-F4 = fibrosis severa). Se recogieron los parámetros de laboratorio cercanos a la biopsia, que permitieron el cálculo de la fórmula de Forns y APRI. Se establecieron los puntos de corte correspondientes a fibrosis significativa cuando índice APRI > 1.5 o índice de Forns > 6.9 y fibrosis leve con índice APRI < 0.5 e índice de Forns < 4.2. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 par Windows. La precisión de los índices para el diagnóstico de fibrosis significativa o leve se evaluó estimando la sensibilidad (S), especificidad (E), VPN y VPP y calculando el área bajo la curva ROC para los diferentes test.

**Resultados.** Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, observamos que existe un mayor porcentaje de fibrosis severa y cirrosis en los pacientes coinfectados (50% frente a 24,3% y 2.7 frente a 12,5% respectivamente). Al analizar la relación entre los parámetros bioquímicos y el grado de fibrosis severa, se obtuvieron diferencias significativas en las cifras de GGT (p = 0.002), FA (p = 0,001), plaquetas (p = 0.002) y TP (p = 0.007). La longitud media de los cilindros de biopsia hepática fue de 1.6 cm (mediana 1.50) que cumple con el tamaño mínimo requerido. Se calculó el coeficiente Kappa como medida del grado de concordancia entre los dos índices siendo de 0.220, lo que sugiere una escasa concordancia entre ambos test serológicos para la estimación de fibrosis. La S del índice de APRI en la estimación de fibrosis severa fue del 50% en monoínfectados y 33,3% en coinfectados, con un VPN de 61,9% y 80,6% respectivamente. Para fibrosis leve la S fue del 37,5% en monoínfectados y 46,4% en coinfectados, con un VPN de 58,3% y 25% respectivamente. El área bajo la curva ROC para el modelo APRI fue en monoínfectados de 0.679 (0.468-0.890) y en coinfectados 0.711 (0.533-0.889). Respecto al índice de Forns, la S para fibrosis severa fue de 56,3% en monoínfectados y 11,1% en coinfectados.

tados, con un VPN de 63,2% y 77,1% respectivamente. Para fibrosis leve la S fue del 31,3% en mono infectados y 57,1% en coinfectados, con un VPN de 56% y 36,8% respectivamente. El área bajo la curva ROC para el modelo Forns fue de 0.790 (0.627-0.953) en mono infectados y 0.750 (0.579-0.921) en coinfectados.

**Discusión.** La biopsia hepática está considerada como el gold standard para la estimación de fibrosis puesto que permite predecir el pronóstico y establecer la indicación de tratamiento antiviral en los pacientes con hepatopatía crónica por VHC. Se trata de una técnica con importante variabilidad interobservador e invasiva y por tanto, costosa y no exenta de complicaciones. En este estudio intentamos validar los índices de APRI y Forns para la estimación de fibrosis hepática. Los resultados que obtenemos en ambos grupos de pacientes para los valores de S, E, VPN y VPP son muy dispares, observando sensibilidades excesivamente bajas de hasta el 11,1% y valores predictivos negativos que no se acercan al estándar de calidad (VPN > 85%) en ninguno de los grupos analizados.

**Conclusiones.** La prevalencia de fibrosis hepática severa y cirrosis es mayor en los pacientes coinfectados por VHC/VIH. Para la estimación de fibrosis hepática no encontramos una buena correlación entre los índices serológicos APRI y Forns y, a la vista de nuestros resultados, no podemos confirmar la validez de estos índices como sustitutos de la histología en pacientes mono infectados ni coinfectados por VIH.

#### A-134

##### **INFECCION POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE (MRSA) A NIVEL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO EN NUESTRA REGIÓN HOSPITALARIA**

**S. Iftimie<sup>1</sup>, A. Castro<sup>1</sup>, M. Brianzo<sup>2</sup>, G. Herrera<sup>2</sup>, A. Almazan<sup>1</sup>, F. Ballester<sup>3</sup>, I. Pujol<sup>3</sup> y P. Sarda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermeras del Grupo de Control de Infecciones, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Conocer la infección por MRSA de las distintas áreas que pertenecen a nuestro servicio de microbiología, en los últimos dos años. Su análisis nos ayuda a conocer las tendencias en años sucesivos, permitiéndonos una mejora de nuestra calidad asistencial.

**Material y métodos.** Nuestro hospital tiene 300 camas. En el año 2006 el laboratorio de microbiología de nuestro hospital informo de la presencia de MRSA en 36 mujeres y en 62 hombres, de los cuales, 47,9% de muestras proceden de los ambulatorios, 22,1% de la unidad intrahospitalaria de sociosanitario y convalecencia, 28% de las plantas de hospitalización; 21,7% de los cultivos positivos son cultivos de úlceras, 35,2% cultivos de esputo, 22,7% cultivos de frotis nasales, resto de 20,4% miscelánea. En el año 2007 informaron de la presencia de MRSA en 27 mujeres y 42 hombres, de los cuales, 39,1% de muestras provienen de los ambulatorios, 23,2% de la unidad intrahospitalaria de convalecencia, 37,7% de las plantas de hospitalización; 17,2% de los cultivos positivos son cultivos de úlceras, 35,9% cultivos de esputo, 8,4% cultivos de frotis nasales, resto de 38,5% miscelánea. Dentro de los fármacos estudiados, en las antibiogramas se observaron resistencias a la Gentamicina en el año 2006 de 30,2% y en 2007 de 14,5%; para Clindamicina en 2006 de 38,5% y en 2007 de 30,4%, para Rifampicina en 2006 de 14,6% y en 2007 de 5,8%, para Ciprofloxacino en 2006 de 96,9% y en 2007 de 94,2%, para Mupirocina en 2006 de 1% y en 2007 de 1,4%. No se han observado resistencias para Cotrimoxazol, Vancomicina, Linezolid.

**Resultados.** La mayoría de los cultivos positivos por este patógeno proceden de cultivos de esputo y cultivos de úlceras en pacientes en periodos de convalecencia, ambulatorios o en unidades de curas paliativas. Dentro de los servicios intrahospitalarios se observa el mayor porcentaje de cultivos positivos en el servicio de medicina interna en 2006 de 12,5% y en 2007 de 11,5%.

**Discusión.** Se observa una disminución del número de MARSAs en el año 2007 como resultado de la estrecha vigilancia de la infección, aislamiento y tratamiento de los portadores de MRSA. Las resistencias farmacológicas estudiadas en nuestro hospital son similares a las descritas en la literatura.

**Conclusiones.** La procedencia de Unidades de cuidados paliativos

debe alertar a los hospitales referentes de la necesidad de tomar medidas encaminadas al control de infecciones por microorganismos multiresistentes. Los equipos de control de infección, conocedores de la situación del MRSA en cada centro, tendrían que considerar la puesta en marcha o de la modificación de las medidas de control que se consideren oportunas.

#### A-135

##### **INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PORTADORES DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEAS)**

**S. Iftimie<sup>1</sup>, A. Castro<sup>1</sup>, M. Brianzo<sup>2</sup>, G. Herrera<sup>2</sup>, A. Almazan<sup>1</sup>, F. Ballester<sup>3</sup>, I. Pujol<sup>3</sup> y P. Sarda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermeras del Grupo de Control de Infecciones, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Analizar la presencia de BLEAs en las distintas áreas del hospital y los patrones de sensibilidad de estos patógenos estudiados en nuestro laboratorio de microbiología.

**Material y métodos.** El laboratorio de microbiología de nuestro hospital (de 300 camas) aisló en el año 2006: cultivos positivos para BLEAs, en 136 pacientes, con una media de edad de 74 años. 50,7% de los pacientes son mujeres, 49,3% son hombres. 58,1% de cultivos se realizaron en ambulatorios y en urgencias, en 41,9% en pacientes ingresados, 74,3% de los cultivos positivos son de orina. De las BLEAs aisladas, 119 son *Escherichia coli*, 11 son *Klebsiella Oxytoca*, 6 son *Klebsiella pneumoniae*. En el año 2007 se aislaron en 110 pacientes cultivos positivos para BLEAs, 51,7% de cultivos se realizaron en ambulatorios y en urgencias y 48,3% de origen nosocomial. La media de edad de los pacientes es de 72 años, 50% son mujeres y 50% son hombres. De las BLEAs: 100 son *Escherichia coli*, 5 son *Klebsiella*, 3 son *Klebsiella pneumoniae*, 1 es *Citrobacter*, 1 es *Salmonella*. Se realizaron antibiogramas para cada germen aislado. En el año 2006 se observo resistencia a Cotrimoxazol en 62,5% de casos y en 2007 de 63,6%, para Amoxicilina-clavulanico en 2006 de 30,9% y en 2007 de 26,4%, para Piperacilina tazobactam en 2006 de 12,9% y en 2007 de 7,3%, para Imipenem en 2006 de 1,4% y en 2007 de 0,9%, para Gentamicina en 2006 de 10,8% y en 2007 de 15,5%, para Amikacina en 2006 de 5% y en 2007 de 1,8% de casos.

**Resultados.** La mayoría de las cepas de BLEAs se aíslan en orina, en pacientes de edad avanzada, sin diferencia entre hombres o mujeres y proceden de cultivos realizados en los ambulatorios y en la planta de Medicina Interna. Un importante porcentaje de las cepas fueron de origen extrahospitalario. Estas manifiestan baja sensibilidad a gran cantidad de antibióticos, lo que dificulta su manejo. El Imipenem, la Amikacina y la Piperacilina tazobactam tienen las tasas más bajas de resistencia, las resistencias antibióticas observadas en nuestro hospital son similares a las descritas en la literatura.

**Discusión.** Las infecciones representan un importante problema de salud pública por su morbimortalidad y por las implicaciones económicas para el sistema sanitario, la resistencia a los antibióticos es un aspecto de gran repercusión en salud pública.

**Conclusiones.** La detección rápida en los laboratorios clínicos es esencial para el rápido reconocimiento de organismos con múltiples resistencias antibióticas, para minimizar la propagación de estas bacterias y ayudar de encontrar los antibióticos apropiados.

#### A-136

##### **PALUDISMO IMPORTADO EN UN HOSPITAL COMARCAL: LAS NUEVAS-ANTIGUAS ENFERMEDADES**

**A. Gómez, C. Soler, E. De Cendra, C. Clemente y J. Colomer**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial Santa Caterina. Salt (Girona).

**Objetivos.** En los últimos años se ha producido un importante aumento de los casos de paludismo en nuestro país debido a los viajes internacionales y sobretodo debido a la creciente inmigración



procedente de áreas endémicas. Destaca la situación de nuestro Hospital Comarcal en un área de elevada inmigración de procedencia de regiones subsaharianas. La finalidad del presente estudio es valorar las características de estos pacientes e identificar los motivos de este incremento.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se han recogido los datos epidemiológicos de todos los pacientes diagnosticados de paludismo en nuestro hospital entre los años 2000 y 2007.

**Resultados.** Entre 2000 y 2007 se recogieron 62 casos de malaria, con una edad media entre los pacientes de 28 años. La distribución por sexos fue de 74% hombres y 26% mujeres. Más de la mitad refería no haber tomado profilaxis y un 5% de pacientes haberla tomado de forma incompleta o inadecuada. Destaca un 20% de pacientes que habían tomado profilaxis de forma correcta a pesar de la cual contrajeron la enfermedad. Los países de adquisición fueron africanos en el 90% de los casos. De los pacientes nacidos en España cabe decir que 8 de ellos (13%) eran hijos de inmigrantes. En total el número de pacientes nacidos en África o hijos de africanos ascendió a 52 lo que corresponde a un 84% de los afectados. Los españoles viajeros, no descendientes de africanos, que contrajeron paludismo fueron 7 personas de los cuales solo 3 habían tomado quimioprofilaxis de forma correcta. El motivo del viaje fue turismo en el 13% casos y inmigrantes recién llegados o por visita a familiares en el 87%. En relación a los países más frecuentados predominó claramente el *Plasmodium falciparum* en un 85%. Los paludismos debidos a *plasmodium vivax* procedieron de Centro y Sudamérica, un caso de Egipto y un paciente natural de Gambia con poliparasitismo de *falciparum* y *ovale*. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico osciló entre 1 y 20 días, exceptuando un caso que no consultó hasta haber pasado 2 meses ya que esperó al retorno para ser visitado. Análiticamente destacó, como era de esperar, la trombopenia (< 150.000 plaquetas) en el 68% casos siendo moderada-severa (< 100.000 plaquetas) en el 48% de ellos. También detectamos anemia (Hb < 13 mg/dl) en un 48%, aunque severa (Hb < 7 mg/dl) solamente en un 11% de pacientes. Como complicaciones importantes hubo dos paludismos cerebrales en niños; uno de ellos curso además con EAP y anemia severa. La mortalidad fue de 1 único paciente, de edad avanzada y con comorbilidad importante.

**Conclusiones.** El paludismo ha resurgido en nuestro medio debido a los viajes internacionales, pero sobretudo debido a la inmigración. Los inmigrantes de zonas endémicas que viven en Europa son los que más riesgo tienen de adquirir malaria durante los viajes a sus países de origen, ya que suelen viajar durante más tiempo que el resto de viajeros y lo hacen a zonas y en condiciones de más riesgo. En nuestro Hospital con una área de influencia donde reside un alto porcentaje de inmigración que proviene del África hay un importante predominio de paludismo por *pl falciparum*. La mayoría de los africanos no habían tomado profilaxis o la habían realizado de forma incorrecta. Cabe destacar que todos los niños descendientes de africanos pero nacidos en Cataluña habían pasado por un centro de vacunaciones internacionales donde se les proporcionó la profilaxis a pesar de lo cual solamente dos de ellos la tomaron. En los últimos años se han incrementado los casos de paludismo entre segundas generaciones de inmigrantes, por lo que se debe extremar las precauciones, especialmente entre los menores de 5 años de edad, ya que en esta etapa la gravedad de la enfermedad es mayor. Probablemente debemos hacer más campañas informativas para los viajeros, pero sobretudo entre la población africana, incidiendo especialmente en la importancia de la quimioprofilaxis, puesto que muchos de ellos no son conscientes de la posibilidad de transmisión. Es importante que los profesionales que trabajan en zonas de mucha inmigración, como la nuestra, estén bien formados y sensibilizados para hacer la sospecha clínica y evitar la demora en un diagnóstico que puede ser grave e incluso mortal.

#### A-137

#### BACTERIEMIA POR *STREPTOCOCCUS BOVIS*: ASOCIACIONES CLÍNICAS EN UNA SERIE RETROSPECTIVA DE 46 PACIENTES

M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, J. Llenas García<sup>1</sup>, L. Caurcel Díaz<sup>1</sup>, J. Vila Santos<sup>1</sup>, J. Villar Silva<sup>2</sup>, F. Sanz Sanz<sup>2</sup> y J. Guerra Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Departamento de Microbiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La asociación entre la bacteriemia por *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) y la presencia de enfermedad neoplásica de tracto digestivo se encuentra ampliamente documentada en la literatura. Sin embargo, la relación de esta bacteriemia con otras entidades, tales como la patología bilio-digestiva benigna o la hepatopatía crónica, ha recibido menos atención a pesar de su mayor prevalencia en series recientes. Pretendemos analizar las características clínicas y evolutivas de la bacteriemia por *S. bovis* en nuestro medio.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los episodios de bacteriemia por *S. bovis* documentados en el Hospital Universitario "12 de Octubre" de Madrid en el período comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de mayo de 2008. Los casos fueron captados a través de la base de datos del Departamento de Microbiología, procediéndose posteriormente a la revisión de sus historias clínicas y estudios microbiológicos.

**Resultados.** Encontramos un total de 46 pacientes con bacteriemia por *S. bovis* en el período de estudio. De estos, 3 neonatos fueron excluidos del análisis, centrado por tanto en los 43 adultos restantes [22 varones (51,2%); edad media: 69,6 ± 14,7 años]. Determinamos los siguientes factores predisponentes para el desarrollo de bacteriemia: diabetes mellitus (25,6%); insuficiencia renal crónica (9,3%); inmunosupresión (30,2%) (incluyendo trasplante renal, quimioterapia, tratamiento corticoideo prolongado y pancitopenia en 2 pacientes cada uno; y trasplante hepático en un caso); y previa (27,9%) (adenocarcinoma de próstata, carcinoma urotelial y neoplasia hematológica en 2 casos cada uno; adenocarcinoma de colon en un paciente; y otras localizaciones en 5 casos). En 14 pacientes (32,5%) existía algún tipo de valvulopatía predisponente, siendo 5 de ellos portadores de prótesis neoplasia valvular. En 16 casos (37,2%) se recogió el antecedente de hepatopatía crónica (evolucionada a cirrosis en 11 de ellos), de etiología predominante por virus de la hepatitis C (11 pacientes). En 19 pacientes (44,2%) la bacteriemia fue polimicrobiana. El estudio durante el ingreso en el que se documentó el episodio de bacteriemia (o a lo largo de los 6 meses siguientes) comprendió la realización de ecocardiograma transtorácico en 23 pacientes (completado con estudio trasesofágico en 14), gastroscopia en 7 pacientes, colonoscopia en 22 pacientes, y exploraciones digestivas con contraste baritado en 5 pacientes. Se llegó al diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) en 12 casos (27,9%) (naturaleza protésica tardía en 4 de ellos); la localización más frecuente fue la aórtica (6 pacientes), y su tratamiento requirió cirugía en 5 de ellos. Diez pacientes (23,2%) presentaron patología biliar complicada (colangitis en 7 casos, colecistitis en 2, y coledocolitiasis en uno). Siete pacientes fueron diagnosticados de enfermedad diverticular de colon, mientras que en 18 casos se hallaron pólipos en el estudio digestivo. A raíz del episodio de bacteriemia se alcanzó el diagnóstico de enfermedad neoplásica en 7 pacientes (16,3%), 6 de los cuales presentaron adenocarcinoma colorrectal (4 de ellos de naturaleza "in situ") y el restante, un carcinoma hepatocelular.

**Discusión.** La asociación entre la bacteriemia por *S. bovis* y la enfermedad neoplásica, si bien de notable relevancia pronóstica, es menos frecuente que la establecida con diversas formas de patología digestiva benigna, en especial la hepatopatía crónica. Llama la atención el escaso porcentaje de pacientes en nuestra serie que fueron sometidos a un estudio ecocardiográfico y digestivo completo a fin de excluir la presencia de estas patologías.

**Conclusiones.** Resulta necesario realizar un amplio abordaje diagnóstico en pacientes con bacteriemia documentada por *S. bovis*, particularmente si asocian factores predisponentes para su desarrollo, a fin de detectar diversas comorbilidades subyacentes que pueden comportar gran relevancia clínica.

### A-138 BACTERIEMIAS POR *S. AUREUS* METICILIN SENSIBLE EN PORTADORES DE CATÉTER DE DIÁLISIS

L. Lozano<sup>1</sup>, E. Calbo<sup>1</sup>, M. Xercavins<sup>2</sup>, M. Riera<sup>3</sup>  
y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología,  
<sup>3</sup>Unidad de Control de la Infección Nosocomial. Hospital Mútua  
de Terrasa. Terrassa (Barcelona).

**Objetivos.** Las infecciones intravasculares relacionadas con catéter en pacientes en diálisis son una causa importante de morbilidad y mortalidad. *S. aureus* es uno de los agentes causales más frecuentemente identificados. La vancomicina se usa comúnmente por su fácil dosificación pero se ha demostrado inferior a los betalactámicos en el tratamiento de la bacteriemia por *S. aureus*. No obstante se desconoce la dosificación óptima de cloxacilina en los pacientes en diálisis. El objetivo de nuestro estudio fue describir los resultados del tratamiento de las bacteriemias por *S. aureus* meticilin sensible (MSSA) en pacientes en diálisis portadores de catéter tratados con cloxacilina.

**Material y métodos.** Es un estudio retrospectivo observacional desde 1988 a 2007. Los pacientes se identificaron a través del registro del Laboratorio de Microbiología. Se incluyeron todos los pacientes en diálisis a través de catéter con un aislamiento de MSSA en un set de hemocultivos que recibieron cloxacilina como tratamiento definitivo de su bacteriemia. Se recogieron variables demográficas, la presencia de comorbilidades medida mediante el índice de Charlson, presentación clínica, gravedad, recurrencias, complicaciones, mortalidad, tipo de catéter, necesidad de cirugía, dosis diaria de cloxacilina y duración del tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron 20 episodios en 17 pacientes (14 hombres y 3 mujeres), con una edad media de 58 años y un Charlson medio de 6,3. En el momento del diagnóstico, 16 presentaron fiebre (80%), 5 (25%) signos flogóticos en el punto de inserción de la vía, 5 supuración (25%) y 2 shock (10%). Once catéteres eran tunelizados y 9 no tunelizados. Se retiraron 17 (85%) catéteres tras el diagnóstico de la bacteriemia. Los catéteres que presentaban signos flogóticos o supuración fueron retirados. Los pacientes recibieron tratamiento antibiótico un promedio de 31,25 días (rango 3-45). La cloxacilina se administró una media de 19,7 días (rango 2-42) con una dosis media de 6,5 g/día (rango 3-8 g/día). De los 17 pacientes en que se retiró el catéter en el momento del diagnóstico de la bacteriemia, en dos casos se diagnosticó endocarditis, fueron tratados 28 y 30 días y ambos se consideraron curados. En los pacientes en los que se retiró el catéter la curación fue del 76,4% (13/17 episodios). Los 4/17 fracasos terapéuticos se atribuyeron en 2 ocasiones a la presencia de trombosis asociada al catéter tratadas con una pauta a nuestro entender corta de 14 días de cloxacilina. Un caso fue exitus al sexto día de tratamiento. El paciente restante fue considerado un fracaso verdadero ya que se diagnosticó de una trombosis asociada al catéter, recibió 28 días de cloxacilina y recurrió 4 días después de finalizar el tratamiento. En tres episodios no se retiró el catéter. De estos 1 es exitus al tercer día de tratamiento, otro presenta una recurrencia 12 días después de finalizar un tratamiento de 45 días de duración en el contexto de una espondilodiscitis dorsal y el último se curó tras 15 días de tratamiento.

**Conclusiones.** Cloxacilina a razón de 6gr/día parece un tratamiento adecuado de la bacteriemia por MSSA asociada a catéter en el diálisis. El fracaso terapéutico parece asociado a la permanencia del catéter infectado y al tratamiento corto en presencia de trombosis.

### A-140 ENDOCARDITIS POR *STAPHYLOCOCCUS CAPITIS* SOBRE VÁLVULA MITRAL NATIVA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

D. Filella Agullo, I. Marina Clapes, J. López-Contreras  
y M. Gurgui

Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l'  
Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Presentar el caso de una endocarditis sobre válvula mitral nativa por un microorganismo poco habitual en un paciente con valvulopatía previa, y revisión de los casos previos descritos en la literatura.

**Material y métodos.** Varón de 88 años con antecedentes de cardiopatía mitral, insuficiencia renal crónica no filiada, angiodisplasia de colon y adenoma prostático de bajo grado. Consulta por síndrome febril de 1 mes de evolución (hasta 39 °C) con tos no productiva y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo los últimos 10 días; ambulatoriamente había realizado tratamiento con antibiótico que no recordaba. Se realizó radiografía de tórax que no mostró infiltrados y analítica donde destacaba anemia microcítica, recuento leucocitario y fórmula dentro de la normalidad, PCR 71 mg/dL. Se orientó el proceso como infección respiratoria, iniciándose tratamiento con Levofloxacino 500 mg durante 10 días con seguimiento ambulatorio. Inicialmente presentó mejoría clínica, consultando nuevamente al cabo de 1 mes por picos febriles con bacteriemia acompañante y cuadro confusional. Se recogieron hemocultivos seriados (5), que resultaron positivos para *Staphylococcus capitis* sensible a Meticilina y se inició tratamiento con Cloxacilina y Rifampicina. La ETE (ecocardiografía transesofágica) mostró válvula mitral con insuficiencia severa con jet excéntrico dirigido a la pared auricular, vegetación en velo anterior de la válvula mitral y otra móvil, filiforme, en la pared lateral de la aurícula. El paciente presentó una buena evolución con desaparición de la fiebre, aunque presentó clínica de insuficiencia cardíaca que requirió tratamiento deplectivo. La ETE de control mostró persistencia de vegetaciones y rotura parcial de cuerdas secundaria a vegetación en borde libre de valva anterior. Los hemocultivos seriados post-tratamiento fueron negativos, siendo el paciente dado de alta. Realizamos una revisión de la literatura sobre endocarditis por *Staphylococcus capitis* mediante una búsqueda en Pubmed. Se recogieron datos como edad, sexo, cardiopatía previa conocida, válvula o superficie afectada, tratamiento establecido, resistencia a Meticilina y evolución.

**Resultados.** Identificamos en la literatura 14 casos previos de endocarditis o infección de marcapasos causados por *Staphylococcus capitis*. La edad media de presentación fue de 62,9 años (con una desviación estándar de 16,3 años). El 80% de los pacientes son hombres (12/15). 11 pacientes presentaron endocarditis sobre válvula nativa (73,3%), 2 sobre válvula mecánica (13,3%) y otros 2 sobre dispositivo de marcapasos (13,3%). Las superficies afectadas por orden de frecuencia fueron la válvula mitral (7), aórtica (5), tricúspide (1) y dispositivos endovasculares (2). En tres pacientes (20%) fue necesario cirugía cardíaca para recambio valvular y en los dos casos de afectación de los cables del marcapasos, se procedió a su recambio. La mortalidad fue de 2 pacientes (14%), uno con afectación sobre válvula nativa y el otro protésica. 5 de los microorganismos aislados fueron resistentes a Vancomicina, que fue utilizada en 8 pacientes.

**Conclusiones.** *Staphylococcus capitis*, perteneciente al grupo de estafilococos coagulasa negativos, puede ser el agente causal de endocarditis infecciosa e infecciones asociadas a dispositivos de marcapasos. Suele presentar sensibilidad a meticilina, un curso clínico subagudo, con un buen pronóstico bajo tratamiento antibiótico en la mayoría de los casos publicados.

### A-141 FIEBRE Q Y SINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: ¿ASOCIACIÓN O CAUSALIDAD?

C. Soto Abanades, I. Pérez Valero, J. Ríos Blanco,  
I. Méndez, R. Barahona, A. Robles Marhuenda, A. Gil  
Aguado y J. Vázquez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz.  
Madrid.

**Objetivos.** La Coxiella Burnetti es un agente infeccioso es una enfermedad infecciosa causada por la Coxiella Burnetti Q fever is an infectious disease caused by Coxiella burnetti that comprises an acute and a chronic period. The association between Q fever and autoimmune disease, although rare, has been described in the medical literature. We describe two cases of Q fever associated with antiphospholipid antibodies and review the literature.

**Material y métodos.** Para la realización del presente estudio se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada desde 1990 hasta la fecha, recogida por la U. S. National Library of Medicine y publicada en inglés, francés o español. La búsqueda incluyó los términos MESH "Q fever" y "antiphospholipid antibodies" y se

completó mediante búsqueda en texto libre.

**Resultados.** La revisión de la literatura mostró 11 casos relación entre la infección por *Coxiella Burnetti* y la existencia de anticuerpos antifosfolípido. La manifestación más frecuente fue la hepática. Todos los pacientes presentaban alteraciones en las enzimas hepáticas y el 63,6% visceromegalia demostrada ecográficamente. Sin embargo ninguno de los pacientes presentó afectación respiratoria. El 70% de los pacientes presentó alteraciones en la coagulación y el 20% fenómenos trombembólicos. Todos los pacientes presentaron anticuerpos anticardiolipina IgG o IgM a títulos significativos, el 20% un anticoagulante lúpico positivo y anticuerpos anti-B2-GPI en 2 de los 5 casos en que fue analizado. El 27,3% de los pacientes presentaron otros autoanticuerpos positivos. El seguimiento de los pacientes mostró la recuperación completa de todos ellos con terapias específicas y no específicas.

**Conclusiones.** Los resultados observados sugieren que ambas entidades pueden estar relacionadas y que el tratamiento específico de la fiebre Q puede también ser beneficioso para manejar las elevaciones transitorias de anticuerpos antifosfolípido observadas.

#### A-142

### PRONÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE RIESGO

**I. Portales Fernández<sup>1</sup>, D. Narankiewicz<sup>1</sup>, N. Macías Vega<sup>1</sup>, B. Sobrino Díaz<sup>1</sup>, L. Valiente de Santis<sup>1</sup>, A. Plata Cíezar<sup>2</sup>, J. Ruiz Mesa<sup>2</sup> y J. Reguera Iglesias<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** 1. Conocer la evolución y pronóstico de los casos de neutropenia febril (NF) en términos de curación en función de su estratificación de riesgo. 2. Analizar la adecuación de pautas empíricas según riesgo. 3. Determinar la rentabilidad microbiológica de estos casos en nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional que incluye todos los pacientes ingresados por episodio de neutropenia febril (NF) en los servicios de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas durante los últimos 22 meses. Se aplica la escala de riesgo del Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). Realizamos un análisis descriptivo de las variables clínicas, terapéuticas y microbiológicas.

**Resultados.** Se observaron 59 episodios febriles en un total de 54 pacientes (60% son varones y la edad media es de 58,12 ± 15,85) con comorbilidades asociadas en el 45,8% de los casos. El grueso de la muestra estaba en tratamiento quimioterápico por carcinoma de pulmón, mama o colon (57,6%). El principal factor predisponente fue la corticoterapia. Según la escala de riesgo del Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), el 78% de los casos presentaban bajo riesgo de complicaciones graves. Al inicio, la ausencia de focalidad clínica en los casos de bajo riesgo (BR) alcanza el 65,2% (de los que resolverán sin aparecerla el 21,7%) y el 53,8% en los de alto riesgo (AR), ninguno de los cuales desarrolla foco. El tratamiento empírico más utilizado para los casos de alto y bajo riesgo fue cefepime (65,2% y 53,8% en cada grupo, respectivamente) seguido en el primer grupo (BR) de pauta oral con amoxicilina/clavulánico más ciprofloxacino (19,5%). En el grupo de bajo riesgo se modifica la antibioterapia por deterioro del paciente, persistencia de la fiebre o neutropenia mantenida o precoz en el 23,8% de los casos frente al 60% de modificaciones por dicho motivo en el grupo de AR. De los 37 casos de BR que inician terapia parenteral, se simplificó por cumplir criterios del score y estabilidad clínica a pauta oral en 8 casos (el 21,6%). Se toma muestra de hemocultivo en el 84,7% de los casos, mostrando una rentabilidad diagnóstica del 28% y, en concreto, siendo positivo en el 23% de casos BR y en el 45,4% de los casos de AR; el urocultivo se obtiene en el 76,2% de los casos (con positividad para BR del 17,6% y del 27,2% en los casos AR). Se obtiene filiación microbiológica en el 37,3% (34,8% BR y 46,2% para los de AR). Todos los microorganismos aislados fueron sensibles al tratamiento aplicado empíricamente. Los casos que desarrollan sepsis grave son 3 de BR (6,5%) y 1 de AR (7,7%); desarrollan shock séptico un paciente de cada grupo de riesgo (2,2%

BR vs 7,7% AR). Finalmente se logra curación en el 61,5% de casos de AR y en el 91,3% de BR. Se produjeron 2 exitus no relacionados con el episodio de NF en el grupo de BR, y 3 de los 4 fallecimientos producidos en el de AR se relacionaron con el episodio infeccioso.

**Conclusiones.** 1. La curación se logra en el 61,5% de los casos AR y en el 91,3% de los de BR. 2. La pauta oral empírica y como terapia de simplificación parece ser bastante segura. 3. Diagnóstico microbiológico se logra en 37,3% de los casos, siendo el hemocultivo rentable en más de un cuarto de los casos, mucho más en los de AR respecto a los de BR.

#### A-143

### ¿A QUÉ CASOS DE SÍFILIS NOS ENFRENTAMOS? VALORACIÓN EN ÚLTIMOS CINCO AÑOS

**R. Barrera Puertas<sup>1</sup>, Á. Asenjo Mota<sup>1</sup>, M. Velasco Arribas<sup>1</sup>, F. Cavas Valenciano<sup>2</sup>, S. Nistal Juncos<sup>2</sup>, M. Pérez Rueda<sup>1</sup>, R. Hervás Gómez<sup>1</sup> y J. Losa García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Conocer la incidencia y las características de los casos de sífilis de nuestra área sanitaria.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se estudiaron variables de carácter epidemiológico y clínico a través de las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes atendidos en nuestro hospital con prueba reagínica positiva a títulos superiores a 1/4 y prueba treponémica positiva desde enero de 2003 a mayo de 2008 en el área sanitaria del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Esto supone una población de 250.000 habitantes de perfil urbano y rural. Los resultados se analizaron por SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se obtuvieron 57 pacientes con lues, con una edad media de 38,8 años (DS 14,2 años) y fueron varones un 82,5% (n = 47). En cuanto a las características de los pacientes: el 21,1% (12) de los pacientes eran VIH, de los cuales 3 con tratamiento antirretroviral. El 24,6% (14) de los pacientes reconocían mantener relaciones homosexuales; el 68,4% (39) de los pacientes era de origen español; el 35,1% presentaban alguna otra enfermedad de transmisión sexual diferente de VIH. El 31,6% (18) eran de origen extranjero: ninguno en 2003, 2 en 2004, 5 en 2005, 4 en 2006, 6 en 2007. Los casos a lo largo del tiempo estudiado fueron de 9 casos en 2003, 7 en 2004, 16 en 2005, 10 en 2006 y 13 en 2007; sobre la misma población en los 5 años. La incidencia fue de 4,4 pacientes/año/100.000 habitantes. Respecto a la enfermedad, el 31,6% (18) de los pacientes se presentaron con un chancro, es decir, sífilis primaria (83,3 en pene o vulva). El 38,6% (22) de los pacientes presentaba erupción cutánea o sífilis secundaria, predominantemente maculoeritematoso (56%). Hubo 9 pacientes (15,8%) que presentaban afectación del SNC o sífilis terciaria. El resto (8 casos) correspondían a sífilis tardías latentes o indeterminadas. En relación al tratamiento, el 84,2% (48) recibieron tratamiento con penicilina benzatina intramuscular y el 16%, penicilina intravenosa. Tras el inicio, 2 pacientes sufrieron reacción de Jarisch-Herxheimer. En el 62,5% (35) se demostró curación de la enfermedad con la negativización de los títulos de pruebas reagínicas. Se perdió el seguimiento del 22,8% (13) que no se volvieron a realizar serologías. El resto correspondía a pacientes de reciente diagnóstico cuyos títulos permanecían elevados a lo largo del período analizado. Durante el período revisado, un paciente falleció con afectación del SNC tras inicio del tratamiento y con necropsia compatible con infección por *Treponema pallidum* diseminada.

**Conclusiones.** La sífilis está aumentando de una forma muy importante, objetivado en la tendencia creciente en los últimos 5 años, tanto en el grupo de españoles como extranjeros. La incidencia en nuestra población es entre 4-5 casos/año/100.000 hab. Las características clásicas de la sífilis son las habituales descritas en otras series previas de casos. Es llamativa la presencia de 9 pacientes con alteraciones del sistema nervioso central dentro de los 57 casos de sífilis hallados en estos 5 años. Los inmigrantes suponen un importante porcentaje de casos lo que implica que se trata de una población vulnerable sobre la que se podría insistir en las medidas preventivas.



#### A-144 SÍFILIS COMO MARCADOR DE INFECCIÓN POR VIH: COMPARATIVA DURANTE 5 AÑOS

Á. Asenjo Mota<sup>1</sup>, R. Barrena Puertas<sup>1</sup>, M. Velasco Arribas<sup>1</sup>,  
F. Cavas Valenciano<sup>2</sup>, M. Delgado Yagüe<sup>1</sup>, B. Comeche  
Fernández<sup>1</sup>, C. Guijarro Herraiz<sup>1</sup> y V. Castilla Castellanos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital  
Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Comparar características de la sífilis en las diferentes formas en pacientes con y sin infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

**Material y métodos.** Se estudiaron variables de carácter epidemiológico y clínico en paciente con y sin infección por VIH obtenidas de las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en nuestro hospital con prueba reagínica positiva a títulos superiores a 1/4 y prueba treponémica positiva desde enero de 2003 a mayo de 2008 en el área sanitaria de nuestro hospital. Esto engloba una población de 250.000 habitantes de perfil urbano y rural. Las características de ambos grupos de pacientes fueron comparadas con test paramétricos y no paramétricos (U de Mann-Whitney) en función de la presencia o no de infección por VIH.

**Resultados.** Se obtuvieron 57 pacientes con lues, con una edad media de 38.8 años (DS ± 14.2 años) y fueron varones un 82,5% (n = 47). El 21,1% (12) de los pacientes con sífilis tenían infección por VIH. Todos los pacientes VIH eran hombres, frente al 22% de mujeres (10) en el grupo no-VIH (p = 0.074). El año con mayor número de casos fue 2007 con 5 pacientes (41.7%). Entre los pacientes VIH, 7 estaban asintomáticos (estadío A1) y 1 cumplía criterios de SIDA (Estadio C3). Recibían tratamiento antirretroviral 3 pacientes en el momento del diagnóstico de sífilis. Cuatro pacientes fueron diagnosticados de infección VIH en el mismo mes que de sífilis, uno fue diagnosticado 1 mes antes y 6 (50%) después de la sífilis. Presentaban una media de 496 CD4/mL (DS ± 229) y una carga viral de 873.995/mL en el momento del diagnóstico de sífilis. El número de inmigrantes era similar en ambos grupos: 33.3% (4) en VIH frente a 31.1% (14) en no-VIH. En cuanto a la presentación de sífilis, el grupo VIH tuvo con mayor frecuencia lesiones orales no chancroides chancro 33,3% vs. 4.4%, p = 0,015. Por otro lado, los pacientes VIH presentaban menos chancro (33,3% vs 25%), menos rash cutáneo (33,3% vs. 58.3%), mayor afectación del SNC (25% vs 13.3%), pero sin llegar a la significación estadística. También hubo una mayor proporción otras ETS (50% vs 31.1%); no estadísticamente significativo. Hubo 2 reacciones de Jarisch-Herxheimer; una en cada grupo. El porcentaje de pérdidas de seguimiento fue similar en ambos grupos. Durante el período revisado, se produjo un fallecimiento en una paciente con afectación del sistema nervioso central (confirmado en necropsia) que presentaba serología positiva para VIH al diagnóstico de sífilis terciaria.

**Conclusiones.** La infección luética precede en gran medida al diagnóstico de infección por VIH, por lo que permite diagnosticar pacientes asintomáticos. La sífilis en paciente VIH afecta más a varones, tiene un mayor porcentaje de manifestaciones atípicas. La proporción de pacientes inmigrantes en ambos grupos es similar, a pesar de la elevada proporción de inmigrantes recogidos entre todos los pacientes con sífilis.

#### A-145 BACTERIEMIAS: REVISIÓN DE UN AÑO

A. Jimeno Sáinz<sup>1</sup>, L. Guerrero Navarro<sup>1</sup>, M. Ángel Trivez<sup>2</sup> y  
J. Torcal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Urología, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).

**Objetivos.** 1. Valorar la incidencia de bacteriemia en nuestro hospital. 2. Determinar el origen de la misma. 3. ver las características de los pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. Período de estudio desde enero de 2007 a diciembre de 2007. Criterios de inclusión: paciente > 18 años ingresado en Medicina Interna con diagnóstico al alta de bacteriemia. Criterios de exclusión: síndrome febril sin bacteriemias.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 13 pacientes, con un predominio del sexo masculino (69,2% hombres 9/4). La edad media fue de 69.9 años. El síntoma más frecuente fue la fiebre (100%) seguido de los vómitos y el dolor abdominal. Un paciente en el momento de su ingreso presentó Shock séptico. En 12 de los 13 casos se realizó hemocultivos, siendo el germen más frecuentemente hallado *E. coli* (7 casos) seguido de *S. aureus* (3 casos), un caso de *S. Neumoniae*, *K. pneumoniae* (asociados ambos a neumonía) y otro de salmonellosis. El urocultivo fue solicitado en 3 casos siendo en dos de ellos positivos a *E. coli*. El origen primario de las bacteriemias por *E. coli* fue urinario (en un caso debutó como Shock séptico) y otro caso fue secundario a colangitis. En cuanto a las bacteriemias por *S. aureus* (3 casos) se asociaron a artritis séptica, y patología digestiva (HDA y encefalopatía). Ningún paciente falleció durante su ingreso.

**Discusión.** En nuestro estudio nos sorprende la poca incidencia de bacteriemia en nuestro hospital. Creemos que quizá la incidencia de bacteriemia en nuestra población sea más elevada, y probablemente este porcentaje esté en relación con pacientes vistos en el Servicio de Urgencias que no han ingresado.

**Conclusiones.** 1. En nuestra área no es frecuente las bacteriemias ingresadas. 2. Los gérmenes más frecuentes siguen siendo *E. coli*, seguido de *S. aureus*. 3. En nuestro estudio, no presentaron ningún caso de éxitus.

#### A-146 NEUMONÍA POR LEGIONELLA: REVISIÓN DE 2 AÑOS

A. Jimeno Sáinz<sup>1</sup>, L. Guerrero Navarro<sup>1</sup> y E. Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos y Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).

**Objetivos.** Valorar la incidencia de ingresos por neumonía por *Legionella* en nuestro hospital durante 2 años. Determinar las características epidemiológicas de los pacientes afectos, evolución y tratamiento

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital en un período de 2 años: 2000-2005. Se valoró el predominio de sexo, antecedentes personales, presencia de clínica, diagnóstico tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se obtuvo un total de 8 pacientes, curiosamente todos ellos hombres. La edad media fue de 63 años. Entre los síntomas más frecuentes encontrados fueron la tos (7/8) estando la expectoración y la disnea presentes en 3 casos. En el 100% de los casos se objetivó fiebre y la diarrea sólo se manifestó en un 25% (2 casos). En el 50% de los casos se realizó hemocultivos y en ningún caso existió bacteriemia. El 62% de los casos (5) presentó hipoxemia leve y tan sólo en un caso fue severa. La localización más frecuente fue LSD (0,75%). En dos casos se complicó la neumonía con derrame. En todos los casos el diagnóstico fue por antígeno de legionella positivo, y la serología fue positiva en dos casos. Todos los pacientes recibieron tratamiento con levofloxacino con buena evolución clínica.

**Discusión.** En nuestro estudio nos sorprende la poca incidencia de neumonía por *legionella*. También parece que la sensibilidad para la detección de *Legionella* por antígeno urinario es alta, dado que en todos los casos el diagnóstico se confirmó con dicha técnica. Es de remarcar, que en este estudio en todos los casos la evolución fue favorable.

**Conclusiones.** 1. La neumonía por *Legionella* en nuestra área no es muy frecuente. 2. El antígeno de *Legionella* en orina nos ha permitido el diagnóstico en todos los casos. 3. La evolución con quinolonas de tercera generación ha sido satisfactoria.

#### A-147 NEUMONÍAS EXTRAHOSPITALARIAS: EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN

A. Jimeno Sáinz<sup>1</sup>, L. Guerrero Navarro<sup>1</sup> y F. Yáñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).

**Objetivos.** Valora la incidencia de neumonías extrahospitalarias en un hospital comarcal. 2. Ver las características de la población sobre la que inciden. 3. Evolución de los casos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna cuyo diagnóstico al alta fue de neumonía. Período de un mes (enero 2007).

**Resultados.** Se estudiaron un total de 14 casos, con un predominio de hombres (9/5). La edad media fue de 74 años. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y disnea (7 y 8 casos respectivamente). Sólo en tres casos se recogieron esputos, en uno creció *S. Pneumoniae*, el otro *Ps aeruginosa* y el tercero fue flora normal. En la mitad de los casos se realizó antígeno de neumococo y Legionella que fue negativo. La localización más frecuente fue el LII y en dos casos fue multilobular. El 30,7% (4 casos) de los pacientes presentaban hipoxemia severa. Más del 50% de los casos recibieron tratamiento con levofloxacino y el resto con betalactámicos. Cinco pacientes fallecieron, cuatro de ellos hombres.

**Discusión.** En nuestro estudio, objetivamos una mayor incidencia de neumonías en hombres y mayor predominio a edades superiores a 65 años. También nos ha llamado la atención los pocos esputos recogidos, hemos objetivado que esto ha sido debido a que las características basales de los pacientes impedían la recogida de los mismos. También es remarcable, la negatividad del antígeno en orina de Legionella y neumococo. En nuestro estudio nos hemos inclinado en el tratamiento a administrar quinolonas con acción antineumococo y el resultado ha sido satisfactorio.

**Conclusiones.** En el estudio realizado las neumonías inciden más frecuentemente en hombres que en mujeres. 2. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y disnea. 3. Más del 50% de los casos recibieron tratamiento con quinolonas.

#### A-148

### DESPISTAJE DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TUBERCULOSA: MITO O REALIDAD

**I. Pérez Valero, J. Ríos Blanco, C. Soto Abanades, A. Robles Marhuenda, J. Fraile Vicente, E. Rodríguez, A. Gil Aguado y J. Vázquez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Las últimas recomendaciones de las principales guías de práctica clínica incluyen el despistaje de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todo paciente con enfermedad tuberculosa. Esta intervención que se ha demostrado costo-eficaz, disminuye la morbi-mortalidad de estos pacientes. Pretendemos averiguar el grado de cumplimiento de esta recomendación en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se seleccionaron todos los casos de tuberculosis diagnosticados microbiológicamente en nuestro hospital terciario durante un período de cinco años y se analizó, de forma retrospectiva, a cuantos de ellos se les había realizado algún test diagnóstico de la infección VIH.

**Resultados.** Fueron incluidos en el estudio 493 pacientes con enfermedad tuberculosa. La condición de VIH positivo o VIH negativo solo se documentó en 136 pacientes, lo que supone que se realizó despistaje de la infección VIH en el 27,59% de los pacientes con enfermedad tuberculosa. De ellos, 56 fueron VIH positivos y 80 VIH negativos. Entre los VIH positivos, 31 presentaron una forma clínica exclusivamente pulmonar y 25 una forma extrapulmonar o diseminada. Entre los VIH negativos, 55 presentaron una forma clínica exclusivamente pulmonar y 25 una forma extrapulmonar o diseminada. No se encontraron diferencias en la forma de presentación de la enfermedad tuberculosa en VIH positivos y VIH negativos.

**Discusión.** El CDC en su última guía de manejo de la enfermedad tuberculosa recomienda el despistaje de la infección por el VIH. Esta recomendación se basa en la demostración de un riesgo de muerte cinco veces superior, durante el tratamiento de la tuberculosis en pacientes VIH positivos que en pacientes VIH negativos. A tenor de los resultados de este estudio, en nuestro medio, el cumplimiento de estas recomendaciones es muy bajo y lejos de los estándares de calidad deseables.

**Conclusiones.** Se deben instaurar unas medidas de política sanitaria adecuadas y eficaces para concienciar al colectivo médico sobre la importancia del despistaje de la infección VIH en los pacientes con enfermedad tuberculosa. Estas medidas redundarán sobre una menor

morbi-mortalidad de los pacientes con enfermedad tuberculosa y en una disminución de los costes de tratamiento de estos pacientes.

#### A-149

### EVOLUCIÓN DE LA LEISHMANIOSIS EN LA PROVINCIA DE GUADALAJARA. ESTUDIO DE 22 AÑOS

**A. Guerri Gutiérrez, E. Martín Echevarría, R. Méndez Hernández, D. Bernal, A. Pereira, M. Torralba, I. Domínguez y M. Rodríguez Zapata**

*Servicio de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.*

**Objetivos.** Descripción clínico-epidemiológica de la Leishmaniosis en la provincia de Guadalajara.

**Material y métodos.** Estudio de los casos de Leishmaniosis diagnosticados entre enero de 1985 hasta diciembre de 2007 en el Hospital Universitario de Guadalajara. Se encuentran 61 casos, obteniendo los datos tras la revisión de la historia clínica.

**Resultados.** La Leishmaniosis se presenta principalmente como forma cutánea (LC) en 32 casos (52%) y visceral (LV) en 27 (44%), siendo en los últimos diez años la forma más frecuente con el 90% de los casos (10/11). Afectó a 37 varones y 24 mujeres con predominio en zonas rurales. En el 85% no había antecedentes de picadura de insecto. Clínicamente 42 casos debutaron con fiebre (el 100% de las LV y al 3,2% de LC), síndrome constitucional en el 85% de LV y en el 3,2% de LC. En los casos de LV presentaron adenopatías el 25,9%, hepatomegalia el 77,8%, esplenomegalia el 66,7%, leucopenia y anemia en el 100% (solamente 1 caso sin trombopenia) y en el 85,2% gammapatía policlonal. 17 pacientes presentaban algún tipo de inmunodeficiencia, 11 VIH y 6 en tratamiento inmunosupresor (el 100% LV). En los últimos 10 años ha aumentado la proporción de inmunodeprimidos siendo mayoría los secundarios a fármacos (60%). La IFI se utilizó como prueba diagnóstica en todos los casos a partir del año 1998 con resultado positivo en el 100% de ellos (11/11). Previamente fue utilizada en 8 casos con un 67% de positividad. El diagnóstico de confirmación se realizó por medio de biopsia tanto MO como cutánea, con resultado positivo en el 96% (un caso pendiente de confirmar). La mortalidad relacionada alcanzó un 8,2% (5/61) siendo el 100% VIH.

**Discusión.** La Leishmaniosis es una zoonosis producida por el protozoo Leishmania spp. Se transmite por la picadura de mosquito del género *Phlebotomus* (en el viejo mundo). Se estima que unos 12 millones de personas padecen Leishmaniosis hoy en día y que se distribuye por más de 100 países. En nuestro medio, tanto el VIH como los tratamientos inmunosupresores hacen que sea una patología relevante.

**Conclusiones.** La Leishmaniosis continúa siendo una enfermedad prevalente en nuestro medio. Se asocia a estados de inmunodeficiencia, principalmente VIH, con una tendencia actual a una mayor prevalencia en la secundaria a fármacos. La LV es la forma más frecuente de presentación actualmente por lo que debe englobarse en el diagnóstico diferencial de la fiebre en el paciente inmunodeprimido.

#### A-150

### COLECISTITIS AGUDA E INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR

**I. Mejías Real<sup>1</sup>, R. Tirado Miranda<sup>1</sup>, M. Blanco Negro<sup>2</sup>, F. Ibañez Bermudez<sup>1</sup>, A. Recio Ubeda<sup>3</sup>, C. Serrano Guzmán<sup>3</sup>, I. Muñoz Gamiz<sup>3</sup> y A. Lucena López<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** Valoración de los pacientes ingresados en nuestro hospital con infección por virus de Epstein Barr (VEB), con presentación atípica remediando cuadro de colecistitis aguda.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de los casos de infección por VEB con presentación atípica, que imitaban cuadro de colecistitis aguda, diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 7 años.

**Resultados.** Se han encontrado dos pacientes jóvenes de sexo femenino, con edad inferior a los 40 años, que ingresaron por cuadro clínico de dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración física presentaban fiebre, afectación del estado general y en una de ellas acompañando a la clínica digestiva aparecieron síntomas a nivel faríngeo con odinofagia y punteado petequeal en mucosa palatina. En esa misma paciente se objetivó en relación con tratamiento antibiótico empírico la aparición de un eritema maculopapuloso en tronco y miembros superiores. En la otra paciente la clínica era principalmente digestiva aunque llamaba la atención la fiebre mantenida y postración intensa. En los estudios de laboratorio se objetivó la existencia de leucocitosis con linfocitosis por presencia de linfocitos activados y elevación de enzimas de citolisis hepática, así como hiperbilirrubinemia y aumento de fosfatasa alcalina, todo ello en valores compatibles con hepatitis aguda. La serología resultó positiva para infección aguda por VEB, descartándose otras causas de hepatitis viral. En pruebas de imagen destaca el hallazgo por ecografía abdominal de una vesícula biliar distendida con edema mural difuso, sin objetivarse litiasis biliar o dilatación de vía biliar intra o extrahepática, hallazgos que se confirmaron por colangiografía y que orientaban a colecistitis aguda alitiásica. Las dos pacientes evolucionaron favorablemente sin precisar tratamiento específico salvo el propio de infección por VEB: reposo, dieta, analgesia y antipiréticos. Se revisó a las pacientes al mes del alta hospitalaria habiéndose normalizado completamente los parámetros analíticos de función hepática y los hallazgos ecográficos en vesícula biliar.

**Discusión.** Los hallazgos en vesícula biliar plantearon controversia en el momento del diagnóstico. En la literatura están descritos casos de colecistitis aguda alitiásica secundaria a proceso viral generalmente en relación con virus de la hepatitis A, pero tan sólo hemos encontrado un caso descrito en relación con VEB. Podríamos en nuestras pacientes considerar la afección de la vesícula biliar como secundaria al proceso viral directamente (colecistitis aguda alitiásica viral) o de manera indirecta por inflamación hepática (pseudoinflamación de inflamación vesicular).

**Conclusiones.** Nuestras pacientes fueron diagnosticadas de mononucleosis infecciosa (MI) y hepatitis por VEB con presentación atípica por afectación de vesícula biliar. Esta manifestación atípica de la MI que desde el ingreso hace pensar en un cuadro de colecistitis aguda, puede llevarnos a indicación errónea de cirugía, por lo que debemos mantener un alto índice de sospecha en estos pacientes. No se requiere tratamiento específico como ya hemos comentado, más que el propio de la infección por VEB.

#### **A-152 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON DIAGNÓSTICO DE FILARIOSIS IMPORTADA EN EL PONIENTE ALMERIENSE**

**J. Salas Coronas, J. Vázquez Villegas, T. Cabezas Fernández, I. Cabeza Barrera, M. Soriano Pérez, A. Lozano Serrano y M. Sánchez Benítez de Soto**  
*Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).*

**Objetivos.** Descripción de los casos de filariosis importada atendidos en la consulta de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de filariosis atendidos en la consulta de UMT desde el año 2005. Revisión de historias clínicas y análisis de los datos estadísticos mediante programa informático SSPS. Se contabilizaron un total de 19 pacientes, 4 con filariosis linfática, 14 con *Mansonella perstans* y 1 con coparasitación por *Loa-Loa* y *Mansonella perstans*. La edad media fue de 33 años (13-71), y un tiempo medio de estancia en España de 26,3 meses. 15 (78,9%) fueron varones y 4 mujeres. La procedencia de los pacientes fue Guinea Ecuatorial (n = 7), Guinea Bissau (n = 5), Senegal (n = 5), Gambia (n = 1) y Guinea Conakry (n = 1). 12 pacientes estaban en situación administrativa irregular (63%). Los pacientes fueron remitidos fundamentalmente desde Atención Primaria (n = 6) y Digestivo (n = 4), siendo los motivos de consulta más frecuentes la eosinofilia (26%) y dolor abdominal (21%).

**Resultados.** El diagnóstico de *Mansonella perstans* y *Loa-Loa* se rea-

lizó mediante la visualización directa de las microfilarias con test de Knott. En los casos de filariosis linfática, el diagnóstico se realizó en función de los hallazgos clínicos (elefantiasis con adenomegalias inguinales) y estudios de imagen, siendo en todos los casos el test de Knott negativo. La eosinofilia fue especialmente significativa en los pacientes con *Mansonella perstans* y *Loa-Loa* (1446 Eo/mm<sup>3</sup> [243-4446]), con unos niveles medios de IgE 2916 mg/dl (310-10099). La serología fue positiva en 11 (61%) de los 18 pacientes de los que se dispone del resultado. En 4 pacientes se realizó la PCR de filarias, siendo positiva en 2 (ambas para *Mansonella perstans*) y negativa en otras 2. Los pacientes diagnosticados de filariosis por *Mansonella perstans* fueron tratados con mebendazol durante 30 días, mientras que la filariosis por *Loa-Loa* y filariosis linfática fue tratada con dietilcarbamacina (DEC), descartándose previamente la coinfección por *Onchocerca volvulus*.

**Discusión.** Las enfermedades importadas son una realidad en nuestro medio debido al gran flujo migratorio que se ha producido en España en los últimos años. Algunas enfermedades, como la filariosis linfática, pueden ocasionar importantes deformidades a los pacientes. Es necesario que los profesionales sanitarios tengan conocimientos básicos del diagnóstico y tratamiento de este tipo de patología.

**Conclusiones.** La filariosis importada es una entidad a tener en cuenta en el estudio de la eosinofilia en los pacientes procedentes de países de África subsahariana, fundamentalmente en aquellos con eosinofilia moderada y grave. El test de Knott en la técnica de elección para el diagnóstico de las microfilarias en la parasitación por *Mansonella* y *Loa-Loa*.

#### **A-153 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS ENTRE GESTANTES DE ORIGEN LATINOAMERICANO EN EL HOS- PITAL DE PONIENTE**

**J. Salas Coronas, T. Cabezas Fernández, J. Vázquez Villegas, M. Soriano Pérez, M. Molina Arrebola, I. Cabeza Barrera, A. Lozano Serrano y R. Martín Herrada**  
*Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente (1). El Ejido (Almería).*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de la enfermedad de Chagas en el contexto de un programa de detección de la enfermedad en mujeres gestantes de origen latinoamericano controladas en el Hospital de Poniente.

**Material y métodos.** Se está realizando un estudio de carácter prospectivo desde Mayo del 2007 de diagnóstico de enfermedad de Chagas en todas las mujeres latinoamericanas controladas durante su gestación en el Hospital de Poniente. El diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando existe positividad de dos test serológicos distintos (ELISA e IFI). Esta solicitud se realiza por los facultativos de Ginecología y Obstetricia, con seguimiento posterior de los resultados en la Unidad de Medicina Tropical (UMT). En el caso de positividad de alguna de las muestras de forma aislada, se avisa a la gestante para repetir la determinación. Si se realizara el diagnóstico de la enfermedad, se solicitaría PCR a la gestante y se controlaría de forma estrecha a la madre. Al recién nacido de madre chagásica se realizaría una técnica de diagnóstico directo (microhematocrito modificado de Strout), serología y PCR. En el caso de transmisión congénita, se realizaría tratamiento con benznidazol.

**Resultados.** Sobre un total de 99 gestantes a las que se ha solicitado la serología, en 82 se dispone de datos serológicos. Los países de origen más frecuentes fueron Ecuador (n = 23), Argentina (n = 19), Perú (n = 14), Colombia (n = 13) y Bolivia (n = 10). Ninguna paciente ha sido hasta el momento diagnosticada de la enfermedad. 3 pacientes han presentado positividad aislada a alguno de los test serológicos (2 con IFI positiva, 1 con ELISA positivo). A las tres pacientes se les ha solicitado nueva determinación.

**Discusión.** La importancia de un programa de detección de la enfermedad de Chagas en gestantes radica en que posibilita un diagnóstico precoz de la enfermedad en recién nacido. El tratamiento de la enfermedad en el primer año de vida tiene unas tasas de curación próximas al 100% de los casos. La prevalencia de la enfermedad es variable según el país de origen, pero en algunas regiones de Bolivia,



hasta el 30% de la población se encuentra afectada. Actualmente existe una legislación en España sobre el cribaje de esta enfermedad en los bancos de sangre, pero no hay ninguna norma respecto al riesgo de transmisión vertical.

**Conclusiones.** Los programas de detección de la enfermedad de Chagas en gestantes permiten un diagnóstico y tratamiento precoz en los casos de transmisión vertical, posibilitando en los niños tasas de curación próximas al 100%. La prevalencia de la enfermedad encontrada hasta el momento es menor de la esperada, sobre todo en las pacientes de origen boliviano. Dado el incremento de población inmigrante procedente de zonas endémicas y el riesgo real de transmisión en nuestro país, sería necesario establecer protocolos de diagnóstico de la enfermedad en las mujeres gestantes de origen latinoamericano.

#### A-154

### CIERRE ESTERNAL DIFERIDO TRAS CIRUGÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO Y RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

**A. Arnáiz García<sup>1</sup>, J. Bernal Marco<sup>3</sup>, M. Gutiérrez Cuadra<sup>2</sup>, E. Arnáiz García<sup>3</sup>, D. García Palomo<sup>2</sup>, J. Revuelta Soba<sup>3</sup>, J. González Macías<sup>1</sup> y C. Fariñas Álvarez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** La técnica de cierre esternal diferido (CED) es una herramienta quirúrgica útil en el manejo precoz de todas aquellas situaciones de inestabilidad hemodinámica relacionadas con el cierre de la incisión de esternotomía tras la cirugía cardíaca. Los datos existentes acerca del riesgo de desarrollo de infecciones derivadas de esta técnica son escasos, e inexistentes en el caso de la cirugía de trasplante cardíaco. El objetivo de este estudio fue analizar el riesgo de infección que tras el empleo de CED tiene lugar en los pacientes sometidos a cirugía de trasplante cardíaco en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los casos de cirugía de trasplante cardíaco que precisaron CED entre 1993- 2007. Se recogieron datos acerca de las características de los pacientes, de la cirugía y de las complicaciones que ocurrieron en el postoperatorio. Se excluyen casos no CED y cirugía cardíaca no trasplante.

**Resultados.** Se recogieron datos de 6 (85.7%) varones y 1 (14.3%) mujeres. La edad media fue 61.4 (6.5) años. 4 (57.1%) pacientes tenían un índice de Charlson » 4. El índice ASA fue » 4 en todos los casos. Dos (28.6%) pacientes eran diabéticos. La duración media de la cirugía (SD) fue 426.6 (74.3) minutos. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica prequirúrgica con cefazolina, 43% de ellos durante » 2 días. Las indicaciones de CED fueron: hemorragia incontrolable 4 (57%) y compresión cardíaca 3 (43%). El tiempo medio de esternotomía abierta (SD) fue 1.5 (0.9) días. Entre los pacientes trasplantados sometidos a CED se encontró un caso (14.3%) de infección órgano-espacio (mediastinitis) debida a *S. Epidermidis* y *C. Glabrata* y, ningún caso de infección superficial ni profunda de la herida quirúrgica. Otras infecciones registradas fueron: 5 (71.5%) infecciones respiratorias y 1 (14.3%) bacteriemia asociada a catéter. La estancia hospitalaria media fue 29.7 (29.7) días. Fallecieron 5 (71.4%) pacientes, 2 sin completar el cierre esternal. El fallecimiento se produjo a los 1.6 (0.9) días tras la cirugía. Las causas de muerte fueron: shock cardiogénico 3 (60%), shock séptico 1 (20%) y combinación de ambos 1 (20%).

**Discusión.** La técnica de CED es una herramienta útil en el tratamiento tanto de la hemorragia incoercible como de la disfunción miocárdica grave que frecuentemente aparecen tras la cirugía cardíaca. Los pacientes que precisaron CED formaban parte de un grupo de alto riesgo prequirúrgico. El grupo de pacientes de CED tuvieron mayor riesgo de infección, más frecuentemente del tracto respiratorio (71.4%), pudiendo estar en relación con la mayor morbilidad de base. La elevada mortalidad encontrada tras CED fue debida, sobre todo a complicaciones posquirúrgicas de causa no infecciosa.

**Conclusiones.** El riesgo de infección de la herida quirúrgica en pacientes trasplantados sometidos a CED es escaso. Elevada mortalidad, debida principalmente a complicaciones no infecciosas.

#### A-155

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES CUTÁNEAS QUE MOTIVAN INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**F. Jodar Morente<sup>1</sup>, M. Clements Domínguez<sup>2</sup>, V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, M. Almenara<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>1</sup>, R. Yeste<sup>1</sup>, M. Porras<sup>1</sup> y F. Molina Molina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Jaén.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de 47 casos de infección cutánea como motivo de ingreso principal durante todo el año 2007 en una sección de Medicina Interna. Estadística descriptiva. Programa informático SPSS v.13.

**Resultados.** Edad: inferior a 70 años 35,4%, entre 70 y 75 años 29,5%, 17,7% mayores de 75 años, un 17,6% de edad indeterminada en informe de alta. Una media de 63,5 años con una desviación típica de 16,919 Un 76,5% fueron mujeres. Por localización un 88,2% estuvieron localizados en miembros inferiores, un 6% en miembros superiores y un 11,8% en tórax y abdomen. Como signos clínicos de alarma, se describieron: fiebre en 53% de los casos, dolor en un 82,4% de los casos, alteraciones cutáneas (herida, pus, vesículas) en un 47,1% de los casos, eritema en un 94,1%, aumento de diámetro en un 70,6%, y Homans en un 11,8% de los casos. La VSG tuvo una media de 32,29%, con un 34,01 de desviación típica. La PCR tuvo un valor medio de 59,01, con una desviación típica de 91,01. Ni los valores de leucocitosis ni de dímero de fueron representativos. Se realizó cultivo de secreciones y/o sanguíneo en un 23,5% de los casos, y un doppler en el 35,6% de los casos. En cuanto a la antibioterapia, un 29,4% de los pacientes tomó cloxacilina, un 17,6% tomaron augmentine y levofloxacino, y un 6% otros antibióticos. Un 29,4% tomó vancomicina intravenosa durante su ingreso y fue alta domiciliaria sin antibioterapia. En cuanto a los aislamientos, un 70,6% de los casos no tuvo aislamiento microbiológico. Un 6% se atribuyó a *Staphylococcus* metilicilina resistente, otro 6% a metilicilina sensible y un 17,6% a otros gérmenes (infecciones polimicrobianas, epidermidis, colis, etc.)

**Discusión.** El control de las infecciones, en este caso de las cutáneas, es parte importante de la labor a realizar por parte de un servicio de medicina interna. Revisar la praxis que se lleva a cabo, resolver los puntos conflictivos y mejorar los procedimientos a fin de garantizar la mejor atención posible a los pacientes, hace necesario este tipo de análisis, ya que permiten sacar a luz aspectos mejorables, como en este caso la identificación del germen responsable de la infección que motivó el ingreso, o la toma de cultivos de forma rutinaria, ya que, aunque el manejo de forma empírica puede suponer un ahorro para el sistema, no permite establecer incidencias ni cambios en las sensibilidades que dificulten un posterior manejo en nuestra zona.

**Conclusiones.** No hemos identificado signos analíticos entre las pruebas practicadas de manera rutinaria que permitan confirmar/descartar la presencia de infección cutánea. La práctica rutinaria de doppler venoso se hace recomendable para excluir la complicación venosa. Los signos clínicos clásicos (dolor, aumento de diámetro, enrojecimiento, fiebre) siguen siendo valiosos para el clínico a fin de identificar esta patología. Se debe incidir e insistir en la importancia de la identificación de los gérmenes causales de estas infecciones en nuestra área, a fin de adecuar las políticas de antibioterapia empírica a los microorganismos más frecuentes y las variaciones que sus espectros de sensibilidad puedan sufrir.

#### A-156

### TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA NEUMONÍA FINE IV: EL PAPEL DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

**M. Mirón Rubio<sup>1</sup>, L. Florit Serra<sup>1</sup>, J. Spuch Sánchez<sup>1</sup> y G. García Pardo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Grupo de Control de la Infección. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** Analizar el resultado del tratamiento y las características de los pacientes con neumonía comunitaria clasificados en la cate-

ría IV de la escala de Fine atendidos en régimen de hospitalización a domicilio.

**Material y métodos.** Se analizan de forma retrospectiva 25 casos de pacientes con neumonía comunitaria clasificados en la categoría IV del índice de severidad pronóstica (escala de Fine) atendidos en nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio sin ingreso hospitalario previo.

**Resultados.** De los 25 pacientes, 20 eran varones y 5 mujeres. La edad media fue de 76,5 años (máx. 93, mín. 49). La estancia media en HaD fue de 7,1 días (máx. 10, mín. 4). Doce pacientes recibieron tratamiento con una combinación de ceftriaxona y macrólido y 13 con levofloxacino en monoterapia. La duración media del tratamiento antibiótico intravenoso fue de 4 días. En 2 pacientes se observó bacteriemia por neumococo. Al final del episodio 24 pacientes presentaban curación o mejoría del proceso; sólo se produjo el fallecimiento de un varón con enfermedad neurodegenerativa terminal que rechazó el ingreso hospitalario convencional. Ningún paciente tuvo que regresar al hospital por la neumonía. Se realizó un seguimiento a los 30 días del alta a todos los pacientes menos a uno que regresó a su país de origen y todos ellos permanecían vivos. La puntuación media de la escala de Fine fue de 98,8 (máx. 107, mín. 91). De los 25 pacientes, 18 tenían más de 70 años y 11 más de 80. Todos menos uno (un varón de 91 años) presentaban al menos un parámetro, además de la edad, que contribuían a alcanzar la categoría IV en la escala de Fine. Doce pacientes presentaban dos o más de estos parámetros. Siete pacientes presentaban BUN > 30 mg/dl y pO<sub>2</sub> < 60 mmHg. Seis pacientes mostraban glucosa > 250 mg/dl. Cuatro pacientes tenían sodio < 130 mEq/L y también cuatro pacientes presentaban antecedentes de AVC e insuficiencia cardíaca. Aplicando la escala CURB-65, doce pacientes presentaban una puntuación de 2 y ocho pacientes una puntuación de 3.

**Discusión.** Aunque el índice de severidad pronóstica es un marcador de mortalidad para los pacientes con NAC también se usa como criterio de hospitalización. Las guías y sociedades científicas recomiendan la hospitalización de los pacientes clasificados en la categoría IV de este índice. Sin embargo, el modelo de hospitalización a domicilio, caracterizado por la posibilidad de aplicar determinados procedimientos habituales en el hospital (como la oxigenoterapia o el tratamiento antimicrobiano intravenoso), la intensidad en los controles y visitas y la dotación con médicos especialistas puede contribuir a evitar el ingreso en alguno de estos casos. Nuestros resultados muestran las principales variables que contribuyen a alcanzar la categoría IV de los pacientes con NAC atendidos en régimen de hospitalización a domicilio. Algunos parámetros como la alteración del nivel de conciencia, el pH < 7,35 o el derrame pleural manifiestan la gravedad del proceso o la dificultad del manejo en el domicilio y no estaban presentes en ninguno de nuestros pacientes. Otra herramienta que se utiliza en la decisión de ingreso hospitalario es el CURB-65. Veinte de nuestros 25 pacientes mostraban un CURB-65 de 2 o superior. Según esta escala para una puntuación de 3 se recomienda el ingreso hospitalario y para una puntuación de 2, un ingreso corto o un tratamiento ambulatorio estrechamente supervisado. Ambas situaciones ponen de manifiesto la importancia de la HaD en el manejo de los pacientes de nuestro análisis.

**Conclusiones.** Nuestros datos sugieren que la hospitalización a domicilio es un modelo eficaz para tratar algunos pacientes con neumonía comunitaria Fine IV. La edad avanzada, el BUN > 30 mg/dl, la glucosa > 250 mg/dl, la pO<sub>2</sub> < 60 mmHg y los antecedentes de AVC e insuficiencia cardíaca son los factores que se presentan con más frecuencia en estos pacientes.

#### A-157

### ULCERACIONES COLORRECTALES IDIOPÁTICAS EN PACIENTES VIH: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J. Roz Izquierdo<sup>1</sup>, D. Bellido<sup>1</sup>, A. Nuñez<sup>2</sup>, J. Yánes<sup>1</sup>, M. Mariam<sup>1</sup>, C. Monroy<sup>1</sup>, I. Clemente<sup>1</sup> y E. Marchán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia. Centro de Salud I (Ciudad Real).

**Objetivos.** Descripción de las úlceras colorrectales idiopáticas en los pacientes VIH. Revisión de la literatura.

**Material y métodos.** Descripción de casos clínicos. Revisión bibliográfica.

**Resultados.** Presentamos 2 casos clínicos de úlceras idiopáticas colorrectales en pacientes VIH: Caso clínico 1: varón de 37 años VIH (+) en tratamiento antirretroviral con lamivudina, estavudina y efavirenz. Ex-ADVP. Consulta por diarrea crónica de 10 deposiciones día, a veces con sangre y moco, tenesmo rectal desde hace 6 meses. En la exploración física adenopatías inespecíficas laterocervicales y axilares. Abdomen con discreto dolor en epigastrio, resto sin alteraciones. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Carga viral 60.000 copias/mm<sup>3</sup> y 462 linfocitos CD4. Mantoux (-). TAC toracoabdominal: Sin hallazgos significativos. Colonoscopia: Úlceras a nivel rectal con fibrina y pseudomembranas blanquecinas y áreas con mucosa eritematosa. Caso clínico 2: varón de 47 años VIH (+) desde hace 12 años en tratamiento con estavudina, didanosina y lopinavir/ritonavir. Antecedentes de presumible toxoplasmosis cerebral y fractura de cadera izquierda. En la exploración deshidratación de piel y mucosas, dermatitis seborreica malar, abdomen blando, no doloroso a la palpación y hemiparesia izquierda 4/5. Consulta por diarrea con productos patológicos desde hace 4 meses, en torno a 4-5 deposiciones día con sensación distérmica. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Carga viral 165.000 copias/mm<sup>3</sup> y 198 linfocitos CD4. Mantoux (-). TAC toracoabdominal: Hígado homogéneo sin lesiones. Esplenomegalia homogénea. Engrosamiento segmentario del colon sigmoide. No adenopatías de tamaño patológico. Colonoscopia: Lesiones ulceradas grandes en colon ascendente y recto-sigma profundas, irregulares con fibrina. A los dos pacientes se le tomaron muestras para determinación de huevos y parásitos en heces, coprocultivo, toxina de clostridium, PCR para virus herpes y CMV en biopsia rectal que fueron negativas. Las biopsias de tejido rectal mostraban patrón inflamatorio inespecífico siendo el cultivo, Gram y BAAR de las biopsias (-) El caso 1 recibió tratamiento con corticoides y antibióticos no experimentado mejoría siendo intervenido quirúrgicamente. El caso 2 recibió tratamiento con metronidazol, levofloxacino y ganciclovir sin respuesta. A la espera de iniciar tratamiento compasivo con talidomida presenta una perforación colónica secundaria y exitus a pesar de ser intervenido.

**Discusión.** Las úlceras colorrectales en el paciente VIH suelen ser el resultado de infección, tumoración colorrectal (S. Kaposi y linfoma fundamentalmente) y, cuando no puede demostrarse una etiología, se consideran idiopáticas. Los agentes infecciosos suelen manifestarse en pacientes con inmunosupresión severa (< 100 linfocitos CD4) y destacan el virus del herpes simple (VHS), citomegalovirus (CMV) pudiendo este afectar con frecuencia al tracto colónico, treponema pallidum, micobacterias, criptococos y actinomicos. Las úlceras idiopáticas constituyen entre 20-50% de las úlceras de los pacientes VIH y se piensa que son una manifestación de la enfermedad por sí misma. El diagnóstico se establece por exclusión cuando se han descartado las otras causas descritas. La biopsia muestra un patrón inflamatorio inespecífico sin inclusiones intracelulares. No existe tratamiento médico eficaz, presentando mala respuesta a corticoides orales, sulfasalazina, antibióticos o antirretrovirales. A pesar de la limitada casuística, hallazgos sugieren que la talidomida puede ser eficaz. En algunos casos se precisa tratamiento quirúrgico de la lesión.

**Conclusiones.** Las úlceras idiopáticas colorrectales en pacientes VIH constituyen un diagnóstico de exclusión, no esta clara la fisiopatología ni el tratamiento, a veces presentan una mala evolución clínica Existen escasas publicaciones al respecto.

#### A-158

### ¿AÚN EXISTE EL QUISTE HIDATÍDICO?

P. García Carbó, M. Chimeno Viñas, G. García Benito, V. Vela García, E. Martínez Velado, P. Sánchez Junquera, L. Arribas Pérez y F. Martín Cordero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Conocer el comportamiento de la infección por el género Echinococcus en nuestro medio en los últimos dos años.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo de casos diagnosticados de quiste hidatídico como diagnóstico primario entre enero de 2006 y diciembre de 2007 en el Complejo Asistencial de

Zamora y en nuestro servicio de Medicina Interna. Valoramos procedencia de entorno rural o urbano, profesión, afectación hepática o pulmonar, clínica, valores serológicos y si recibieron tratamiento médico o quirúrgico.

**Resultados.** Durante dicho período encontramos 6 pacientes con diagnóstico primario de quiste hidatídico. El rango de edad fue desde los 40 a los 75 años. Cinco de los seis casos procedían de entorno rural, dedicándose a la ganadería solo uno de ellos, y dos de ellos refirieron tener perro. La afectación principal fue la hepática en tres de los casos, siendo mixta (hepática y pulmonar) en dos y sólo pulmonar en uno. La manifestación clínica principal fue el dolor abdominal (tres casos), asociando clínica de colangitis dos de ellos y presentándose como única manifestación en uno. Presencia de disnea en dos de los pacientes, solo uno asoció vómica. En cinco de los seis casos fue el primer episodio, presentando cuatro de ellos posteriores recidivas. El diagnóstico fue en todos ellos confirmado mediante pruebas de imagen (ecografía abdominal y TAC, y en uno de los casos se apreció salida de vesículas hijas por vía biliar mediante CPRE). En cuatro de los pacientes la serología fue positiva con distintos valores, y una seroconversión. Inicialmente se planteó tratamiento médico con albendazol en cuatro de los pacientes, precisando uno de ellos asociar praziquantel. Se procedió a tratamiento quirúrgico en cuatro casos, no siendo posible en uno de los pacientes por mala situación clínica de base. El paciente con serología negativa no fue tratado. De todos los pacientes revisados un tercio fueron estudiados en Medicina Interna.

**Discusión.** El quiste hidatídico es una infección parasitaria producida por las formas larvianas del género *Echinococcus* en el ser humano y otros animales. La incidencia mundial de infección dependiendo del área a estudiar está entre 1 y 220 casos por 100.000 habitantes, siendo en España de 5 a 9 casos por 100.000 habitantes, no encontrando diferencias en nuestra muestra poblacional. El reservorio de la infección lo constituyen animales herbívoros transmitiéndose al ser humano en la mayoría de los casos a través de intermediarios como el perro, aunque solo dos de nuestros casos refieren contacto con ellos. Como se refleja en la literatura el síntoma principal fue el dolor abdominal, apareciendo en menor número de casos disnea o colangitis. En todos nuestros pacientes el diagnóstico se realizó mediante pruebas de imagen apoyándose en la serología para confirmar, al igual que lo publicado. En cinco de nuestros casos fue indicado el tratamiento quirúrgico, manteniéndose este como tratamiento de elección en la literatura.

**Conclusiones.** 1. El quiste hidatídico sigue estando presente en nuestro medio con una incidencia media aproximada de 3 casos anuales. 2. El mecanismo de infección no fue claro en la mayoría de los casos. 3. El diagnóstico por imagen sigue siendo fundamental, apoyándose en serología para su confirmación. 4. El tratamiento de elección fue el quirúrgico, con buena evolución de todos los casos. El tratamiento médico se indicó como coadyuvante del quirúrgico.

#### A-159

### INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* ¿CÓMO SE PRESENTA Y MANEJA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES?

**P. Romero Cores<sup>1</sup>, D. Gutiérrez Saborido<sup>1</sup>, F. Carmona Espinazo<sup>1</sup>, M. Blanco<sup>2</sup> y F. Guerrero Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología  
Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Analizar las principales características clínicas, y de manejo diagnóstico y terapéutico de la infección por *Cl. Difficile* así como la asociación existente con la enfermedad inflamatoria intestinal.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 14 años ingresados en el Hospital Universitario Puerta de Mar durante el período 2002-2006, en los que se aisló la toxina de *Cl. difficile* en heces. Recopilamos parámetros clínicos y analíticos, hallazgos en la colonoscopia, tratamiento utilizado, así como respuesta al mismo y desarrollo durante el seguimiento de enfermedad inflamatoria intestinal.

**Resultados.** Durante el período estudiado se hicieron 499 peticiones de toxina de *Cl. difficile* resultando positivas en 14 casos. Las mani-

festaciones clínicas fundamentales fueron diarrea (93%), dolor abdominal (71%) y fiebre (64%). Sólo en un caso se observó una complicación grave que consistió en un megacolon con perforación y peritonitis secundaria. Se realizó colonoscopia en cinco casos (35,7%), de los cuales dos presentaban pseudomembranas. El principal tratamiento empleado fue el metronidazol en 71% de los pacientes (10 casos), siendo el período de tratamiento de 11,21 días de media, existiendo recidiva en dos casos y falleciendo dos pacientes, sin que la causa de la muerte se pudiera atribuir a la infección por *Cl. Difficile*, dada la importante comorbilidad asociada. En el seguimiento posterior de estos pacientes se objetivó el desarrollo de enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro casos.

**Discusión.** El cuadro clínico de la infección por *Cl. Difficile* es muy variable, desde cuadros asintomáticos a formas graves que pueden conducir a la muerte del sujeto. El cuadro más típico consiste en diarrea acuosa, dolor en hemiabdomen inferior, junto con síntomas sistémicos. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos suele ser el metronidazol, aunque éste no siempre es capaz de conseguir la erradicación del germen. Por otro lado, en la literatura cada vez se describen más casos de enfermedad inflamatoria intestinal relacionada con esta infección. Dicha asociación podría estar motivada por varios factores, por un lado la inflamación a nivel de colon que podría favorecer la aparición de esta infección, así como la toma de inmunosupresores más frecuente en estos pacientes y que se ha demostrado como un factor de riesgo para el desarrollo de la misma.

**Conclusiones.** 1. En nuestro estudio la presentación clínica más frecuente fue la de un cuadro gastrointestinal leve existiendo dos casos de colitis pseudomembranosa evidenciada en colonoscopia 2. El tratamiento con metronidazol fue eficaz en la mayoría de los pacientes, existiendo recaída en sólo dos casos. 3. En estudios anteriores cada vez se describe con más frecuencia una relación entre la enfermedad inflamatoria intestinal y la infección por *Cl. difficile*, hecho que también hemos observado en nuestra serie.

#### A-160

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CASUÍSTICA DE PIELONEFRÍTIS AGUDA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y UROLOGÍA EN EL AÑO 2007

**E. Martínez Velado<sup>1</sup>, N. Cruz Guerra<sup>2</sup>, M. Chimento Viñas<sup>1</sup>, V. López Mouriño<sup>3</sup>, G. García Benito<sup>1</sup>, P. García Carbo<sup>1</sup>, V. Vela García<sup>1</sup> y P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

**Objetivos.** Análisis comparativo de la casuística de pielonefritis agudas atendidas en el Complejo Asistencial de Zamora por los Servicios de Medicina Interna (MI) y Urología (U) en 2007.

**Material y métodos.** Revisión de los 36 pacientes ingresados en MI y de los 13 en U, entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2007, analizando las variables: edad, sexo, nº de factores de riesgo, microbiológicas, pruebas complementarias, antibioterapia empleada y resultados obtenidos.

**Resultados.** Media de edad (años): (MI) = 48.3, (U) = 59.7; sexo (M/F): (MI) = 11/25, (U) = 6/7; moda de nº de factores de riesgo: (MI) = 1, (U) = 2; positividad urocultivo (%): (MI) = 52.8, (U) = 46.15; petición UIV/TAC (%): (MI) = 33.3, (U) = 53.8; Antibioterapia (%): (MI) = ceftriaxona 80.5, piperacilina/tazobactam 11.1, otros 8.4, (U) = ceftriaxona 61.5, aminoglucósido 23.1, otros 15.4; media duración ingreso (días) = (MI) = 9.2, (U) = 7.7; media duración tratamiento (días): (MI) = 17.3, (U) = 17.5; revisiones C. Externa (%): (MI) = 47.2; (U) = 84.6

**Discusión.** De los datos anteriormente descritos se desprende un esperado predominio de esta patología en el sexo femenino en ambos Servicios, con mayor media de edad y factores de riesgo en los casos atendidos por el Servicio de Urología. Se apreció una baja incidencia de positividad de urocultivo, influenciada por la no sistematización de su toma previa al ingreso en el Servicio de Urgencias. Claro predominio de petición de pruebas de imagen por el Servicio de Urología, así como seguimiento posterior en C. Externas. Inicio de antibioterapia empírica sistemática con claro predominio de uso de beta-lactámicos con duraciones discretamente superiores a los



estándares aceptados.

**Conclusiones.** Importancia de un abordaje interdisciplinar integrado para el proceso asistencial pielonefritis aguda en el medio hospitalario.

#### A-161

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL DURANTE EL AÑO 2007

P. Calderón<sup>1</sup>, M. Mañas<sup>1</sup>, M. Sidahi<sup>1</sup>, A. Sáenz<sup>1</sup>, F. Ceres<sup>1</sup>, J. Gijón<sup>1</sup>, C. Martínez<sup>2</sup> y F. Mora<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados de tuberculosis en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2007 en el Hospital General de Ciudad Real. Se incluyeron en el estudio los pacientes con diagnóstico de certeza para tuberculosis.

**Resultados.** Se diagnosticaron 20 pacientes con enfermedad tuberculosa. La tasa media de incidencia ha sido 6,6 casos por 100.000 habitantes y año de seguimiento. La edad media fue de 46,7 ± 19,6 años. El mayor número de casos se ha recogido en el grupo de 25-34 años (25%) y en el de 65-74 años (20%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron el etilismo crónico (20%), las neoplasias (10%) y la diabetes mellitus (5%). Sólo 1 paciente estaba coinfectado por el VIH. Cinco pacientes (5%) eran inmigrantes. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 63,5 ± 5,2 días. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (65%), pérdida de peso (45%) y astenia (45%). La tuberculosis pulmonar fue la forma clínica más frecuente (55%). La prueba de tuberculina no fue realizada en un 75% de los casos. La baciloscopia fue positiva en un 55% de los casos. En todos los pacientes se realizó cultivo de micobacterias. El 60% recibió tratamiento con la pauta estándar (6HR2Z). Un 60% de los pacientes inmigrantes recibieron cuatro fármacos como tratamiento inicial. No se han objetivado resistencias a los fármacos empleados. La evolución fue favorable en todos los casos. Sólo un paciente falleció por causas ajenas a la enfermedad tuberculosa.

**Discusión.** La tuberculosis representa un problema de primer orden socio-sanitario. Nuestra provincia presenta una incidencia baja con respecto al resto de la comunidad. El mayor número de casos se registra en adultos jóvenes y en ancianos. El primer grupo probablemente se relaciona con el aumento de pacientes inmigrantes donde la enfermedad predomina en varones jóvenes. En el segundo grupo, con la pluripatología y la inmunodepresión en relación con la edad avanzada. En este momento, Ciudad Real presenta el menor porcentaje de tuberculosis en extranjeros (15,8%), en comparación con el resto de las provincias de nuestra comunidad. En nuestro estudio el porcentaje fue mayor, identificándose un total de 5 pacientes (25%). La tuberculosis pulmonar fue la localización más frecuente (55%). En seis pacientes (30%) la localización fue extrapulmonar. El aumento de tuberculosis extrapulmonar se relaciona con la mayor prevalencia de inmunodeprimidos, el aumento de inmigrantes y el envejecimiento de la población. La infección por el VIH es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad tuberculosa. En nuestro caso, sólo un paciente presentó coinfección por VIH. El Mantoux no se realizó en un 75% de los casos. Esta técnica se debe emplear para la detección de infección tuberculosa latente, especialmente cuando exista indicación de tratamiento, riesgo de desarrollo de la enfermedad, o como método de cribaje en pacientes inmigrantes. El tratamiento con tres fármacos es muy eficaz si se realiza de forma correcta, en nuestra serie un 60% de los casos lo recibieron. Si el paciente procede de un área con una resistencia primaria a isoniacida superior al 4% se recomienda iniciar tratamiento con cuatro fármacos. En tres pacientes inmigrantes recogidos en el estudio se añadió etambutol a la pauta inicial. En nuestra serie la mortalidad fue del 10% similar a la de otros artículos revisados.

**Conclusiones.** La tuberculosis continúa estando vigente en nuestros días. En nuestro hospital la incidencia es baja. No obstante dado el

aumento en el número de casos en pacientes inmigrantes y ancianos, se deben de poner en marcha las medidas de control necesarias para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

#### A-163

### VALOR PRONÓSTICO DE LA PROCALCITONINA (PCT) Y OTROS MARCADORES DE LA INFLAMACIÓN EN LA SEPSIS

A. Pérez Ramírez<sup>1</sup>, M. Suárez Santamaría<sup>2</sup>, R. Alemán Valls<sup>1</sup>, A. Martínez Riera<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>, E. Martín Ponce<sup>1</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup> y A. Milena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** La PCT al igual que la proteína C reactiva (PCR) son marcadores de la respuesta inflamatoria muy útiles para el diagnóstico de sepsis. El objetivo del presente estudio es analizar el valor pronóstico de la PCT en pacientes con sepsis, en comparación con otros marcadores de la respuesta inflamatoria.

**Material y métodos.** Incluimos a 253 enfermos, 107 mujeres y 146 varones, con una edad media de 62,5 ± 1 años. El diagnóstico de sepsis se estableció ante la presencia de dos o más criterios de SIRS y evidencia clínica de infección. El 17% tenía sólo sepsis, el 45,5% sepsis grave, el 28,5% shock séptico y el 9% fallo de órganos. La disfunción y el fallo de órganos se valoró mediante el score SOFA. A los 28 días del ingreso habían fallecido 49 (19%) pacientes. Determinamos los siguientes marcadores de la respuesta inflamatoria: PCT, PCR ultrasensible, TNF alfa, IL-6, TREM-1, IL-10, IL-1ra, CD14s y LBP. La capacidad predictiva de cada uno de ellos se ha valorado mediante el cálculo del área bajo la curva ROC (ACROC). **Resultados.** Los enfermos que fallecen antes de los 28 días presentan al ingreso cifras más elevadas de TNF, IL-6, TREM-1, IL-10, IL-1ra y PCT, y disminuidas de LBP. La capacidad predictiva de mortalidad valorada mediante el área ACROC fue por orden decreciente: IL-10 (0.689, p < 0,0001), IL-6 (0.672, p < 0,0001), IL-1ra (0.624, p = 0.007), TNF (0.613, p = 0,014), TREM-1 (0.599, p = 0.032), PCT (0.596, p = 0.037) y LBP (0.592, p = 0.045); ni la PCR ni el CD14s tuvieron relación significativa con la mortalidad. La PCT sólo se relacionó con la mortalidad a los 28 días, mientras que la IL-6, la IL-10, y la LBP lo hicieron, además, a los 7 días, al alta hospitalaria y a los 180 días del ingreso. Si seleccionamos sólo las formas graves de la sepsis, la PCT pierde la significación estadística en su relación con la mortalidad (ACROC = 0.554, p = 0.253), siendo mejores la IL-10 (0.663, p = 0,001), la IL-6 (0.637, p = 0.004), el IL-1ra (0.600, p = 0.035) y la LBP (0.599, p = 0.036). Con respecto a la localización de la sepsis, la PCT y el resto de marcadores mejoran su capacidad pronóstica en el caso de las no pulmonares: IL-10 (0.792, p < 0,0001), IL-6 (0.774, p < 0,0001), TNF (0.740, p = 0,001), PCT (0.697, p = 0,006) IL-1ra (0.695, p = 0,006) y TREM-1 (0.651, p = 0.035), mientras que en las pulmonares sólo son significativas la IL-6 y la IL-10. La PCT es algo mejor que el resto de los marcadores para descartar las formas más graves de sepsis, pero para confirmar la gravedad de la sepsis (formas más graves y valores elevados en el SOFA), sigue siendo mejores la IL-6 y la IL-10.

**Conclusiones.** Los valores bajos de PCT pueden ser útiles para excluir gravedad en la sepsis. En cambio para diagnosticar gravedad y predecir mortalidad, son mejores la IL-6 y la IL-10. En nuestro estudio, la PCR no se relaciona ni con los datos de gravedad ni con la mortalidad.

**A-164****IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA EN LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO DE LA SEPSIS**

**A. Pérez Ramírez<sup>1</sup>, A. Martínez Riera<sup>1</sup>, R. Alemán Valls<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>, J. Jorge<sup>1</sup>, M. Martín González<sup>1</sup>, I. Hernández Betancor<sup>1</sup> y M. Suárez Santamaría<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** La sepsis ha aumentado su incidencia en las últimas décadas y tiene una alta mortalidad, que aumenta progresivamente con la gravedad de la misma. Objetivo: estudiar a través de datos clínicos sencillos la capacidad para predecir el pronóstico de la sepsis.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, en el HUC que incluye 260 pacientes (150 varones y 110 mujeres), diagnosticados de sepsis (dos o más de los criterios de SIRS y evidencia clínica de infección). La disfunción de órganos se valora mediante el SOFA. Se valora el pronóstico a través de la mortalidad durante el ingreso.

**Resultados.** Encontramos una mortalidad global de un 22%; fracaso multiorgánico 62.5%; shock séptico 32%; sepsis grave un 16%; y no hubo fallecidos entre los pacientes con sólo sepsis. Se relacionaron con un aumento de la mortalidad, las sepsis de origen nosocomial, RR 3.93 IC 95% (2.02-7.65), enfermos con demencia, RR 2.32 (1.14-4.76), tratados con corticoides, RR 3.23 (1.46-7.15), neoplasia, RR 3.38 (1.62-7.04), cirrosis, RR 3.23 (1.37-7.57), desnutrición (valoración nutricional subjetiva), RR de morir de 4.1 (7.49-21.6), disminución de la fuerza, medida por dinamometría, RR10.1 (4.13-24.4), leucopenia (leucocitos < 4.000/mm<sup>3</sup>), RR 2.55 (1.53-4.24), hipotermia (< 36 °C), RR 3.89 (1.87-8.06). Además se relacionaron con la mortalidad la acidosis láctica (ácido láctico > 5), RR 8.55 (3.95-18.52), el llenado capilar lento (superior a 2 segundos), RR10.41 (4.29-25.64), la presencia de íleo, RR 2.36 (1.20-4.67), la presencia de oliguria, RR 3.84 (2.04-7.24), la necesidad de ventilación mecánica, RR 9 (4.50-17.85), y las alteraciones del nivel de conciencia, Glasgow inferior a 12 puntos, RR 6.09 (2.98-12.34). Todas estas alteraciones se pueden resumir en el SOFA, cuando su puntuación supera los 9 puntos la mortalidad alcanza el 68%, con un RR 8.93 (3.17-25).

**Conclusiones.** Encontramos una estrecha relación entre varios parámetros clínicos sencillos de obtención inmediata y la mortalidad de la sepsis.

**A-165****BRUCELOSIS OSTEOARTICULAR. REVISIÓN DE CINCO CASOS**

**A. Sollet, N. Escamilla, A. Duca, C. Minguito, T. Álvarez de Espejo, A. Ramos, C. Pérez e I. Sánchez-Romero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** La afectación osteoarticular es la complicación focal más frecuente de la brucelosis. Pero la clínica inespecífica y las diversas formas de presentación, hacen que esta enfermedad suponga un reto diagnóstico así como una entidad a tener en cuenta en nuestro día a día. El objetivo de nuestra revisión trata de conocer las características clínicas de los casos de brucelosis osteoarticular, en un hospital universitario de área no rural.

**Material y métodos.** Revisión descriptiva, retrospectiva y observacional de cinco casos diagnosticados de brucelosis osteoarticular desde enero 1982 hasta abril de 2008.

**Resultados.** Durante el período analizado se diagnosticaron 5 casos (0.26 casos por 10000 ingresos). La mediana de edad fue de 27 años (rango 14-58). Cuatro pacientes (80%) fueron varones. Tres (60%) pacientes eran de nacionalidad española. En ninguno se demostró contacto con animales, aunque dos pacientes (40%) consumieron productos lácteos crudos. Las características clínicas más relevantes, fueron el dolor articular (80%), seguido de la fiebre (40%). En un caso (20%) se observó hepatoesplenomegalia. En todos los pacientes se halló sacroileitis, y dos pacientes (40%) fueron diagnosticados de osteomielitis vertebral. Ninguno presentó complicaciones

cardiovasculares ni respiratorias. En un paciente (20%) se diagnosticó de forma concomitante meningitis y en otro (20%) orquiepididimitis. En el 100% de los casos el diagnóstico se realizó mediante serología. No se utilizó ninguna pauta fija de tratamiento, aunque en tres casos (60%) se incluyó doxiciclina. En los dos pacientes con osteomielitis (40%) no se prolongó la duración del tratamiento. Un paciente (20%) presentó toxicidad farmacológica. En ningún paciente se evidenció recidiva. No hubo éxitos atribuibles a la enfermedad. **Conclusiones.** La afectación osteoarticular de la brucelosis sigue siendo la complicación focal más frecuente, generalmente incluyendo al esqueleto axial. Según el área estudiada es frecuente encontrar brucelosis en ausencia de contacto con animales. La serología confirma el diagnóstico en todos los casos. La Doxiciclina en combinación con otros antibióticos sigue siendo la mejor opción terapéutica. La existencia de osteomielitis no obliga a prolongar el tratamiento.

**A-166****CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIAS POR BLEA**

**A. Almazan<sup>1</sup>, S. Iftimie<sup>1</sup>, J. Servello<sup>1</sup>, F. Ballester<sup>2</sup>, I. Pujol<sup>2</sup>, P. Sarda<sup>1</sup> y A. Castro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes con bacteriemias por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) en un hospital general universitario de 250 camas que da cobertura a un área geográfica de 200.000 habitantes, siendo referencia en oncología para una población de 400.000 habitantes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo a partir de aislamientos de BLEA en hemocultivos de pacientes ingresados. Se revisan los casos positivos desde de enero 2006 hasta junio 2008.

**Resultados.** Las bacteriemias por BLEA suponen un 6% respecto al total de bacteriemias por *E. coli* y *Klebsiella* (17 de 271) en el período estudiado. Se han revisado 17 historias clínicas con hemocultivos positivos para BLEA. El 88% de los pacientes son varones y 12% mujeres con una media de edad de 62 años (intervalo entre 42-73). Las características clínicas son las siguientes: neoplasia activa: 47%, tratamiento inmunosupresor de base: 29%, enfermedad renal crónica: 23%, EPOC: 23%, diabetes mellitus: 17% y HIV: 6%. Un 35% habían presentado ingreso hospitalario en el mes anterior, un 29% de los casos habían padecido infección urinaria previa y un 29% habían recibido tratamiento antibiótico múltiple en los 2 meses previos. En cuanto al motivo de ingreso fue muy variado pero durante su ingreso destaca que el 70% de los pacientes fueron portadores de sonda vesical, el 53% de los pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica, el 35% llevaron vía venosa central. En un 29% de los casos coexistía infección urinaria, en un 6% infección herida quirúrgica y en otro 6% cultivo esputo positivo. El 94% de paciente procedían de domicilio. La media de días de ingreso previo a la positividad de los hemocultivos fue de 16 días siendo el 70% infecciones nosocomiales. De los casos revisados 70% presentaban hemocultivos positivos para *Escherichia coli*, 12% *Klebsiella pneumoniae*, 12% *Klebsiella oxytoca* y 6% *Citrobacter* sp. De nuestros pacientes 12% fueron éxitos como consecuencia de la infección nosocomial el resto presentó curación tras recibir tratamiento con múltiples familias de antibióticos siendo los carbapenémicos de elección tras recibir la positividad de los hemocultivos.

**Discusión.** Las enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) son causa de infecciones emergentes en la comunidad. Actualmente se observa un incremento de los aislamientos en muestras procedentes del ambiente hospitalario. Las bacteriemias por BLEA constituyen un importante riesgo para los pacientes ya que supone una infección invasiva por un germen multiresistente. Es importante y necesario identificar aquellos pacientes de riesgo con el fin de establecer medidas preventivas a nivel hospitalario así como instaurar un tratamiento antibiótico empírico adecuado y precoz para mejorar el pronóstico.

**Conclusiones.** El perfil del paciente con bacteriemia por BLEA en nuestro centro se ajusta a las siguientes características: pacientes inmunodeprimidos en especialmente aquellos afectados de neoplasia activa, pacientes que han requerido ingreso hospitalario en el mes

previo o que han recibido tratamiento antibiótico múltiple en los 2 meses previos y que durante su ingreso son sometidos a cirugía. Los ingresos prolongados de estos pacientes son los casos a valorar para iniciar tratamiento empírico precoz dado que mejora el pronóstico vital y acorta la estancia hospitalaria.

#### A-167

### PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE VIH

**D. Abad Pérez, C. Sáez Béjar, J. Sanz Sanz, C. Suárez Fernández y L. Prósper Ramos**

Servicio de Medicina Interna- Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** El paciente VIH positivo en tratamiento tiene un mayor riesgo cardiovascular que la población general. El propio virus genera una condición inflamatoria crónica que promueve el daño endotelial y la aterogénesis; por otro lado, el tratamiento antirretroviral produce alteraciones en el metabolismo lipídico e hidrocarbonado, así como una distribución anómala de la grasa corporal, que favorece el desarrollo de enfermedad aterosclerótica. El papel que estos factores desempeñan en el desarrollo de la hipertensión arterial continúa siendo incierto en el momento actual. Determinar la prevalencia de hipertensión arterial entre los pacientes VIH atendidos en las consultas externas de nuestro hospital, y si esta difiere según la presencia y el tipo de tratamiento antirretroviral empleado.

**Material y métodos.** Se realiza el despistaje de hipertensión arterial a 247 pacientes atendidos de forma consecutiva en las Consultas de Enfermedades Infecciosas del Hospital de la Princesa, revisando el tratamiento en la historia clínica. Los pacientes han sido agrupados según dicho tratamiento en tres grupos: basado en inhibidores de la proteasa, basado en análogos de nucleósidos, o aquellos con combinaciones de análogos y no análogos. Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa SPSS versión 13.0.

**Resultados.** Se analizan 247 pacientes de los cuales 47 son mujeres (19.1%) y 200 hombres (80.9%), con una edad media de 46,48 años (rango de 22 a 85 años). El porcentaje de pacientes con TAR ha sido del 92,3% (41,5% basado en IP, 8,8% basado en ITIAN y 49,7% basado en ITINAN). El 77,3% de los pacientes tenía carga viral indetectable y la media de CD4 fue de 581,15. La prevalencia de hipertensión encontrada fue del 19,9%, con una mayor frecuencia, que sin embargo no ha resultado significativa, entre aquellos que recibían terapia antirretroviral y los que no la recibían (26% vs 11,7%, con  $p = 0,381$ ). Se compara la prevalencia de HTA entre los pacientes dividiéndolos en tres grupos de tratamiento: TAR basado en IP solos o en asociación con otros fármacos, TAR constituido únicamente por ITIAN y TAR con presencia de ITINAN; se observan diferencias significativas entre los distintos grupos, obteniendo la mayor prevalencia en los pacientes cuyo régimen contenía ITINAN ( $p = 0,001$ ). No se han encontrado diferencias en la prevalencia de HTA según el recuento de CD4, aunque sí se ha encontrado una menor prevalencia en los pacientes con carga viral indetectable ( $p = 0,025$ ).

**Discusión.** A pesar de que la infección por VIH y el tratamiento contra el mismo suponen un aumento del riesgo cardiovascular, en la población de nuestro estudio la prevalencia de HTA ha sido más baja que la estimada para la población general en el rango de edad estudiado (20% vs 35%, aproximadamente). La diferencia de prevalencia entre tratados y no tratados no ha alcanzado la significación estadística. Dentro del grupo de los que reciben TAR, la mayoría de los casos de hipertensión se encuadra entre los que usan regímenes basados en ITINAN, siendo esta diferencia significativa respecto a otros tratamientos. Esto, que contradice a la mayoría de los estudios, puede estar en relación con la tendencia a no utilizar o, incluso a retirar, el tratamiento con IP en pacientes con alto RCV de base o que desarrollan alteraciones del perfil lipídico o glucémico durante el tratamiento. Este estudio tiene la limitación de no considerar los tratamientos antirretrovirales previos o la duración de los mismos, ni el tiempo de evolución de la HTA, por lo que puede haber pacientes que ya fueran hipertensos antes del inicio del TAR. Por otro lado, es destacable el hecho de que cargas virales indetectables se asocian con frecuencias menores de HTA, mientras que esa relación no se

ha conseguido demostrar con los CD4.

**Conclusiones.** La prevalencia de HTA en los pacientes VIH atendidos en nuestras consultas es del 20%. Existe una tendencia no significativa hacia una mayor prevalencia de HTA entre los pacientes VIH en tratamiento respecto a aquellos que no lo están. Dentro de los tratados, en nuestro estudio los que utilizan regímenes basados en ITINAN tienen una prevalencia mayor aunque existen factores de confusión que habría que considerar. Los pacientes que consiguen cargas virales indetectables, presentan una frecuencia menor de HTA, y no existe relación entre el recuento de CD4 y la prevalencia de HTA.

#### A-168

### INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DURANTE 18 MESES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

**M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, E. Martín<sup>1</sup>, A. Guerri<sup>2</sup>, R. Méndez<sup>2</sup>, I. Domínguez<sup>2</sup>, L. Sánchez<sup>2</sup>, M. Morales<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La mayoría de las infecciones del tracto urinario (ITU) que precisan ingreso hospitalario lo hacen en la Unidad de Corta Estancia (UCE). Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de los datos clínicos y epidemiológicos de esta entidad en la provincia de Guadalajara.

**Material y métodos.** Se revisaron los historiales de los 1450 pacientes que ingresaron en la UCE desde junio de 2006 hasta enero 2008. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos de los todos los pacientes diagnosticados de ITU, incluso aunque el motivo del ingreso fuera otro.

**Resultados.** Se obtuvieron 197 casos, con una tasa de incidencia del 13,6% (11.5-15.4), el sexo predominante fue el femenino (76.1%). La mediana de edad fue de 39 años (IIQ 26-61). El 10.15% estaba en estado de gestación. Respecto al origen la mayoría (85.8%) eran españoles, el 8,1% eran de Europa del este, el 3% del continente africano, el 2% de Sudamérica y el 1% de Europa del oeste. Entre las mujeres jóvenes existía mayor proporción de extranjeras, a expensas de países de Europa del Este, mientras que las más mayores eran prioritariamente españolas. Se estudió la frecuencia de antecedentes de diabetes mellitas (DM), litiasis, cólicos, ITUS de repetición, hipertrofia benigna de próstata (HBP), reflujo vésico-ureteral, carcinoma vesical, monorrenos, sondajes previos, portadores de doble "j" y vejiga neurógena. El antecedente más frecuentemente asociado fueron las ITUS previas con un 31.5%. A mayor distancia entre un 5 y 10% le sigue la diabetes, cólicos, litiasis, HBP y sondaje previo. Clínicamente destacan en orden de frecuencia fiebre (79.2%), dolor (72.1%), síndrome miccional (61.4%) y escalofríos (27.4%). Análiticamente presentan leucocituria (91.4%), leucocitosis (77.2%), insuficiencia renal (19.8%), coagulopatía (18.7%), sólo el 5,1% presentó hematuria siendo en su mayoría varones. En cuanto a las pruebas complementarias la más realizada fue la ecografía renal (39.6%) seguido de TAC abdominal (6.1%) y urografía iv (1.5%).

**Discusión.** Según la literatura las ITUS son más frecuentes en mujeres jóvenes con vida sexual activa, con una media de edad entre 15 y 29 años. Su incidencia aumenta con la edad en las mujeres a partir de los 19 años mientras que en los hombres disminuye. Sin embargo, la población estudiada muestra una media de edad más mayor en las mujeres escaseando los varones jóvenes afectos. Son factores de riesgo conocidos la DM, la promiscuidad sexual y las ITUS previas. Nosotros hemos encontrado una frecuencia del 31,5% con las infecciones urinarias previas y en menor medida (5-10%) con la diabetes y los cólicos renales. En los varones destaca el antecedente de prostatismo. Clínicamente coincidimos con la literatura en la presencia de fiebre y dolor abdominal como síntomas más frecuentes, aunque hacemos notar nuestra mayor frecuencia en síndrome miccional. La literatura aconseja la búsqueda de otro diagnóstico si no existe leucocituria, sin embargo nosotros hemos constatado que aunque poco frecuente tenemos casos con clínica positiva, urocultivo positivo y leucocituria negativa. También utilizamos la ecografía renal como mejor prueba de imagen, solicitada ante la persistencia



de síntomas después de 24-48 horas de tratamiento.

**Conclusiones.** En la población estudiada las ITUS son más frecuentes en mujeres jóvenes, con antecedentes de infecciones previas, mientras que los varones son más mayores con una frecuencia considerable de HBP. Los síntomas más frecuentes son la fiebre y el dolor abdominal, destacando un aumento de la incidencia de síndrome miccional. Analíticamente destaca por frecuencia la leucocitosis con leucocituria. Aunque poco frecuente no es imposible una ITU sin leucocituria.

#### A-169

### INFECCIONES POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN EL HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA DURANTE EL PERÍODO DE 2002 A 2007

I. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, M. Hernández Ros<sup>1</sup>, I. Pacheco Tenza<sup>1</sup>, M. Santa-Olalla González<sup>1</sup>, F. López García<sup>1</sup>, J. Gregori Colome<sup>1</sup>, N. Gonzalo Jiménez<sup>2</sup> y M. Navarro Cots<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología.

Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

**Objetivos.** Las micobacterias atípicas (MA), o micobacterias diferentes a *Mycobacterium tuberculosis*, son bacterias ambientales de distribución generalizada causantes de enfermedad ante determinados factores predisponentes, siendo los principales la inmunosupresión y ciertas lesiones anatómicas o cuerpos extraños. Los cuadros clínicos causados por estas especies son muy variados, siendo los más frecuentes las infecciones respiratorias, las de piel y partes blandas, linfadenitis e infecciones diseminadas. En el presente trabajo, describimos las infecciones por micobacterias atípicas diagnosticadas en nuestro Hospital en el período de 2002 a 2007.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de infección por micobacterias atípicas diagnosticadas en nuestro Hospital durante los años 2002 a 2007.

**Resultados.** Se han diagnosticado un total de 9 infecciones por micobacterias atípicas durante los años 2002 a 2007: *M. simiae*, *M. gordonae*, *M. fortuitum*, *M. avium intracellulare*, *M. caprae*, *M. malmoense*, *M. chelonae* y 2 casos de *M. kansasii*. En todos los casos el diagnóstico se realizó por cultivo. La edad de los pacientes afectados se situó entre los 12 y los 67 años. El cuadro clínico más frecuente fue la infección respiratoria (5 casos): *M. gordonae*, *M. fortuitum*, *M. kansasii*, *M. avium intracellulare*, *M. caprae* y *M. malmoense*. Hubo un caso de infección cutánea por *M. chelonae*, un caso de infección osteoarticular por *M. kansasii* y un caso de linfadenitis por *M. simiae*. Los factores de riesgo para infección por micobacterias que se han recogido en nuestra serie son los estados de inmunodepresión en 4 casos (metástasis óseas de tumor primario desconocido en el caso de la infección pulmonar por *M. gordonae*, carcinoma renal, fibrosis pulmonar y asma bronquial en tratamiento corticoideo en el caso de infección pulmonar por *M. avium intracellulare*, carcinoma de pulmón en la infección por *M. malmoense*, tratamiento corticoideo prolongado por asma bronquial en el caso de la infección cutánea por *M. chelonae*) y determinadas profesiones en 3 casos (la agricultura en el caso de la infección pulmonar por *M. fortuitum* y en el caso de la infección osteoarticular por *M. kansasii* y la ganadería en el caso de la infección pulmonar por *M. caprae*). En ninguno de los pacientes se ha documentado infección por el VIH. La evolución con tratamiento ajustado a antibiograma, fue satisfactoria en 7 de los casos, siendo desfavorable en los casos de infección por *M. gordonae* y *M. avium intracellulare*.

**Discusión.** Las MA son microorganismos ubicuos, se han aislado del agua, suelo, animales, leche y alimentos. Se trata de patógenos oportunistas y la inmunodepresión es el principal factor predisponente para la infección. En nuestra serie, 4 de los 9 casos se diagnosticaron en pacientes inmunodeprimidos. Los cuadros clínicos causados por las MA son muy variados, siendo la enfermedad pulmonar la forma clínica más común, como sucedió en nuestra serie (4 de los 9 casos). El diagnóstico de certeza de la infección por MA se logró mediante el aislamiento del organismo en los tejidos afectados, pero el carácter ambiental de muchas de estas especies dificulta la interpretación de los resultados microbiológicos, ya que puede

tratarse no de infecciones, sino de colonizaciones o contaminaciones. Este hecho ha sido considerado en nuestra serie, por lo que queremos destacar que todos los casos presentados son de infección por MA documentada. El tratamiento en todos los casos fue antibiótico, no siendo necesaria la cirugía en ningún paciente. La evolución sólo fue desfavorable en 2 casos, falleciendo ambos, probablemente por la importante comorbilidad que presentaban.

#### A-170

### INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DURANTE 18 MESES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, I. Domínguez<sup>1</sup>, E. Martín<sup>2</sup>, M. Ruiz<sup>2</sup>, S. Lainez<sup>2</sup>, M. Torralba<sup>2</sup>, M. Morales Ballesteros<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario.

Guadalajara.

**Objetivos.** La mayoría de las infecciones del tracto urinario (ITU) que precisan ingreso hospitalario lo hacen en la Unidad de Corta Estancia (UCE). Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de los datos microbiológicos más relevantes de esta entidad en la provincia de Guadalajara.

**Material y métodos.** Se revisaron los historiales de los 1.450 pacientes que ingresaron en la UCE entre junio de 2006 y enero 2008. Se recogieron los datos microbiológicos referentes a urocultivos y hemocultivos. Analizando los gérmenes más frecuentes y sus de resistencias con ayuda del programa SPSS.

**Resultados.** Se obtuvieron 197 casos de infecciones urinarias. La mayoría fueron mujeres con una mediana de edad de 39 años. Se recogieron 152 urocultivos (77.27%) y 86 hemocultivos (43.7%). Respecto a los urocultivos 71 (36%) resultaron estériles y en 81 (41.12%) se consiguieron aislamientos en número de colonias suficientes para confirmar el diagnóstico. En la mayoría (80.24%) el germen más aislado fue *E. coli*, seguido de *Pseudomona* y *proteus*, ambos con un 3.7%, *klebsiella* (2.5%) seguido por *candida*, *morganela* y streptococo con un caso cada uno. El 31,7% de *E. coli* eran sensibles. Respecto a las resistencias de *E. coli* el 18,5% eran resistentes a amoxicilina-clavulánico, el 17% a amoxicilina, el 13,38% a amoxicilina-septrim, y solamente 4,6% a amoxicilina-quinolonas. En menor número le siguen gérmenes multiresistentes. Hablando de resistencias de forma global e independiente del germen tenemos un 59,3% de resistencia a amoxicilina, un 27,16% de resistencia a sulfamidas, un 22,2% de resistencia a amoxicilina-clavulánico, un 13,6% a quinolonas y un 2% tanto a cefalosporinas como a aminoglicósidos. De los 86 hemocultivos el 38,1% resultó estéril y en 12 (13.95%) se consiguió aislamiento. En el 56,3% creció *E. coli*, en el 16,6% crece estafilococo aureus, con el mismo porcentaje hemos encontrado dos estreptococos, uno piógenos y otro mitis, y finalmente crece una *klebsiella* (8.1%). En la mayoría de los aislamientos sanguíneos existe coexistencia de germen en el urocultivo. Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la existencia de ITUS previas y el resultado positivo en el hemocultivo con OR, IC 95% (6.38, 1,65-28.35) p = 0.003.

**Discusión.** Destacamos la recogida de urocultivos en tan sólo un 75% de los pacientes. El porcentaje de aislamientos en urocultivos (80.24% para *E. coli*) concuerda con lo establecido en la literatura (70-90%). Sólo hemos tenido 3 casos de *Klebsiella* a pesar de ser el segundo germen más aislado en la literatura. Tenemos una tasa de resistencias a sulfamidas y amoxicilina similares a las de literatura, sin embargo nuestra tasa de resistencias a quinolonas y amoxicilina-clavulánico está por debajo. No hemos encontrados datos relevantes publicados entre hemocultivos e ITUS. Nosotros a pesar del bajo número de aislamientos en los hemocultivos hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre ITUS previas y tener un hemocultivo positivo.

**Conclusiones.** Nuestros gérmenes más frecuentemente aislados en urocultivos (*E. coli*, *pseudomona*, *proteus* y *klebsiella*) difieren de lo publicado en la literatura (*E. coli*, *klebsiella* y estafilococo *saprophyticus*). La tasa de resistencias a amoxicilina y quinolonas es menor que lo publicado. Podemos concluir que el hemocultivo es

más rentable solicitarlo en aquellos pacientes que además de presentar clínica de bacteriemia tienen antecedentes de infecciones urinarias de repetición.

#### A-171

### INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. ESTUDIO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DURANTE 18 MESES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, M. Ruiz<sup>2</sup>, A. Guerri<sup>2</sup>, A. Costa<sup>1</sup>, P. Horcajo<sup>2</sup>, M. Morales Ballesteros<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La mayoría de las infecciones del tracto urinario (ITU) que precisaron ingreso hospitalario lo hicieron en la Unidad de Corta Estancia (UCE). Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de las pruebas diagnósticas realizadas, el tratamiento establecido y la evolución clínica de esta entidad en nuestra provincia.

**Material y métodos.** Se revisaron los historiales los 1450 pacientes que ingresaron en la UCE entre junio de 2006 y enero 2008. Se recogieron las pruebas complementarias realizadas, el tratamiento antibiótico previo al ingreso y al alta. Se analizó la respuesta al tratamiento y el número de reinfecciones utilizándose programa SPSS. **Resultados.** Se obtuvieron 197 casos de ITU. La mayoría fueron mujeres de 39 años donde el germen más frecuentemente aislado fue *E. coli*. Respecto a las pruebas complementarias, se realizaron ante la persistencia de síntomas tras 24-48 horas de tratamiento o cuando se sospechaba otro diagnóstico. Se realizaron 58 ecografías renales (39.6%), 12 TAC (6.1%) y 3 urografías (1.5%). En tres pacientes fue necesaria la colocación de un doble "J", evolucionando resto favorablemente con antibiótico intravenoso. Sólo 25 pacientes (12.7%) realizaron tratamiento antibiótico previo al ingreso, siendo los más utilizados amoxicilina-clavulánico en 12 pacientes (6.1%) y quinolonas en 9 pacientes (4.6%). En cuanto al tratamiento hospitalario en 75 pacientes (38.1%) se utilizó la amoxicilina-clavulánico, en 74 pacientes (37.5%) quinolonas y en 45 pacientes (22.8%) cefalosporinas. En aquellos casos en los existía importante afectación del estado general con bacteriemia se utilizó gentamicina durante 3 días, ello ocurrió en 20 pacientes (1%). El tratamiento al alta consistió en amoxicilina-clavulánico en 74 pacientes (37.6%), quinolonas en 75 pacientes (38.1%) y cefalosporinas en 43 pacientes (21.8%). La duración media del tratamiento fue de 10 días y la estancia media de 3.17 ± 2.2 días. En los 18 meses reingresan 9 pacientes (4.6%), 3 en 15 días siendo dos gestantes, 2 en dos meses, 2 en tres meses, 1 en un mes y otra en un año.

**Discusión.** La prueba de imagen más útil en la detección de complicaciones es la ecografía renal. El tratamiento empírico aconsejado en la literatura son las quinolonas, en menor medida las cefalosporinas, amoxicilina y cotrimoxazol. En nuestro medio, a pesar de la menor resistencia a quinolonas frente a amoxicilina-clavulánico las hemos utilizado en la misma proporción. No hay mucha experiencia publicada respecto al uso de cefalosporinas. Nosotros tenemos buena experiencia respecto a su eficacia al igual que el uso de gentamicina durante 3 días en casos seleccionados. La evolución ha sido favorable en la mayoría de los casos con una baja tasa de reinfecciones. Claramente ingresan con más frecuencia las pacientes que no han iniciado tratamiento antibiótico previo.

**Conclusiones.** Aconsejamos el ingreso de toda infección urinaria acompañada de fiebre elevada y dolor abdominal, debido a que el tratamiento intravenoso, incluso con tan sólo 24 horas, disminuye el tiempo de presencia de síntomas mejorando la morbilidad del paciente. Tenemos buena experiencia ante el uso de gentamicina durante 3 días en casos seleccionados.

#### A-172

### FACTORES PREDISPONENTES A PADECER UN PROCESO INFECCIOSO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Tasia Pitarch<sup>1</sup>, S. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, X. Raga Lúria<sup>2</sup>, A. Delegido Sánchez Migallón<sup>1</sup>, S. Hernández Toboso<sup>1</sup> y V. Romeu Francés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología.

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Analizar las diferencias entre los factores predisponentes a padecer un proceso infeccioso en los pacientes con infección (CI) y sin ella (SI) en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal un día elegido al azar. Los factores predisponentes analizados se clasificaron en intrínsecos (FI) y extrínsecos (FE). Como FI se han considerado el coma, la insuficiencia renal (IR), la diabetes mellitus (DM), la neoplasia (N), la EPOC, la inmunodeficiencia (ID), la neutropenia, la cirrosis (CH), la obesidad (O), la desnutrición y la drogadicción. Como FE se han calificado la presencia de sonda urinaria (SU), de catéter periférico (CP), de catéter central (CC), de catéter central de inserción periférica (CCIP), de nutrición parenteral (NP), de traqueostomía, de sedación, de sonda nasogástrica (SNG) y la inmunosupresión. Otros datos analizados fueron la edad, el sexo, el tipo de proceso infeccioso y su origen (nosocomial o comunitario) si lo hubo. Se ha realizado el análisis estadístico mediante el programa SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** Se ha incluido 47 casos, 19 CI y 28 SI. El 63,8% eran varones, con una edad media de 72,8 años (DE 13,15) En el grupo de pacientes CI (n = 19) eran varones el 57,9%, con una edad media de 76,5 años (DE). La infección fue de origen comunitario en un 72,73% y nosocomial en un 27,27% de los casos. En el análisis de los FI destaca que la mayoría de este grupo de pacientes eran EPOC (57,9%), obesos (26,3%) y tenían algún grado de IR (26,3%). Se ha constatado DM en el 21,1% e inmunodeficiencia, desnutrición y úlceras por presión en el 5,3% respectivamente. Ningún paciente ingresado tenía neoplasia. En el análisis de los FE la mayoría de los pacientes de este grupo eran portadores de catéter periférico (84,2%). Sólo el 15,8% llevaban una SU y el 10,5% una SNG. Dos pacientes eran portadores de CC (10,5%) y uno tenía inmunosupresión (5,3%). Ningún paciente llevaba sedación ni traqueostomía. En el grupo de pacientes SI (n = 28) eran varones el 67,9%, con una edad media de 70,3 años (DE). En el análisis de los FI destaca que eran EPOC sólo el 10,7% de los casos, obesos el 32,1% y tenía algún grado de IR el 10,7%. Se ha constatado DM en el 32,1% y neoplasia en el 7,1%. Ninguno de estos pacientes tenía inmunodeficiencia, desnutrición ni úlceras por presión En el análisis de los FE la mayoría de los pacientes eran portadores de catéter periférico (92,9%). Sólo el 7,1% llevaba una SNG. Un paciente llevaba una traqueostomía y ningún paciente llevaba SU, sedación, CC o inmunosupresión.

**Discusión.** El tipo de paciente que ingresa en los Servicios de Medicina interna de los hospitales comarcales suele ser anciano, con frecuente comorbilidad y algún tipo de infección. Sin embargo, cuando se analiza la prevalencia de la infección en el servicio los resultados son claramente dispares. Las primeras diferencias se observan en la edad y el sexo de los pacientes CI. La proporción de varones es menor en el grupo CI que en el SI y son una media de 5 años mayores. Los FI predisponentes a infección en nuestra serie fue EPOC e IR. Sin embargo la prevalencia de DM y de obesidad ha sido significativamente superior en el grupo SI. Entre los FE, la proporción de sujetos con SU fue claramente superior en el grupo CI. El 90% de los pacientes ingresado tenían una vía periférica, con independencia del grupo al que pertenecieran.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con procesos infecciosos en nuestro centro tienen una edad más avanzada que el resto de los enfermos. 2. La EPOC y la IR son los factores de riesgo más relacionados con la presencia de infección. 3. La prevalencia pacientes con vía periférica es muy elevada, aunque no tiene relación con la presencia de infección en nuestro centro.

**A-173**  
**INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO GESTANTES. ESTUDIO DESCRIPTIVO DURANTE 18 MESES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA**

**M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, R. Mendez<sup>2</sup>, I. Domínguez<sup>2</sup>, A. Costa<sup>1</sup>, S. Láinez<sup>2</sup>, M. Torralba<sup>2</sup>, M. Morales Ballesteros<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La mayoría de las infecciones del tracto urinario (ITU) que precisan ingreso hospitalario lo hace en la Unidad de Corta Estancia (UCE). Incluyendo las pacientes gestantes atendidas conjuntamente con el servicio de Ginecología. Nuestro objetivo es un estudio descriptivo de pruebas diagnósticas, tratamiento utilizado y evolución clínica en la provincia de Guadalajara.

**Material y métodos.** Se revisaron los historiales de los 1450 pacientes que ingresaron en la UCE entre junio de 2006 y enero 2008. En las pacientes gestantes, se recogieron datos clínico-epidemiológicos, pruebas complementarias, tratamientos antibióticos previos al ingreso y al alta. Se analizó la respuesta al tratamiento y el número de reinfecciones.

**Resultados.** De los 197 ingresos sólo 20 fueron era gestantes, con una tasa de incidencia de 9.64 IC (5.8-15.1). La mediana de edad fue de 28 años (IIQ 23-33). La estancia media fue de 3.11 días  $\pm$  1.37. Respecto al origen, la mayoría (55%) eran españolas, el 25% del continente africano y el 15% procedían de Europa de este. El 47,4% tenía como antecedente el haber presentado infecciones urinarias previas, el 10,5% había presentado cólicos previos. Ninguna era diabética. Clínicamente destacó dolor en el 94,7%, fiebre en el 84,2% y síndrome miccional en el 64,2%. Analíticamente todas presentaron leucocituria y el 94,7% leucocitosis. Se recogieron 4 hemocultivos resultando todos estériles. Se recogieron 17 urocultivos (85%) donde consiguió aislamiento en 7 muestras. El germen más frecuente fue *E. coli* en 5 muestras (71,43%), una con candida y otra con estafilococo *saprophyticus*. Respecto a las resistencias de *E. coli* el 40% eran resistente a amoxicilina-clavulánico, otro 40% eran resistente a amoxicilina-sulfamidas y el 20% era resistente a amoxicilina. (14,3%). De forma global obtenemos un 71,4% de resistencia a amoxicilina, un 57,2% a amoxicilina-clavulánico y 28,6% a sulfamidas. No se encontró ninguna resistencia a quinolonas. En todos los casos se realizó ecografía ginecológica. En el 73,7% se realizó ecografía renal y en 26,3% apareció hidronefrosis. Sólo una paciente tomó cefalosporinas previamente al ingreso. El tratamiento hospitalario fue de amoxicilina-clavulánico en 13 pacientes (68,4%) utilizando cefalosporinas en el resto y eritromicina en una paciente. La media de tratamiento fue 10 días. Reingresaron 3 pacientes (15%) por recidiva clínica, 2 en 15 días y otra al mes detectando en ella el mismo germen en orina.

**Discusión.** El riesgo de infecciones urinarias es mayor en el embarazo. Sólo hemos tenido 20 casos. Respecto a las no gestantes dolor abdominal es más frecuente que la fiebre, la leucocituria y bacteriuria es mayor y el porcentaje de reingresos también es mayor. La tasa de resistencias a amoxicilina-clavulánico es mayor en las gestantes mientras que la de sulfamidas es similar. No obstante a pesar de recoger más urocultivos que en la población no gestante son pocos los gérmenes aislados (7 casos) para llegar a hacer conclusiones respecto a resistencias.

**Conclusiones.** Las pacientes gestantes tienen más dolor abdominal que fiebre, mayor leucocituria y bacteriuria y más reingresos. Se realizaron más ecografías detectando más hidronefrosis. El germen más frecuente (*E. coli*) coincide con las no gestantes y también su buena evolución. Aconsejamos el ingreso de toda infección urinaria en paciente gestante con afectación general ya que el tratamiento intravenoso, disminuye el tiempo de presencia de síntomas mejorando la morbilidad del paciente. Además dado su estado de gestación tranquiliza a la paciente ya que en el último trimestre podría desencadenar una dinámica de parto.

**A-174**  
**SÍFILIS EN INMIGRANTES: ¿TAMBIÉN ESTÁ EN AUMENTO?**

**Á. Asenjo Mota<sup>1</sup>, R. Barrena Puertas<sup>1</sup>, M. Velasco Arribas<sup>1</sup>, F. Cava Valenciano<sup>2</sup>, C. Aranda Cosgaya<sup>1</sup>, M. Aguado Lobo<sup>1</sup>, C. Rodríguez Leal<sup>1</sup> y J. Losa García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Comparar características de la sífilis en pacientes de origen español frente a pacientes inmigrantes.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes atendidos con prueba reagínica positiva a títulos superiores a 1/4 y prueba treponémica positiva desde enero de 2003 a mayo de 2008 en el área sanitaria del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, con una población de 250.000 habitantes de perfil urbano y rural. Se estudiaron variables de carácter epidemiológico y clínico en los pacientes nacidos en España y los nacidos en el extranjero. Fueron comparadas con test paramétricos y no paramétricos (U de Mann-Whitney).

**Resultados.** Se obtuvieron 57 pacientes con lues, con una edad media de 38.8 años (DS  $\pm$  14.2 años) y fueron varones un 82,5% (47). El 31,6% (18) eran de origen extranjero. La distribución de las nacionalidades era muy variable. Alo largo de los años, aparecieron ninguno en 2003, 2 en 2004, 5 en 2005, 4 en 2006, 6 en 2007. El grupo de inmigrantes eran predominantemente mujeres (44,4% frente a 5,1%,  $p = 0,001$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad al diagnóstico (39 años frente a 36). La sífilis primaria fue más frecuente en el grupo de españoles (41% frente a 11,1%,  $p = 0,03$ ) y la sífilis secundaria en forma de rash cutáneo también (48,7% vs 16,7%,  $p = 0,039$ ). No hubo diferencias significativas en la presencia de fiebre, adenopatías, afectación de otros órganos (ojos, hígado, SNC, oído). La presencia de otras ETS fue mayor en el grupo de españoles (41% vs 22,2%) pero sin llegar a ser significativo. La proporción de pérdidas de seguimiento fue similar en ambos grupos (23,1% vs 23,5%). Hubo 2 reacciones de Jarisch-Herxheimer y ambas en el grupo de españoles. Durante el período revisado, se produjo un fallecimiento en una paciente con afectación del sistema nervioso central que era originariamente español.

**Conclusiones.** Los inmigrantes suponen un porcentaje muy levado dentro de los casos de sífilis, en los cuáles predominan las mujeres. El aumento de casos en ambos grupos ha seguido una progresión logarítmica, aunque las formas sintomáticas típicas son más frecuentes en los españoles. Es llamativo que el número de pérdidas de seguimiento fue similar en ambos grupos con respecto a lo que cabría esperar.

**A-175**  
**MENINGITIS ENTEROCÓCICA**

**C. García Zubiri, P. Laguna del Estal, R. García Madero, M. Gil Navarro, M. López-Cano Gómez, A. Castañeda Pastor y M. Yebra Bango**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Meningococo y neumococo causan en adultos la mayoría de las meningitis agudas bacterianas (MAB) de adquisición comunitaria, y bacilos aerobios gramnegativos y *Staphylococci* spp. Son los agentes causales más frecuentes de las nosocomiales, mientras que *Enterococci* spp. causan sólo 0,3-4% de MAB. El objetivo de este trabajo es describir los casos de meningitis enterocócica diagnosticados en nuestro hospital durante un período de 25 años.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad  $> 14$  años diagnosticados de MAB, en base a unos criterios definidos previamente, entre 1982 y 2006, incluyendo en el estudio los casos con cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo para *Enterococci* spp. Se clasificaron en dos grupos: postoperatoria (secundaria a traumatismo craneal, neurocirugía y/o dispositivo neuroquirúrgico) y espontánea (por diseminación a meninges desde un foco infeccioso a otro nivel).

**Resultados.** En 245 casos de MAB se identificaron 6 (2,45%) producidas por *Enterococci* spp, que se incluyen en el estudio. El 50%



fueron nosocomiales, y el 100% de adquisición postoperatoria: dispositivo neuroquirúrgico un 83,3% y fístula craneal de LCR un 16,7%. La presentación clínica fue aguda (un día de evolución en el 83,3% de los casos) y consistió en: fiebre (83,3%), cefalea (83,3%), reducción del nivel de conciencia (66,7%) y rigidez de nuca (50%); un 33,3% presentó la tríada clásica de la MAB y ninguno desarrolló complicaciones relacionadas con la meningitis. El análisis de LCR mostró los siguientes resultados: leucocitos/mm<sup>3</sup> (70-3370), neutrófilos (60-99), proteínas mg/dl (101-633), 50% con hipoglucorraquia y 16,7% con tinción de gram positiva. Se aisló *E. faecalis* en el 66,7% y *E. faecium* el 33,3% (uno infección mixta, aislándose también *S. epidermidis*). La sensibilidad de los aislamientos a la antibioterapia empírica inicial fue del 100%; tras la identificación bacteriológica, un 83,3% se trataron con vancomicina, aunque sólo uno de los aislamientos (un caso de *E. faecium*) fue resistente a ampicilina; se retiró el dispositivo neuroquirúrgico al 80% de los pacientes; no se administró antibioterapia intratecal a ninguno. La duración media del ingreso fue de 23 ± 7 días (15-31) y la evolución favorable: todos sobrevivieron y sólo en uno quedaron secuelas neurológicas tras la meningitis.

**Discusión.** Las meningitis enterocócicas representaron un 2,45% de las MAB en adultos de nuestra serie, similar a otros estudios. Se han descrito dos formas de adquisición: postoperatoria y espontánea. En nuestra serie todas fueron postoperatorias, asociadas generalmente a dispositivos neuroquirúrgicos (82% de casos en otros trabajos). *E. faecalis* se aisló más frecuentemente (76% en otras series). La evolución fue favorable, posiblemente en relación con la elevada proporción de aislamientos sensibles a antibioterapia convencional para infecciones enterocócicas, y también a que todas las meningitis fueron postoperatorias, cuya mortalidad es menor que la de las espontáneas (12% frente a 33%).

**Conclusiones.** 1. La meningitis enterocócica es una enfermedad infrecuente, predominando la forma postoperatoria que se desarrolla en pacientes portadores de dispositivos neuroquirúrgicos. 2. *E. faecalis* es el principal agente etiológico identificado. 3. La presentación clínica y análisis de LCR no permiten predecir esta etiología de la MAB. 4) El tratamiento con antibioterapia específica frente a *Enterococci* spp. Debe combinarse, siempre que sea posible, con la retirada del dispositivo neuroquirúrgico.

**A-176 ASPECTOS TERAPÉUTICOS DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: USO DE CORTICOIDES Y ANTIBIÓTICOS**

**M. Gallego Blázquez, R. Martín Morales, G. Ojeda Burgos, A. López Ruiz, S. Puerta Fernández y J. Carrillo Linares**  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, epidemiológicas, analíticas y evolutivas de aquellos pacientes con mononucleosis infecciosa (MI) que ingresan en un hospital de tercer nivel y en los que se indica el uso de antibióticos y/o corticoides.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con MI que han ingresado en nuestro centro durante el período

2003-2008. Los casos se identificaron por la presencia de palabras clave compatibles en los informes de alta. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y terapéuticos. Programa estadístico: Spss para Windows.

**Resultados.** Se han incluido 66 pacientes. El 83,3% ingresaron en el Servicio de Medicina Interna y el 15,2% en Otorrinolaringología (ORL). El 56% eran varones y la edad media 21 ± 8 años. El 62,1% recibieron en algún momento tratamiento antibiótico empírico (β-lactámicos 78%, macrólidos 17%, quinolonas 14,6%, otros 12,2% y 21,9% más de un tipo de antibiótico). El 24,2% recibieron corticoides (6-metil-prednisolona 80% y prednisona 20%) y en todos ellos también se indicó antibioterapia. El uso de antibióticos se relacionó con la presencia de amigdalitis (OR 7,75, IC95% 1,7-33,6; p = 0,006), ictericia (OR 5,97, IC95% 1,32-26,9; p = 0,02) e hipertransaminasemia (OR 4,85, IC95% 1,03-22,7; p = 0,04) y el uso de corticoides con odinofagia severa (OR 14,3; IC95% 3,06-66,8; p = 0,0007) y amigdalitis (OR 13,9; IC95% 1,4-135,6; p = 0,02). El uso de antibióticos y de corticoides fue más frecuente en los pacientes ingresados en el Servicio de ORL (77,7 vs 51,2%; p = 0,04 y 51,8 vs 5,1%; p < 0,0001, respectivamente). No hubo diferencias en la resolución clínica en función del uso de antibióticos y/o corticoides.

**Conclusiones.** Recibieron tratamiento antibiótico más de la mitad de los pacientes con MI ingresados en nuestro centro, sobre todo en sujetos con amigdalitis, ictericia o hipertransaminasemia. Los corticoides se utilizaron casi en la cuarta parte de los casos, fundamentalmente en aquellos con odinofagia severa o amigdalitis. El uso de ambos fármacos fue más frecuente en los pacientes que ingresan en el Servicio de ORL y la evolución clínica fue similar a la de los sujetos en los que no se indicaron dichos tratamientos.

**A-177 EFICACIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN LA PREVENCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR DESCOMPENSACIÓN CARDIORRESPIRATORIA EN CÁCERES. TEMPORADA 06-07**

**P. Barquilla Cordero, L. Vicente Dominguez, M. Martín Martín, N. Pacheco Gómez, J. Luengo Álvarez, R. Velasco Romero, C. Martín Ruíz y J. Sánchez Muñoz-Torrero**  
Servicio Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

**Objetivos.** Valorar si la VA es eficaz en la prevención de ingresos hospitalarios en la población de alto riesgo en Cáceres durante la temporada 06-07.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio caso-control observacional en el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Cáceres en la temporada de gripe 06-07 (enero 07-agosto 07). Se recogen datos demográficos, clínicos y de vacunación antigripal entre los pacientes > 65 años y alguna patología crónica adicional (EPOC, ICC, DM, hepatopatía crónica, inmunosupresión). Se definen casos todos los pacientes ingresados por descompensación CR durante el período 10/06-04/07. Los controles se consideraron los sujetos seguidos en consultas externas de MI por la misma patología

Tabla 1. Factores que influyen en la probabilidad de ingreso (A-177).

	Ingresados (Casos) n = 240	No ingresados (Controles) n = 151	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad > 75 años	139 (58)	82 (54)	1.2 (0.7-1.7)	NS
Varón	151 (63)	109 (70)	0.7 (0.5-1.1)	NS
Vacunación antigripal	165 (69)	113 (73)	0.8 (0.52-1.3)	NS
EPOC	149 (62)	93 (69)	1.1 (0.7-1.6)	NS
ICC	120 (50)	66 (43)	1.3 (0.9-2)	NS
Diabetes	107 (45)	48 (31)	1.8 (1.2-2.7)	NS
Fumador activo	31 (13)	13 (8)	1.6 (0.8-3.2)	NS
Obesidad	99 (41)	40 (26)	2 (1.3-3)	0,005
Inmunosupresión	31 (13)	18 (12)	1.1 (0.6-2.1)	NS
> 2 factores de riesgo	165 (69)	93 (60)	1.5 (0.9-2.2)	NS
Ingreso año anterior	131 (55)	53 (34)	2.3 (1.5-3.5)	< 0.001

y que no ingresaron en el período de observación. (05/07- 09/07). Estudio estadístico se llevo a cabo con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Total de pacientes estudiados: 391: Casos (n = 240)/Controles (n = 151) De los pacientes > 75 años incluidos en el estudio 58% (139) ingresaron en el HSPA comparándose con una población de similares características seguida en consultas externas de Medicina interna 54% (82) con una cobertura antigripal del 71%. El análisis no resultó estadísticamente significativo para las variables sexo, edad > 75 años, EPOC, ICC, DM, inmunodepresión, tabaquismo activo e h<sup>a</sup> neumonía previa.

**Conclusiones.** Entre las variables que influyen en la probabilidad de ingreso hospitalario en una población de alto riesgo no se incluye la VA. El único grupo que se beneficia de la VA es el de > 75 años con obesidad. Este estudio se ha realizado en el contexto de una epidemia gripal leve, con una cobertura del 71% y una selección antigénica adecuada para la gripe de la campaña 06-07.

#### A-178

##### LEUCONOSTOC SPP. OTRA CAUSA DE INFECCIÓN POR GRAM-POSITIVO RESISTENTE A VANCOMICINA

I. Torrente Jiménez<sup>1</sup>, B. Marí<sup>1</sup>, G. Vidal<sup>1</sup>, M. Espinosa<sup>1</sup>,

L. Morera<sup>1</sup>, D. Fontanals<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup> y J. Oristrell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio-Microbiología, <sup>3</sup>Unidad de Infecciones. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Revisión retrospectiva de las infecciones causadas por *leuconostoc* spp. y documentadas microbiológicamente en nuestro centro desde 1988 hasta 2007.

**Material y métodos.** Realizamos una revisión retrospectiva de historias clínicas y resultados microbiológicos. Las variables utilizadas han sido, edad, sexo, factores de riesgo descritos frecuentemente en la literatura y que se han relacionado con la infección por *leuconostoc*, foco de infección, tratamiento y evolución clínica de cada caso.

**Resultados.** En el período descrito, se recogieron 18 hemocultivos positivos para *leuconostoc* spp, 7 de ellos se consideraron no patológicos (dos de ellos en pacientes con nutrición parenteral). La edad media de los pacientes fue de 67 años (44-79), con predominio de mujeres (8/11). Los principales factores de riesgo asociados fueron: 1 paciente VIH con TBC, 1 Cirrosis hepática Child C, 2 pacientes con antecedentes de diálisis peritoneal, 2 neoplasias digestivas, 1 paciente sometido a un procedimiento invasivo mayor. En 4 casos no se encontraron factores de riesgo asociados. Ningún paciente había recibido previamente tratamiento con vancomicina. En 9 de los 11, el foco abdominal fue considerado el foco de infección: 5 peritonitis secundarias (2 diálisis peritoneal), 1 tuberculosis diseminada, 1 isquemia intestinal secundaria a hernia incarcerada, 1 perforación abdominal debida a procedimiento invasivo, 1 peritonitis bacteriana espontánea, 1 infección de vía biliar, 1 absceso pancreático, 1 colangitis. En dos pacientes el foco de infección se consideró osteoarticular. En 7 de los 11 casos, el cultivo fue monomicrobiano. Se administró tratamiento antibiótico a 9 pacientes (4 betalactámicos, 2 quinolonas, 2 carbapenem, 1 clindamicina) con resolución de la infección en todos los casos. 5 pacientes fallecieron, 4 debido a su patología de base y uno a causa de fallo multiorgánico en contexto de abscesos abdominales múltiples, destacando la presencia de cultivos repetidamente negativos. Sólo un caso con hemocultivo positivo no recibió tratamiento y se encuentra actualmente con vida, corresponde a un recién nacido con nutrición artificial. Los resultados obtenidos en nuestra serie son superponibles a los descritos en la literatura.

**Discusión.** *Leuconostoc* spp. es un cocobacilo gram-positivo, catalasa-negativo y oxidasa-negativo, que no fue considerado como patógeno humano hasta hace una veintena de años. Aunque las series publicadas son cortas, en los últimos años han adquirido importancia como patógenos nosocomiales produciendo cuadros graves sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Su hábitat natural es la materia vegetal y se usa en industria para la producción de vino, derivados lácteos y dextranos. Es formador de colonias morfológicamente parecidas al estreptococo, por lo que son frecuentemente confundidas con las de *Streptococcus* grupo *viridans*. Ayuda a su distinción que se caracterizan por ser intrínsecamente resistentes a van-

comicina, y no es infrecuente que sean parcialmente resistentes a teicoplanina. Aunque puede aislarse ocasionalmente en heces humanas y muestras vaginales, no está considerado como parte de la flora humana normal. En los últimos años, se han recogido casos esporádicos de infección por *leuconostoc*, lo que nos hace plantearnos su papel como agente patógeno especialmente en pacientes inmunodeprimidos y con patología abdominal. Como puerta de entrada de la infección se cree que puede tener un papel importante la piel y el tracto gastrointestinal.

**Conclusiones.** La infección por *leuconostoc* spp es posible en sujetos sanos como se refleja en nuestra revisión, pero es más frecuente en los pacientes con alguna enfermedad subyacente especialmente abdominal o que conlleve algún tipo de inmunodepresión. Podríamos concluir que se debe sospechar una infección *leuconostoc* spp cuando se aislen en los cultivos cocos gram-positivos resistentes a vancomicina. Destacar que la mayoría de los casos tienen un curso favorable con el tratamiento antibiótico adecuado.

#### A-179

##### RECIENTE INCREMENTO DE LA PREVALENCIA Y EMPEORAMIENTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA

B. Seoane<sup>1</sup>, Á. Mena<sup>1</sup>, L. Castelo<sup>1</sup>, P. Varela<sup>2</sup>, D. Sousa<sup>2</sup>, E. Sánchez<sup>2</sup>, E. Míguez<sup>2</sup> y P. Llinares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** En los últimos años hemos presenciado un descenso de la morbimortalidad causada por la enfermedad neumocócica bacteriémica en el ámbito hospitalario. No obstante, en la práctica clínica diaria existe la sensación de que el número de casos y su gravedad se han incrementado recientemente, sin que hayan salido a la luz publicaciones recientes que corroboren dicha observación. El propósito de nuestro estudio fue analizar la incidencia y espectro clínico de dicha enfermedad en nuestro hospital y compararlo con el objetivo en el año previo.

**Material y métodos.** Análisis de los casos de enfermedad neumocócica bacteriémica confirmada en nuestro centro entre octubre de 2006 y febrero de 2007 y los casos presentados en ese mismo período de tiempo entre 2007 y 2008. Determinamos los factores de riesgo, la presentación clínica, los marcadores de gravedad de la enfermedad y su mortalidad y se estableció un estudio comparativo entre ambos períodos.

**Resultados.** Durante ambos períodos temporales recogimos 73 casos de bacteriemia neumocócica, 27 en el primer período y 46 en el mismo del año siguiente, lo cual indica un aumento casi al doble de la prevalencia de dicha entidad en el período entre 2007 y 2008. No encontramos diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo para su desarrollo, aunque sí observamos una tendencia no significativa a un mayor número de casos en hepatópatas (34% vs. 14%, p = 0.065) y en pacientes VIH (17% vs. 3%, p = 0.086) durante el segundo período analizado. Asimismo, observamos un patrón de gravedad mayor en los pacientes afectados en el segundo período, con mayor incidencia de hipotensión (p = 0.030), de trombopenia (p = 0,014) y de necesidad de ingreso en unidades de vigilancia y cuidados intensivos (p = 0.002) y un incremento significativo en la mortalidad de los mismos (24% vs. 3.7%, p = 0.025). No hubo diferencias significativas en la resistencia a penicilina ni cefalosporinas.

**Discusión.** En el último año hemos objetivado la existencia de un brote de enfermedad neumocócica bacteriémica. A dicho incremento en el número de casos se añade un patrón clínico más desfavorable y un incremento significativo de la mortalidad. Nuevos estudios deben ser encaminados para confirmar esta tendencia y clarificar las causas de estos hallazgos.

### A-180 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

M. Hernández Ros<sup>1</sup>, I. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>,  
M. Santa-Olalla González<sup>1</sup>, I. González Cuello<sup>1</sup>, F. López  
García<sup>1</sup>, J. Ruiz Maciá<sup>2</sup>, F. Amorós Martínez<sup>1</sup>  
y V. Rosa Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** La mononucleosis infecciosa (MI) es una enfermedad benigna causada por el virus de Epstein-Barr (VEB). Suele afectar a los adultos jóvenes y es característica la triada de fiebre, linfadenopatías y faringitis. Sin embargo, puede manifestarse en ocasiones de forma atípica, como sucedió en los tres casos que describimos.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de 3 pacientes diagnosticados de MI de presentación atípica.

**Resultados.** Caso 1. Varón de 21 años que ingresó por deposiciones diarreicas acompañadas de sangre, dolor abdominal y fiebre de hasta 39 °C de una semana de evolución. La exploración física fue normal y no se evidenciaron adenopatías ni hepatoesplenomegalia. En el análisis de sangre destacaba: 20070 leucocitos/ml con 9990 linfocitos/ml, GOT 369 U/l, GPT 828 U/l, FA 508 U/l, GGT 306 U/l y LDH 364 U/l. En la morfología de sangre periférica se evidenció linfocitosis con linfocitos de aspecto activado. El coprocultivo y la toxina de *Clostridium difficile* fueron negativos, al igual que las serologías de hepatitis B y C, CMV y VIH. El test de Paul Bunnell y la serología de VEB fueron compatibles con infección aguda. La colonoscopia total mostró afectación de los 40 cm distales en forma de eritema discontinuo y úlceras aftoides. Las biopsias revelaron una ulceración con un nódulo linfoide subyacente, constituido por células grandes de morfología inmunoblástica. El paciente evolucionó de forma satisfactoria con tratamiento sintomático. Caso 2. Mujer de 19 años que ingresó por fiebre de hasta 40 °C, ictericia, molestias abdominales difusas y náuseas de 4 días de evolución. En la semana previa había presentado adenopatías laterocervicales dolorosas y fiebre. En la exploración física presentaba fiebre, ictericia, adenopatías cervicales laterales, hepatomegalia y ascitis. En la analítica destacaba: 3.590 leucocitos/ml, bilirrubina total 6.6 g/dl (directa 5 g/dl), GOT 558 U/l, GPT 482 U/l, GGT 167 U/l, índice de Quick 56%, APTT 35.9 s. El estudio de sangre periférica mostró linfocitosis a expensas de linfocitos maduros, alguno de aspecto activado. Las pruebas de imagen evidenciaron hepatoesplenomegalia homogénea, ascitis, derrame pleural y adenopatías submandibulares, yugulares, axilares y retroperitoneales. Las serologías de hepatitis A, B y C, VIH, CMV y toxoplasma fueron negativas. La serología de VEB y el test de Paul Bunnell fueron compatibles con infección aguda. Con tratamiento sintomático, la paciente evolucionó de forma favorable. Caso 3. Varón de 67 años que ingresó por fiebre de hasta 39 °C de 4 días de evolución y dolor abdominal difuso. La exploración física evidenció hepatoesplenomegalia. Las pruebas de imagen mostraron, además, líquido libre abdominal y esplenomegalia con una zona hipocaptante en TAC. Durante los días posteriores el paciente entró en situación de shock séptico, por lo que ingresó en UCI. Se realizó una laparotomía exploradora que halló un bazo de aspecto tumoral, realizándose una esplenectomía. A las pocas horas de la intervención el paciente falleció. La anatomía patológica reveló una esplenitis séptica (pulpa roja del bazo ampliamente expandida e infiltrada por linfocitos atípicos; trabéculas, arterias y cápsula infiltradas por linfocitos). Los hemocultivos fueron negativos, al igual que las serología de VIH y hepatitis B y C. La serología de VEB fue compatible con infección aguda.

**Discusión.** El VEB puede afectar a cualquier lugar donde esté presente el tejido linfoide, por lo que puede manifestarse de forma distinta a la clásica triada benigna de fiebre, adenopatías y faringitis. La mayoría de los síntomas de la MI se deben a la proliferación y activación de las células T en respuesta a las células B infectadas por el virus. Por tanto, la MI puede producir diversas manifestaciones digestivas, como hepatitis, hepatoesplenomegalia, o el síndrome de Reye. En nuestro primer caso, el VEB provocó úlceras colónicas, en el segundo paciente, hepatoesplenomegalia, ascitis y adenopatías múltiples. El tercer caso es todavía más ilustrativo, pues demuestra como la MI puede llegar a tener un desenlace fatal.

### A-181 VIH Y GÉNERO

M. Zamora Pasadas, J. Vargas Hitos, C. Hidalgo Tenorio  
y J. Pasquau Liaño

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Int. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** En los últimos años se ha producido un cambio en la presentación de la infección VIH, con incremento en el número de mujeres sobre todo en países subdesarrollados. La infección VIH se ha llegado a conocer bien en el hombre, pero no tanto en la mujer. Hasta 1993 la FDA no permitía la entrada de mujeres en los ensayos clínicos, y todavía su participación es escasa. Actualmente hay cohortes como la WIHS, HERS que van aportando mayor grado de conocimiento de la infección VIH en el género femenino. El objetivo de este estudio es analizar la influencia del género en la infección por VIH, así como los principales factores diferenciadores entre hombres y mujeres pertenecientes a una cohorte de pacientes atendidos en una Unidad de expertos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

**Material y métodos.** Pacientes mayores de 18 años atendidos en el último año en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, terapéuticos y pronósticos. El paquete estadístico empleado fue SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron 158 pacientes VIH (79 hombres y 79 mujeres) procedentes de una cohorte compuesta por 383 (de ellos 79 mujeres que constituían el 20.6%) de los pacientes revisados en el último año en la Unidad de Enfermedades Infecciosas, equiparables en edad, estadio del VIH, CD4 basales, CV basal y factores de riesgo cardiovasculares tradicionales. La edad media de las mujeres fue de 42 años vs 40 de los hombres. El tiempo en años desde el diagnóstico de la enfermedad fue mayor para mujeres (10.9 vs 7.2; p < 0,001), así como los años de tratamiento (6.8 vs 2.8; p < 0,001), cifra de plaquetas (244.417 vs 214.973; p = 0.049), colesterol total (191 vs 171; p = 0,016), LDL-c (115 vs 101; p = 0.032), carga viral actual (90863 vs 11782; p = 0,011) y HDL-c (54 vs 44; p = 0,001); aunque fueron menores las cifras de Hb (13.6 vs 15; p < 0,001) y leucocitos (6009 vs 7123; p = 0.003). También se encontraron diferencias significativas en cuanto al trabajo, la mayoría de mujeres estaban en paro (51,9% mujeres vs 24% hombres) y la mayoría de hombres trabajando (55,7% hombres vs 39,3% mujeres), p = 0,001. En cuanto al nivel educacional: Primaria (57% mujeres vs 34% hombres) y estudios superiores (2,5% mujeres vs 24% hombres) (p < 0,001). Modo de contagio, en mujeres 76% heterosexual, 12,7% ADPV y 1,3% homosexual/bisexual, en hombres 50,6% homosexual/bisexual, 36,7% ADPV y 6,3% vía heterosexual (p < 0,001). También hay diferencias significativas en cuanto a la situación de naive (10,1% mujeres vs 31,6% hombres; p = 0,003), procedencia española (79,7% mujeres vs 92,4% hombres; p = 0,039), presencia de hepatopatía por VHB (1,3% mujeres vs 15,2% hombres; p = 0,004), padecimiento de efectos adversos del TAR (49,4% mujeres vs 29,1% hombres; p = 0,015), concretamente en el síndrome de hipersensibilidad (12,7% mujeres vs 1,3% hombres; p = 0,015), afectación del SNC (15,2% mujeres vs 3,8% hombres; p = 0,030) e hipercolesterolemia (17,7% mujeres vs 1,3% hombres; p = 0,001). Otra de las diferencias estadísticamente significativas encontradas fue el abandono del TAR (32,9% mujeres vs 13,9% hombres; p = 0,010).

**Discusión.** El género femenino parece condicionar un peor cumplimiento del tratamiento antirretroviral, con mayor número de abandonos, debido posiblemente a un menor nivel educacional y en consecuencia de recursos económicos; mayor tiempo de evolución de la enfermedad y exposición al TAR, así como incremento en el número de efectos secundarios, entre los que destacan hipercolesterolemia, afectación del sistema nervioso central y reacción de hipersensibilidad.

**Conclusiones.** El género femenino sigue constituyendo una minoría en las cohortes de pacientes VIH y de los diagnósticos recientes en nuestra consulta. Debemos insistir más en el counselling.



Tabla 1. Resultados comparación vacunación antigripal entre temporadas 00-01 y 06-07 (A-182).

	Temporada 00-01 n = 227	Temporada 06-07 n = 395	Valor p
Edad	71.5 ± 10	75 ± 9	< 0,0001
H/m	128 (56)/99 (44)	260 (66)/135 (34)	< 0,01
Ingreso año anterior	143 (63)/84 (37)	184 (47)/207 (53)	< 0,0001
> 2 fact. Riesgo	128 (56)/99 (44)	258 (65)/137 (35)	< 0,05
Días ingreso	13.4 ± 6.4	11,9 ± 8,3	< 0,05
Vacunación/no vac.	136 (60)/91 (40)	278 (71)/113 (29)	< 0,001

**A-182****PACIENTES DE ALTO RIESGO. VACUNACIÓN ANTIGRI-PAL EN CÁCERES. COMPARACIÓN ENTRE TEMPORADAS 00-01 Y 06-07**

**N. Pacheco Gómez, M. Martín Martín, L. Vicente Domínguez, P. Barquilla Cordero, J. Luengo Álvarez, R. Velasco Romero, A. Costo Campoamor y J. Sánchez Muñoz-Torrero**

Servicio Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

**Objetivos.** En la temporada 00-01 estudiamos el porcentaje de vacunación antigripal entre los pacientes de alto riesgo en Cáceres. Queremos conocer la utilización de la vacunación durante la temporada 06-07 y compararla con la de hace 6 años.

**Material y métodos.** Entre los meses de noviembre 06 y agosto 07 se recogieron los datos clínicos y demográficos, así como si han sido vacunados para la gripe en la presente campaña, a todos los pacientes mayores de 65 años con alguna patología crónica añadida que ingresaron en el Hospital por descompensación cardiopulmonar y, los seguidos en consultas externas de Medicina Interna por similares problemas. Todas las variables se compararon con las de la temporada 00-01.

**Conclusiones.** A pesar de utilizar los mismos criterios de selección, las características de los pacientes de alto riesgo se ha modificado entre la actual campaña de gripe respecto a la de 00-01. El porcentaje de vacunación antigripal en los pacientes de alto riesgo en Cáceres durante la temporada 06-07 es del 71%, a pesar de haber mejorado un 11% respecto al de hace 6 años, se debería insistir en la necesidad de vacunación en este grupo de pacientes.

**A-183****NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA DEL FÉMUR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH: UNA ALERTA PARA EL CLÍNICO**

**V. Cano Llorente<sup>1</sup>, M. Díaz Sotero<sup>1</sup>, M. Salas Cabañas<sup>1</sup>, E. Sánchez Maganto<sup>1</sup>, R. Labra González<sup>1</sup>, P. Toledo Sierra<sup>1</sup>, M. Núñez Gómez Álvarez<sup>1</sup> y A. Blanco Jarava<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

**Objetivos.** Evaluar las características epidemiológicas y factores de riesgo conocidos en los pacientes VIH diagnosticados de osteonecrosis de cabeza femoral en seguimiento en nuestro centro desde el año 1997.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, a partir de los casos diagnosticados de osteonecrosis en pacientes infectados por el VIH, en seguimiento en nuestra consulta monográfica, entre enero de 1997 y junio de 2008.

**Resultados.** Se identificaron cinco casos de osteonecrosis sintomática de cabeza femoral entre los 460 pacientes infectados por el VIH en seguimiento en nuestro centro. De los cinco pacientes, cuatro eran varones, la media de edad fue de 42,2 años, y cuatro cumplían criterios de SIDA. El tiempo medio desde el diagnóstico de la infección por VIH hasta el desarrollo de osteonecrosis fue de 16 años. El recuento medio de CD4 en el momento del diagnóstico de osteonecrosis era de 409 /mm<sup>3</sup>. Cuatro recibían TARGA, todos ellos incluían un IP desde al menos 24 meses antes del diagnóstico, tres de ellos también habían tomado DDI, y un paciente no recibía TARGA pero consumía más de 90 gr de alcohol al día. El 60% presentaba hiper-

trigliceridemia. Ninguno de ellos tomaba corticoides de forma crónica. Dos pacientes habían recibido tratamiento con estrógenos, y tres presentaban lipodistrofia. Todos habían sido consumidores de drogas por vía parenteral o inhalada, y cuatro de ellos estaban coinfectados por el VHC. Sólo uno de ellos tenía como antecedente una trombosis venosa profunda bilateral. El 100% presentó dolor local como manifestación inicial, desarrollando impotencia funcional. En uno de los casos la osteonecrosis se hizo bilateral.

**Discusión.** La necrosis avascular de la cabeza femoral es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia en la población general de 0.04/1000 personas-año. La principal manifestación clínica es el dolor local, subagudo y progresivo. Su patogenia no es bien conocida aunque los factores predisponentes más frecuentemente descritos son el uso de corticoides, traumatismos previos, consumo de alcohol y drogas, hiperlipidemia, y estados de hipercoagulabilidad. En los últimos años la incidencia de osteonecrosis ha aumentado en los pacientes VIH, y se ha relacionado con diversas variables, incluyendo una duración prolongada de la infección por VIH, CD4 < 200, uso previo de corticoides, tratamiento con acetato de megestrol, complicaciones metabólicas de tratamiento con IP (lipodistrofia e hiperlipemia) y reconstitución inmune tras TARGA.

**Conclusiones.** Los pacientes infectados por VIH tienen un mayor riesgo de desarrollo de osteonecrosis de cabeza femoral en relación con la población general (1% en nuestra serie), por lo que es importante mantener una actitud de alerta en estos pacientes ante los primeros síntomas del desarrollo de la enfermedad. Su etiología parece ser multifactorial, incluyendo factores de riesgo predisponentes conocidos, como la exposición a corticoides, el alcohol y las drogas, tratamiento con estrógenos e hiperlipidemia, así como el TARGA, sin ser éste un factor independiente para su desarrollo. En nuestra serie se observa un alto índice de coinfectados con VHC. También hemos objetivado que los pacientes afectados por osteonecrosis presentan una larga evolución de la infección por VIH. No obstante, para conocer mejor la patogenia de la necrosis avascular en estos enfermos se deberían realizar estudios con un mayor número de pacientes y comparar las características de éstos con las de la población general.

**A-184****CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE LEMIERRE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

**E. Gargallo García, L. Cano Alcaide, Z. Jiménez Bretones, L. Pérez Latorre y J. García Castaño**

Servicio de Medicina Interna I. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, pruebas diagnósticas empleadas, terapéutica utilizada y evolución clínica en un grupo de pacientes ingresados en nuestro servicio de medicina interna en los últimos 5 años con el diagnóstico de Síndrome de Lemierre.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de todos los enfermos diagnosticados de síndrome de Lemierre en nuestro servicio de medicina interna en los últimos 5 años.

**Resultados.** En los últimos 5 años han ingresado en nuestro servicio 5 pacientes con el diagnóstico de síndrome de Lemierre. Los pacientes fueron 4 hombres y 1 mujer con una edad media de 27 años. Previo al debut clínico, los 5 pacientes presentaron un cuadro de faringo-amigdalitis en los días previos con una media de 7-8 días

desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de síndrome de Lemierre. Presentaban dolor faríngeo 3 de ellos y dolor en cuello 2 de los 5 pacientes. 1 de ellos no tuvo previamente ni dolor faríngeo ni dolor en cuello. A su llegada a urgencias todos tenían temperatura superior a 38 °C y una frecuencia respiratoria entre 15 y 20 rpm. La exploración faríngea mostró eritema en 4 de ellos y exudado en 1. De los 5 pacientes 3 tenían hinchazón o induración en la zona laterocervical. Respecto a las pruebas complementarias para el diagnóstico todos tenían leucocitosis superior a 11.000 con predominio de neutrófilos. En la radiografía de tórax los 5 pacientes tenían émbolos sépticos y 2 de ellos derrame pleural asociado (en hemitórax derecho). La trombosis de la vena yugular fue diagnosticada mediante TAC cervical en 4 de ellos y en 1 mediante la realización de doppler de cuello. En 3 de ellos los hemocultivos fueron positivos aislándose *Fusobacterium necrophorum* y en los 2 restantes no se obtuvo aislamiento microbiológico. Respecto al tratamiento en 3 de los pacientes se prescribió clindamicina y metronidazol y en los 2 restantes amoxicilina-ácido clavulánico asociado en 1 de ellos a clindamicina. La duración media del tratamiento antibiótico fue de 3 a 5 semanas. Ninguno precisó cirugía. Se inició anticoagulación en 3 de ellos (durante 3 meses en 2 pacientes y 6 meses en 1 paciente) y los 2 restantes no fueron anticoagulados. La evolución clínica fue satisfactoria en todos ellos aunque 1 de los pacientes precisó ingreso tras su llegada a urgencias en la unidad de cuidados intensivos por shock séptico. La mortalidad fue del 0% y no se han evidenciado recidivas hasta el momento actual.

**Discusión.** El síndrome de Lemierre es un cuadro poco frecuente en la actualidad que consiste en la presencia de una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna, con embolismos sépticos frecuentes, y secundaria a una infección faríngea u odontógena generalmente por gérmenes gram negativos anaerobios. Aunque su incidencia es escasa es una patología que debe ser conocida por tratarse de una complicación grave que requiere la instauración de tratamiento antibiótico precoz. El síndrome de Lemierre debe entrar en el diagnóstico diferencial de toda tumefacción laterocervical de características inflamatorias sobre todo si existe un antecedente previo de infección faríngea u odontógena.

**Conclusiones.** El tratamiento de los pacientes con síndrome de Lemierre debe instaurarse de manera precoz para evitar complicaciones futuras y favorecer su resolución. Debemos sospechar la presencia de un síndrome de Lemierre ante la aparición de una tumefacción dolorosa en la región laterocervical en pacientes con antecedente reciente de faringo-amigdalitis o infección odontógena. El tratamiento antibiótico debe ser prolongado para evitar las recidivas y favorecer la curación.

#### A-185

##### NEUROCISTICERCOSIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Duca<sup>1</sup>, C. Minguito Parra<sup>1</sup>, N. Escamilla Fernández<sup>1</sup>, A. Sollet Galean<sup>1</sup>, T. Álvarez Espejo<sup>1</sup>, A. Peláez Hidalgo<sup>2</sup> y A. Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** La taenia solium es el parásito que más frecuentemente afecta al sistema nervioso central, siendo una enfermedad endémica de varios países de Sudamérica, África Subsahariana y Asia. En la actualidad no se observan casos autóctonos. Debido a los movimientos migratorios de los últimos años, su prevalencia ha aumentado en nuestro país. Nuestro objetivo es presentar las características demográficas, clínicas y diagnósticas de los casos de neurocisticercosis que se presentaron en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de pacientes diagnosticados de neurocisticercosis en un período de dieciocho años (1990-2008).

**Resultados.** Se analizaron diecinueve casos. La edad media fue de 39,4 años (rango: 20-80 años). El 74% de los casos fueron diagnosticados a partir del año 2000. El 68% eran extranjeros provenientes de Sudamérica (63%), fundamentalmente Ecuador y Colombia. La forma de presentación clínica más frecuente fue crisis complejas (63%), seguido de algún tipo de focalidad neurológica (42%) y cefalea (36%). La forma de presentación radiológica más frecuente es

mediante imágenes calcificadas (73%) múltiples (89%) parenquimatosas (89%), encontrando únicamente escollex en los quistes en un 26% de los casos. La presencia de serología positiva en sangre y LCR fue de un 36% y se encontró eosinofilia en tan solo un 10%. El 89% de los pacientes fueron tratados con albendazol (el 31% durante una semana y 47% durante 15 días), corticoides 73% y anticomociales 73%. La mitad de ellos siguieron con tratamiento anticomocional al año (42%). Sólo un paciente requirió tratamiento quirúrgico. El 42% de las lesiones se mantuvieron sin cambios radiológicos un 28% empeoraron y un 21% se calcificaron. Tiempo de seguimiento medio fue de 69,9 meses y se observó un período libre de síntomas en ese tiempo en el 80% de los pacientes que continuaron revisiones en consulta.

**Discusión.** De los casos analizados la mayoría se daban en pacientes inmigrantes provenientes de países sudamericanos. La forma de presentación radiológica más frecuente fueron múltiples lesiones en diferentes estadios evolutivos, predominantemente en su forma calcificada. A pesar de las recomendaciones basadas en la evidencia científica que existe hasta el momento, la mayor parte de los casos recibieron tratamiento antiparasitario.

**Conclusiones.** La neurocisticercosis es una enfermedad que está aumentando de prevalencia gracias a la inmigración, es característica la ausencia de eosinofilia típica de enfermedades por parásitos, además, independientemente del estadio evolutivo se opta por tratar la enfermedad.

#### A-186

##### HEPATITIS AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR (EBV): REVISIÓN DE 3 CASOS

M. Porrero Alfaro, C. De la Calle Cabrera, M. Polvorosa Gómez, M. Marcos Martín, S. Inés Revuelta, G. Luna Rodrigo, I. Pastor Encinas y F. Laso Guzmán

Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Describir la ocurrencia de hepatitis aguda moderada asociada a virus de Epstein-Barr, como presentación clínica poco frecuente de mononucleosis infecciosa.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de tres pacientes atendidos por cuadros clínicos de hepatitis aguda con serologías positivas para infección por EBV, siendo el diagnóstico final mononucleosis infecciosa.

**Resultados.** Se encontraron tres pacientes quienes habían consultado en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital por fiebre de más de dos semanas de duración, con importante astenia, anorexia y malestar general, mialgias intensas y cefalea; dos de los casos además referían náuseas y vómitos, dolor abdominal e ictericia moderada. Presentaban adenopatías cervicales menores de 1cm, y hepatoesplenomegalia leve; ninguno refería clínica de faringitis. Dos pacientes habían sido diagnosticados de infección urinaria y se les había pautado tratamiento con amoxicilina-clavulánico sin mejoría. Se constató la alteración de las pruebas de función hepática con importante elevación de transaminasas; también colestasis leve en los dos casos con ictericia; presentaban linfocitosis con linfocitos atípicos en FSP e inicialmente dos de los pacientes tenían anticuerpos heterófilos positivos (Monosticon<sup>®</sup>) y el otro paciente, negativos. En el estudio de extensión de enfermedad hepática se solicitaron serologías para virus hepatotropos, entre ellos EBV siendo este positivo en los tres casos con IgM e IgG VCA (+), e IgG EBNA (-) en dos casos y (+) en 1 caso (pero la determinación se le había realizado después de que el paciente estuviera dos semanas asintomático). En un paciente la determinación IgM e IgG para CMV fue (+), con control posterior (-) y en otro paciente ocurrió igual para el VHA. La clínica de los pacientes se resolvió en el curso de una semana con tratamiento sintomático y reposo.

**Discusión.** El virus de Epstein-Barr es un herpes virus de distribución universal (hasta un 95% de la población adulta presenta anticuerpos EBV), que se transmite por contacto íntimo, particularmente a través de la saliva, y que causa mononucleosis infecciosa, un síndrome clínico caracterizado por fiebre persistente, faringitis aguda, a menudo exudativa y linfadenopatías inflamatorias de predominio cervical; los pacientes también presentan mialgias, cefalea, anorexia y astenia intensa; se describe esplenomegalia hasta en un 60% de los casos con rotura esplénica espontánea excepcional, exantema maculopapular

pular ocasional, afectación neurológica como parálisis facial o síndrome de Guillain-Barré y hepatitis hepatocelular leve o moderada, a menudo asintomática, siendo solo un hallazgo en la analítica hasta en un 30% de los adultos infectados. Sin embargo la presentación de hepatitis florida como principal manifestación de un cuadro de mononucleosis infecciosa no es habitual y un patrón de colestasis es raro, aún cuando en la literatura se describen casos de fallo hepático fulminante. El diagnóstico se hace por serología y se da a menudo un patrón de reacción cruzada entre IgM de diferentes virus hepatotropos como CMV, HHV-6 o los mismos virus de la hepatitis por lo que se debe hacer seguimiento de la seroconversión en el tiempo. La evolución de los pacientes es muy buena con tratamiento sintomático con una recuperación completa.

**Conclusiones.** Describimos tres casos de pacientes con clínica de hepatitis aguda con compromiso hepatocelular y con colestasis moderados en quienes se determinó como agente etiológico el EBV. Esta es una presentación poco frecuente de la mononucleosis infecciosa; el diagnóstico requiere un alto nivel de sospecha en cuadros clínicos que se superponen y se fundamenta en los hallazgos serológicos. Se debe solicitar estudio de EBV así como de otros múltiples agentes causantes de síndrome mononucleósico (CMV, VIH, Herpes virus simplex, HHV-6) en pacientes con hepatitis aguda.

#### A-187

##### ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

**O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, S. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, M. Tasia Pitarch<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, X. Raga Lúria<sup>2</sup>, C. Creus Gras<sup>1</sup> y O. Navarro Roldán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** 1. Analizar la prevalencia de infección en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de nuestro centro. 2. Conocer las características de los procesos infecciosos intercurrentes. 3. Evaluar la política antibiótica empleada en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio transversal de todos los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal un día elegido al azar. Se ha analizado datos epidemiológicos (edad, sexo, días ingresados), clínicos (diagnóstico principal y localización de la infección), microbiológicos (agente infeccioso, realización de cultivos y resultado de los mismos), terapéuticos (antibiótico, indicación y vía de administración) y de tolerancia a la vía oral. Se han recogido los datos en una encuesta realizada para tal propósito y se ha realizado el análisis estadístico mediante el paquete SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** El día del estudio se encontraban ingresados 47 pacientes, de los que 19 tenía al menos una infección activa, lo que supone una prevalencia de infección del 40.43%. El análisis se realiza sobre 23 episodios de infección documentados. El 57,9% de los pacientes con infección eran hombres, con una edad media de 76.58 (DE 12.2). Llevaban una media de 6.6 días de ingreso hospitalario (DE 4.5) en el momento de realizar el estudio. El 47,4% de los pacientes tenía como diagnóstico principal enfermedad infecciosa, el 26,3% enfermedad del aparato respiratorio y el 10,5% enfermedad del aparato circulatorio. El 60,9% de las infecciones eran respiratorias, el 13% urinarias, otro 13% cutáneas y se ha recogido un caso de bacteriemia, otro de otitis y otro de endocarditis. En el 69,6% de los episodios la infección fue comunitaria. La prevalencia de infección nosocomial fue del 26.1%. Se han recogidos cultivos en 13 ocasiones, que han resultado positivos en el 47% de los casos. Los gérmenes que se han identificado con más frecuencia (40%) son los BGN (*Enterococcus faecalis* y *Escherichia coli*). La mayoría de los pacientes sigue tratamiento con algún antibiótico betalactámicos (30.6%) o con quinolonas (26.9%). El 7,6% lo hace con cabapenems y el 7,7% con macrólidos. En el 65,4% de los casos la indicación es empírica, mientras que se sigue el antibiograma en el 15,4% de las ocasiones. Se administra por vía oral en el 50% de los pacientes y endovenosa en el 26.9%. Pero el 89,5% de los pacientes tenían tolerancia a la vía oral.

**Discusión.** El conocimiento de la prevalencia de infección en nuestro servicio nos permite adecuar la política antibiótica y optimizar los

recursos. De los resultados de nuestro estudio se desprende que, a pesar de la elevada prevalencia de infección, menos de la mitad de los pacientes con una infección activa la tiene como diagnóstico principal. La mayoría de las infecciones son respiratorias y de origen comunitario y llama la atención el bajo índice de recogida de cultivos, probablemente debido a la localización de la infección. Los antibióticos más prescritos son los betalactámicos y de forma empírica, todo ello acorde con el tipo de infección más prevalente. Sin embargo, casi la mitad de los pacientes no sigue tratamiento por vía oral a pesar de que lo toleraría.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de infección en nuestro servicio es destacable 2. La mayoría de los pacientes tiene una infección respiratoria de origen comunitario 3. Los antibióticos más utilizados son los betalactámicos de forma empírica.

#### A-188

##### ABSCEOS HEPÁTICOS POR CUERPO EXTRAÑO: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

**R. Longueira Suárez<sup>1</sup>, I. Ammari<sup>2</sup>, J. Lamas Ferreiro<sup>1</sup>, I. Vaqueiro Rodríguez<sup>1</sup>, M. Vázquez Triñanes<sup>1</sup>, D. Portela Orjales<sup>1</sup>, B. Sopena Argüelles<sup>1</sup> y C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Los abscesos hepáticos debidos a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño son poco frecuentes (0-5% del total), habiéndose descrito hasta la fecha 48 casos en la literatura. A raíz del reciente diagnóstico de un caso en nuestro servicio realizamos una revisión de esta patología con el objetivo de mejorar nuestro conocimiento sobre el tema.

**Material y métodos.** Realizamos una búsqueda de los casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 5 años, así como una revisión de la bibliografía.

**Resultados.** Dos casos fueron diagnosticados en este período. El primero se trataba de una mujer de 57 años con dolor supraumbilical de una semana de evolución asociado a fiebre, escalofríos, vómitos, hepatomegalia e hipertransaminasemia. La TAC mostró un absceso hepático de 5 x 4 cm y una imagen lineal de 4 cm de longitud compatible con cuerpo extraño. En la cirugía de drenaje se extrajo una pata de gamba. El segundo caso corresponde a una mujer de 66 años con fiebre de dos semanas asociada a malestar general e hipertransaminasemia. La TAC abdominal mostró una masa heterogénea en lóbulo hepático izquierdo, de 7.5 x 7 cm, con una imagen lineal hiperdensa de 3.5 cm que se introducía en el antro gástrico (figura 1), que resultó ser un hueso de pollo.

**Discusión.** En la literatura el cuerpo extraño más frecuente es la espina de pescado, seguida del palillo de dientes y el hueso de pollo. Como en nuestros casos, la sintomatología puede ser inespecífica y el diagnóstico se suele hacer mediante TAC. La pared gástrica y la primera porción del duodeno fueron los lugares en los que se produjo la perforación, al igual que en la mayoría de las publicaciones. Ambas pacientes fueron tratadas quirúrgicamente con extracción del cuerpo extraño y drenaje del absceso, aunque se han descrito algunos casos de manejo exitoso conservador.

**Conclusiones.** Los abscesos hepáticos secundarios a cuerpo extraño son una entidad poco frecuente y con manifestaciones clínicas inespecíficas. La técnica diagnóstica de elección es la TAC con contraste intravenoso. El tratamiento habitual es el drenaje con retirada del cuerpo extraño, siendo generalmente buena su evolución con estas medidas.

#### A-189

##### ¿SABEMOS IDENTIFICAR LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA?

**L. Ferrer, T. Catà, C. Jericó, E. Güell, E. Villegas, R. Capmany, J. Altés y F. Ferrer Ruscalleda**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

**Objetivos.** Los objetivos del estudio son: 1. Conocer el número de Neumonías Asociadas a la Atención Sanitaria (NAAS) ingresadas en



nuestro centro respecto a Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y Neumonía Intrahospitalaria (NIH) 2. Evaluar si son identificadas al ingreso como tales. Evaluar los datos recogidos tanto en el informe médico de Urgencias y al alta como en la historia clínica que permiten reconocer los factores relacionados con NAAS.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los episodios de neumonía dados de alta en nuestro hospital durante seis meses (1 de octubre de 2007 a 30 de marzo de 2008). Se han revisado todas las altas con GRD 089 y 090. Se ha revisado el informe de alta, la historia clínica y los resultados del laboratorio. Variables a analizar: fecha de alta, edad, sexo, servicio responsable, gravedad al ingreso, radiografía de tórax, TAC, antigenurias, cultivo de esputo, hemocultivo, serologías y evolución. Se ha definido neumonía si en la radiografía de tórax aparece un infiltrado nuevo, progresa uno previo o existe cavitación asociado a uno de los siguientes: esputo purulento o cambio en las características de éste, fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$  o en un hemocultivo se ha aislado un microorganismo. Se ha definido neumonía asociada a la atención sanitaria (NAAS) si cumple algunos de los siguientes criterios: 1. Procede de una residencia o centro socio-sanitario 2. Está en programa de hemodiálisis 3. Es un reingreso antes de los 30 días.

**Resultados.** Un total de 171 altas con el diagnóstico principal de neumonía. El 54,9% hombres y 45,1% mujeres. Edad media 74,17 años (20-99). Ingreso por servicios: Medicina Interna 37,6%, Programa Altas Invierno (PAH) 5,8%, Pneumología 44,4%, Unidad de Corta Estancia (UCE) 13,4% Otros 5,2%. Gravedad según la escala de Fine: I 2,7%, II 5,5%, III 19,4%, IV 11,1% y V 8,3%, en 25% de casos no está definida. Mortalidad 16,6% (no relacionada 2,7%). Días de estancia 10,5 (1-39). Se obtiene la etiología en un 19,4% (Antigenuria positiva a *S. pneumoniae* en 16,6%, ninguna positiva a *Legionella* y no se ha practicado en 38,8%) en ningún informe al alta existe el diagnóstico de NAAS, tras la revisión se han podido identificar las neumonías: NAC 69,4%, NAAS 19,4% y NIH 11,1%. Globalmente en un 55% (Medicina Interna 30,7%) en el informe de alta no existe ningún dato sobre la procedencia (centro socio-sanitario, domicilio u otro hospital). Un 7% reingresa antes de los 30 días.

**Discusión.** Durante muchos años la neumonía ha sido clasificada según el lugar de adquisición en NAC y NIH, recientemente varios autores han cuestionado dicha clasificación dado que cada vez más la atención sanitaria consiste en un "continuum" asistencial con alternativas a la hospitalización convencional (hospital de día, hospitalización domiciliaria, centros socio-sanitarios, residencias geriátricas, unidades de hemodiálisis, unidades de cirugía sin ingreso, etc) que conllevan un flujo de pacientes entre el hospital y la comunidad. De aquí se ha propuesto una nueva categoría, NAAS, que ya ha sido aceptada por sociedades científicas reconocidas como la IDSA (Infectious Diseases Society of America), esta categoría tiene unas características más similares a la NIH que a la NAC. Debemos adaptar nuestra práctica clínica a identificar y tratar correctamente la NAAS.

**Conclusiones.** 1. La incidencia de NAAS en nuestro centro es del 19,4%, similar a otros estudios. 2. Actualmente en la práctica clínica habitual no tenemos adquirida la costumbre de recoger la procedencia como un dato más de gran relevancia. En nuestro caso en más de la mitad de los informes de alta este dato no consta. 3. En nuestro centro el número de antigenurias solicitadas es bajo, del 62%, por lo que debemos incidir en dicha prueba.

#### A-190

### EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL ABSCESO CEREBRAL EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NEUROQUIRÚRGICA

L. Valiente de Santis<sup>1</sup>, B. Sobrino Díaz<sup>1</sup>, N. Macías Vega<sup>1</sup>, I. Portales Fernández<sup>1</sup>, J. Ruiz Mesa<sup>1</sup>, J. Reguera Iglesias<sup>2</sup>, J. Colmenero Castillo<sup>2</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General. Málaga.

**Objetivos.** Describir el espectro clínico, métodos diagnósticos y tratamiento del absceso cerebral y valorar el pronóstico de esta patología en un Hospital de Tercer Nivel.

**Material y métodos.** Estudio observacional de una serie de 28 episodios consecutivos de abscesos cerebrales en 26 adultos, en un

Hospital de referencia neuroquirúrgica de 2004 a 2008. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante criterios radiológicos (TAC o RM), persiguiéndose el diagnóstico microbiológico de certeza a través de cultivo del material obtenido quirúrgicamente en los casos intervenidos, o a través de otras muestras biológicas. Se definió como curación aquellos que presentaron mejoría clínica y radiológica. Se consideró recidiva a aquellos pacientes que una vez considerados curados, presentan una nueva imagen compatible con absceso cerebral.

**Resultados.** De los 28 episodios (26 pacientes y 2 recidivas) 16 eran varones. La edad media fue de 49,5 + 19,2 años ( $r = 17 \pm 87$  años). El 57,7% de los pacientes presentaba algún antecedente que lo hacía más susceptible para desarrollar absceso cerebral: 7 recibían tratamiento con esteroides de forma crónica, 5 eran inmunodeprimidos, 2 eran diabéticos, sólo un paciente era VIH+, además 4 pacientes eran adictos a drogas vía inhalada. El 25% (7) habían sido sometidos a una intervención neuroquirúrgica en los 3 meses previos. La presentación clínica predominante fue cefalea (78,6%), fiebre (68%) y focalidad neurológica (60%) con una duración media previa a consulta de 11,2 + 12,6 días. El 68% ingresaron en el Servicio de Neurocirugía. En el 100% se realizó TAC craneal y en el 82,1% RM. En cuanto a la patogenia, se consideró por diseminación directa en el 69,2% (20). En 13 casos fue por contigüidad desde foco otorrinolaringológico-facial, y en 7 se consideró postquirúrgico con un tiempo de latencia postcirugía de 51,9+35,3 días. En el 30,7% (8) se consideró la diseminación hematológica como el mecanismo patogénico. Una de las recidivas, que fue por foco de sinusitis, había sido intervenida del absceso 90 días antes de la recidiva. En 22 episodios el absceso fue único, predominando la localización temporal (28,6%) seguida de la cerebelosa y frontal con un 23,8% cada una. En 6 ocasiones los abscesos fueron múltiples. El absceso fue cultivado en 18 pacientes, con resultado positivo en 44,4% y predominio de gram + (71,4%). El tratamiento fue médico-quirúrgico en 20 episodios (71,4%). Todos los casos recibieron antibioterapia con una duración media de 42,3 + 17,1 días. En 22 pacientes fue preciso administrar corticoides y en 15 se asociaron anticomiciales. El tratamiento quirúrgico consistió en exéresis reglada en el 80% de los casos y urgente en el 20%. En el 28% (7 casos) se trató además quirúrgicamente el foco de origen. En cuanto a la evolución, se consideró la curación del proceso en 21 de los 22 casos, quedando 11 de los pacientes con secuelas en el seguimiento inmediato, predominando los déficits motores. Se describieron 2 recidivas con un tiempo medio de recidiva de 58 + 2 días desde el alta del primer episodio. La mortalidad atribuible al absceso sólo se describió en un caso.

**Conclusiones.** El absceso cerebral parece ser una patología de buen pronóstico si se maneja de manera multidisciplinar. Parece claro el aumento en los últimos años de la relación patogénica entre las intervenciones neuroquirúrgicas y el desarrollo de un absceso cerebral. La realización de exéresis completa del absceso en vez del drenaje podría estar en relación con la buena evolución clínica de nuestra serie.

#### A-191

### AUSENCIA DE RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA COHORTE COMESEM

M. Velasco Arribas<sup>1</sup>, V. Castilla Castellano<sup>1</sup>, E. Conde<sup>2</sup>, G. Gaspar<sup>3</sup>, J. Sanz<sup>4</sup>, J. Agud<sup>5</sup> y A. Barrios<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Móstoles. (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Es un hecho demostrado que la población inmigrante se ha incrementado de forma muy importante en los últimos años. Dado que se trata de una población vulnerable, podría suceder que el diagnóstico de la infección por VIH en la población inmigrante se realice de forma más tardía que en la población española. Se diseñó

este trabajo para valorar la presencia de retraso en el diagnóstico de infección por VIH en la población inmigrante.

**Material y métodos.** Todos los pacientes adultos con infección por VIH atendidos en los 6 hospitales de la Cohorte COMESEM (datos prospectivos desde 1999 hasta la actualidad y retrospectivos desde 1985). Se definió inmigrante como todo paciente no nacido en España. La cohorte COMESEM incluye los hospitales de Alcalá, Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe, Leganés y Móstoles y recoge de forma homogénea información clínico-epidemiológica.

**Resultados.** De un total de 8.166 pacientes, 941 pacientes (11,5% de la cohorte) fueron inmigrantes. La edad al diagnóstico de infección por VIH fue de 33 (8) años y la de la llegada a España 27 (7) años. El porcentaje de inmigrantes con nuevo diagnóstico de infección por VIH aumentó desde un 10% en el año 1997 a un 51% en 2005 y a un 62% en el 2007, ( $p < 0,05$ ). El 10% de pacientes ya estaban diagnosticados de infección por VIH antes de llegar a España. El 50% se diagnosticaron en los 2 primeros años de estancia, aunque con diferencias según continente: africanos 3,9 (5,5) años; latinoamericanos 2,9 (6,0) años; europeos del este 1,9 (3,3) años,  $p = 0,09$ . Los pacientes inmigrantes diagnosticados después del año 2002 estaban asintomáticos al diagnóstico de VIH (39% estadio A1 y A2) con mayor frecuencia que los diagnosticados antes del año 2002 (33%,  $p < 0,001$ ). Los pacientes con sida al diagnóstico de la infección por VIH disminuyeron después del año 2002, 33% vs 20%,  $p < 0,001$ . También disminuyeron las primeras consultas en el sistema sanitario por causas relacionadas con el VIH 65% vs 44%,  $p = 0,004$ . El evento C como motivo para solicitar serología VIH disminuyó desde 23,5% en 1998 a 19,6% en 2007.

**Conclusiones.** En los últimos años, el diagnóstico de infección por VIH en la población inmigrante se realiza de forma cada vez más precoz. Sin embargo, el gran incremento de nuevos diagnósticos de infección por VIH en esta población indica la necesidad de realizar medidas de prevención específicas dirigidas a estos grupos.

#### A-192

#### PREVALENCIA DE LA HEPATITIS SERONEGATIVA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

**R. Longueira Suárez, J. Lamas Ferreira, A. Ocampo Hermida, J. Grandes Ibañez, M. Pérez Rodríguez, D. Portela Orjales, C. Miralles Álvarez y C. Martínez Vázquez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** La coinfección VIH-VHC es una asociación frecuente con un efecto deletéreo para ambas patologías. La hepatitis crónica seronegativa por VHC se define como aquella con anticuerpos negativos pero RNA positivo, siendo su prevalencia de 3,2- 5,5% en pacientes con infección por VIH y, en casos de historia de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) con nivel de linfocitos CD4 < 200 o transaminasas altas, puede ser de hasta un 24%. El interés por conocer esta entidad para así diagnosticar y tratar a estos pacientes, nos motiva esta comunicación.

**Material y métodos.** Se seleccionaron pacientes con diagnóstico previo de infección por VIH que acudieron a consulta entre los meses de enero y junio, con transaminasas elevadas y serología previa para VHC negativa determinada por métodos de tercera generación. Se realizó determinación de PCR para VHC en todos ellos y, en caso de ser positiva, nueva determinación de serología para VHC. **Resultados.** 32 pacientes de 323 historias revisadas cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 45,75 años (rango: 24-80), siendo 22 de ellos varones. Sólo un paciente presentaba hepatitis B activa, otro hepatitis autoinmune, y en al menos un 12% existía consumo excesivo de alcohol. El valor medio de GOT y GPT fue de 46,59 (rango: 23-149) y 55,94 (rango: 10-165) respectivamente. El tiempo medio de evolución de la infección por VIH desde el diagnóstico fue de 10 años (rango: 1-18) con un promedio de CD4 de 608,25 (rango: 3-1.350). La vía de contagio mayoritaria fue sexual (37,5% heterosexual, 40,6% homosexual). Sólo un 6,2% presentaban como vía posible de contagio el consumo de drogas por vía parenteral. El 28,1% presentaban estadio C3. Sólo un paciente pre-

sentó PCR positiva para VHC con serología posterior negativa. Dicho enfermo había sido diagnosticado de VIH en 2006, siendo la vía de contagio homosexual. Presentaba un estadio B2, 217 CD4, GOT de 26 y GPT de 43. En otro paciente la PCR fue positiva, aunque la serología posterior para VHC también lo fue.

**Discusión.** La baja prevalencia de hepatitis C seronegativa en nuestro estudio podría explicarse porque usamos un método de tercera generación para la determinación de la serología. Por otro lado es posible que aumentase la prevalencia si los pacientes seleccionados tuviesen valores más altos de transaminasas y, según estudios previos, también niveles inferiores de linfocitos CD4.

**Conclusiones.** La prevalencia de hepatitis crónica seronegativa por VHC en pacientes con coinfección por VIH y transaminasas altas fue, en nuestro grupo de 3,1%. Los métodos de tercera generación son seguros como screening para esta infección. A pesar de ello la hepatitis crónica por VHC con serología falsamente negativa es una entidad que debemos tener en cuenta en pacientes VIH positivos, sobre todo en aquellos con elevación de transaminasas sin causa aparente.

#### A-193

#### REACTIVACIÓN DE STRONGYLOIDES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES

**M. Díaz Menéndez, N. Martín-Suñé y J. Álvarez Pellicer**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La infección por *Strongyloides stercoralis* es una patología endémica en países tropicales y subtropicales, cuyas manifestaciones clínicas varían desde la eosinofilia asintomática en individuos inmunocompetentes, hasta el shock séptico en huéspedes inmunocomprometidos. Con el presente trabajo queremos objetivar cómo en pacientes que provienen de área endémica y son sometidos a corticoterapia, son susceptibles de desarrollar una infección diseminada por *strongyloides*.

**Material y métodos.** Serie de tres casos, prospectiva, revisando las historias clínicas de nuestro servicio, desde mayo de 2004 a julio de 2008. Análisis estadístico: Estadística descriptiva: tres casos de infección diseminada por *Strongyloides stercoralis*. Mediana de edad de 47 años. Los tres casos de sexo masculino. Caso 1: natural de Marruecos. En tratamiento corticoideo por LOE cerebral con efecto masa. Presenta shock séptico de origen respiratorio que precisa ingreso en UCI. Se aísla en lavado bronquial strongyloides. Caso 2: natural de Marruecos, en tratamiento corticoideo por Arteritis de la Temporal. Presenta tos seca de larga evolución, y disnea en las últimas semanas. Se aísla en esputo strongyloides. Caso 3: natural de Colombia, en tratamiento corticoideo por artritis reumatoide. Presenta epigastralgia, náuseas y diarrea de 1 mes de evolución. Se aísla en heces y esputo strongyloides. Ninguno de los 3 presentó eosinofilia probablemente como consecuencia del tratamiento corticoideo.

**Discusión.** Se ha visto que la probabilidad de desarrollar infección diseminada por *Strongyloides* está incrementada en aquellos procesos que pueden alterar la inmunidad celular tales como procesos tumorales, malnutrición o administración de corticoides. Las manifestaciones clínicas de la infección por strongyloides varían desde la ausencia de sintomatología, hasta cuadros que pueden comprometer la vida del paciente. El diagnóstico de la infección por el parásito puede realizarse de dos maneras: detectando larvas rhabditiformes con coprocultivo o mediante métodos serológicos. La serología por ELISA tiene una alta sensibilidad y especificidad en la detección de infección tanto en sujetos sintomáticos como asintomáticos, sin embargo, la técnica puede presentar falsos negativos en aquellos huéspedes inmunocomprometidos. El tratamiento se basa en la administración de ivermectina o albendazol, precisando una pauta más prolongada en pacientes inmunodeprimidos. Por tanto, estaría justificado detectar y erradicar la infección antes de comenzar tratamiento corticoesteroideo en aquellos individuos susceptibles a padecerla, siempre valorando la zona de procedencia del paciente y los viajes que éste ha realizado a áreas endémicas.

**Conclusiones.** La infección por *Strongyloides stercoralis* es endémica de áreas tropicales y subtropicales, pero está aumentando su

incidencia en nuestro país como consecuencia de la inmigración. El uso de tratamiento corticoesteroideo en personas procedentes de dichas áreas puede favorecer el desarrollo de infección diseminada por el parásito. La mayoría de los pacientes son portadores asintomáticos. Aquellos que presentan clínica lo hacen más frecuentemente con síntomas generales, pulmonares, cutáneos y gastrointestinales, en ausencia de eosinofilia probablemente por el uso concomitante de corticoides. Se recomienda la realización de coprocultivo, o en su defecto serología para el diagnóstico de la infección por *Strongyloides* previo al uso de terapia corticoidea en pacientes que provienen de áreas endémicas. Si se confirmara la parasitación, se recomienda el tratamiento con ivermectina o albendazol, independientemente de la expresión clínica de la infección, previo al tratamiento con esteroides.

#### A-194

##### IMPORTANCIA ACTUAL DE LAS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**A. Mateos<sup>1</sup>, J. Santos<sup>2</sup>, F. Duarte<sup>1</sup>, S. Vergara-López<sup>2</sup>, J. García García<sup>3</sup>, J. Gómez-Mateos<sup>4</sup>, E. León<sup>4</sup> y J. Corzo<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Unidad de Continuidad Asistencial. Servicio de Medicina Interna. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

**Objetivos.** Describir las características de los microorganismos multirresistentes y los factores relacionados en un hospital universitario de tercer nivel de la provincia de Sevilla.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los cultivos positivos de microorganismos multirresistentes (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina –SARM–, Enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido –BLEE– *Acinetobacter baumannii* multirresistente, *Clostridium difficile* y *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenemas) recogidos en el Hospital Universitario de Valme entre el 1 de octubre de 2007 y el 30 de junio de 2008.

**Resultados.** Ciento veintinueve cultivos fueron positivos para microorganismos multirresistentes en 122 pacientes durante el período de estudio. La mediana (Q1-Q3) de tiempo mediano de los pacientes ingresados fue de 21 (10-34) días. El tiempo desde la fecha del ingreso a la fecha de cultivo positivo fue de 7 (1-19) días. El MARS fue el aislamiento más frecuente en nuestra población, seguido de *E. coli* BLEE y *Clostridium difficile* (42%, 37% y 12%, respectivamente). *Acinetobacter baumannii* multirresistente se aisló únicamente en el 3% de los cultivos. En 81 (63%) de los cultivos, el microorganismo multirresistente fue el posible causante de la infección. Las localizaciones más frecuentes fueron las de partes blandas y la orina (38% y 23%, respectivamente). La herida quirúrgica fue el origen de 19 (46%) de los cultivos positivos en las partes blandas. Ocho (7%) pacientes fallecieron por una causa posiblemente relacionada con la infección de un microorganismo multirresistente.

**Conclusiones.** Las infecciones causadas por SARM y *E. coli* BLEE son las causadas por gérmenes multirresistentes de origen nosocomial más frecuentes en nuestro hospital, siendo la herida post-quirúrgica una de sus principales fuentes. La mortalidad relacionada con estas infecciones refleja la gravedad del problema frente a la que nos encontramos.

#### A-195

##### IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LA CASUÍSTICA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE UN HOSPITAL

**F. Díez García, V. Rodríguez Martínez, P. Martínez Cortés, G. Gómez Rodríguez, G. Parra García, B. Cervantes Bonet, A. Collado Romacho y C. Gálvez Contreras**  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** España es el país europeo con mayores tasas de inmigración en los últimos años. La información disponible sobre el uso de los servicios sanitarios y especialmente sobre la hospitalización por patología médica en esta población es escasa. **Objetivos:** conocer la incidencia, características epidemiológicas, patología que provocó el ingreso y el destino de los inmigrantes que ingresaron en los servi-

cios médicos de un hospital general en una provincia con altas tasa de inmigración (Almería). Se consideró inmigrante (I) al paciente ingresado en un servicio médico procedente de un país con renta inferior a la española (incluyendo los países como Rumanía ya incorporados a la UE), que se trasladó a nuestro país por motivos socioeconómicos.

**Material y métodos.** Se analizaron los ingresos de todos los inmigrantes durante el año 2007 en cualquiera de las Unidades Médicas de adultos del Hospital Torrecárdenas de Almería. Se revisaron en todos los casos el informe de alta y los diagnósticos del CMBDA. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

**Resultados.** En el año 2007 se produjeron 10489 ingresos en Unidades Médicas de los cuales 371 (3,4%) fueron inmigrantes. La edad de los inmigrantes fue ES inferior a la edad del resto de los pacientes (40 + 15/65 + 15 años; p < 0,001). Predominaron en ambos grupos los varones (67% en I/64% en autóctonos), sin diferencias ES. Los motivos más frecuentes de ingreso de los I fueron: infecciones: 83 casos (22%), enfermedades cardiovasculares: 60 casos (18%), neoplasias: 49 casos (13%), insuficiencia renal: 18 casos (4,9%), síndromes psiquiátricos: 17 casos (4,6%), anemia: 11 casos (3%) y diabetes tipo 1 descompensada: 11 casos (3%). Los Inmigrantes procedían del Magreb: 112 (30%), Unión Europea: 87 (23,5%), Latinoamérica: 75 (20%), África Subsahariana: 65 (17,5%), Este de Europa (no UE): 28 (7,5%), Oriente Medio: 2 (0,5%) y Subcontinente Indio: 2 (0,5%). Los países de origen más frecuentes fueron: Marruecos: 88 (24%), Rumanía: 74 (20%), Rusia: 19 (5%) y Senegal: 16 (4,3%). Los Inmigrantes ingresaron preferentemente en Medicina Interna: 78 (21%), Digestivo: 43 (11,6%), Cardiología: 37 (10%), Neurología: 34 (9,2%), UCI: 34 (9,2%), Neumología: 33 (8,9%), Salud Mental: 29 (7,8%), Hematología: 24 (6,5%), Nefrología: 24 (6,5%) y Oncología: 23 (6,2%). La estancia Media de los I fue más prolongada que la de los pacientes autóctonos en MI (16,6/11,4), Neurología (16,1/10,7), Neumología (15/12,8), Digestivo (12,4/8,9) y Media Estancia (29/61). La mortalidad del grupo de I durante el ingreso fue del 3,5%.

**Conclusiones.** El ingreso por causas médicas de los inmigrantes en nuestro país es aún poco frecuente, probablemente por tratarse de una población más joven que la autóctona. La patología infecciosa es el motivo más frecuente de ingreso, siendo las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias otros motivos de ingreso frecuente. La eficiencia (media por la estancia media) en el abordaje de estos problemas es peor que en pacientes autóctonos, aunque sin aumento de la mortalidad.

#### A-196

##### TROMBOPENIA SECUNDARIA A TIGECICLINA: UN EFECTO ADVERSO NO DOCUMENTADO

**M. Delgado Yagüe<sup>1</sup>, C. Aran Cosgaya<sup>1</sup>, M. De Carlos Soler<sup>2</sup>, M. Pérez Rueda<sup>1</sup>, A. Asenjo<sup>1</sup> y R. Barrena<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** La Tigeciclina es el primer antibiótico disponible del grupo de las Gliciliclinas (subgrupo considerado dentro del grupo de las tetraciclinas). Su uso actual, según la ficha técnica del producto, debe quedar restringido al tratamiento de infecciones complicadas de piel y partes blandas, e infecciones complicadas intra-abdominales. Los principales efectos adversos descritos son síntomas inespecíficos como mareo, náuseas y vómitos, prurito, cefalea o aumento de GOT o amilasa. El objetivo de este estudio retrospectivo y observacional es la descripción de un evento adverso asociado al tratamiento con Tigeciclina observado en pacientes de nuestro Hospital.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de los 15 pacientes que han recibido tratamiento con Tigeciclina entre mayo de 2007 y junio de 2008. Para cada paciente se recogieron datos demográficos y de co-morbilidad, datos microbiológicos (foco de la infección, aislamiento microbiológico, indicación, tratamiento empírico/tras micro) y datos referentes al ingreso en el que se indicó el tratamiento, así como la aparición o no de eventos adversos atribuibles a la Tigeciclina, y en concreto la presencia de trombopenia, y la causa de suspensión del tratamiento. Los datos fueron analizados con SPSS 15.0.



**Resultados.** La edad media de los pacientes tratados fue de 76,8 años (ST 95%  $\pm$  12,67), con un rango entre los 57 y los 95 años. Eran varones 8 de los 15 pacientes tratados con Tigeciclina (53,3%). La mediana de duración del tratamiento fue de tan sólo 4 días (rango de 1 a 28 días). En 7 de los 15 pacientes (46.7%) se produjeron efectos adversos directamente relacionados con el tratamiento con Tigeciclina. De ellos, 5 (un 33,3% de los pacientes tratados con Tigeciclina) desarrollaron trombopenia definida como menos de 50.000 plaquetas/dl; uno de ellos presentó alargamiento leve de los tiempos de coagulación y otro síntomas gastrointestinales leves. En 6 de los pacientes (40%) se interrumpió el tratamiento con Tigeciclina por fallecimiento. En 3 de los pacientes que desarrollaron trombopenia, éste fue el motivo de interrupción del tratamiento. La mediana de días necesarios de tratamiento para la aparición de la trombopenia fue de 3 días.

**Conclusiones.** La trombopenia es un efecto adverso no documentado ni incluido en la ficha técnica de la Tigeciclina. Aparece hasta en un tercio de los pacientes tratados con dicho antibiótico en nuestra serie. Aunque es una serie demasiado pequeña para obtener más conclusiones, consideramos suficiente número de casos para considerarlo como un potencial efecto adverso de este antibiótico.

#### A-197 BACTERIEMIA NEUMOCÓCICA EN EL ADULTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

G. Mancheno, A. Roldán, L. López, I. Jiménez, L. Castellano, L. Pérez y A. Gómez Belda

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Describir la epidemiología y el espectro clínico, así como la identificación de factores pronósticos de la bacteriemia neumocócica en el paciente adulto.

**Material y métodos.** Se seleccionaron a pacientes mayores de 14 años diagnosticados de bacteriemia neumocócica en el período 1999-2007. Se recogieron datos epidemiológicos, enfermedades subyacentes, variables clínicas y evolutivas. Para identificar los factores pronósticos se realizó un análisis multivariante por regresión logística.

**Resultados.** Se incluyeron 50 casos de bacteriemia neumocócica (60% varones), con una edad media de 65,0  $\pm$  18,0 años. Un 68% de los pacientes tenían una comorbilidad asociada, siendo las más frecuentes la diabetes (24%) y la EPOC (22%). El origen más frecuente fue el pulmonar (82%). Otros orígenes identificados fueron el meníngeo (8%), de vías aéreas superiores (8%) y hubo un caso de PBE (2%). La tasa de resistencias a penicilina fue del 10%. Se describieron complicaciones en forma de sepsis, sepsis grave o shock séptico en 28 pacientes (56%) y hubo 7 éxitos (14%). Se realizó un estudio univariante de los factores clínicos, analíticos y las patologías asociadas para valorar su asociación con complicaciones o éxitos. Para el desarrollo de complicaciones sólo se encontró asociación significativa con la fiebre (OR 5,09, IC 95% 1,10-23,49;  $p = 0,037$ ) y la frecuencia respiratoria (OR 1,19, IC 95% 1,04-1,39;  $p = 0,008$ ). Las variables que se asociaron a éxitos fueron el desarrollo de complicaciones (OR 3,99, IC 95% 1,38-11,50;  $p = 0,010$ ), la hospitalización el mes previo (OR 19,49, IC 95% 2,29-165,72;  $p = 0,006$ ), la necesidad de ingreso en UCI (OR 14,40, IC 95% 2,07-100,01;  $p = 0,007$ ) y el antecedente de neoplasia (OR 16,00, IC 95% 1,21-209,93;  $p = 0,030$ ).

**Conclusiones.** La bacteriemia por neumococo es más frecuente en pacientes con comorbilidades asociadas. El origen más frecuente es pulmonar. Se asocia a una alta frecuencia de complicaciones graves y a un 14% de éxitos. El desarrollo de complicaciones, la necesidad de ingreso en UCI y los antecedentes de neoplasia sólida o la hospitalización en el mes previo se asociaron a mayor riesgo de muerte.

#### A-198 CONSULTA PATOLOGÍA INFECCIOSA COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

N. Pacheco Gómez, M. Martín Martín, L. Vicente Domínguez, P. Barquilla Cordero, R. Velasco Romero, J. Luengo Álvarez y F. Pascua Molina

Servicio de Medicina interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

**Objetivos.** La Unidad de Patología Infecciosa (U. P. I.) del Complejo Hospitalario de Cáceres se crea en 1990 para tratar de responder a las necesidades de atención especializada y específica que presentan los pacientes infectados por VIH.

**Material y métodos.** Se han registrado todas las consultas realizadas en la U. P. I., desde el año 2000 hasta el año 2007. Los pacientes atendidos han sido clasificados en: patología VIH, patología VHC y otras patologías infecciosas. En todos los casos se ha aplicado métodos estadísticos básicos coordinados con el diseño de gráficos.

**Resultados.** Se han realizado una media anual de 1458 consultas, 7,88 consultas/día para una media de 185 días/año de consulta. Con un total de 1072 para VIH de media anual que representan el 73,52% del total. Las Primeras consultas de VIH fueron 48,7 anuales con 0,26 de media diaria. Las Sucesivas resultaron 1023 anuales y 5,53 diarias de media. Estableciendo una relación de Primeras/Sucesivas de 4,71% Los Co- Infectados fueron 812 de media anual, 4,38 pacientes por día, lo que da una proporción de 75,87% de VHC sobre VIH. Las Primeras consultas de VHC fueron de 28,12 anuales con una media diaria de 0,15 y un pico de 40 en el año 2003, mientras que las sucesivas resultaron ser 241,37 anuales con 1,30 de media diaria. La relación de Primeras/Sucesivas fue de 11,67%, manteniéndose estable a lo largo de los años estudiados.

**Discusión.** Se produce una discreta infrautilización de las posibilidades asistenciales de la U. P. I. con una monopolización de las patologías a estudio, limitada por el desconocimiento, en distintas áreas y servicios, hospitalarios y de Atención Primaria, de sus capacidades con respecto a otras patologías. VIH representa el 73,52% del total, con una proporción de 75,87% de VHC sobre VIH, cifra que ha caído en los últimos años.

**Conclusiones.** De todo lo expuesto anteriormente se deduce que no se ha aprovechado el potencial de la U. P. I., bien por falta de conocimiento de su cartera de servicios, tanto dentro del ámbito hospitalario como en Atención Primaria como por intereses asistenciales de otras Unidades creados por una indefinición de las áreas asistenciales.

#### A-199 ¿DISMINUYEN LOS PROBIÓTICOS LA DIARREA ASOCIADA AL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO?

S. Nistal, M. Velasco<sup>1</sup>, C. Guijarro<sup>1</sup>, T. Requena<sup>2</sup>, C. Peláez<sup>2</sup>, M. Mateos<sup>1</sup>, S. Sánchez de la Torre<sup>1</sup> y J. Castilla

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>2</sup>Instituto del Frío. CSIC (Madrid).

**Objetivos.** Los probióticos son unos microorganismos que pueden proporcionar supuestos beneficios en la salud de quien lo consume. Un aspecto controvertido es el papel de los probióticos en la diarrea asociada a tratamiento antibiótico (DAA). El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto protector de los probióticos vehiculizados en yogur en la prevención de la DAA.

**Material y métodos.** Se realizó un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en pacientes que precisaron tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico o levofloxacino ingresados en la Unidad de Medicina Interna de la Fundación Hospital de Alcorcón (FHA) durante el período comprendido entre junio del 2005 y enero del 2008. Se incluyeron en el estudio a 314 pacientes, a los que se aleatorizaron en tres ramas (2:2:1) para recibir diariamente 150 ml de leche fermentada sin adición de probióticos (grupo placebo que incluía *Streptococcus thermophilus* y *Lactobacillus bulgaris*), con adición de *B. lactis* o *L. acidophilus* casei (grupo probiótico) y grupo control que no recibía yogur. Los pacientes recibieron el yogur con o sin adición de probióticos desde 48 horas antes del inicio de tratamiento antibiótico hasta 5 días des-

pués de finalizado el mismo; con un seguimiento posterior de un mes. La variable principal del estudio fue la aparición de diarrea (2 o más deposiciones al día o cambio del ritmo intestinal), y como variables secundarias se analizaron duración de la misma, necesidad de interrupción de tratamiento antibiótico, necesidad de prolongación de ingreso y éxitus. Se compararon los resultados mediante  $\chi^2$  y de las variables cuantitativas mediante t de Student. Análisis realizados mediante SPSS v 12 para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 314 pacientes en el estudio (n = 125 en grupo 1, n = 122 en grupo 2 y n = 65 grupo control). El 45% eran mujeres, con una edad media de 75 años. No hubo diferencias en los distintos grupos en la presencia de comorbilidad (p > 0.05): diabetes (23% vs 20% vs 21%), insuficiencia cardíaca (47% vs 39% vs 43%), bronquitis crónica (50% vs 45% vs 52%), cirrosis (< 1%) e insuficiencia renal (10% en los tres grupos). La etiología más frecuente de inicio de tratamiento antibiótico fue la infección respiratoria (85%). Presentaron diarrea durante el tratamiento antibiótico el 18% de los pacientes del grupo 1, 23% del grupo 2 y 21% del grupo control (p > 0.05). No hubo diferencias en cuanto a la duración de la diarrea (nº 3 deposiciones al día), número máximo de deposiciones al día ni necesidad de interrupción de tratamiento antibiótico por diarrea (que fue del 12% del grupo 1, el 7% del grupo 2 y el 15% del grupo control). El grupo control presentó mayor porcentaje de ingreso prolongado a causa de la diarrea que el resto de grupos que sí que recibieron yogur (p = 0.03). Durante el seguimiento fallecieron un 4,2% del grupo 1, el 3,3% del grupo 2 y un 7,5% del grupo control.

**Conclusiones.** Los probióticos vehiculizados en yogur no previenen la diarrea asociada a antibióticos. Apreciándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la necesidad de prolongación del ingreso en los pacientes del grupo control, que precisaron mayor número de días de estancia hospitalaria (p = 0.03). En nuestra serie los pacientes más ancianos y con mayor comorbilidad no presentaron más complicaciones graves a lo largo del estudio.

**A-200  
ABSCEOS DE PSOAS EN PACIENTES VIH**

**P. Wikman, M. Gracia, P. Safont, E. Calabuig, J. Peris, S. Bañon, E. Pedro y P. Roig**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Los abscesos de psoas (AP) son entidades infrecuentes cuyo diagnóstico ha ido en aumento en los últimos años, probablemente por el empleo más generalizado de técnicas diagnósticas como la TC abdominal. En pacientes VIH no obstante, continúa siendo una entidad infrecuente. Nuestro objetivo es revisar los abscesos de psoas en pacientes VIH ingresados en nuestro hospital los últimos años.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo recogiendo los datos de aquellos pacientes VIH con diagnóstico de absceso de psoas ingresados en nuestro hospital desde 1992 hasta 2007.

**Resultados.** tabla1

**Discusión.** Los abscesos de psoas son infrecuentes en pacientes VIH y presentan características diferentes a los pacientes no VIH. Suelen ser primarios más que secundarios, *M. tuberculosis* es el principal agente etiológico y suelen manifestarse como fiebre más dolor abdominal, contrastando con los pacientes no VIH donde clásicamente predomina el dolor lumbar. La evolución suele ser favorable con tra-

tamiento médico y drenaje percutáneo guiado por TC.

**Conclusiones.** En paciente VIH con cuadro de fiebre prolongada y dolor abdominal debemos sospechar el diagnóstico de absceso de psoas con el *M. tuberculosis* como el principal agente etiológico.

**A-201  
INFARTO ESPLÉNICO EN SÍNDROME MONONUCLEÓSIDO**

**P. Wikman<sup>1</sup>, M. Toledano<sup>1</sup>, S. Pablo<sup>1</sup>, R. Andrés<sup>1</sup>, C. Elena<sup>1</sup>, M. Gracia<sup>1</sup>, F. Jover<sup>2</sup> y J. Cuadrado<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Deseamos describir las características de dos infartos esplénicos que hemos atendido en nuestro hospital en dos pacientes con síndrome mononucleosido.

**Material y métodos.** Exponemos los datos clínicos y analíticos de estos dos pacientes.

**Resultados.** Caso 1: Paciente de 27 años que acudió a nuestro hospital con un cuadro de cuatro días de evolución consistente en malestar general, fiebre de hasta 40 °C, mareo, náuseas, artralgias generalizadas, adenopatías cervicales bilaterales y amígdalas hipertróficas con exudado. Hemograma: leucocitos 4.500/microl, con un 53% de linfocitos, Hgb 10,8 g/dl, plaquetas 129.000/microl. Serología VEB inicial: Paul Bunnell negativo, IgM dudosamente positivo, IgG negativo. A los 15 días la prueba de Paul Bunnell fue positiva. Serología CMV negativa. Durante el ingreso hospitalario la paciente comienza con fuerte dolor abdominal. Se realizó TAC abdominal que objetivó un área de infarto esplénico. La paciente fue tratada con analgesia, evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los once días del ingreso. Se hizo un estudio de hipercoagulabilidad con los siguientes resultados: anticuerpos antifosfolípido negativo, mutación gen protrombina negativo, factor V Leiden negativo, antitrombina III 99%, proteína C 100%, proteína S 100%, homocisteína 13,7 micromol/L. Caso 2: Varón de 39 años que acudió por cuadro de una semana de evolución con malestar general, odinofagia, adenopatías cervicales y fiebre de hasta 39 °C. Fue diagnosticado inicialmente de faringoamigdalitis. Tras una semana de tratamiento con cefuroxima-axetilo 500 mg/12 h sin mejoría acudió nuevamente a nuestro hospital. Esta vez presentaba además dolor abdominal en hipocondrio izquierdo. Serología VEB Paul Bunnell negativo, IgG positivo, IgM negativo. Serología CMV IgG positiva, IgM positiva. En la TAC abdominal se objetivó una esplenomegalia de 18 cm con un área de infarto esplénico. El paciente recibió analgesia, evolucionó favorablemente y fue dado de alta a los 11 días del ingreso. Se hizo un estudio de hipercoagulabilidad con los siguientes resultados: anticuerpos antifosfolípido negativo, mutación gen protrombina negativo, factor V Leiden negativo, antitrombina III 99%, proteína C 100%, proteína S 100%, homocisteína 14,68 micromol/L.

**Discusión.** Las complicaciones que pueden acontecer durante el transcurso del síndrome mononucleosido son varias. Las más frecuentes y conocidas son el rash cutáneo y la rotura de bazo. No obstante se ha descrito también el infarto esplénico como complicación, tanto de la infección por VEB como de la infección por citomegalovirus (CMV). En la literatura hemos encontrado 6 casos descritos de infarto esplénico en pacientes inmunocompetentes con síndrome mononucleosido por VEB y únicamente 1 en pacientes infectados

Tabla 1. (A-200).

Edad/sexo	27/v	32/v	33/v	30/v
Síntomas	Fiebre, dolor abdominal	Fiebre, dolor abdominal	Fiebre, dolor abdominal	Fiebre, dolor lumbar
Duración de los síntomas	4 semanas	3 semanas	2 semanas	2 meses
Factores de riesgo	HIV CD4230 ADVP	HIV CD4125 ADVP	HIV CD410 ADVP	HIV, ADVP, VHC.
Foco infeccioso	Primario unilateral	Primario unilateral	Primario unilateral	Primario bilateral
Agente etiológico	M. tuberculosis	M. tuberculosis	M. tuberculosis	S. aureus
Técnica diagnóstica	TC+PAAF	TC+PAAF	TC+PAAF	TC+PAAF
Tratamiento	INH+RFM+PZ	INH+RFM+PZ	INH+RFM+PZ+ET	Vancomicina + cirugía
Evolución	Curación	Curación	Curación	Curación

por CMV. Presentamos dos casos de infarto esplénico en pacientes inmunocompetentes en el contexto de un síndrome mononucleósido, uno de ellos producido por VEB y el otro por CMV. El infarto esplénico es una complicación muy infrecuente en el síndrome mononucleósido. Únicamente hemos encontrado siete casos publicados en la literatura. El mecanismo es desconocido. Se ha relacionado con anticuerpos antifosfolípido positivos de manera transitoria, rasgo drepanocítico, vasculitis y trombosis intravascular por CMV. Además se ha descrito el infarto esplénico espontáneo. Nuestros pacientes no presentaban ninguna enfermedad de las citadas anteriormente, por lo que consideramos nuestros casos como infartos esplénicos espontáneos. Se ha propuesto el infarto esplénico como posible lesión inicial en la rotura de bazo, complicación más conocida en este tipo de infecciones. En los casos que hemos encontrado únicamente se hace mención del empleo de agentes anticoagulantes en el tratamiento del infarto producido por vasculitis por CMV, probablemente porque este caso estaba acompañado de trombosis venosa portal y del tronco celiaco. En el resto de casos el tratamiento fue de soporte y los pacientes fueron dados de alta a los 15-30 días de hospitalización.

**Conclusiones.** Como conclusión destacar que éste es un proceso muy poco descrito en la literatura y que es importante conocer como complicación en el tratamiento de estos pacientes.

#### A-202

##### INCIDENCIA DE DIARREA EN PACIENTES TRATADOS CON LEVOFLOXACINO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**R. Puerta Louro, L. González Vázquez, F. Fernández Fernández, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Riva, M. Páramo de Vega, D. Cid Gómez y J. de la Fuente Aguado**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** El levofloxacin desde su introducción en la guía de medicamentos ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de los procesos infecciosos en los servicios de Medicina Interna. El objetivo principal de este estudio fue observar si la incidencia de diarrea en los pacientes que reciben tratamiento con levofloxacin se ha modificado.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo incluyendo todos los pacientes ingresados en nuestro servicio identificando los que recibieron tratamiento con levofloxacin ingresados desde el 15 de abril al 1 de mayo de 2008. Estos pacientes eran identificados una vez ingresados recogiendo los datos referentes a edad, sexo, motivo de ingreso, si recibían antibioticoterapia o no y cual era el antibiótico empleado. Además los pacientes fueron seguidos durante su ingreso identificando la aparición de diarrea (definida como la presencia de 3 o más deposiciones al día, disminución de consistencia, durante al menos 48 horas).

**Resultados.** Se recogieron 204 casos, 70 años de edad media (23-98), 50% mujeres. Recibieron tratamiento con levofloxacin 37 casos, utilizándose la vía oral en el 76%, y un 10% combinación con otro antibiótico. Presentó diarrea 1 caso (2,7%), siendo necesario cambio de terapia antibiótica.

**Discusión.** La incidencia de diarrea en los pacientes en tratamiento intrahospitalario con levofloxacin ha disminuido respecto a años previos.

**Conclusiones.** La incidencia de diarrea durante el período estudiado fue del 2,7%, que se aproxima a la descrita, mucho menor que la que objetiváramos en el año 2005 (20%).

#### A-203

##### DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y NATIVA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN

**M. Pérez Rueda<sup>1</sup>, B. Comeche Fernández<sup>1</sup>, L. Moreno<sup>1</sup>, J. Valverde<sup>2</sup>, M. Aguado<sup>1</sup> y C. Rodríguez<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid).*

**Objetivos.** La tuberculosis (TBC) continúa siendo un importante problema de salud pública. Un mayor conocimiento de las poblaciones que se atienden contribuirá al desarrollo de programas sanitarios dirigidos a un mejor control de la enfermedad. Conocer las diferencias clínicas y epidemiológicas de la TBC en la población inmigrante en un hospital de la periferia de Madrid.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de TBC diagnosticados en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, entre enero de 2001 y mayo de 2007.

**Resultados.** Se diagnosticaron 255 casos de TBC con edad media de 42.8 años, estando el 78% de la población en un rango de edad de 15-65 años. El 66,3% fueron varones y el 40,4% inmigrantes, de los que su origen fue: Europa del este: 5.2%, África 24.6%, América 9.5%, Asia 0.8%, Europa 59.9%. El porcentaje global de resistencias fue del 6% (4,1% en población nativa vs 2% en la inmigrante). Comparando la población inmigrante con la nativa, hallamos diferencias significativas en el rango de edad (96,1% de los inmigrantes se encuentran en un rango entre 15-65 años vs al 67,1% de la población nativa,  $p < 0.005$ ), sin presentar diferencias significativas en factores de riesgo salvo en el estado de inmunosupresión (presente en el 93,3% de la población nativa vs 6,6% de la inmigrante). Aunque no significativas, hallamos diferencias en cuanto a presentación clínica (la forma clínica menos frecuente en inmigrantes es la diseminada con un 4,9%, en comparación con la población nativa donde la presentación menos frecuente es la pleural 3.9%) Tampoco a nivel de resistencias primarias a tratamiento tuberculostático hubo diferencias significativas (4,1% en población nativa vs 2% en el inmigrante).

**Conclusiones.** En nuestra muestra, observamos que la población inmigrante con TBC es más joven y no presenta patologías predisponentes ni otros factores de riesgo. La presentación más habitual es la pleuro-pulmonar frente a la pulmonar-diseminada en la población oriunda. El porcentaje de resistencias al tratamiento tuberculostático es similar en ambas poblaciones, siendo mayor del 5% en total, por lo que se recomienda tratamiento de inicio con 4 fármacos también en no inmigrantes.

#### A-204

##### ABSCESOS HEPÁTICOS: REVISIÓN DE 6 AÑOS

**A. Jimeno Sáinz<sup>1</sup>, L. Guerrero Navarro<sup>1</sup>, J. Torcal<sup>2</sup> y J.M. Pérez-Alfranca<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).*

**Objetivos.** Valorar la incidencia, evolución, tratamiento y características de abscesos hepáticos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. Período de estudio desde enero de 2002 a diciembre de 2007. Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de absceso hepático, se valoraron las características de los mismos, su tratamiento, y evolución.

**Resultados.** Se obtuvo un total de 5 pacientes con un predominio del sexo masculino (4/5). La edad media fue de 63.4 años. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (100%) y dolor abdominal (3/5). Cuatro de los 5 pacientes tenían patología de base, apendicitomía, divertículos en sigma, gastrectomía parcial y hemiorragia inguinal derecha. Más del 50% (3 casos) eran diabéticos e hipertensos. El tiempo de evolución fue de 11.8 días. La serología de hidatidosis fue negativa en todos los casos, un caso presentó serología para amebiasis positiva. Los gérmenes más frecuentemente encontrados con bacteriemia fueron *Streptococcus* y *Bacteroides fragilis* (2 casos), en el resto no existió bacteriemia. El 80% de los casos la localización más frecuente fue LHD. El tratamiento fue con betalactámicos y metronidazol. En dos casos se precisó drenaje guiado con



TAC. Ningún paciente precisó tratamiento con Cirugía. La evolución fue favorable en todos los casos.

**Discusión.** Nos sorprende en nuestro estudio la poca incidencia de absceso hepático. También es cierto que los gérmenes más probables son *Streptococcus* y gérmenes anaeróbicos. En nuestro estudio un porcentaje bajo ha precisado drenaje, el resto el tratamiento conservador nos ha permitido una evolución adecuada.

**Conclusiones.** 1. Los abscesos hepáticos no son frecuentes en nuestra área. 2. Parece ser que existe cierta predisposición en pacientes diabéticos. 3. En nuestro estudio el tratamiento conservador es una buena alternativa, aunque no se debe desestimar el drenaje en aquellos pacientes con evolución torpida.

#### A-205

##### UTILIDAD DEL TIEMPO DE POSITIVIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS PARA DIFERENCIAR BACTERIEMIA VERDADERA Y POR CONTAMINANTES

**M. Gracia Ruiz de Alda<sup>1</sup>, E. Calabuig Barbero<sup>1</sup>, F. Jover<sup>2</sup>, P. Safont Gasó<sup>1</sup>, P. Wikman<sup>1</sup>, M. Botas Velasco<sup>1</sup>, C. Martín<sup>3</sup> y J. Merino Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Varios estudios han demostrado el valor predictivo del tiempo de positividad de los hemocultivos (TP) en el diagnóstico de bacteriemias por *E. coli*, *S. aureus* y *S. pneumoniae*. Sin embargo, existen pocos datos sobre su validez como factores discriminativos entre contaminantes y verdaderos positivos. El objetivo del estudio es validar el TP como método de diferenciación de bacteriemias de origen comunitario verdaderas y contaminantes en gérmenes Gram Positivos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo observacional, de mayo de 2007 a agosto de 2007, en adultos ingresados en nuestro Centro con bacteriemia comunitaria. Se determinó el tiempo comprendido desde la incubación del hemocultivo hasta su positivización (TPI), así como el volumen del mismo estudiado para todos los gérmenes aislados. Los procedimientos microbiológicos empleados fueron: sistema automático cualitativo de cultivo BACTEC, utilizando frascos de cultivo PLUS Aerobic/F\*, manteniendo un tiempo máximo de cultivo de seis días. Se diseñó un protocolo de recogida de variables. Se incluyó la valoración por dos observadores independientes en todos los casos. Los métodos estadísticos empleados fueron no paramétricos (Mann Whitney).

**Resultados.** Se evaluaron 153 casos de bacteriemias comunitarias, de los cuales el 70% (107 casos) fueron producidas por gérmenes Gram Positivos. El 81,3% de las extracciones de hemocultivos se realizó en el primer día de ingreso, obteniéndose el 69,6% en Urgencias. El volumen de cultivo fue adecuado en el 89,8% de los casos. La concordancia interobservador, expresada en coeficiente Kappa, fue de 0,988 ± 0,012 (p < 0,0001). La mediana global de TPI fue de 18,51 (11,03 - 28,39). En el análisis de TPI se incluyeron como verdaderos positivos 19 casos y 88 casos como contaminantes. La mediana de TPI en el primer grupo fue de 9,86 (5,51 - 16,03) y en el grupo de contaminantes de 20,24 (14,5 - 31,39) (p < 0,0001).

**Conclusiones.** 1. En nuestro trabajo, el tiempo comprendido desde la incubación de hemocultivos hasta su positivización o tiempo de positividad desde incubación (TPI) ha demostrado ser una herramienta útil en la discriminación entre bacteriemias de origen comunitario verdaderas y contaminantes. 2. El TPI puede ser útil para decidir la indicación y qué tratamiento antibiótico debe administrarse en estos casos. Ello podría evitar el uso excesivo e innecesario de glucopéptido en bacteriemias por contaminantes.

#### A-206

##### OSTEONECROSIS DE CADERA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

**J. Lamas Ferreiro, A. Ocampo Hermida, C. Miralles Álvarez, R. Longueira Suárez, M. Pérez Rodríguez, J. Grandes Ibáñez, B. Sopeña Argüelles y C. Martínez Vázquez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La osteonecrosis de la cabeza del fémur (OTNC) en pacientes VIH presenta una incidencia creciente. Se ha relacionado con el tratamiento con corticoides, dislipemia, alcoholismo, lipodistrofia, así como con la propia infección por VIH o el tratamiento con antirretrovirales (ARV), aunque este último es un tema controvertido. El objetivo de este estudio fue valorar la prevalencia de OTNC asintomática en estos pacientes y su asociación con diferentes factores de riesgo.

**Material y métodos.** Se seleccionó una muestra de pacientes entre aquellos citados en la consulta de VIH del hospital Xeral-Cies de Vigo en los meses de marzo, abril y mayo de 2008. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: edad entre 20 y 70 años, diagnóstico de VIH en 2005 o previo y no haber recibido tratamiento antirretroviral nunca, o llevar con terapia desde, al menos, marzo de 2006. Fueron excluidos los pacientes que ya estuvieran diagnosticados de OTNC o que refirieran síntomas compatibles. Se establecieron tres grupos en función de la historia de tratamiento ARV: I) Pacientes que nunca hubieran recibido terapia, II) Pacientes que mantuvieran su primera estrategia de tratamiento durante, al menos, dos años, III) Pacientes con terapia ARV desde hace más de dos años en los que se hubiera modificado la estrategia inicial de tratamiento. Se recogieron los antecedentes médicos, se realizó la determinación de diversos parámetros de laboratorio y una exploración de caderas y, tras la firma de consentimiento informado, se efectuó una RMN de caderas.

**Resultados.** Se incluyeron 97 pacientes de raza blanca (29 mujeres y 68 hombres): 23 en el grupo I, 24 en el II y 50 en el III. La edad media fue de 44,85 años (Rango: 24-67). La prevalencia de OTNC fue de 4,12% (4/97), el 50% con afectación bilateral. Todos eran varones, con una edad media de 46 años (rango: 40-55). Dos presentaban una exploración patológica de cadera. El tiempo medio de evolución del VIH fue de 13 años (rango: 5-21) y el recuento medio de linfocitos CD4 de 506 células/ $\mu$ L (rango: 205-807). 3/4 casos presentaban carga viral < 40copias/mL. El 100% presentaban un estadio C (frente a un 43% en el grupo con RNM negativa; p = 0,039) y un nadir de CD4 inferior a 100 (frente a un 37,6% en el otro grupo; p = 0,024). La duración media del tratamiento ARV fue de 11 años (rango: 5-15). 3/4 pertenecían al grupo III y el cuarto caso al grupo II. 4/4 casos estaban a tratamiento con IP en el momento actual, sin ser la diferencia con el grupo sin OTNC significativa. Todos tenían, al menos, un factor de riesgo conocido para OTNC: tabaquismo (4/4), lipodistrofia (3/4), tratamiento corticoideo (3/4), hipertrigliceridemia (2/4), consumo de alcohol (2/4) y uno con antecedente de pancreatitis, aunque las diferencias con el grupo de pacientes sin OTNC sólo fueron significativas en el caso del tratamiento con corticoides.

**Discusión.** La prevalencia de OTNC asintomática en pacientes VIH en nuestro estudio fue del 4,12%, muy semejante a la descrita por Miller y cols. en 2002, lo que confirma la gran relevancia que esta complicación tiene en este grupo de población. Parece haber una relación entre el grado de progresión de la infección por VIH y el riesgo de desarrollar OTNC, aunque en todos los casos existía, al menos, un factor de riesgo asociado, siendo el más importante la terapia con corticoides, que se emplea en el tratamiento de algunas enfermedades definitorias de SIDA. En cuanto al tratamiento ARV, no tenemos datos para afirmar que influya en el riesgo de desarrollar OTNC.

**Conclusiones.** La OTNC es una entidad de relevancia creciente en pacientes infectados por el VIH, con una prevalencia considerable en individuos asintomáticos (4,12% en nuestro estudio). Es probable que la infección por el VIH produzca un incremento en el riesgo de desarrollar OTNC, aunque existen múltiples factores en este grupo de población que podrían jugar un papel, fundamentalmente el tratamiento con corticoides sistémicos. Es necesario un mayor conoci-

miento de los factores etiopatogénicos implicados de cara al desarrollo de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas adecuadas.

#### A-207

### INFECCIONES ASOCIADAS A QUIMIOTERAPIA DE LINFOMAS NO HODGKIN (COHORTE DE 320 PACIENTES)

J. Alonso Alonso, G. Barreiro García, A. Cánovas Fernández y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. UPV. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Las referencias a infecciones en quimioterapia (QT) de linfomas suelen proceder de estudios terapéuticos multicéntricos, expuestos a sesgos de selección. Pretendemos analizar este problema en un contexto "real", de pacientes no seleccionados: frecuencia, tipo, etiología de las infecciones y variables predictivas.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de infecciones asociadas a QT de primera y segunda línea (por recidiva o progresión) en nuestra cohorte de pacientes con linfoma no-Hodgkin (LNH) (enero-1996 a junio-2007). Período de análisis: desde el inicio de QT hasta 4 semanas desde la última dosis o recuperación del recuento leucocitario. Tipo de QT: CHOP o variantes, con rituximab desde su aprobación. Uso de filgrastim: según guía ASCO. Profilaxis de neutropenia febril: ciprofloxacino. Infecciones analizadas: las que precisaron tratamiento antimicrobiano, clasificándolas en tres grupos: síndrome febril de origen desconocido (FOD), neumonías-bacteriemias (NB) y otras (urinarias, de partes blandas...) (OI). Procedimientos diagnósticos y tratamiento según guías de práctica clínica. Métodos estadísticos:  $\chi^2$ , t de Student, prueba exacta de Fisher y regresión logística binaria de Cox.

**Resultados.** Se incluyen 320 pacientes en QT de primera línea [13,5% con linfoma tipo WFA, 20% folicular, 7,5% del manto, 46% B de célula grande, 8% T periférico y 4% Burkitt o linfoblástico). Edad media: 60.5años (15-88); sexo M/F (%):51/49. De ellos 86 reciben QT de segunda línea (38% LF de bajo grado y 62% de medio o alto). Se registran 239 infecciones en 128 pacientes (40%) (medias: 0.75 inf/pac y 0.16 inf/mes) en QT de primera línea:36% FOD, 32% NB y 33% OI. La infección contribuyó al fallecimiento de 16 pacientes (5%; 6,6% por episodio infeccioso). Se obtuvo filiación microbiológica en 50%. La etiología predominante fue BGN (50%), seguida de cocos Gram positivos (37%), pero en las bacteriemias (40) la participación de cocos y BGN fue similar. En QT de segunda línea se recogen 86 infecciones en 45 pacientes (52%; 1.9/pac, 0.2 inf/mes):27% FOD, 49% NB y 24% OI; se determinó la etiología en 62% (22% cocos Gram positivos; lo mismo BGN). Mortalidad: 9%. En el análisis multivariante las variables iniciales asociadas a mayor riesgo de infección fueron linfoma más agresivo (OR: 1.7; p: 0.00008) e índice pronóstico (IPI/FLIPI) desfavorable (OR: 2; p: 0.00002). En la comparación de fases 1 y 2 de QT se observa mayor frecuencia de infección (p: 0.0004) y de NB en fase 2 (p: 0,018).

**Discusión.** Las referencias a frecuencia, tipo y etiología de infección en QT de linfomas son habitualmente parciales y secundarias, dentro de pruebas clínicas multicéntricas, excluyendo pacientes con comorbilidad, que suponen una proporción importante. Observamos que cerca de la mitad de los pacientes en la práctica clínica real sufren infecciones relevantes a pesar de administración de GCSF y profilaxis antibiótica según guías de práctica clínica. Las variables relacionadas con el riesgo de infección reflejan el uso de quimioterapia más exigente y peor situación clínica inicial del paciente.

**Conclusiones.** En QT de primera línea de linfomas, el 40% de los pacientes padecen infecciones clínicamente significativas, con mortalidad de 6,6% por episodio, siendo 52% y 9% las cifras correspondientes a QT de segunda línea. Los subtipos de infecciones considerados son cuantitativamente similares en primera línea, con predominio de NB en la segunda fase. La etiología bacteriana está equilibrada entre cocos Gram positivos y BGN. El mayor riesgo de infección corresponde a pacientes con linfoma de grado medio o alto y con peor índice pronóstico (IPI/FLIPI).

#### A-208

### NEUTROPENIA FEBRIL EN QUIMIOTERAPIA DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE LINFOMA NO HODGKIN

J. Alonso Alonso, A. Cánovas Fernández, G. Barreiro García, C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. UPV. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Las referencias publicadas respecto a la frecuencia de neutropenia febril en quimioterapia de linfoma, habitualmente procedentes de pruebas terapéuticas, expuestas a sesgos de selección, son dispares, incorporando otros factores de confusión, como utilización o no de factores estimuladores de colonias de granulocitos (GCSF) o profilaxis antibiótica. Pretendemos evaluar en una cohorte de pacientes de linfoma no seleccionados, tratados de acuerdo con las guías de práctica clínica, la frecuencia de neutropenia grado IV (< 500/microlitro), neutropenia grado IV febril y el valor predictivo de variables clínico analíticas presentes al hacer el diagnóstico.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes tratados con quimioterapia (QT) de primera o segunda línea por linfoma no Hodgkin (enero-1996 a junio-2007) en nuestro servicio. QT empleada: según guías de práctica clínica. Se utilizó profilaxis con ciprofloxacino y filgrastim con las condiciones indicadas en la guía ASCO. Se practicaron controles analíticos en las fechas previstas de nadir leucocitario hasta recuperación del recuento granulocitario por encima de 500/ $\mu$ L. Tiempo de observación: desde el inicio de quimioterapia hasta cuatro semanas después del último ciclo y resolución de la neutropenia. Métodos estadísticos: descriptivos,  $\chi^2$ , prueba exacta de Fisher, t de Student y regresión logística binaria.

**Resultados.** Se incluyen 320 pacientes en QT de primera línea [13,5% con linfoma tipo WFA, 20% folicular, 7,5% del manto, 46% B de célula grande, 8% T periférico y 4% Burkitt o linfoblástico). Edad media: 60.5años (15-88); sexo M/F (%):51/49. De ellos 86 reciben QT de segunda línea (38% LF de bajo grado y 62% de medio o alto). En QT de primera línea se administró filgrastim de forma primaria en 10%, secundaria en 43% y en ningún caso en 47%. Se detectaron 544 episodios de neutropenia grado IV en 205 pacientes (64%; media de 1.7/pac y 0.3/mes) y 89 de neutropenia febril en 63 (20%; medias de 0.28/pac y 0.05/mes), falleciendo 4 pacientes por este motivo (4,5% de los episodios). En QT de segunda línea se recogieron 155 episodios de neutropenia grado IV en 59 pacientes (69%; 1.8/pac y 0.38/mes) y 23 de neutropenia febril en 19 pacientes (22%; 0.27/pac y 0.38/mes) con fallecimiento de 4 pacientes (17% de los episodios). En QT de primera línea se observa asociación significativa entre administración de filgrastim, linfomas de grado medio-alto e índice pronóstico (FLIPI/IPI) desfavorable (p < 0,001). Las mismas variables se relacionaron con la frecuencia de neutropenia grado IV y neutropenia febril (p: 0.0008). En QT de segunda línea se encuentra relación significativa de linfomas de grado medio-alto con neutropenia grado IV (p: 0.00003) y con neutropenia febril (p: 0.0008). La neutropenia grado IV fue más frecuente en quimioterapia de segunda línea respecto a la de primera línea (p:0.029), así como la neutropenia febril, aunque ésta en el límite de significación (p: 0.05).

**Discusión.** La frecuencia publicada de neutropenia grado IV con QT tipo CHOP oscila entre 22 y 51% de los pacientes, considerándose como factores de riesgo una condición precaria del paciente o citopenia previa, y la de neutropenia febril entre 10 y 20%, contando con administración de GCSF. La mortalidad publicada de neutropenia febril oscila entre 5 y 82% según factores de riesgo. La mayor frecuencia de neutropenia grado IV observada en nuestra serie es atribuible a su condición de no exclusión de pacientes y a monitorización rutinaria del nadir leucocitario. La baja mortalidad de la neutropenia febril observada se explica por el control analítico e inicio rápido de antibioterapia.

**Conclusiones.** La frecuencia observada de neutropenia severa en nuestros pacientes es muy superior a las referencias previas. Por el contrario la de neutropenia febril se encuentra en los intervalos habituales. Las variables predictivas de mayor riesgo han sido tipo de linfoma (grado medio/alto) e índice pronóstico (IPI/FLIPI) desfavorable.

**A-209****FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE LA TULAREMIA EN EL ÁREA DE LEÓN**

**M. Vázquez del Campo<sup>1</sup>, R. Riera Hortelano<sup>1</sup>, I. Muínelo Voces<sup>1</sup>, E. Valverde Romero<sup>2</sup>, M. Liñán Alonso<sup>1</sup>, E. Fernández Pérez<sup>1</sup> e I. Fernández Natal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de León. León.

**Objetivos.** 1. Analizar la forma clínica de presentación de la infección por Francisella Tularensis en el área de León. 2. Definir la frecuencia de las diferentes vías de contagio. 3. Determinar el síntoma de debut. 4. Establecer las alteraciones analíticas inherentes a la tularemia así como el análisis microbiológico utilizado para el diagnóstico. 5. Evaluar el tratamiento más comúnmente indicado y su efectividad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 41 casos confirmados de Tularemia, basado en la revisión de H<sup>a</sup> clínicas de casos diagnosticados en el Complejo Asistencial de León desde julio 07 a marzo 08, utilizando como fuente de datos el S<sup>o</sup> de Documentación Clínica y la colaboración del S<sup>o</sup> de Microbiología. La variable principal analizada fue la forma clínica de presentación y las variables secundarias recogidas fueron: edad, sexo, vía probable de transmisión, sintomatología, parámetros analíticos, pruebas de imagen (Rx tórax, Tac torácico), diagnóstico microbiológico (serología, PCR y cultivo), días de evolución hasta el inicio del tratamiento, tratamiento indicado y efectividad en cada caso.

**Resultados.** Se analizaron 41 casos, 34,1% mujeres y 65,9% varones con edad media de 57,4 años  $\pm$  15,7. La forma clínica de presentación más común fue la tifoidica (29,6%), seguida de 26,86% ganglionar, 19,51% ulceroganglionar, 17,07% neumónica, 4,87% óculo-ganglionar y la forma menos frecuente fue la orofaríngea (2,43%). En cuanto a la vía de transmisión, el 29,26% de los casos tuvieron contacto con roedores, 17,07% con animales vivos, 14,63% manipulación de cangrejos y el resto de casos eran cazadores o habían tenido contacto con el campo. El síntoma más frecuente de debut fue la fiebre (95%), seguido del 51,2% malestar general, 46,3% adenopatías, 46,3% escalofríos, 46,3% astenia, 22% tos, 17,1% úlcera cutánea, 17,1% cefalea, 14,6% debilidad, 12,2% pérdida de peso, 9,8% lesiones cutáneas, 7,3% anorexia, 4,9% drenaje espontáneo y 4,9% conjuntivitis. La alteración analítica más frecuente fue la elevación de PCR (68,3%), seguido de elevación de VSG 58,53%, leucocitosis 39,02% y alteración de pruebas hepáticas (24,39%). En el 22% la Rx tórax fue anormal y en 23 casos se realizó TAC torácico con patología en 16. El diagnóstico se realizó por serología (IgG) en la todos los casos a excepción de uno con cultivo positivo en aspirado de absceso, 2 con Hemocultivos positivos y uno con detección de Francisella por PCR. En el 57,3% hubo seroconversión. El tratamiento más indicado fue Ciprofloxacino (70,7%), seguido de 4,9% Levofloxacino, 4,9% Estreptomicina y 12,2% otros tratamientos. El 7,3% no recibieron tratamiento y el 7,95% precisó cambio de antibiótico. Todos los casos evolucionaron hacia la curación, con una media de días desde el comienzo de la clínica hasta el inicio del tratamiento de 18,9  $\pm$  13,5. El 41,4% de los casos se diagnosticaron en julio-agosto y el 37,7% en Octubre-Noviembre.

**Discusión.** La tularemia es una Zoonosis producida por Francisella Tularensis, pequeño coccobacilo gram negativo altamente infeccioso. Sus principales vectores son conejos salvajes, liebres, roedores y cangrejos de río, pudiendo transmitirse por manipulación de animales infectados, consumo de alimentos o agua contaminada o inhalación de la bacteria por manipulación de tierra o paja. El período de incubación oscila entre 1-21 días, pudiendo manifestarse posteriormente de diferente forma según la vía de inoculación, la dosis inoculada, la virulencia y el estado de inmunocompetencia del huésped.

**Conclusiones.** 1. La forma clínica de presentación más frecuente en el área sanitaria de León es la tifoidica seguida de la ganglionar. 2. La vía más probable de contagio es la inhalatoria seguida de la manipulación de animales infectados. 3. El síntoma de debut más frecuente fue la fiebre y el malestar general, seguido de las adenopatías, lo que coincide con las formas de presentación más frecuentes. 4. La elevación de reactantes de fase aguda fue la alteración analítica más común, realizándose en la mayor parte de los casos el diagnóstico por serología. 5. La pauta de tratamiento más utilizada fueron las Fluoroquinolonas, siendo la evolución natural de la enfermedad hacia la curación en el 100% de los casos.

**A-210****ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES COINFECTADOS POR VIH Y VHC**

**M. Manzano-Gamero, P. Baños Piñero, M. Arenas Miras, M. Zamora Pasadas, I. Martínez Egea, J. Vargas Hitos, C. Hidalgo-Tenorio y J. Pasquau Liaño**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Análisis descriptivo de una cohorte de pacientes coinfectados VIH-VHC atendidos en la Consulta de Infecciosas del Hospital Virgen de las Nieves.

**Material y métodos.** En una cohorte de 560 pacientes VIH (feb/99-jun/08), estudiamos los coinfectados por VHC. Variable estudiada: género, edad, estadio VIH, genotipo VHC y causas de no tratamiento de VHC. En los que recibieron tratamiento del VHC, previamente se evaluó número de CD4, carga viral del VIH y VHC, genotipo VHC, GOT, GPT, tratamiento antirretroviral (TAR). Durante y tras el tratamiento analizamos duración, dosis de Interferón pegilado y riva-birina, carga viral VHC al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciar y finalizar tratamiento (respuesta viral sostenida (RVS)). Se evaluaron causas de no inicio o abandono de tratamiento de VHC.

**Resultados.** 150/560 (26,7%) fueron VHC; de ellos 118/150 (79%) hombres y 32/150 (21%) mujeres, con edad media 43'27  $\pm$  6 años. En 100/150 (66%) fueron estadio VIH SIDA. De los 150 se analizó genotipo VHC en 86 casos siendo genotipo 1 51% (44/86), 3 28% (24/86), 4 19% (16/86) y 2 2% (2/86). Iniciaron tratamiento 56/150 (37%). Las causas de no inicio terapéutico fueron rechazo voluntario 17/92 (18%), CD4 < 200 14/92 (15%), antecedentes psiquiátricos 13/92 (14%), etilismo 13/92 (14%), desestimado por hepatólogo 12/92 (13%) y 3/92 (3%) trombopenia significativa y estar en prisión. De 36 pacientes tratados de VHC, 86% (31/36) hombres y 14% (5/36) mujeres, edad media 45,17  $\pm$  5,6 años. El estadio VIH SIDA fue 61,1% (22/36). Antes de iniciar el tratamiento de VHC, la media de CD4 fue 581  $\pm$  380 (213-1068) con carga viral del VIH indetectable 81% (29/36) y detectable 19% (7/36). La media de GOT 68'7  $\pm$  57'9 y GPT 86  $\pm$  67'5. El TAR que recibían era Tenofovir 18/36 (50%), Abacavir 11/36 (31%), Nevirapina 4/36 (11%) y algún inhibidor de la proteasa 16/36 (44%). La carga viral media de VHC pretratamiento fue 10.756.393  $\pm$  15.058.112, 50% (17/34) genotipo 1, 38% (13/34) 2, 9% (3/34) 4 y 3% (1/34) 3. Se trató con Interferón pegilado 2a 89% (32/36) y 2b 7% (2/36), 180 mcg el 93% (32/36), 150 3% (1/36) y 135 3% (1/36), asociado a Ribavirina 1200 mg 49% (17/36), 1000 y 800 26% (9/36) respectivamente, completándolo 18/36 (50%). La duración de tratamiento fue < 48 semanas en 50% (18/36), 36% (13/36) 48 semanas y 14% (5/36) no lo han concluido. La carga viral VHC al mes de iniciar tratamiento descendió en el 80% (24/30), fue indetectable 17% (5/30) y no descendió el 3% (1/30). A los 3 meses observamos 50% (15/30) con carga viral VHC indetectable, 30% (9/30) descenso y en un 20% (6/30) no descendió. A los 6 meses un 78% (22/28) presentaban carga viral VHC indetectable, 14% (4/28) no descendía y 7% (2/28) descenso de la carga viral. 13/31 (41%) no completaron el tratamiento; de éstos un 54% (7/13) fue por fracaso terapéutico, 31% (4/13) por abandono y 15% (2/13) por efectos secundarios. 18/31 (58%) completaron el tratamiento para el VHC, consiguiendo una respuesta viral sostenida en el 61% (11/18) de los casos.

**Discusión.** El número de pacientes coinfectados VHC/VIH es ya inferior al comunicado en otras series, probablemente condicionado por el mayor peso que representa la transmisión del VIH por vía sexual. A pesar de las muchas dificultades que entraña el tratamiento de la coinfección, la tasa obtenida de RVS ha sido del 61%, superior a la observada en otros estudios, lo que debería estimularnos a optimizar el tratamiento de los pacientes coinfectados.

**Conclusiones.** La coinfección VIH/VHC es más frecuente en hombres en estadio SIDA. La media de CD4 pretratamiento fue > 500. Predomina el genotipo 1. El tratamiento más usado fue el Interferón pegilado 2a, a dosis de 180 mcg/sem asociado a 1.200 mg/d de Rivabirina. En el seguimiento al mes, a los 3 y 6 meses se observa un claro aumento de los casos de carga viral indetectable del VHC. La mitad de los pacientes completaron el tratamiento, siendo la causa más frecuente de interrupción el fracaso terapéutico. Más de la mitad de los pacientes que recibieron tratamiento consiguieron respuesta virológica sostenida.



**A-211****BACTERIEMIA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA. UNA PATOLOGÍA CRECIENTE CON ALTA MORTALIDAD**

**F. Duarte<sup>1</sup>, S. Vergara López<sup>2</sup>, A. Mateos<sup>1</sup>, J. Santos<sup>2</sup>, J. García García<sup>3</sup>, F. Lozano<sup>4</sup>, J. Gómez Mateos<sup>4</sup> y J. Corzo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Unidad de Continuidad Asistencial. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

**Objetivos.** Describir las características y el pronóstico de los episodios de bacteriemia en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron todos los episodios de bacteriemia ocurridos entre abril y julio de 2008 en el Hospital Universitario de Valme (Sevilla). Se recogieron variables con respecto al origen (Nosocomial (N), Comunitaria (C) o Relacionada con la atención sanitaria (RAS)), factores relacionados, foco infeccioso, tratamiento y pronóstico de las bacteriemias. Se definió episodio de bacteriemia RAS como aquella que ocurrió en un enfermo que durante el año previo había recibido al menos uno de los siguientes tipos de asistencia sanitaria: ingreso hospitalario, residencia en centro sociosanitario, diálisis, atención en hospital de día, hospitalización domiciliaria, cirugía mayor o más de dos visitas en consultas externas. Se ha realizado un estudio descriptivo distribuyendo los episodios según su origen.

**Resultados.** Se recogieron un total de 81 episodios de bacteriemia distribuidos de la siguiente forma: 21 (26.5%), 37 (47%) y 21 (26.5%) episodios fueron RAS, N y C respectivamente. El factor más frecuente en las bacteriemias RAS fue el ingreso hospitalario con 11 (52%) casos. La edad mediana (Q1-Q3) fue de 67 (56-78) años. El servicio de ingreso fue mayoritariamente médico (65% en las bacteriemias RAS, 69% en las N y 76% en las C). Con respecto a la etiología, *E. coli* fue el germen que más se aisló en las bacteriemias C (33% frente a 14% en las RAS y 8% en N). Por el contrario, el microorganismo más prevalente en las bacteriemias N y RAS fue *Staphylococcus aureus* (16% y 14% frente a 10% en las C). Además, las bacteriemias N se debieron a estafilococos coagulasa negativos en un número significativo de casos (11%). Los pacientes con patología últimamente fatal en el índice McCabe fueron 9 (43%) en las bacteriemias RAS y 19 (51%) en las N, mientras que sólo 4 (19%) de los casos de bacteriemias C presentaban este índice McCabe. Las patologías más prevalentes fueron diabetes mellitus, EPOC, neoplasias sólidas e insuficiencia cardíaca. El procedimiento invasivo más veces presente fue el catéter venoso (92% de las bacteriemias N, 38% de las RAS y 52% de las C). Cinco (13%), 2 (10%) y 1 (5%) de los enfermos que padecieron bacteriemia N, RAS y C respectivamente, habían sido intervenidos quirúrgicamente. El foco infeccioso permaneció desconocido en 8 (22%) pacientes con bacteriemia N, 6 (29%) con bacteriemia RAS y 5 (24%) con bacteriemia C. Abdominal fue el origen del 5% y el 10% de las bacteriemias N y RAS. Este foco no estuvo presente en las bacteriemias C. El 43% de las bacteriemias N fueron relacionadas con catéter. Se utilizó antibioterapia empírica de amplio espectro hasta en el 49% de las bacteriemias N. Por el contrario, ésta se usó en el 24% de las bacteriemias RAS y el 20% de las C. Con respecto al pronóstico, la mortalidad fue de 9 (24%) casos en bacteriemias N, 5 (24%) en RAS y 2 (10%) en C.

**Discusión.** Con el aumento de la esperanza de vida y el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas, existe un grupo cada vez más numeroso de enfermos que mantiene una relación continua con la asistencia sanitaria. Se conocen datos acerca de la similitud entre las características y el pronóstico de los episodios de bacteriemia en esta población y las bacteriemias N. La baja utilización de antibioterapia de amplio espectro en este grupo de pacientes, con una mortalidad igual a la de la bacteriemia de origen N, sugiere que aún existe una falta de conocimiento de este problema en nuestro medio.

**Conclusiones.** La bacteriemia relacionada con la atención sanitaria se ha convertido en un problema creciente que presenta una alta mortalidad. La identificación precoz de este problema sigue constituyendo en la actualidad un reto en nuestro medio.

**A-212****AISLAMIENTO DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE CON BLEAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE CARTAGENA DURANTE EL PERÍODO ENERO-JUNIO DE 2008 ¿NOS ENCONTRAMOS ANTE UN BROTE?**

**N. Cobos Trigueros<sup>1</sup>, A. Gómez Martínez-Iglesias<sup>2</sup>, F. Fernández Galindo<sup>3</sup>, E. Peñalver González<sup>1</sup>, A. Rodríguez Pavia<sup>1</sup>, G. Tornel Sánchez<sup>1</sup>, M. Artero Castro<sup>1</sup> y G. García Parra<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Due-Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). <sup>3</sup>MFYC. Centro de Salud Cartagena-Oeste (Murcia).

**Objetivos.** Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en la UCI durante los meses de enero a Junio de 2008 en los cuales se aisló *Klebsiella pneumoniae* con betalactamasas de espectro extendido (Kp-BLEAS).

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la UCI que presentaron algún cultivo positivo para Kp-BLEAS de enero a Junio de 2008.

**Resultados.** Se obtuvieron 18 pacientes, de los cuales 16 presentaban Kp-BLEAS con el mismo antibiograma (R a Ciprofloxacino, Cotrimoxazol, aminoglicósidos excepto Amikacina y S a Imipenem) y 2 con distinto. De los 14 varones y 4 mujeres, presentaban todas edades comprendidas entre los 50 y 80 años salvo una mujer de 34. La distribución fue: 3 en Enero, 2 en Febrero, 3 en Marzo, 1 en Abril, 2 en Mayo y 7 en Junio. La duración media de estancia en la UCI fue de menos de una semana en 4 casos, de una semana a un mes en 4 casos y más de un mes en 5. Lugar de la muestra: exudado secreción bronquial (6), líquido pleural (1), orina (3), punta catéter (5), sangre (5), exudado herida (1), exudado rectal (1). Presentaron infección 12 casos y colonización 6. La mayoría (15) de los pacientes tenía más de una enfermedad de base, siendo las más frecuentes la EPOC, DM, enolismo y cáncer. Salvo dos pacientes, todos recibieron antibióticos el mes previo al aislamiento del germen, por orden de frecuencia fueron: cefalosporinas (7), Fluconazol (6), Imipenem (5), Linezolid (5), Piper-Tazo (5), quinolonas (5), Teico (4), Amik (3), Amox-Clavul (3). La mayoría de los pacientes habían sido portadores de sonda vesical (14), SNG (12), VMI (10), VMNI (3). 5 de los pacientes procedían de cirugía (2 de maxilofacial). Sólo dos pacientes no presentaron otros gérmenes asociados. Se aislaron un SARM y un *Acinetobacter baumannii* multirresistente. 5 éxitos.

**Discusión.** Durante 2007 se aislaron 47 Kp-BLEAS en nuestro hospital, de las cuales 6 procedían de UCI. En los últimos seis meses se han aislado 31 Kp-BLEAS, de las cuales 18 proceden de UCI. Entre los factores predisponentes para la aparición de brotes destacan el uso excesivo de antimicrobianos (fundamentalmente de cefas de 3ª gen), edad, gravedad, duración de la hospitalización y estancia en la UCI, portadores de catéteres-estomas, colonización GI, IOT y VM, hemodiálisis, NPT, úlceras por presión, la malnutrición, la procedencia de una residencia. Los métodos fenotípicos y genotípicos son necesarios para confirmar la existencia de BLEAS, identificarlas y llevar a cabo la investigación epidemiológica necesaria para poder saber si los aislamientos son clonales. El tratamiento de elección de las infecciones graves por Kp-BLEAS son los carbapenémicos. Las medidas preventivas eficaces son la restricción del uso de cefalosporinas de 3ª gen, la aplicación de aislamiento cutáneo y la educación continua del personal sanitario. La descontaminación intestinal y la rotación periódica de antibióticos son controvertidas por la posibilidad de seleccionar otros gérmenes multirresistentes.

**Conclusiones.** 1. Es evidente el aumento de la prevalencia de Kp-BLEAS en nuestro hospital en los últimos seis meses. 2. Sería necesario disponer de métodos moleculares para el genotipado de estas cepas productoras de BLEAS y así determinar la existencia de brotes nosocomiales, adecuar el tratamiento y las medidas preventivas. 3. Es precisa la instauración de un grupo multidisciplinar para llevar a cabo el control de las infecciones nosocomiales en nuestro hospital.

**A-213****ESTUDIO DE LAS BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2007****A. Freire Romero<sup>1</sup>, L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup>, N. Mallo González<sup>1</sup> y P. Barros Alcalde<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario.<sup>2</sup>Servicio de Compostela (A Coruña). <sup>3</sup>Medicina Preventiva.

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Conocer los aspectos clínico-epidemiológicos y el manejo de las bacteriemias de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna durante el 2007.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las bacteriemias diagnosticadas en nuestro servicio durante el año 2007. Se calcularon medidas de tendencia central para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas, así como su IC al 95%. Análisis con el paquete estadístico SPSS11.0 para Windows.

**Resultados.** Se recogieron 112 bacteriemias en 111 pacientes, siendo el 57% hombres. La edad media fue de 70,50 + 17,49 años. Tipo de Bacteriemia: mayoritariamente extrahospitalaria 75% (IC95%: 66,53-83,47) frente a la intrahospitalaria 22'3% (IC95%: 14,16-30,48), incluyendo en un tercer grupo a los precedentes de centros sociosanitarios 2'7% (IC95%: 0,56-7,63). Factores de riesgo: El 44'6% HTA, el 21'4% diabéticos, el 18,8% padecían broncopatía crónica, el 14% presentaban demencia y el 14,3% algún tipo de neoplasia. Otros factores encontrados fueron, el empleo previo de antibiótico y corticoides (12% y 5,4% respectivamente), insuficiencia cardiaca 11,4%, insuficiencia renal crónica 5,4%, VIH 5,4%, ADVP 4,5% y sondaje urinario de forma crónica 3'6%. La estancia media fue de 19,72 + 14,27 días, encontrándose diferencias entre extrahospitalaria e intrahospitalaria (18,69 y 23,52 respectivamente). La fiebre ha sido el hallazgo más frecuente (32,1%), seguida de alteraciones neurológicas (18'8%), disnea (16'1%), deterioro general y síntomas gastrointestinales (12'5% cada uno). Los focos de origen más frecuente fueron el urinario y el respiratorio. Se han encontrado diferencias en función del tipo de bacteriemia: foco urinario y respiratorio en extrahospitalarias (33,3% y 30,7% respectivamente) y catéter intravascular (25%), respiratorio (18,8%) y origen endocárdico (18,8%) en las intrahospitalarias. Los microorganismos también son diferentes en función de la adquisición: mientras que en las comunitarias predominan los bacilos gram negativos (46,4%, destacando el *E. coli*) en las nosocomiales son más frecuentes los cocos gram positivos (60%), aislándose *S. aureus* y *S. coagulasa* negativos en la mayoría de ellos. Hay que tener en cuenta también, que no todos estos pacientes habían ingresado directamente en nuestro servicio, el 10,7% procedían de unidades de críticos, el 5,4% habían sido trasladados de otros servicios y el 4,5% procedían de otros hospitales. La mortalidad fue del 22%, diagnosticándose sepsis grave, shock séptico o fracaso multiorgánico en el 31,3%. En cuanto al tratamiento necesitó modificación según antibiograma el 25% de las bacteriemias.

**Discusión.** El germen encontrado difiere en función del tipo de bacteriemia: en las comunitarias el más frecuente es el *E. coli* (bacilos gram negativos) en relación a foco urinario y en las nosocomiales el *Staphylococcus*, asociado a la colocación de catéter intravascular. Estos hallazgos nos indican la necesidad de mejorar las condiciones de asepsia ante procedimientos invasivos. La estancia media fue mayor en las nosocomiales, lo cual repercute en los costes derivados de la hospitalización.

**Conclusiones.** La incidencia de las bacteriemias ha aumentado en los últimos años, motivo por el cual es importante conocer las características individuales de cada paciente y los factores asociados a los distintos procedimientos invasivos, lo que nos guiará en la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. La edad y presencia de comorbilidad influyen de forma negativa en el pronóstico.

**A-214****FIEBRE Q AGUDA EN EL ÁREA SANITARIA DE PUERTO REAL. ANÁLISIS DE 34 CASOS****J. Benítez Macías<sup>1</sup>, M. Cousinou Toscano<sup>1</sup>, R. Gámiz Sánchez<sup>1</sup>, D. García Gil<sup>1</sup> y M. Rodríguez Iglesias<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Sección Urgencias.<sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de fiebre Q aguda (FQA) diagnosticados en el Hospital Universitario Puerto Real Cádiz (HUPR), centro que ofrece cobertura asistencial a una población con factores predisponentes para su desarrollo.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva los casos de FQA diagnosticados en el Hospital Universitario Puerto Real desde enero 2007 hasta junio 2008. El HUPR cubre un Área Sanitaria de 300.000 habitantes, con diferentes poblaciones, núcleos rurales y zonas de costa. Se definió un caso como FQA en presencia de un cuadro clínico compatible (hepatitis, neumonía, fiebre sin focalidad) con evidencia de seroconversión o una elevación de al menos 4 veces el título de anticuerpos IgG frente a *C. burnetii* en fase II medido por IFI.

**Resultados.** Se diagnosticaron 34 casos de FQA (incidencia anual de 8 casos/100.000 habitantes/año). La edad media fue de 43 años (IQ = 31,5-54,6), predominando los varones 70,6% (N = 24, relación 2,4:1). El 100% procedían de un área rural. La fiebre estaba presente en el 100% de los casos, acompañada de hepatitis en el 88,2% (N = 30), trombopenia en el 58,8% (N = 20), cefalea en el 47,1% (N = 16), alteraciones digestivas -náuseas, vómitos, alteración del hábito intestinal- 44,1% (N = 15) y leucopenia 26,5% (N = 9). Se diagnosticó un caso de neumonía de presentación atípica, una meningitis linfocitaria, una colecistitis aguda alitiásica y un pseudotumor inflamatorio.

**Discusión.** En nuestra serie la presentación clínica más frecuente de la FQA ha sido el síndrome febril, la cefalea y las alteraciones digestivas. Los hallazgos de laboratorio más relevantes fueron la citolisis hepática y la trombopenia. Es llamativa la escasa incidencia de neumonía y la presencia de manifestaciones infrecuentes de FQA (meningitis, colecistitis y pseudotumor inflamatorio).

**Conclusiones.** La FQA en nuestro medio tiene una adquisición rural. Como sucede con otras series del sur de España, el síndrome febril con hepatitis y la trombopenia son las manifestaciones más frecuentes (más de un 50% de los pacientes presentaban esta triada). La neumonía es excepcional en nuestro medio. Destacan otras manifestaciones poco frecuentes o excepcionales de FQA, como meningitis o colecistitis aguda.

**A-215****EL USO DE TIGECICLINA PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES GRAVES MULTIRRESISTENTES: ESTUDIO DESCRIPTIVO****C. Aranda Cosgaya, M. Delgado Yagüe, B. Comeche, C. Guijarro Herraiz y R. Hervas**

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** La Tigeciclina es el primer antibiótico disponible del grupo de las Gliciliclinas (subgrupo considerado dentro del grupo de las tetraciclinas). Su uso actual, según la ficha técnica del producto, debe quedar restringido al tratamiento de infecciones complicadas de piel y partes blandas, e infecciones complicadas intra-abdominales. El objetivo de este estudio retrospectivo-observacional es describir las características de los pacientes y los principales patrones de uso de la Tigeciclina en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, tanto en pacientes quirúrgicos como no-quirúrgicos.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de los 15 pacientes que han recibido tratamiento con Tigeciclina entre mayo de 2007 y junio de 2008. Para cada paciente se recogieron datos demográficos y de comorbilidad, datos microbiológicos (foco de la infección, aislamiento microbiológico, indicación, tratamiento empírico/tras micro) y datos referentes al ingreso en el que se indicó el tratamiento. Los datos fueron analizados con SPSS 15.0.

**Resultados.** La edad media de los pacientes tratados fue de 76,8 años (ST 95%  $\pm$  12,67), con un rango entre los 57 y los 95 años. Eran varones 8 de los 15 pacientes tratados con Tigeciclina (53,3%). La infección más frecuentemente diagnosticada fue la de "piel y partes blandas" (33,3%), seguido del foco abdominal y urinario (un 26,7% cada uno de ellos). Se utilizó en 2 pacientes con infección respiratoria (13,3%). El 46,7% de los tratamientos fueron indicados por el servicio de enfermedades infecciosas, seguido por los pacientes ingresados en Medicina Interna (20%) y Cuidados Intensivos (20%). Tan sólo en uno de los pacientes se indicó como tratamiento empírico. Se aislaron 8 bacterias gram negativas productoras de BLEE (6 *E coli* y 2 *Klebsiella pneumoniae*), 4 *Stenotrophomona*, 4 *Staphilococos metiR* y 2 *Enterococos ampiR*. Las principales razones por las que se indicó el tratamiento con Tigeciclina fueron la ausencia de alternativa terapéutica por ser gérmenes multirresistentes en 4 de los casos (26,7%) y la existencia de problemas con el tratamiento con Vancomicina (insuficiencia renal o mala evolución) en otros 4 casos (26,7%). En un 20% de los casos la indicación fue la alergia a beta-lactámicos y en otro 20% por simplificar con un solo antibiótico el tratamiento de infecciones polimicrobianas. El 46,7% de los pacientes recibieron la Tigeciclina tras ser sometidos a cirugía previa. El 66,6% de los pacientes recibieron la Tigeciclina en monoterapia. La mediana de duración del tratamiento fue de tan sólo 4 días (rango de 1 a 28 días).

**Discusión.** La Tigeciclina es un antibiótico de uso restringido en el medio Hospitalario, reservando su uso para infecciones graves de origen abdominal e infecciones graves de piel y partes blandas, tanto en pacientes quirúrgicos como en pacientes ingresados en servicios de Medicina. La principal indicación es en infecciones graves (gérmenes multirresistentes e infecciones polimicrobianas), cuando el germen sólo es sensible a dicho Tigeciclina o cuando existen problemas con otros antibióticos alternativos. El perfil de los pacientes en los que se utiliza la Tigeciclina es similar al descrito en la literatura.

#### A-216

##### CANDIDIASIS EN PACIENTES HEMATÓLOGICOS

S. Castellanos Viñas<sup>1</sup>, M. Fuertes Núñez<sup>2</sup>, M. Ledo Laso<sup>1</sup>, F. Mourad<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, S. Aguilar Huergo<sup>1</sup>, S. García Escudero<sup>1</sup> y E. Castelar Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** El estudio pretende describir la epidemiología y los factores de riesgo de las candidiasis en pacientes inmunosuprimidos y a menudo con gran comorbilidad. Así como valorar la actitud terapéutica ante una infección, potencialmente invasora.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, no controlado. Se han incluido todos los pacientes ingresados en el Servicio de Hematología del Complejo Asistencial de León durante el año 2007, dados de alta con el diagnóstico de candidiasis. Se han excluido aquellos pacientes con infecciones fúngicas en ingresos previos a 2007.

**Resultados.** Se han estudiado 20 casos de candidiasis, 60% varones, edad media 66 años (48-85), estancia media 37 días (9-91). La candidiasis tan sólo fue motivo de ingreso en un caso (esofagitis invasora), en el resto fue a consecuencia de la enfermedad de base o el tratamiento recibido. El 45% de los casos eran enfermos hematológicos conocidos, que ingresaron por deterioro general, neutropenia febril o de forma programada para tratamiento. Los pacientes de nuevo diagnóstico provenían de Urgencias, Neurocirugía o Medicina Interna para completar el estudio o recibir tratamiento. La candidiasis se diagnosticó en la mayoría de los casos en el contexto de fiebre prolongada, recibiendo antibioterapia de amplio espectro previa el 75% de los casos. Las patologías hematológicas de base fueron variadas: 25% Leucemia Aguda Mieloblástica, 20% Mieloma Múltiple, 20% Linfoma No Hodgkin, 15% Síndrome Mielodisplásico. Respecto a factores predisponentes el 50% eran inmunodeprimidos (VIH, esteroides) y el 60% neutropénicos. El diagnóstico fue de candidiasis en el 75% de los casos (25% considerado colonización), llegando a ser invasora en el 27%: un caso candidemia, otro candidiasis hepatoesplénica y 2 esofagitis invasora (demostrados por biopsia). En el 90% hubo aislamiento microbiológico, los gérmenes implica-

dos fueron: *C. albicans* en el 65%, *C. Glabrata* 15%, *C. Tropicalis* 15%, *C. Guillermondi* 5%, *C. Parasilopsis* 5%, *C. Lusitania* 5%. El lugar de aislamiento más frecuente fue la boca con un 30% seguido de heces, esputo y tracto urinario con un 25% cada entidad. En la mayoría de los casos se aislaron Cándidas a diferentes niveles. Se pautó tratamiento antifúngico según recomendaciones de la Comisión de Enfermedades Infecciosas del Hospital: fluconazol 40% y equinocandinas 35%. Se mantuvo al alta en el 40% de los casos. Todos los casos de LAM estaban recibiendo tratamiento antifúngico profiláctico con itraconazol y estaban hospitalizados en habitaciones de aislamiento con presión positiva. La mortalidad fue del 15% (4 casos).

**Discusión.** Las infecciones por Cándida se producen por invasión de cepas colonizantes del tracto gastrointestinal o la piel. Es posible la transmisión nosocomial. Los pacientes hematológicos constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de candidiasis diseminada, el origen suele ser endógeno, aunque también es común por infección del catéter. El tratamiento profiláctico con azoles condiciona un descenso en la incidencia de candidiasis invasoras pero implica aparición de hongos resistentes. Los hallazgos microbiológicos no siempre son diagnósticos, existen datos sobre población general que aseguran que un 49% se debe a colonización y el 34% contaminante, pero en pacientes hematológicos esto no se cumple, ya que son pacientes con serios factores predisponentes. La elección del antifúngico para el tratamiento de la candidiasis depende de la sospecha microbiológica (*C. Glabrata* resistente a azoles), de la toxicidad, las interacciones farmacológicas y las resistencias locales.

**Conclusiones.** Los pacientes hematológicos constituyen un grupo de alto riesgo. La candidiasis se debe tratar ante la posibilidad de diseminación. En caso de neutropenia o tratamiento esteroideo prolongado, siempre.

#### PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA

##### EA-1

##### ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS POLIMEDICADOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD: FACTORES DEL PACIENTE

F. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, M. Cassani Garza<sup>1</sup>, M. Gil Navarro<sup>2</sup>, M. Nieto Guindo<sup>2</sup>, P. Bohórquez<sup>3</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>, C. Hernández Quiles<sup>1</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (UCAMI), <sup>2</sup>Servicio de Farmacia, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Camas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Identificar los factores que influyen en la adherencia de los pacientes pluripatológicos polimedcados al tratamiento farmacológico.

**Material y métodos.** Pacientes reclutados en una zona básica de salud de Sevilla (Centro de Salud de Camas). Período de inclusión: sep. 2004-marzo 2005. Criterios de inclusión: dos o más categorías diagnósticas según Proceso Asistencial Integrado "Atención al Paciente Pluripatológico", ed. 2002; toma simultánea de al menos 5 fármacos por paciente. Encuesta presencial domiciliaria en la que se interrogaba si cumplía las prescripciones fármaco por fármaco ("¿toma habitualmente este medicamento?"). Análisis descriptivo e inferencial mediante paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Muestra inicial 265, N válido: 181. Edad media 71,76  $\pm$  9,94 años (60-89), 50% mujeres. Nº categorías diagn.: 3,67  $\pm$  1,43 (2-8), más prevalentes: cardiopatía isquémica (60%), DM repercusión visceral (57%), OCFA (36%), ICC (25%). Escala de dependencia Barthel: 74,83  $\pm$  34,45, < 60/ > 60 53/128 pacientes. Pfeiffer 2,93  $\pm$  3,45, > 2 42%. Nº fármacos/paciente: 8,36  $\pm$  2,35 (5-11). Con cuidador 97, sin cuidador 84. Variables significativamente correlacionadas con la adherencia (coeficiente de correlación): cuidador (p = 0,001, 0,223); relación cuidador-paciente (sobrinos/vecinos, hijo/a, esposo/a o contratado) (0,211); cardiopatía isquémica



(-0,158); enfermedad hematológica (0,148); edad 69-72 años (-0,172). Modelo de regresión logística binaria (dicotómica cumple/no cumple,  $p < 0,05$ ): no cuidador-nº prescriptores-edad-cardiopatía isquémica: no cuidador OR 2,525,  $p = 0,013$ , 69-72 años OR 3,618, cardiopatía isquémica OR 2,297. Punto de corte en 3 fármacos (cumple/no cumple): no cuidador: OR 4,497,  $p = 0,027$ . Dada la intensa relación cuidador-cumplimiento analizamos las demás variables en dos subpoblaciones, con cuidador (CC) y sin cuidador (sinC): Comparación medias (U Mann-Whitney): nº categorías ( $p = 0,01$ ), Barthel ( $p = 0,000$ ), Pfeiffer ( $p = 0,044$ ), nº especialistas implicados ( $p = 0,016$ ), nº interacciones ( $p = 0,04$ ), edad ( $p = 0,000$ ), cardiopatía isquémica o no ( $p = 0,019$ ) y% cumplimiento ( $p = 0,001$ ). Modelo regresión lineal por fases (var. dep.% cumplimiento) subpoblación sinC: Barthel ( $t = -2,719$ ,  $p = 0,008$ ), neoplasia fase paliativa ( $t = 2,423$ ,  $p = 0,018$ ). Modelo RLF sub pobl. con cuidador: Nº especialistas ( $t = 2,680$ ,  $p = 0,009$ ), escala esfuerzo del cuidador ( $t = -2,376$ ,  $p = 0,021$ ). Según número de especialistas muestra CC (cumplimiento): 4 especialistas (56%), 3 especialistas (86%), 2 especialistas (93%), 1 especialista (100%), ninguno (96%). Según índice de esfuerzo del cuidador (cumplimiento): 0 (78%), 1 (88%), 2 (97%), 3 (99%), 5 (95%), 6 (96%), 8 (98%). Según Barthel: 20 (95%), 65 (89%), 75 (85%).

**Discusión.** El disponer de cuidador supone mayor adherencia reportada. La dependencia supone una barrera para la adherencia en pacientes sin cuidador y facilita la adherencia en los pacientes con cuidador. El índice de esfuerzo del cuidador predijo el cumplimiento auto-referido (mayor esfuerzo = mayor adherencia). El nº de fármacos, edad, la relación con el cuidador (contratado), menos nº de prescriptores y no presentar cardiopatía isquémica se correlacionaron con mayor dependencia, explicando mayor adherencia en pacientes CC. La adherencia es menor en pacientes sinC si existe mayor dependencia o una enfermedad que ensombrece el pronóstico vital. Esta diferencia puede explicar la inconsistencia entre estudios previos.

**Conclusiones.** La triada paciente pluripatológico-cuidador-prescriptores es esencial en la adherencia al tratamiento. Cualquier acción para mejorar dicha adherencia debe contemplar la relación del paciente con su cuidador y su implicación en los cuidados.

## EA-2 NUESTRA EXPERIENCIA EN HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES NONAGENARIOS

**F. Sanjuán Portugal<sup>1</sup>, J. Castiella Herrero<sup>1</sup>, J. Naya Manchado<sup>1</sup>, J. Lajusticia Aisa<sup>1</sup> y L. Sánchez Muñoz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Desde enero del 2001 a diciembre del 2007 la Unidad de Médica (U. M.) de la Fundación Hospital Calahorra (Rioja Baja) ha atendido 9.125 pacientes en régimen de hospitalización. Según el último censo de población (año 2007), en nuestra área de referencia hay 425 personas mayores de 90 años (0,6% de la población total).

**Objetivos.** Conocer los indicadores de hospitalización más destacadas de los pacientes con una edad igual o mayor de 90 años, comparándolos con los de menor edad.

**Material y métodos.** 443 ancianos mayores de 90 años (4,9% de las altas). Se codificaron el 100% de las altas, según los códigos de la International Classification of Diseases, 9th Revisión, Clinical Modification (ICD-9-CM). Para su agrupación, se uso el agrupador All Patient-Diagnosis Related Group 21.0 Se realiza un análisis utilizando los datos procedentes de CMBD.

**Resultados.** Las personas mayores de 90 años han pasado del 3,65% de las altas en el 2001, al 5,7% en el 2007. Los principales indicadores se muestran en la tabla 1. La estancia media (EM) de los pacientes mayores de 90 años fue de 7,5 días, frente a 6,4 de los menores de 90 años. La complejidad de la patología atendida y su mortalidad fue mayor (17,2% frente a 6,4%), produciéndose el 35,5% de los exitus durante los 3 primeros días de su hospitalización. La patología del SNC y del Aparato Respiratorio (CMD 01 y 04) ocuparon el 47,6% de las altas (13,5% y 34,1% respectivamente). Los GRDs más frecuentes se muestran en la tabla 2.

**Conclusiones.** Los pacientes mayores de 90 años son cada vez más frecuentes en nuestras unidades de hospitalización, y suponen el 5% de nuestras altas. Estos ancianos presentan una patología más compleja, con mayor número de diagnósticos al alta, menor número de procedimientos y una mayor estancia media global y por DGR. Las enfermedades respiratorias y del sistema nervioso central suponen casi la mitad de los ingresos (47,6%) entre nuestros pacientes mayores de 90 años.

## EA-4 FACTORES PREDISONENTES DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN MAYORES DE 70 AÑOS

**S. Gonzalo Pascua, J. Satué Bartolomé, A. Pérez Martín, A. Farfán Sedano, J. San Martín López, A. Barrios Blandino, A. Sánchez Purificación y M. Romero Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Conocer los factores asociados con estancias prolongadas en pacientes mayores de 70 años en el Servicio de Medicina Interna **Material y métodos.** Estudio observacional de cohortes realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada, incluyendo los pacientes mayores de 70 años dados de alta entre febrero y abril de 2007. Se recogieron en un formulario informatizado, variables sociodemográficas (edad, género), sociales (convivencia y estado civil), de situación funcional (índice de Barthel y Lawton parcial), cognitiva (test de Pfeiffer) y anímica (pregunta directa), de comorbilidad (índice de Charlson), marcadores bioquímicos de fragilidad (Albúmina, colesterol, Hb% de linfocitos), y valoraciones de enfermería (Escala de Norton). La variable resultado principal fue la estancia prolongada, definida por el cuartil superior de la muestra, que es mayor de 15,3 días. El análisis estadístico se realizó mediante  $\chi^2$  para las variables categóricas y comparación de medias para las variables cuantitativas. El efecto se determinó mediante Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Tabla 1. Indicadores de actividad en pacientes hospitalizados mayores y menores de 90 años (EA-2).

	> 90 años	< 90 años		> 90 años	< 90 años
SEM (días)	7,5	6,4	Case Mix	2.2798	18.525
EM depurada	7,0	6,1	Exitus (%)	17,2	6,4
Nº medio de diagnósticos	8,2	7,4	Exitus en 72 h (%)	35,5	35,2
Nº medio de procedimientos	2,3	3,3	Reingresos (%)	11,4	8,1

Tabla 2. Estancia media en los GRDs más frecuentes (EA-2).

	> 90 años (%)	> 90 años EM (días)	< 90 años (%)	< 90 años EM (días)
Insuficiencia respiratoria aguda (GRD 541)	17,6	8,2	12,3	8,1
Insuficiencia Cardíaca (GRD 127 y 544)	11,7	7,4	7,7	7,0
Ictus *	12	6,8	10,7	5,7

Tabla 1. Factores asociados a estancia prolongada (EA-4).

		Estancia prolongada	Estancia no prolongada	P	Or	Ic 95%
Barthel < 60	N (%)	31 (34,3)	72 (23,2)	0,03	1,73	1,05-2,89
Deterioro cognitivo	N (%)	30 (34,9)	71 (23,6)	0,04	1,74	1,04-2,92
Albúmina	Media (ET)	2,89 (0,06)	3,04 (0,03)	0,02	0,59	0,39-0,91
Norton	Media (ET)	13,07 (0,69)	14,56 (0,34)	0,04	0,96	0,93-0,99

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 428 pacientes. La estancia media de los mismos fue de 7.83 (7.11-8.55) días. Ninguno de los factores sociodemográficos ni de comorbilidad se asociaron con una estancia prolongada. El nivel de complejidad del ingreso tampoco se asoció con prolongación de la estancia. Los únicos factores analizados que se asociaron a una estancia prolongada de forma estadísticamente significativa se presentan en la tabla 1.

**Discusión.** En nuestro estudio, la situación funcional y la presencia de deterioro cognitivo, como ya recoge la literatura, y la albúmina entre los parámetros analíticos, presentan un mayor riesgo de prolongar la estancia; ni la edad ni la comorbilidad se asociaron a una estancia más prolongada.

**Conclusiones.** La situación funcional evaluada mediante índice de Barthel o escala de Norton, el funcionamiento cognitivo evaluado mediante escala de Pfeiffer y el nivel de albúmina se asociaron con ingresos prolongados. Ni la edad, género, comorbilidad o peso del GRD del ingreso influyeron en prolongar la estancia hospitalaria en nuestro estudio. El aumento de 1 g/dl en el nivel de albúmina disminuye en un 40% el riesgo de presentar una estancia prolongada.

#### EA-5

##### PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CARACTERÍSTICAS Y PRESENTACIÓN DE UN ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

S. Gonzalo Pascua, A. Pérez Martín, J. Satué Bartolomé, A. Farfán Sedano, Rodríguez Benavente, A. Franco

Moreno, J. Ortiz Sánchez y A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Describir la cohorte de inyección de un estudio diseñado para determinar los factores pronósticos de supervivencia al año tras el alta de los pacientes mayores de 70 años en el Servicio de Medicina Interna. Determinar la existencia de posibles sesgos de inclusión entre los candidatos al estudio.

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohortes realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada, incluyendo los pacientes mayores de 70 años dados de alta entre febrero y abril de 2007. Se recogieron, mediante un formulario informatizado realizado por los facultativos del servicio, los datos de variables sociodemográficas (edad, género), sociales (convivencia y estado civil), de situación funcional (índice de Barthel-autocuidado y Lawton parcial-actividades instrumentales), cognitiva (test de Pfeiffer) y anímica (pregunta directa), de comorbilidad (índice de Charlson), marcadores bioquímicos de fragilidad (Albúmina, colesterol, Hb, % linfos) y valoraciones de enfermería (Escala de Norton-riesgo de úlceras). El análisis estadístico de los sujetos incluidos y no incluidos en el estudio se realizó mediante test de  $\chi^2$  para las variables categóricas y comparación de medias para las variables cuantitativas.

**Resultados.** Un total de 658 pacientes mayores de 70 años fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna entre los meses de febrero a abril de 2007. Dichos pacientes generaron un total de 770 ingresos. El destino al alta de los pacientes fue: 40 (6%) fallecieron, 611 (92,8%) alta a domicilio, 6 (1%) fueron remitidos a centros sociosanitarios y un caso (0.1%) solicitó el alta voluntaria. El 59,1% de los pacientes fueron mujeres, y la edad media fue de 81.87 (81.33-82.41). La estancia media fue de 8.5 (7.82-9.19) días y el peso medio del GRD al alta fue de 1,93 (1.84-2.02). De los 611 posibles participantes en el estudio, la valoración por un facultativo del servicio se realizó en 429 pacientes (70,21%). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en edad, género, tiempo

de estancia, parámetros analíticos, escala de Norton ni número de técnicas diagnósticas realizadas en los dos grupos. El nivel de albúmina fue la única diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre el grupo de pacientes incluidos y no incluidos en el estudio: 3,01 (2,95-3,06) vs 2,88 (2,81-2,96).

**Discusión.** -La captura de participantes en el estudio se limitó al 70% de los posibles candidatos. -Del análisis estadístico realizado se desprende la ausencia de sesgos de inclusión significativos, por lo que los 429 sujetos incluidos representan fielmente al conjunto de pacientes de Medicina Interna mayores de 70 años de nuestro centro. En trabajos previos se ha puesto en relación el nivel de albúmina con la mortalidad, por lo que el hallazgo de una albúmina menor entre los pacientes no incluidos podría limitar la potencia del estudio para detectar factores relacionados con la supervivencia.

**Conclusiones.** La hospitalización, bien por la patología que la genera, bien por el proceso de atención, suele ser el desencadenante de resultados de salud negativos (deterioro funcional y muerte) en el paciente anciano. La presente comunicación describe las características básicas de una cohorte de pacientes mayores de 70 años, incluidos en un estudio diseñado para determinar los factores pronósticos de supervivencia al año del alta hospitalaria. Se pretende así mejorar el conocimiento del pronóstico de vida de dichos pacientes tras el ingreso en el Servicio de Medicina Interna, ayudando con ello a priorizar las actitudes diagnósticas y terapéuticas, y consecuentemente a mejorar la calidad de vida y la atención del paciente.

#### EA-6

##### FACTORES PRONÓSTICOS EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DEL ICTUS EN PACIENTES ANCIANOS. EVALUACIÓN AL AÑO

C. Sanclemente Ansó<sup>1</sup>, A. Pedragosa Vall<sup>2</sup>, M. Ribó Jacobi<sup>3</sup>, O. Mascaró Cavaller<sup>2</sup>, F. Alonso Valdés<sup>2</sup>, X. Pintó Sala<sup>1</sup> y R. Pujol Farriols<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Unidad de Neurovascular. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar los factores que influyen en la recuperación funcional después de un ictus en pacientes ancianos y los factores pronósticos.

**Material y métodos.** Estudio observacional de 108 ictus mayores de 85 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal. Se recogieron variables clínicas, afectación neurológica y funcional al ingreso y al alta (escala NIHSS y escala de Rankin modificada (mRs)), supervivencia a los 3,6 meses, y al año, así como los factores de riesgo cardiovasculares y comorbilidad asociada.

**Resultados.** N = 108 (42 varones y 66 mujeres), dependientes para las actividades básica de la vida (ABVD) 14 (12.9%) con un mRs previo entre 3 y 4; etiología del ictus: isquémico 61% (aterotrombóticos: 46% y cardioembólicos 15%), hemorrágico 39%, mortalidad del 12% y 26% respectivamente, las mujeres presentan una mortalidad del 16% mayor que los varones que fue del 9.8%, FRCV: HTA 72%, Diabetes: 32%, Dislipemia 21%, fumadores: 8.9%, antecedentes de enfermedad arterial: enfermedad vasculocerebral (61%), coronariopatía (22%), arteriopatía de extremidades inferiores (9.2%), índice tobillo-brazo patológico ( $\leq 0.90$ ) 42,1%. El 55% presentaban secuelas neurológicas al alta, requiriendo ingreso en sociosanitario el 11%, con un NIHSS medio de  $16 \pm 8$  (4-22). A los 3 meses el NIHSS

medio fue de  $8 \pm 5$  a los 6m de  $6 \pm 4$  y a los 12m de  $6 \pm 3.2$  y el mRs de 3, 2, 2 respectivamente. El 25% presentaron complicaciones no neurológicas durante el ingreso siendo la más frecuente la broncoaspiración. La supervivencia a los 3,6 y 12 meses fue del 88%, 83% y 76% respectivamente. El 3,7% de los pacientes (4) presentaron un nuevo episodio cardiovascular en los 12 meses siguientes teniendo todos ellos el ITB patológico.

**Conclusiones.** 1. Los ictus hemorrágicos y las mujeres presentaron mayor mortalidad  $p < 0,001$  y  $p < 0,003$  respectivamente. 2. El ITB patológico se asoció a la aparición de nuevos episodios cardiovasculares  $p < 0,001$  y peor recuperación funcional  $p < 0,01$  y no con la estenosis carotídea ni con la gravedad del ictus, actuando como factor independiente de mal pronóstico. 3. El valor del NIHSS y del mRs previo se asoció de forma inversa a la recuperación funcional y a la supervivencia  $p = 0,03$ . La afectación neurológica grave al ingreso (puntuación NIHSS) se asoció a institucionalización al alta  $p < 0,001$ . 4. Se ha observado que transcurridos 6m del episodio agudo no se obtiene mejoría de la afectación neurológica ni del estado funcional. 5. La edad no influyó en las complicaciones no neurológicas, en la recuperación funcional ni en la mortalidad por lo que en el anciano la actuación en el ictus agudo se debe individualizar.

**EA-7**

**FACTORES PRONÓSTICOS DE REINGRESO A LOS 3 MESES DEL ALTA HOSPITALARIA EN MAYORES DE 70 AÑOS**

**A. Rodríguez Benavente<sup>1</sup>, M. Romero Sánchez<sup>1</sup>, C. De Ancos Aracil<sup>1</sup>, J. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, O. Mateo Rodríguez<sup>1</sup>, J. Casas Rojo<sup>2</sup>, J. Belinchón Paraiso<sup>1</sup> y R. Carrillo Gómez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Parla (Madrid).

**Objetivos.** Conocer los factores asociados a reingreso durante los 3 meses tras el alta de un Servicio de Medicina Interna, en pacientes de más de 70 años.

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohortes. Se incluyeron los pacientes de más de 70 años, dados de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada, entre los meses de febrero y abril del 2007 (ambos incluidos). Se recogieron las siguientes variables al alta: sociodemográficas (edad, género); situación funcional (índice de Barthel y Lawton parcial); situación cognitiva (test de Pfeiffer) y anímica (pregunta directa); comorbilidad (índice de Charlson); marcadores bioquímicos (albúmina, colesterol, Hb, % linfocitos); situación social (estado civil y convivencia) y valoraciones de enfermería (escala Norton). Se valoraron los reingresos durante el período de estudio (variable resultado principal) mediante entrevista telefónica y datos administrativos de la historia informatizada. La comparación entre las variables de los 2 grupos (pacientes que reingresan respecto de los que no reingresan) se realizó mediante  $\chi^2$  (variables categóricas) y comparación de medias (variables cuantitativas). El efecto se determinó mediante Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se generó un modelo multivariante mediante regresión logística con las variables con significación estadística  $p < 0,15$ .

**Resultados.** 114 (33,3%) de los 342 pacientes localizados a los 3 meses habían presentado un nuevo ingreso hospitalario. La comorbilidad global, evaluada mediante el índice de Charlson, EPOC -OR 1,62 (1,02-2,59)-, niveles bajos de albúmina y menor porcentaje de linfocitos, presentaron asociación estadísticamente significativa con

reingresar. Igualmente un ingreso índice prolongado -OR 2,21 (1,33-2,70)- y presentar dependencia moderada-severa en actividades básicas de autocuidados -OR 1,91 (1,14-3,19)- presentaron asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariante. En el análisis multivariante los factores asociados a reingreso fueron %linfocitos -OR 0,95 (0,92-0,98)-, estancia prolongada -OR 2,72 (1,39-5,35)- y padecer EPOC -OR 1,8 (1-3,25)-.

**Discusión.** El reingreso precoz es habitual en la población mayor. En la literatura la edad, patología de base y el nivel de dependencia se señalan como factores de riesgo del mismo. En nuestro estudio, de dichos factores, sólo la presencia de EPOC aparece como significativamente asociado con reingreso precoz. A destacar de nuestro estudio: 1. Una estancia previa prolongada es el factor que mayor riesgo asocia de reingreso 2. La presencia de linfopenia también aparece como factor que aumenta el riesgo de reingreso. En la literatura se ha relacionado con un aumento de morbi-mortalidad en determinadas patologías, en particular con infecciones. Incluso se ha señalado como predictor de mortalidad en pacientes atendidos en Urgencias. Su relación con reingreso precoz no está descrita previamente.

**Conclusiones.** La necesidad de requerir un nuevo ingreso en los 3 meses siguientes al ingreso índice es muy habitual en la población mayor de 70 años de nuestra área. Una estancia prolongada en el ingreso índice es el factor que más riesgo confiere para presentar reingreso en los 3 meses siguientes al alta. La relación entre un menor porcentaje de linfocitos y el mayor riesgo de reingreso es un aspecto que requiere mayor profundización en nuevos estudios.

**EA-8**

**MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DESDE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**A. Franco Moreno, J. Canora Lebrato, I. Perales Fraile, R. Segoviano Mateo, J. Hinojosa Mena-Bernal, E. Canalejo Castrillero, B. Frutos Pérez y A. Zapatero Gaviria**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Conocer factores asociados a mortalidad en los 3 meses post-alta en pacientes mayores de 70 años dados de alta de un servicio de Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohortes realizado en el servicio de MI del Hospital de Fuenlabrada. Se incluyeron los pacientes mayores de 70 años dados de alta entre los meses de febrero y abril del año 2007. Se recogieron variables sociodemográficas, situación funcional, situación cognitiva y comorbilidad. Igualmente se recogieron variables relacionadas con la situación social y valoraciones realizadas por enfermería. La variable resultado principal es la mortalidad a los 3 meses. Dicha variable se capturó mediante entrevista telefónica y datos de la historia clínica informatizada. La comparación entre los sujetos que fallecieron en los 3 meses siguientes al alta y los que no, se realizó mediante test de chi-cuadrado para variables categóricas y comparación de medias para variables cuantitativas. El efecto se determinó mediante Odds ratio (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

**Resultados.** 428 pacientes fueron valorados previamente al alta. Dentro de los 3 meses posteriores 35 pacientes (8,2%) fallecieron. Los resultados se muestran en la tabla 1.

**Discusión.** Las tasas de mortalidad en ancianos tras el ingreso tripli-

Tabla 1. (EA-8).

	Sí (N)	%	No (N)	%	Efecto (p)	OR	IC 95%
Cónyuge/solos	11	33.30	179	50.30		1	
Descendientes	14	42.40	157	44.10		1.48	0.68-3.24
Residencia	8	24.20	20	5.60	< 0.01	6.65	2.46-17.94
Cáncer mtx	4	12.50	6	1.70	< 0.01	8.12	2.16-30.47
Deterioro cognitivo	17	51.5	83	24.7	< 0.01	3.42	1.65-7.05
Estancia prolongada	12	34.3	81	21.1	0.07	1.95	0.93-4.08
Ingreso tras alta	18	85.7	96	29.9	< 0.01	14.06	4.05-48.86
Úlcera por presión	5	14.3	14	3.6	< 0.01	4.51	1.52-13.38



can las descritas para ancianos de la comunidad. En ancianos en la comunidad la edad, género y capacidad funcional son los principales predisponentes de mortalidad mientras que en nuestro estudio son los propios factores asociados al ingreso (estancia prolongada, presencia de úlcera por presión y necesidad de reingreso precoz). El reingreso precoz tras el alta previa es el factor que mayor grado de asociación presenta con mortalidad a los 3 meses del ingreso índice. La linfopenia y la albúmina baja se asociaron a mortalidad precoz. El único factor de comorbilidad asociado con una mortalidad precoz tras el alta es la existencia de patología tumoral con metástasis. **Conclusiones.** Las principales variables asociadas a mortalidad precoz tras un ingreso hospitalario son fácilmente identificables. La identificación de este subgrupo de pacientes con alto riesgo de mortalidad nos permitiría programar intervenciones que permitieran disminuir.

**EA-9  
ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES REINGRESADORES EN MEDICINA INTERNA**

**G. Eroles Vega<sup>1</sup>, C. Romero Pérez<sup>1</sup>, C. Vicente Martín<sup>1</sup>, J. Cornejo Martín<sup>2</sup>, B. Rueda Rodríguez<sup>1</sup>, C. Sobrino Calzada<sup>1</sup>, R. Balas Uría<sup>2</sup> y F. Gil Gil<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Residente de Medicina de Familia. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** 1. Conocer las características de pacientes reingresadores en nuestro medio 2. Identificar y analizar factores de riesgo para reingreso.

**Material y métodos.** 1. Durante un período de 6 meses se registraron los pacientes ingresados en al menos 2 ocasiones. 2. Los datos se almacenaron en una base Acces; se analizaron con paquete estadístico SPSS 11.0; se realizó: análisis descriptivo (variables cualitativas expresadas en frecuencia y cuantitativas en media y desviación standard o en mediana y RIQ), comparación de hipótesis con test  $\chi^2$  (cuantitativas) y correlación lineal de Pearson (cuantitativas), análisis de regresión logística multivariante con variables con RR más alto; significación  $p < .$

**Resultados.** 114 pacientes cumplen el criterio de reingresador (PR) y 85 fueron controles (PC). El grupo PR tiene una edad de 76,3 (DE 11,5) años, 53% varones, 95% residencia fija (propia: 68%, del hijo: 12%, institucionalizado: 20%), 25% no saben leer ni escribir, 85% autosuficientes o con cuidador identificado, fármacos prescritos 7,2 (DE 2,9), 35% incumplidores. Grado funcional del grupo PR: I. Charlson 3,3 (DE 2,2), I. Pfeiffer 3,5 (DE 3,6), I. Norton 15,3 (DE 4,2), I. Barthel 90 (RIQ: 35-120), clase NYHA 2,3 (DE: 0,8), amaurosis uni/bilateral 9%, sordera 17,5%, oxigenoterapia: 35,5%, sonda vesical 6%, nutrición enteral 0,1%. Analítica PR: Hb 11,7 (DE 1,9) g/dL, albúmina 3,2 (DE 0,6) g/dL, Quick: 86 (DE 21,5%), colesterol 150 (DE 41) mg/dL, creatinina 0,9 (RIQ: 0,7 - 1,2) mg/dL, HbA1c: 7,4 (DE: 1,6%). Correlación lineal significativa positiva (grupo PR): edad (r: 0,193), nº de fármacos (r: 0,340), I. Charlson (r: 0,335), I. Pfeiffer (r: 0,186) y clase NYHA (r: 0,320), y negativa con Hb (r: - 0,173), albúmina (r: - 0,212), I. de Norton (r: - 0,309), I. Barthel (r: - 0,292). Diferencias significativas (grupos PR y PC) en las variables: pluripatología (89% vs 55%; p: 0,000), EPOC (44% vs 24%; p: 0,006), fibrilación auricular (42% vs 24%; p: 0,02), demencia (29% vs. 9%; p: 0,01), residencia habitual institucionalizada (20% vs 6%; p: 0,02), oxigenoterapia (45% vs 10%; p: 0,002) y sondaje vesical permanente (12% vs 0%; p: 0,001). Resultado del análisis multivariante y de variables que mantienen significación en la tabla I.

Tabla 1. Análisis multivariante-Grupo PR (EA-9).

Variable	RR	IC 95%
Demencia	3,46	1,26-9,49
EPOC	2,13	1-4,56
Clase NYHA	1,88	1,17-3,02
Charlson	1,27	1,05-1,53
Nº fármacos	1,17	1,02-1,35

**Discusión.** Los pacientes reingresadores representan un problema en los servicios de Medicina Interna. Las causas de los reingresos no quedan claros: manejo inadecuado, patología crónica grave con riesgo de descompensación. Los resultados que se presentan son preliminares.

**Conclusiones.** 1. En el grupo de reingresadores hay un porcentaje importante de pluripatología; se deben establecer las interacciones de sus patologías crónicas y de sus tratamientos. 2. Dada la complejidad de los tratamientos y el elevado porcentaje de pacientes que no saben leer ni escribir hay que hacer un esfuerzo por hacer comprensible el tratamiento y facilitar su cumplimiento. 3. Es importante protocolizar el diagnóstico y tratamiento de las patologías crónicas más prevalentes (HTA, EPOC, etc.). 4. También es importante evaluar y mejorar el estado nutricional de estos pacientes.

**EA-10  
PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS: COMORBILIDAD Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

**T. Casanova Querol<sup>1</sup>, M. Hernaiz<sup>2</sup>, I. Anton<sup>3</sup>, N. Olona<sup>4</sup> y P. Sánchez Ferrin<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad Geriátrica de Agudos. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Epidemiología. Hospital de L' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>4</sup>Unidad de Geriatria. Centre Sociosanitari de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Identificar las variables clínicas relacionadas con mortalidad intrahospitalaria en pacientes muy ancianos.

**Material y métodos.** Pacientes ingresados (enero-diciembre 2007) y datos de alta en este periodo 1) Datos sociodemográficos: edad, sexo, núcleo convivencia, estado civil y unidad de procedencia 2) Datos clínicos: diagnósticos, estancia media, reingresos, valoración geriátrica: Índice Barthel previo, ingreso y alta, Pfeiffer, nº fármacos, Charlson, síndromes geriátricos (alteración del sueño, broncoaspiración, continencias, caídas, delirium, demencia, depresión, trastornos conducta, disfagia, estreñimiento, inmovilidad, polimedicación), destino al alta 3) Factores predictores de mortalidad: Análisis estadístico: Análisis Bivariado: Chi-cuadrado (variables cualitativas), t student (variables cuantitativas) y modelo de regresión logística para Análisis Multivariado.

**Resultados.** 198 pacientes, mediana edad 85,5 años (mín. 36-máx. 99), 66,7% mujeres, 69,7% viven en familia. Procedencia: 90,4% urgencias y 6,5% programados. Diagnósticos: 24% infecciones, 22% insuficiencia cardíaca, 17,6% delirium y demencia, 16,6% aparato respiratorio. Estancia: 11días (mín 1-máx 59). Reingresos 17,2%. Destino al alta: 39,9% domicilio, 28,3% sociosanitario y 19,7% exitus. Los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria en el Análisis Univariado han sido (%exitus vs%alta; p): IB previo < 20 (48,7 vs 20,8; p < 0,0009), IB ingreso < 20 (89,7 vs 57,2; p < 0,003), broncoaspiración (46,2 vs 4,4; p < 0,0005), incontinencia fecal (79,5 vs 61; p < 0,003), delirium (92,3 vs 50,9; p < 0,0005), disfagia (74,4 vs 21,4; p < 0,0005), inmovilidad (82,1 vs 46; p < 0,0005) e insuficiencia renal crónica (35,9 vs 14,5; p < 0,002). La edad, el sexo, y el índice de Charlson (categorizado > o igual a 2, y como variable continua) no han mostrado relación estadísticamente significativa con la mortalidad intrahospitalaria. El Análisis Multivariado muestra, ajustados por edad, los factores independientes predictores de mortalidad intrahospitalaria: delirium, incontinencia fecal, disfagia, broncoaspiración, inmovilidad e insuficiencia renal crónica.

**Conclusiones.** Los síndromes geriátricos como el delirium, la incontinencia fecal o la inmovilidad y la presencia de disfagia, broncoaspiraciones e insuficiencia renal crónica se asocian a mortalidad. La edad, el diagnóstico de demencia y el índice de comorbilidad de Charlson no se han relacionado con mayor mortalidad intrahospitalaria.

## EA-11

## UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL: SOLUCIÓN A LA "GERIATRIZACIÓN" DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

A. Lozano<sup>1</sup>, E. Carral<sup>1</sup>, E. Fontanals<sup>1</sup>, N. Parra<sup>2</sup>, M. Cerdà<sup>3</sup>, O. Contreras<sup>3</sup> y F. Rosell<sup>2</sup><sup>1</sup>Unidad de Atención al Paciente Frágil, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Psicología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

**Objetivos.** Los servicios de Medicina Interna (MI) asisten a población cada vez más envejecida. Las interconsultas solicitadas por otros servicios requieren también mayor colaboración en el manejo de pluripatologías características del paciente de edad avanzada. Esto supone una "geriatrización" de los servicios de MI que sobrecarga la actividad propia de los mismos y exige formación adecuada a la demanda de este tipo de cliente. Proponemos describir el proceso de "geriatrización" en MI a propósito de la creación de la Unidad de Atención al Paciente Frágil (UAPF).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles retrospectivo sobre 644 pacientes hospitalizados desde Febrero de 2006 a Febrero de 2008 en un Hospital Universitario. Se consideraron casos (409 pacientes) aquellos que ingresaron en la UAPF. El criterio de selección para los casos se basó en la valoración de vulnerabilidad establecida por el Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13), fijado en 3 o más puntos. Los controles (235) procedían de hospitalización convencional en MI, sin criterios de fragilidad. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Todos los pacientes fueron evaluados mediante batería de valoración geriátrica integral a su ingreso. Se realizó un análisis de estadística descriptiva. Los datos se procesaron con el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** Las mujeres representaron el 66,3% de los casos vs. el 32,7% en los controles ( $p < 0,001$ ). La edad media (DE) de los ingresados en UAPF fue de 85,5 (6,8) años frente a 82,0 (6,3) de los pacientes de MI ( $p < 0,001$ ). Tras una estancia media de 17,6 (15,0) días vs. 10,0 (6,8) [ $p < 0,001$ ], sólo el 42,8% de los casos regresó a domicilio frente al 84,0% de los controles. El 43,7% de los pacientes de la UAPF ingresó al alta en centro sociosanitario o residencia geriátrica. La mortalidad entre los casos fue del 13,0% y del 8,5% entre los pacientes de MI. En los pacientes atendidos en la UAPF, la media (DE) del índice de Barthel fue de 57,9 (32,2) y de 2,34 (1,9) para el índice de comorbilidad de Charlson. En MI, fue de 81,2 (25,0) y de 1,2 (2,1) respectivamente. Las diferencias para estos índices entre casos y controles fueron significativas ( $p < 0,001$ ). El 59,7% de los casos presentaba cribaje positivo para deterioro cognitivo mientras que sólo lo hizo el 13,5% de los controles ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El perfil del paciente atendido en UAPF difiere de manera significativa del de MI no sólo en las características sociodemográficas básicas, sino también en parámetros funcionales, cognitivos y en los asociados a comorbilidad. Estas diferencias se traducen en una mayor estancia media de los ingresos en UAPF y mayor derivación hacia centros sociosanitarios o residencias geriátricas, la gestión de los cuales consume unos recursos que desde la UAPF pueden afrontarse de manera más óptima. Creemos que la rentabilidad de la UAPF estriba no tanto en acortar la estancia media que, de no existir la Unidad, alargaría sin duda la estancia media de MI, sino en la valoración biopsicosocial que el paciente vulnerable precisa, atendiendo al recurso sanitario más adecuado al alta con el fin de evitar reingresos en un hospital de agudos.

**Conclusiones.** La UAPF, a diferencia de MI, acoge pacientes de mayor edad, mujeres en su mayoría, con mayor afectación funcional, cognitiva y comórbida, que generan estancias medias hospitalarias más largas e implica mayor necesidad de recursos sociosanitarios al alta.

## EA-13

## ESTUDIO DE LA MORTALIDAD GENERAL EN UN HOSPITAL SOCIOANITARIO DE MEDIA ESTANCIA

L. Feliú Mazaira<sup>1</sup>, J. Seguí Mas<sup>1</sup>, F. Albertí Homar<sup>1</sup>, A. Truyols Bonet<sup>1</sup>, L. Vich Martorell<sup>1</sup> y J. Parra Roperó<sup>2</sup><sup>1</sup>Convalecencia, <sup>2</sup>UVASS. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** El Hospital General de Mallorca es un Hospital Sociosanitario de Media Estancia desde el año 2002. Se atienden pacientes en diferentes programas (Paliativos, Convalecencia de Ictus, Ortogeriatría y Convalecencia General, y pacientes Pluripatológicos). En la Unidad de hospitalización de Convalecencia "A" de 30 camas, se atienden pacientes en Programa de Convalecencia General y pacientes Subagudos Pluripatológicos. Durante el año 2007 contabilizamos 10.398 estancias y 409 ingresos, la mortalidad fue del 26,6%. Esta alta mortalidad nos ha llevado a revisar las circunstancias asociadas a los exitus acaecidos a lo largo del año 2007. **Material y métodos.** Hemos revisado con carácter retrospectivo las historias de 84 pacientes fallecidos (77% del total) a lo largo del año 2007. Recogiendo los siguientes parámetros: Edad, Sexo, Motivo de Ingreso, Índice de Barthel previo y al ingreso, Índice de Pfeiffer y si existían anotaciones en la historia sobre la toma de decisiones de carácter paliativo.

**Resultados.** La edad media de los pacientes que fallecieron a lo largo del año 2007 fue de 82,5 años (frente a la media de 80 del total de pacientes). El 54% de los pacientes fue de sexo femenino. El motivo de ingreso fue de procesos del Sistema Respiratorio como Neumonías y Descompensaciones de patología respiratoria crónica en 24 (30%) de los casos, Sistema Cardíaco en 17 (22%) de los casos, Neurológico en 10 (13%) de los casos, otras causas infecciosas en 10 (12%) de los casos, Ulceras Por Presión en 6 (8%) de los casos y solo en 2 casos fueron debidos a procesos Neoplásicos. El nivel de Dependencia previo al ingreso, medido por la Escala de Barthel, fue de 41 puntos (60 puntos en el conjunto de enfermos atendidos), y el nivel de Dependencia en el momento del ingreso fue de 12,4 puntos (siendo de 27 en el global). El nivel cognitivo valorado por la Escala de Pfeiffer fue de 5,8 puntos, aunque solo fue registrado en 39 (49%) de los pacientes. De los pacientes revisados 51 (65%) podían considerarse Pluripatológicos por tener procesos de dos o más sistemas. La estancia media fue de 24 días. En 37 casos (47%) quedaron anotadas instrucciones respecto al uso de medidas de confort o medidas paliativas.

**Discusión.** A la vista de los datos recogidos podemos asegurar que en nuestro servicio sociosanitario atendemos a pacientes de edad avanzada y con alto nivel de dependencia. Los motivos de ingreso son los habituales en la mayoría de los servicios de Medicina Interna de los Hospitales de agudos a excepción de las Ulceras Por Presión, existiendo también escasos casos de causa Neoplásica (En el Hospital existe una Unidad de Cuidados Paliativos). La mortalidad está relacionada con una mayor edad, y sobre todo con un mayor nivel de dependencia previa al ingreso y especialmente con una puntuación inferior en el momento del ingreso, lo que relacionamos directamente con un peor estado general. También evidenciamos un marcado déficit cognoscitivo probablemente relacionado con una elevada incidencia de Demencias avanzadas. Destacamos asimismo un apreciable porcentaje de casos en los que se han anotado en la historia medidas de carácter paliativo.

**Conclusiones.** 1. La mortalidad en nuestra Unidad de Hospitalización es elevada. 2. Esta mayor mortalidad la relacionamos especialmente a un elevado nivel de Dependencia en la situación basal y en el momento del ingreso que, junto a la elevada pluripatología, nos sugiere una situación clínica de procesos crónicos avanzados típicos de la situación de final de vida. 3. Los Hospitales Sociosanitarios de media estancia podemos posicionarnos como referente en la atención hospitalaria de los enfermos pluripatológicos avanzados que precisan ocasionalmente atención hospitalaria, pero no siempre requieren las grandes infraestructuras de los hospitales terciarios, sino más bien Unidades donde se valore integral e interdisciplinariamente al paciente crónico avanzado, valorando las posibles medidas de confort (Cuidados Paliativos no Oncológicos).

## EA-14

**ESTUDIO DE COMORBILIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS**

A. Farfán Sedano, S. Gonzalo Pascua, J. Marrero Francés, N. Cabello Clotet, J. Ruiz Giardín, C. Jiménez Navarro, M. Patiño Rodríguez y A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de comorbilidad en pacientes mayores de 70 años y su relación con la dependencia.

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohortes realizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada. Se incluyeron los pacientes mayores de 70 años dados de alta entre los meses de febrero y abril (ambos inclusive) del año 2007. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género), situación funcional (actividades de autocuidado -índice de Barthel- y actividades instrumentales -Lawton parcial-), situación cognitiva (test de Pfeiffer) y anímica (pregunta directa), comorbilidad (presencia/ausencia de entidades definidas en protocolo -índice de Charlson-) y marcadores bioquímicos de fragilidad (albúmina, colesterol, Hb, % linfocitos), variables relacionadas con la situación social (convivencia y estado civil) y valoraciones realizadas por enfermería durante el ingreso (escala Norton-riesgo de úlceras). El nivel de dependencia se categorizó como moderada-grave si el índice de Barthel fue menor de 60 y como leve o ausente si era mayor o igual de 60. La comparación entre sujetos con moderada/grave frente a ausente/leve se realizó mediante  $\chi^2$  para variables categóricas. El efecto se determinó mediante *Odds ratio* (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados.** Se han analizado 428 pacientes mayores de 70 años que presentaron al menos un ingreso entre los meses de febrero y abril del año 2007. El nivel de comorbilidad fue elevado. Evaluado mediante el índice de Charlson, la media es de 2,97 (2,76-3,18) con intervalo entre 0 y 12. La relación entre las diferentes comorbilidades y el nivel de dependencia se presenta en la tabla 1.

**Discusión.** Los pacientes mayores de 70 años presentan una elevada comorbilidad con dos o más entidades mórbidas asociadas. La cardiopatía, EPOC y diabetes sin complicaciones son las más prevalentes en nuestro estudio pero no guardan relación con el nivel de dependencia. Por el contrario la demencia, ictus con hemicipleja residual, diabetes con complicaciones y nefropatía son las comorbilidades que se asocian a dependencia moderada-grave. En la literatura, en población anciana de la comunidad, se han descrito determinados condiciones que se asocian a la dependencia (artrosis o cardiopatía). El hecho que nuestros pacientes procedan del medio hospitalario y que se hayan seleccionado niveles de dependencia moderados-graves puede explicar las diferencias con las comorbilidades asociadas a dependencia en ancianos procedentes de la comunidad.

**Conclusiones.** La presencia de comorbilidad es muy frecuente en pacientes ancianos y se suele asociar con mayor consumo de recursos y gasto sanitario. El grado de dependencia moderado/grave está condicionado, en pacientes hospitalizados, por patologías que no son las de mayor prevalencia.

Tabla 1. Relación entre comorbilidad y dependencia (EA-14).

Comorbilidad	Pac. (%)	Dep. mod/ grave n (%)	Dep. leve/ ausente n (%)	p
CI	14,7	13 (13)	43 (15,2)	0,58
EPOC	39,1	34 (34,7)	116 (40,6)	0,30
DM s/c	23,8	22 (20)	70 (24,5)	0,62
DM c/c	9,8	25 (15,2)	22 (7,9)	0,04
Demencia	19,3	58 (56,9)	16 (5,7)	< 0,01
Hemiplejia	4,9	12 (11,9)	7 (2,5)	< 0,01
Nefropatía	22,6	32 (31,7)	55 (19,4)	0,01

## EA-16

**PREVALENCIA E INDICACIÓN DEL SONDAJE URINARIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

R. Núñez Aragón, A. Urrutia de Diego, J. Santesmases Ejarque, C. Rey-Joly Barroso, E. Vizuete Arévalo y R. Sanmartín Sentañes

Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Nos planteamos conocer la prevalencia del sondaje vesical, el tipo de dispositivo y su correcta indicación en los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. Además queremos evaluar la asociación de dicho dispositivo a la infección de orina.

**Material y métodos.** Se ha recogido de forma prospectiva, mediante cuatro determinaciones transversales, durante los meses de mayo y junio del 2008, el número de pacientes portadores de sonda urinaria del total de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna. Se ha revisado si el sondaje era abierto o cerrado. Para determinar la corrección de la indicación se han utilizado los criterios de Nickel: pacientes sometidos a cirugía, retención de orina, incontinencia en paciente de riesgo, obstrucción de orina, paciente hemodinámicamente inestable que requiere un control preciso de la diuresis, pacientes no cooperadores que precisan control de la diuresis, si es necesario realizar irrigación por hemorragia de origen vesical, pacientes terminales como cuidado paliativo y medidas sépticas al introducir y retirar el sondaje. Se ha determinado si existía infección de orina mediante la realización de urocultivos, realizándose determinaciones a todos aquellos con clínica sugestiva de infección de orina como fiebre, piuria o disuria y considerándose positivos aquellos con más de 105 UFC. Se han realizado comparación de medias para las variables continuas y el test de  $\chi^2$  para las discontinuas.

**Resultados.** Del total de la muestra recogida de 178 pacientes, 106 (59,6%) eran varones y el resto mujeres, con una edad media de 69,11 años (DE 18,15). Encontramos que 34 (19,9%) pacientes estaban sondados. Su edad media era de 82,29 (DE 8,32) y 22 de ellos (64,7%) eran mujeres. En cuanto a la duración del sondaje, 5 eran portadores de sondaje vesical permanente y del resto, los días de sondaje oscilaban entre 1 y 48 [media 10,24 (DE 13,02)]. En 10 (29,4%) el sondaje vesical según los criterios aplicados no estaba indicado. 15 pacientes (44,11%) presentaron clínica compatible con infección de orina, por lo que se les realizó urocultivos que en 9 fueron positivos (60%), es decir el 26% de los pacientes tenían infección urinaria comprobada bacteriológicamente. En 7 de los 9 cultivos, el microorganismo aislado fue *Escherichia coli*. La totalidad de los dispositivos de sondaje eran sistemas cerrados. La edad media de los no sondados era de 66 años frente a 82,29 de los sondados ( $p < 0,0001$ ). Si bien en la muestra analizada predominaban los varones, entre los pacientes sondados (34) el predominio era femenino (22) ( $\chi^2 10,26$ ;  $p < 0,001$ ). La adecuación de la indicación no estaba influenciada por el sexo ( $\chi^2 0,13$ ;  $p = 0,5$ ). Tampoco la indicación estaba influida por la edad, aunque sí había tendencia a una mayor inadecuación entre los de más edad (86 en los inadecuados frente a 80 en los adecuados) ( $p = 0,08$ ). Tampoco se observó relación entre la adecuación y la duración del sondaje ( $p = 0,5$ ).

**Discusión.** En nuestro servicio de Medicina Interna el 62,7% de los ingresados son mayores de 70 años y casi la quinta parte de los ingresados están sondados durante una parte o todo el ingreso. Es esperable que los pacientes de más edad sean los sondados con más frecuencia, como así se observa, pero llama la atención que entre los enfermos sondados predominen las mujeres. Este hecho únicamente se podría explicar por la mayor edad de las mujeres ingresadas, aunque no hemos podido demostrar una asociación estadística, que si una tendencia a la relación de la edad con el sondaje. Es destacable que casi la tercera parte de los sondados lo estén sin una indicación correcta, aunque hay algunos estudios que demuestran que en ancianos hasta el 40-49% de los pacientes pueden llegar a estar sondados sin una indicación correcta.

**Conclusiones.** El 19,9% de los pacientes de nuestro servicio llegan a estar sondados. Casi en la tercera parte de ellos se podría haber evitado el sondaje ya que su indicación no era correcta. En nuestros enfermos el sondaje se asocia a infección urinaria en el 26% de los casos.



## EA-17

**PARÁMETROS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA EN LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO A UN HOSPITAL GENERAL DURANTE EL PERÍODO DE INVIERNO ¿QUIÉN DEBE ATENDER A ESTOS PACIENTES?**

R. Camps Salat<sup>1</sup>, O. Aguado Lorenzo<sup>1</sup>, I. Carrasco Miserachs<sup>1</sup>, M. Casares Romeva<sup>2</sup>, N. Fabregat Fabra<sup>3</sup>, D. De la Rosa Carrillo<sup>4</sup>, I. Rojas Fernández<sup>5</sup> y R. Vidal Serra<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Neurología, <sup>4</sup>Servicio de Neumología, <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología, <sup>6</sup>Unidad de Soporte a la Investigación. Clínica Plató, Fundació Privada. Barcelona.

**Objetivos.** Comparar dos poblaciones de pacientes que ingresan en nuestro Hospital desde dos Servicios de Urgencias durante el período de invierno, para comprobar si hay diferencia en la puntuación de las escalas de valoración geriátrica.

**Material y métodos.** Durante el período de invierno se pone en marcha en Catalunya el PIUC (Pla integral d'urgències de Catalunya). Este dispositivo refuerza los recursos asistenciales habituales en las épocas de más demanda de atención sanitaria. Se llegó a un acuerdo para habilitar 14 camas en nuestro centro, durante el período de duración del PIUC, para el tratamiento de pacientes que provenían del Servicio de Urgencias del Hospital Clínic. Los pacientes debían tener patologías que no requirieran estudio y no tener problemas sociales para el alta. Durante el período de 15 de diciembre hasta el 31 de marzo, se realizó a dichos pacientes una valoración geriátrica. Se recogió la edad, la capacidad funcional se cuantificó con el índice de Barthel (IB), se utilizó el índice de Charlson para evaluar la comorbilidad y para evaluar el estado cognitivo se utilizó el Cuestionario Abreviado del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ). Durante dicho período se hizo la misma valoración a los pacientes que ingresaban en el Servicio de Medicina Interna desde el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital. Se han comparado los resultados a fin de ver si había diferencias desde el punto de vista geriátrico. Ingresaron procedentes del H. Clínic un total de 126 pacientes, se recogieron datos de valoración geriátrica en 88 de estos. Procedentes de urgencias de nuestro Hospital ingresaron 170 pacientes, de los que se recogió datos en 64, entre los pacientes asignados a los médicos que realizan el estudio.

**Resultados.** De los 88 pacientes del H. Clínic 50 eran varones (56,82%) y 38 mujeres (43,18%), con una edad media de 82,9 (DE 9,93). La media del IB fue de 63,26 (DE 38,84), el valor medio del índice de Charlson fue de 2,35 (DE 1,71), la media del test de Pfeiffer fue 4,04 (DE 4). De los 64 pacientes de nuestro Servicio de urgencias, 41 eran varones (64,06%) y 23 mujeres (35,94%), con una edad media de 78,64 (DE 12,53). La media del IB fue de 80,08 (DE 19,59), el valor medio del índice de Charlson fue de 2,34 (DE 1,77), la media del test de Pfeiffer fue 3,44 (DE 3,76).

**Discusión.** Al analizar los resultados se observa que los pacientes que procedían del H. Clínic eran de edad superior, con un índice de Barthel inferior, y con un test de Pfeiffer con mayor número de errores, se comprobó que estas diferencias eran estadísticamente significativas. La comorbilidad medida por el índice de Charlson fue similar, sin que se puedan demostrar diferencias significativas, pero en ambos grupos alta. No extraemos conclusiones de la distinta distribución por sexos.

**Conclusiones.** El grupo de pacientes que ingresaron dentro del programa PIUC, tienen las características típicas de los pacientes con pluripatología y edad avanzada (PPyEA). Quizá el hecho de que este año no haya habido epidemia de gripe ha podido influir en las mis-

mas. Sin embargo estas características no son valoradas cuando se decide que servicios programan los traslados, ni a veces que recursos se destinan para tratarlos. Desde nuestro punto de vista deberían ser las unidades de PPyEA o los médicos dedicados a ellos y no los Servicios de Urgencias los que tomaran las decisiones sobre estos pacientes.

## EA-19

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES SOBREDOSIFICADOS POR ACENOCUMAROL EN UN HOSPITAL COMARCAL**

R. Fernández Ojeda, R. Aparicio Santos, J. Delgado de la Cuesta, I. Vallejo Maroto, M. Benticuaga Martínez, C. González Becerra, C. Escorial Moya y A. Fernández Moyano

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

**Objetivos.** 1. Describir las características basales de pacientes sobredosificados por Acenocumarol que acuden al Servicio de Urgencias. 2. Valorar las posibles variables asociadas a la aparición de complicaciones hemorrágicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Variables analizadas: Sexo, edad, número de fármacos, presencia de insuficiencia renal (definida por niveles de Creatinina mayores de 1,4 en hombres o mayores de 1.3 en mujeres), consumo de antiagregantes plaquetarios, criterios de pluripatología (en base a los criterios del proceso pluripatológico del Servicio Andaluz de Salud del año 2007), presencia de traumatismo previo, valores de INR. Evaluamos las historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de Urgencias de nuestro hospital durante el primer semestre de 2007, con sobredosificación por anticoagulantes orales (INR > 4) - Comparamos los posibles factores asociados a la aparición de complicaciones hemorrágicas, mediante el empleo del Test de  $\chi^2$ .

**Resultados.** Estudiamos 151 pacientes que cumplían el criterio de inclusión (INR > 4). 1. La mediana de edad de la población estudiada fue de 75 años (rango: 20-91), con un 60% de mujeres. El 82% de los pacientes estudiados tenía una edad superior a 65 años, el 86,6% tomaba más de tres fármacos y el 41,7% cumplía criterios de pluripatología. Un escaso número de pacientes consumía antiagregantes plaquetarios (12,8%) y se evidenció traumatismo previo en tan solo un 2,6% de los mismos. Un 36,6% presentaban datos de insuficiencia renal en el estudio analítico realizado. Sólo hemos encontrado una complicación hemorrágica mayor en los pacientes estudiados (0,6%), que correspondió a un ictus hemorrágico, siendo el resto hemorragias menores (17,8%). 2. Al analizar los posibles factores asociados a la aparición de complicaciones hemorrágicas, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas (tabla 1).

**Conclusiones.** 1. Un elevado porcentaje de pacientes sobredosificados por acenocumarol cumple criterios de pluripatología y polifarmacia. A pesar de ello el porcentaje de complicaciones mayores ha sido escaso. 2. Ninguna de las variables analizadas se asoció a mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas.

Tabla 1. Variables asociadas a complicaciones hemorrágicas (EA-19).

	Complicaciones hemorrágicas (n = 28)	No complicaciones hemorrágicas	p
Edad > 65 años (%)	89,3%	80,5%	NS
Polifarmacia	78,6%	88,4%	NS
Consumo de antiagregantes	10,7%	13,2%	NS
Traumatismo previo	3,6%	2,4%	NS
Pluripatología	28,6%	44,7%	NS
Insuficiencia renal	32,1%	37,6%	NS

**EA-20****COMPLICACIONES EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA**

**J. Oteiza Olaso<sup>1</sup>, M. Gonzalo Lázaro<sup>2</sup>, C. Martínez Velasco<sup>1</sup>, F. Lafuente de Miguel<sup>1</sup>, M. Muniesa Zaragoza<sup>1</sup>, F. Uriz Otano<sup>2</sup>, G. Tiberio López<sup>3</sup> y P. Julián Mur<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriátrica. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Establecer N° de complicaciones en una unidad de media estancia, buscando factores de riesgo, implicaciones pronósticas y de destino al alta.

**Material y métodos.** Se han analizado 99 altas consecutivas de nuestro Hospital, rellenando por parte de cada facultativo una ficha en la que constan: datos de filiación, motivo de ingreso, estabilidad clínica al ingreso, antecedentes personales relevantes, complicaciones durante el ingreso que han requerido intervención, causa de alta y destino. Base de datos por ACCESS y análisis por SPSS.

**Resultados.** La edad media (N: 99) es de 82 años (48-97) con una estancia media de 33 días, siendo la causa de ingreso más frecuente: neumológica 29.3%, neurológica 27.3%, infecciosa no respiratoria: 14.1%, traumatológica: 10.1%, cardíaca: 9,1% y otras: 9.1%. La tasa de mortalidad es del 23%. Durante el ingreso el 74% de los pacientes sufren complicaciones; y el 82% están estables al ingreso. Respecto a los antecedentes, la media en n° es de 4.2, destacando que un 25% tienen 6 o más antecedentes médicos relevantes. Los antecedentes más frecuentes por orden son: Hipertensión Arterial (HTA) (62%); Diabetes Mellitus (DM) (34%); demencia (34%); Fibrilación Auricular (FA) (26%); Dislipemia (24%); Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (23%) Si analizamos las complicaciones según antecedente, destaca que el 46% de los hipertensos sufren alguna complicación, seguido del 28% de las personas con demencia, 27% de los diabéticos, 22% de los dislipémicos, 19% de los ictus, 17% de los EPOC, 16% de las FA y 12% de pacientes con cardiopatía. Las complicaciones más frecuentes son: infección respiratoria (IR): 23%; Síndrome confusional agudo: 15%; Infección urinaria (ITU): 14%; reagudización del motivo de ingreso: 12%; deshidratación-Insf. renal: 11%; gastroenteritis (GEA) 10%; Insuficiencia cardíaca y retención de orina: 7%. El 39% de los pacientes que se complican al alta van a residencia, frente el 8% de los no complicados (p = 0.04); y fallecen el 30% de los que se complican frente al 4% de los que no sufren complicaciones (p = 0.04). La probabilidad de exitus es significativamente mayor cuando aparece la complicación de IR (p = 0.02) y reagudización de motivo de ingreso (p = 0,001). No así el SCA que roza la significación (p = 0.1) y la GEA (p = 0.06) El antecedente que más se relaciona con exitus es el ictus (p = 0.04) y demencia (p = 0.03) siendo también más probable en este último caso la institucionalización (p = 0.04).

**Discusión.** En nuestra unidad de media estancia, donde muchos pacientes vienen para terminar una convalecencia o para recuperación funcional, un 74% sufren alguna complicación que requiera intervención terapéutica. Destacan entre las complicaciones la infección respiratoria, el SCA y la ITU, posiblemente por la tipología del paciente que ingresa, anciano con demencia en más de 1/3 de los pacientes (34%). Estas complicaciones posiblemente también están influenciadas por el motivo de ingreso fundamentalmente de patologías respiratorias y neurológicas (56.6%). El hecho global de sufrir una complicación es factor de riesgo significativo tanto para exitus como para institucionalización. Se han identificado como factores de riesgo de exitus el antecedente de ictus y de demencia, siendo este último también factor de riesgo de institucionalización. Las complicaciones asociadas a exitus son: IR y reagudización del motivo de ingreso, que también es factor de riesgo de institucionalización.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje (74%) de los pacientes de una unidad de media estancia, requerirán intervención terapéutica por sufrir alguna complicación. Las principales complicaciones son: IR, SCA, ITU y reagudización del motivo del ingreso. La aparición de complicaciones implica mayor probabilidad de exitus (principalmente IR u reagudización del motivo del ingreso) y de institucionalización. Se ha asociado con mayor n° de complicaciones el antecedente de demencia, HTA y DM.

**EA-21****ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DISCAPACITANTES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

**R. Dolz Aspás, A. Fernández Alamán, C. Fonseca López, G. Pérez Vázquez, J. Vicario Bermúdez y P. Gracia Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** Hemos querido conocer la comorbilidad que afecta a los pacientes con enfermedad neurológica discapacitante y su perfil diferencial con el resto de pacientes pluripatológicos. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en el manejo asistencial de estos pacientes.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1983 pacientes ingresados durante un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó un análisis bivariante para comparar el paciente pluripatológico con enfermedad neurológica discapacitante del resto de pacientes pluripatológicos. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0 para el cálculo t de Student (para variables cuantitativas) y  $\chi^2$  (para variables cualitativas).

**Resultados.** De los 310 pacientes estudiados un 53,2% (n = 165) fueron considerados pluripatológicos (presentaban más de 2 enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías definidas por un panel de expertos). De estos pacientes el 39,4% (n = 65) presentaron una enfermedad neurológica con un déficit motor o cognitivo causante de discapacidad (Categoría E) Estos pacientes presentaron una edad media significativamente superior al resto de pluripatológicos (80,6 años frente a 76; p = 0,008), una estancia media de 11,4 días con un 60% de hombres, el 95,2% de los pacientes ingresaron a través del Servicio de Urgencias. Observamos un porcentaje significativamente menor de insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica (Categoría A) (52,3% vs 76% p < 0,005), y de limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial, hipoventilación alveolar con limitación funcional o cor pulmonale (Categoría C) (36,9% vs. 67% p < 0,001). Sin una diferencia significativa en el resto de categorías, presentaron una enfermedad crónica osteoarticular, vasculitis o insuficiencia renal crónica (Categoría B) en el 44% vs. 35,4%. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal o hepatopatía (Categoría D) el 16% vs. 9,2%. Arteropatía periférica sintomática o diabetes Mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica (Categoría F) el 21% vs. 18,5%. Enfermedad oncohematológica no subsidiaria de tratamiento especializado (Categoría G) 22% vs 10,8%.

**Conclusiones.** Los pacientes con una enfermedad neurológica con un déficit motor o cognitivo causante de discapacidad presentan una elevada edad media superior a 80 años. Pacientes con una elevada comorbilidad, un elevado porcentaje presentan otras patologías asociadas, aunque no significativamente superior al resto de las categorías establecidas.

**EA-22****COMORBILIDAD EN EL PACIENTE EPOC. DIFERENCIAS CON EL RESTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

**R. Dolz Aspás, C. Fonseca López, A. Fernández Alamán, G. Pérez Vázquez, J. Vicario Bermúdez y P. Gracia Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** En el ámbito hospitalario los pacientes con una neumo-patía crónica (obstrucción al flujo aéreo, insuficiencia respiratoria y/o cor pulmonale) presentan una edad avanzada además de múltiples patologías acompañantes que condicionan una mayor discapacidad funcional y fragilidad al sujeto. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en su manejo asistencial, tanto en el curso clínico, como tratamiento y en su evolución, hemos querido conocer la comorbilidad que afecta a los pacientes con EPOC y su perfil diferencial con el resto de pacientes pluripatológicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1983 pacientes ingresados durante un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó un análisis bivariante para comparar los pacien-

tes con broncopatía crónica con el resto del conjunto de pacientes pluripatológicos. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0 para el cálculo de t de Student (para variables cuantitativas) y  $\chi^2$  (para variables cualitativas).

**Resultados.** De los 310 pacientes estudiados un 53,2% (n = 165) fueron considerados pluripatológicos (presentaban 2 o más enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías definidas por un panel de expertos). De estos pacientes el 55,2% (n = 91) presentaron una broncopatía crónica. Con una edad media de 78,4 años, un 67% fueron hombres con una estancia media de 11 días, el 95% de los ingresos se realizaron a través del Servicio de Urgencias. Encontramos una asociación significativamente menor que el resto de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica intestinal o hepatopatía crónica (categoría D) (7% vs. 20%; p < 0,0025) y Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo (categoría E) (26% vs. 55%, p < 0,001) arteriopatía periférica sintomática o Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica (Categoría F) (13% vs. 24,4% p < 0,05) y procesos oncohematológicos no subsidiarios de tratamiento activo (Categoría G) (12% vs. 24,4% p < 0,05). Sin una diferencia significativa en la presencia de cardiopatía (67% vs 66%) y enfermedad osteoarticular, vasculitis o insuficiencia renal crónica (categoría B) (35% vs 47,3%).

**Conclusiones.** 1. La presencia de enfermedad pulmonar crónica entre los pacientes pluripatológicos en nuestra muestra es del 55,2%. 2. Al contrario de lo esperado los pacientes pluripatológicos con neumopatía crónica presentan una menor asociación con determinadas patologías que el resto de las categorías establecidas.

#### **EA-23 COMORBILIDAD EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA CRÓNICA. DIFERENCIAS CON EL RESTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

**R. Dolz Aspas, G. Pérez Vázquez, A. Fernández Alamán, C. Fonseca López, J. Vicario Bermúdez y P. Gracia Sánchez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca, al igual que otras patologías crónicas, es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad. En el ámbito hospitalario encontramos pacientes ancianos con múltiples patologías, que condicionan una mayor discapacidad funcional y fragilidad del sujeto. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en su manejo asistencial, tanto en el curso clínico, como tratamiento y en su evolución, hemos querido conocer la comorbilidad que afecta a este tipo de pacientes y su perfil diferencial con el resto de pacientes pluripatológicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1.983 pacientes ingresados durante un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó un análisis bivariable para comparar el paciente pluripatológico con cardiopatía del resto. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0 para el cálculo t de Student (para variables cuantitativas) y  $\chi^2$  (para variables cualitativas).

**Resultados.** De los 310 pacientes estudiados un 53,2% (n = 165) fueron considerados pluripatológicos (presentaban 2 o más enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías definidas por un panel de expertos). De estos pacientes el 66,6% (n = 110) presentaron la categoría clínica de cardiopatía crónica. Los pacientes pluripatológicos con cardiopatía crónica presentaron una edad media significativamente superior al resto de pluripatológicos (79,68 años frente a 74,16; p = 0,004) y una estancia media más elevada (11,68 vs. 9,53 días; p = 0,052). Un 61% fueron hombres. Un 96% ingresaron a través del servicio de Urgencias del Hospital. Observamos un porcentaje menor de enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo causante de discapacidad (categoría E) en los pacientes con cardiopatía respecto al resto de categorías, un 30% vs. 56%; p < 0,001. Sin una diferencia significativa con el resto de las categorías establecidas, el paciente con cardiopatía presenta asociada en un 38% una enfermedad crónica osteoarticular, vasculitis o insuficiencia renal crónica (categoría B) frente a un 45,5%. En un 55% se asocia con neumopatías crónicas (categoría C) frente al 44,6%. Se observa un porcentaje similar de enfermedad inflamato-

ria crónica intestinal o hepatopatía crónica (13% vs 12,7%), arteriopatía periférica sintomática o diabetes complicada excepto cardiopatía isquémica (categoría F) (18% vs. 23,7%) y menos procesos oncohematológicos no subsidiarios de tratamiento activo (categoría G) (14% vs 23,7%).

**Conclusiones.** 1 La presencia de insuficiencia cardíaca crónica entre los pacientes pluripatológicos en nuestra muestra es de un 66,6%. 2 Los pacientes con cardiopatía crónica presentan una edad media más elevada respecto al resto del conjunto de pacientes pluripatológicos, con una elevada comorbilidad y una estancia media más prolongada. 3 No se diferencia de una forma significativa del resto de las categorías establecidas.

#### **EA-24 MANEJO DE LA EPILEPSIA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA**

**C. Barrasa Rodríguez, T. Sáez Vaquero, G. García Melcón, R. Pacheco Cuadros, M. Ulla Anes, A. Marco Mur, T. Pascual Cuesta y B. Viña Carregal**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.*

**Objetivos.** Describir el manejo de la epilepsia en una muestra de enfermos crónicos atendidos en un Hospital de Apoyo de Madrid.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de 822 historias clínicas del último semestre (diciembre 2007 a Mayo de 2008). Se consideró el diagnóstico de epilepsia en todos aquellos pacientes en cuyos antecedentes personales se incluyera esta patología, o estuviera en tratamiento antiepiléptico sin otra causa. Se consideró polifarmacia la toma de  $\geq 5$  fármacos. Se recogió la comorbilidad según los criterios de G<sup>o</sup> Morillo et al para pluripatología. La presencia de enfermedad terminal se determinó de acuerdo a los criterios de la SEC-PAL. También se determinó el grado de dependencia según la escala de Barthell para funcionalidad y el test de Peiffer para la situación cognitiva. Se estudiaron las causas y tipos de epilepsia, los fármacos usados y los efectos secundarios.

**Resultados.** En 46/822 (5,6%) pacientes se documentó epilepsia. De ellos 41 tenía más de 65 años. La media de edad fue 79,4 (DE12) (43-98). Veintidós eran varones (47,8%). Tenían pluripatología 24 (52,2%). Eran dependientes severos (Barthell < 45) el 72%; y con deterioro cognitivo moderado-severo (> 5 errores Peiffer) el 66,6%. Estaban polimedificados 39 (85%), y 26 (58%) tenían fármacos con acción en el SNC. Nueve enfermos tenían insuficiencia hepática (20%) y 11 insuficiencia renal (24%). En 28 casos había enfermedad terminal (61%), 20 (69%) por demencia, 6 (21%) por EPOC y 2 (6,9%) por neoplasia. La causa de la epilepsia fue en 14 casos enfermedad cerebro vascular (30,4%), en 14 (30,4%) la demencia, en 12 (26%) desconocida, metabólica en 3 casos, farmacológica en 2 y tumoral en 1. El tipo de epilepsia fue desconocido en 35 casos (76%), parcial en 7 (15%) y total en 4 (9%). Se recogieron efectos secundarios en 8 casos (17,4%): 4 citopenias, 2 deterioro cognitivo, 1 intoxicación y 1 hiponatremia. Los fármacos prescritos fueron: Fenitoína en 21 casos (47,7%), Valproato en 7 (16%), Gabapentina 10 (22%), pregabalina 5 (11,4%); 1 carbamacepina, 1 fenobarbital, 1 levetiracetam, 1 lamotrigina, 1 oxcarbacepina, 1 zonisamida, 1 clomipramina, ninguno topiramato ni tiagabina. Se monitorizó el fármaco en 11 casos (24%). Treinta y nueve casos (89%) estaban en régimen de monoterapia. Se realizó alguna modificación al alta en 6 pacientes (13%).

**Discusión.** La prevalencia de epilepsia en ancianos hospitalizados con patologías crónicas invalidantes es mayor que en población general (5,6% frente 1%). La H<sup>o</sup> clínica es la base del diagnóstico en este grupo, con un amplio diagnóstico diferencial. En su llegada a Atención especializada no consta quien diagnosticó, cuando y porque, lo que dificulta la toma de decisiones. Además, en estos pacientes su elevada comorbilidad, polifarmacia y las modificaciones en su capacidad de metabolismo aumentan el riesgo de efectos secundarios y mortalidad de un tratamiento a menudo indefinido. No obstante el especialista detectó menos efectos secundarios que los que señala la literatura, siendo escaso el grado de monitorización del antiepiléptico. A pesar de la recomendación de uso de fármacos nuevos de perfil farmacocinético más favorable, no se prescribieron en



la muestra analizada, posiblemente por falta de experiencia en su uso por parte del facultativo, el buen control con los fármacos clásicos, o la falta de ensayos clínicos específicos en estos enfermos.

**Conclusiones.** La epilepsia en el paciente crónico es una patología mal controlada. El refuerzo de la continuidad asistencial mejoraría el manejo de estos pacientes. La selección de los fármacos antiepilépticos en este grupo de pacientes debe ser cuidadosa, teniendo en cuenta su compleja situación clínica. Son necesarios estudios dirigidos a esta población para evidenciar el beneficio de los nuevos antiepilépticos.

#### EA-25

##### ENFERMEDAD BILIOPANCREÁTICA EN OCTAGENARIOS

**I. González Anglada, R. Barba, H. Martín, M. Velasco, M. Delgado, C. C. Tejero, S. Sánchez de la Torre y J. Losa**  
Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Las pancreatitis, colangitis y colecistitis son un motivo de ingreso no infrecuente en ancianos. La colelitiasis es la causa subyacente mayoritaria en ellos, sin embargo en una minoría se realiza colecistectomía, por lo que la probabilidad de nuevos episodios es alta. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la incidencia de reingresos y mortalidad por patología biliopancreática en pacientes ancianos y la tasa de colecistectomía mediante la información que se recoge en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta.

**Material y métodos.** Se recogieron todos los episodios de hospitalización con pancreatitis, colecistitis, colangitis, coledocolitiasis, colelitiasis, cólico biliar, ictericia obstructiva y colecistectomía en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde 1999 hasta diciembre de 2007 en pacientes mayores de 80 años. Para ello se seleccionaron los ingresos que contenían el código CIE-9 y GRD correspondiente a estas entidades. Se hizo un análisis descriptivo de los casos y se detectaron los reingresos por patología biliopancreática así como la realización de colecistectomía y el fallecimiento por causa biliopancreática o por otra causa. Se compararon los pacientes a los que se realizó colecistectomía con el resto. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una  $p < 0.05$ .

**Resultados.** Se identificaron 1825 pacientes mayores de 80 años que ingresaron por patología biliopancreática (0,01% de todos los ingresos). Un 66% eran mujeres. La edad media fue de 86 años, un 20% tenían más de 90 años. El 13,5% estaban institucionalizados, el 22,7% eran diabéticos, 14% cardiopatas, 16,4% EPOC, 5,8% insuficiencia renal crónica, 12,4% tenían demencia, y el 12,7% habían sido diagnosticados de neoplasia. El índice de Charlson  $> 2$  (comorbilidad) presentaban el 18,9%. Los servicios donde ingresaron fueron: 55% Medicina interna, 25% cirugía y 22% digestivo. La estancia media fue de 9,37 días y el peso fue de 2,11. Un 34,6% ingresaban inicialmente por pancreatitis. En cuanto a los reingresos el 23% volvían a ingresar por patología biliopancreática y un 4,2% lo hacían 3 o más veces. Fallecieron el 10,4%, la mitad por causa biliopancreática (4,7%). Existió un aumento de los ingresos a lo largo de los años pero no se observó un aumento significativo de los reingresos ni de la mortalidad. Sólo en 23 pacientes se realizó cirugía biliar (1,3%) y de ellos 6 fallecieron (26%). Tras análisis multivariado el reingreso se asoció a la edad, índice de Charlson y el diagnóstico de pancreatitis e insuficiencia cardíaca. La mortalidad se asoció de forma significativa con la edad, peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD), Charlson, insuficiencia renal e ictus y no con el servicio donde ingresaba o la cirugía biliar.

**Conclusiones.** Conclusiones: Los ingresos por patología biliopancreática son frecuentes en los ancianos. Esta patología conlleva una elevada morbimortalidad y un gran número de reingresos. La cirugía biliar es minoritaria y con alta mortalidad probablemente por realizarse en pacientes graves. Deberían realizarse estudios en pacientes ancianos para valorar si la colecistectomía no urgente disminuye su morbimortalidad.

#### EA-27

##### SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES OCTOGENARIOS: EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO Y EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

**M. Simón García, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, V. Hidalgo Olivares, A. Ruiz Tornero, E. Cambroner Cortinas, R. Fuentes Manso y A. Gallardo**

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** El síndrome coronario agudo (SCA) constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario. Implica una alta morbimortalidad tanto durante el ingreso como en el seguimiento. Conocemos además que la actitud agresiva con revascularización precoz en los pacientes (P) de más riesgo contribuye a mejorar el pronóstico. Por otra parte, una gran parte de estos P son mayores donde aumenta el riesgo del SCA pero también aumentan las posibles complicaciones derivadas de una actitud agresiva a pesar de que intentemos evitar las opciones más gravosas como la cirugía.

**Material y métodos.** Con el objetivo de analizar en P octogenarios la supervivencia global y la supervivencia libre de eventos cardiovasculares (EVCV) (muerte, IAM, ingreso de causa cardiológica o necesidad de nuevo procedimiento revascularizador) en el ingreso y en el seguimiento se analizó de forma retrospectiva a todos los P con SCA a los que se les sometió a una revascularización percutánea (ICP).

**Resultados.** Se revisaron 98 P mayores de 80 años entre enero del 2005 y febrero del 2008 a los que se les realizó una ICP. La edad media fue de  $83 \pm 2$  años. El 65% eran varones. Eran diabéticos un 33%. El 51% ingresaron por SCA de alto riesgo y el 37% por SCA con elevación del ST. El 54% presentaba alguna comorbilidad clínica asociada. La función ventricular estaba deprimida en el 50% de los pacientes. La mayoría era P con enfermedad multivaso (63%). Se realizó revascularización percutánea completa en el 43% de ellos.

**Conclusiones.** Los pacientes octogenarios ingresados por SCA presentan una evolución tórpida durante el ingreso con una alta incidencia de complicaciones asociadas tanto al propio SCA como al tratamiento recibido que se traduce en una alta mortalidad hospitalaria. En el seguimiento este pronóstico continúa empeorando mostrando que a pesar de una estrategia agresiva inicial y un tratamiento médico óptimo al alta se trata de una población de muy alto riesgo sobre la que es necesaria una estricta vigilancia.

#### EA-28

##### REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA CON STENT FARMACOACTIVO EN EL PACIENTE OCTOGENARIO

**E. Cambroner Cortinas, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, M. Simón García, A. Ruiz Tornero, V. Hidalgo Olivares, R. Fuentes Manso y A. Gallardo**

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Una de las principales limitaciones de la revascularización percutánea (RC) es la posibilidad de reestenosis que condiciona una mayor probabilidad de eventos en estos pacientes (P). Desde hace unos años han comenzado a utilizarse stent con recubrimiento farmacológico (SFA) que disminuyen este proceso neoforativo. No obstante, se ha descrito un aumento de la incidencia de trombosis tardías secundarias a la falta de endotelización de estos dispositivos. Aunque se manejan varias causas que influyen en este proceso existen unas variables angiográficas (longitud de lesión, tamaño de vaso, calcificación...) que juegan un rol importante en estos eventos trombóticos. Por otra parte los P octogenarios están infrarepresentados en los estudios con SFA y presentan en un alto porcentaje lesiones con las características angiográficas descritas por lo que no está clara si es segura su utilización en estos P

**Material y métodos.** Revisamos de forma retrospectiva la aparición de eventos cardiovasculares (EvCv) definidos como muerte, re-IAM, reingreso por causa cardiológico o nueva revascularización del vaso tratado en el seguimiento de una población consecutiva de P octogenarios sometidos a RC en función de la utilización o no de SFA.

**Resultados.** Se estudiaron 98 P sometidos a RC. La edad media fue

de  $83 \pm 2$  años. El 65% eran varones. Eran diabéticos un 33%. El 51% ingresaron por SCA de alto riesgo y el 37% por SCA con elevación del ST. En un 11% de los P se utilizaron SFA (grupo A) y un 89% de los P stent convencionales (grupo B). No existieron diferencias basales entre distintas variables clínicas analizadas entre los dos grupos. Se obtuvo un seguimiento medio de 18 meses. Aunque existió una ligera tendencia hacia mejor supervivencia sin EvCv en el grupo A, ésta no alcanzó significación estadística ( $p: 0.1$ , log rak 1.67), con una media de supervivencia libre de EvCv en el grupo A de 30.2 meses frente a una media en el grupo B de 21.3. No se produjo ninguna trombosis en ninguno de los dos grupos ni más complicaciones hemorrágicas.

**Conclusiones.** La utilización de stent farmacoactivos en pacientes octogenarios es segura sin asociarse en el seguimiento a mayor riesgo de complicaciones. Parece existir cierta tendencia con mejores resultado a largo plazo cuando éstos se utilizan. Estudios o registros con mayor número de pacientes de estas características ayudarán a confirmar estos datos.

#### EA-29

### IMPORTANCIA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR EVENTO CORONARIO CON REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA

**A. Ruiz Tornero, A. Gutiérrez Díez, J. Jiménez Mazuecos, V. Hidalgo Olivares, M. Simón García, J. Córdoba Soriano, R. Fuentes Manso y D. Melehi**

*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es uno de los principales factores pronósticos en los pacientes (P) con coronariopatía. No obstante no está bien estudiada si en P muy mayores esta importancia pronóstica se mantiene.

**Material y métodos.** Con objeto de analizar la importancia pronóstica de la FEVI a largo plazo de P octogenarios ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) se analizó de forma retrospectiva a los P ingresados por SCA mayores de 80 años. Se requería durante el ingreso que el P tuviese una revascularización percutánea a fin de homogenizar la muestra. Se contactó telefónicamente con los P y se distribuyeron los eventos tras el estudio de las historia clínicas. Se analizó la supervivencia total y la supervivencia libre de eventos cardiovasculares (EvCV) (muerte o ingreso por causa cardiovascular).

**Resultados.** Se estudiaron 77 P en los que existía alguna forma de cuantificación de la FEVI. El 50% de los pacientes tenía FEVI normal. Un 18% presentaba la FEVI ligeramente deprimida, un 14% moderadamente deprimida y un 18% deprimida de forma severa. Se dividió a los P en dos grupos, P con FEVI severamente deprimida (grupo A) y P sin disfunción ventricular severa (grupo B). No existieron diferencias basales en ninguno de los parámetros clínicos y angiográficos analizados. Tampoco existieron diferencias en el tratamiento durante el ingreso y al alta. No se implantó ningún dispositivo automático para desfibrilación o resincronización en ningún de los P. El seguimiento fue de 3.4 años. Los P del grupo A presentaron peor pronóstico que los del grupo B. Así la supervivencia global en los P del grupo A al año y dos años fue del 45% y 27% frente a una supervivencia del 83% y 78% respectivamente en el grupo B ( $p < 0.001$ , log rak 12). También cuando se analizaron los EvCV los P del grupo A presentaron peor evolución con una tasa libre de eventos al año y dos años del 33% y 16% en el grupo A frente a 64% y 58% del grupo B ( $p: 0.01$ , log rak 6).

**Conclusiones.** La FEVI es un importante marcador pronóstico en los pacientes octogenarios ingresados por SCA a pesar de un óptimo tratamiento. Estudios de más P ayudarán a determinar si el uso de los recientes dispositivos automáticos implantable de desfibrilación y resincronización puede mejorar el pronóstico de este subgrupo de pacientes.

#### EA-30

### REVASCULARIZACIÓN COMPLETA PERCUTÁNEA EN EL PACIENTE "MUY MAYOR" ¿ES REALMENTE IMPORTANTE?

**V. Hidalgo Olivares, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, A. Ruiz Tornero, M. Simón García, E. Cambroner Cortinas, R. Fuentes Manso y A. Gallardo**

*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** En la población general la revascularización completa percutánea coronaria (RC) en pacientes (P) con eventos isquémicos se asocia a una mejor evolución. No obstante en P ancianos que presentan menor expectativa de vida por otras patologías y en los que los procedimientos revascularizadores se asocian a mayor riesgo, la RC puede que no sea el objetivo a perseguir.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma retrospectiva a 98 P mayores de 80 años en los que se realizó un procedimiento revascularizador percutáneo analizando la aparición de eventos durante la hospitalización (muerte, re-IAM, isquemia recurrente) y el seguimiento en función del grado de revascularización completa (grupo A) o incompleta (grupo B).

**Resultados.** La edad media fue de  $83 \pm 2$  años. El 65% eran varones. Eran diabéticos un 33%. El 51% ingresaron por SCA de alto riesgo y el 37% por SCA con elevación del ST. El 54% presentaba alguna comorbilidad clínica asociada. El grupo A lo constituían un 43% de P y un 57% el grupo B. No existieron diferencias en las características clínicas analizadas entre ambos grupos. Durante el ingreso hospitalario los eventos cardiovasculares fueron similares en ambos grupos (33% vs 20%, grupo A vs B,  $p: NS$ ). Los pacientes del grupo A presentaron más tasa de re-IAM que casi alcanzó la significación (7% vs 0%,  $p: 0.07$ ) aunque con una pequeña tendencia a menor mortalidad hospitalaria (2% vs 12%,  $p: 0.11$ ). Durante el seguimiento (mediana de 18.5 meses) las curvas de supervivencia fueron similares entre ambos grupo con una probabilidad de muerte en el grupo A del 31% frente al 29% del grupo B. Así mismo los eventos cardiovasculares fueron similares (51% de los P del grupo A y en el 52% del grupo B).

**Conclusiones.** La revascularización completa en pacientes octogenarios no parece conferir mejor evolución a largo plazo en unos pacientes con un pronóstico de por sí malo. Probablemente en este subgrupo de pacientes sea más adecuado guiarnos exclusivamente por síntomas más que un por un deseo de revascularización completa que si que es efectiva en pacientes más jóvenes.

#### EA-31

### PREVALENCIA DE LA ANEMIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**N. Carracedo Falagán, M. López Veloso, S. Raposo García, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, J. Herrera Rubio, Á. Martínez González y B. Blanco Iglesias**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.*

**Objetivos.** La prevalencia mundial de la anemia es del 34%, un 9% en Europa, aunque estas cifras varían según las series. En numerosos estudios, se ha comprobado que se incrementa con la edad, de tal manera que en mayores de 85 años es dos o tres veces frecuente, asociando mayor morbimortalidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, observacional de casos, donde se recogieron todos los pacientes con anemia, empleando los criterios establecidos por la OMS, cifras de Hemoglobina (Hb) inferiores a 13 mg/dl en varones y 12 mg/dl en mujeres, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de León (Edificio Monte San Isidro), que consta de 81 camas, durante el mes de marzo del año 2008. Se incluyeron un total de 44 pacientes, que suponen el 5,5% del total de los ingresos.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 79.32 años, siendo el 61% varones. La estancia hospitalaria media fue de 13.64 días. Durante el período de seguimiento de los pacientes, dos de ellos fueron éxitus, siendo otra la causa de la muerte. Los principales síntomas que motivaron el ingreso en estos pacientes fueron disnea en un 43%, fiebre en un 16%, síndrome general en un 14% y dolor abdo-

minal en un 7%. En el 48% de los casos se determinó la serie férrica y en el 36% los niveles de vitamina B<sub>12</sub> y folato. En el 36% se midieron los reticulocitos corregidos y en menos del 20% se visualizó el frotis de sangre periférica. Otros estudios fueron más raros como el test de Coombs directo y niveles de haptoglobina en dos casos y una electroforesis de Hb. En cuanto a pruebas específicas resaltaron un 34% de estudios endoscópicos (el 60% gastroscopias) y un enema opaco. En el 34% de los casos no se efectuó ningún estudio sobre el tipo de anemia. La causa más frecuente fueron los trastornos crónicos (55%) seguida de la ferropénica con un 14% y megaloblástica en el 7%.

**Discusión.** En diferentes estudios se ha demostrado la presencia de reducción de las cifras de Hb a partir de los 70 años, lo que algunos autores designan anemia senil y que parece estar en relación con el descenso del efecto androgénico y la menor secreción de eritropoyetina secundaria a lesión renal larvada. Asimismo, la distribución por sexos también varía en la población anciana, en las edades medias de la vida, la anemia es más frecuente en las mujeres, en edades avanzadas, la anemia se hace más frecuente en el sexo masculino, según diferentes estudios el nivel de Hb disminuye en los varones, reduciéndose también, aunque en menor grado, en las mujeres, por lo que la hemoglobinemia se iguala en ambos sexos a edad avanzada. Con el aumento de la esperanza de vida, se estima que en el año 2025 la prevalencia se duplique, triplicándose en el año 2050 en este grupo poblacional. Los principales tipos de anemia descritos en esta población son de trastornos crónicos y ferropénica, siendo otras causas a tener en cuenta el déficit de vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico así como los síndromes mielodisplásicos. En nuestra serie, se evidencia el aumento de prevalencia de la anemia con la edad y en varones (61%). Asimismo, los tipos más frecuentes fueron los trastornos crónicos, teniendo en cuenta que la edad media de nuestros pacientes fue de 79.32, correspondiendo a un grupo poblacional con pluripatología, seguida de la ferropénica. Resaltando que en un tercio de la muestra no se procedió a ningún estudio por las características de los pacientes.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de las anemias en nuestra serie está entorno al 6%. 2. Los tipos de anemia más frecuentes son los trastornos crónicos y la ferropénica. 3. La disnea, fiebre y síndrome general, son los principales motivos de ingreso en pacientes portadores de anemia. 4. En un alto porcentaje de los casos no se efectuó estudio por las características de los pacientes (pluripatología, edades avanzadas...).

### EA-32 PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO PLURIPATOLÓGICO MAYOR DE 80 AÑOS INGRESADO EN MEDICINA INTERNA A CARGO DE UN RESIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE LA ESPECIALIDAD

R. Oropesa Juanes<sup>1</sup>, S. Escrivá Cerrudo<sup>1</sup>, A. Gimeno García<sup>1</sup>, M. Gomis Mascarell<sup>2</sup>, R. Benítez Bermejo<sup>2</sup>, K. Antelito Cuellar<sup>2</sup>, R. Canet<sup>1</sup> y J. Tugues Roure<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Can Misses. Eivissa (Illes Balears). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Análisis de variables clínicas mediante la revisión de los informes de epicrisis en pacientes mayores de 80 años ingresados durante los últimos 6 meses de residencia de un residente senior de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Revisión de los informes de epicrisis. Análisis estadístico realizado con el paquete estadístico SPSS Versión 16.

**Resultados.** 88 pacientes visitados en Medicina Interna, 59 (67%) mayores de 80 años pluripatológicos 35,6% varones y 64,4% mujeres. Edad media 81.95 años. Número medio de días de ingreso 9.46. Porcentaje de exitus 16.9%. Función cognitiva normal un 23.7%, moderada 13.6%, 28,8% fluctuante y nula 33.9%. 23% eran diabéticos. Antecedentes cardiológicos: 18,6% ICC, 15,3% Cardiopatía isquémica. FA 15.3%, 1,7% valvulopatía. 3,4% portadores de marcapasos. Antecedentes neurológicos: 27,1% ACV, 1,7% epilepsia y 1,7% algún déficit motor siendo un 11,9% los pacientes Alzheimer y 1,7% con Parkinson. Antecedentes neumológicos: 23,7% EPOC, 1,7% Cor pulmonale, 5,1% Asma, 6,8%

Neumonía en los 6 meses previos. Antecedentes quirúrgicos: Intervenido por fractura de cadera 16,9%, fractura de miembros 3,4%, aplastamientos vertebrales 1,7%, cirugía abdominal 8,5% y urológica 1,7%. Antecedentes nefrológicos: Diálisis 1,5%, Insuficiencia renal crónica 5,1% y HTA 52,5%. Antecedentes digestivos: Estreñimiento crónico 3,4%, hepatopatía-cirrosis 5,1%. Un 20,3% reacciones adversas a fármacos. Anemia 54,2% de los pacientes, con transfusión en un 27,1%. 11,9% tenía úlceras por presión. Hasta la tercera parte de los pacientes (30,5%) se documentó fiebre, cumpliendo criterios de sepsis un 37,3%. Los antibióticos más frecuentemente empleados fueron B lactámicos (61%) y Quinolonas (20,3%). Infecciones nosocomiales un 10,2%. Drogas vasoactivas 6%. 44,1% tuvo IRA. 27,1% se solicitó TAC de extensión identificándose un 15,3% masa neoplásica. Ecocardiograma un 15,3%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: ICC (22%), neumonía (23,7%), shock séptico (27,1%). Número medio de fármacos prescritos 8,56. Comorbilidad media (número de enfermedades al alta a parte del diagnóstico principal) 6,06. 23,7% se trasladaron a domicilio con oxigenoterapia domiciliaria y un 23,7% con sondaje nasogástrico. Fueron citados para consulta externa un 6,8%. La mayoría (94,9%) tenían buen apoyo familiar en domicilio. No existió reclamación administrativa en ningún caso. Porcentaje de reingreso 10,2%. Un 3,4% trasladados desde otros servicios. Media de interconsultas 0,71. Se trasladaron a otros servicios hospitalarios un 5,1% (Cardiología, Oncología y Cirugía). Destino al alta: 64,4% domicilio, UHD 28,8% y 6,8% hospital de crónicos.

**Conclusiones.** 2 de cada tres de los pacientes fueron mayores de 80 años pluripatológicos siendo dos tercios mujeres. Porcentaje de exitus bajo (16,9%). Estancia media 9,46 días. La tercera parte presentaron déficits cognitivos severos. La quinta parte eran diabéticos y más de la mitad hipertensos. Las enfermedades de base más frecuentes: ICC, FA y ACV con Alzheimer en un 10%. La quinta parte manifestó alguna reacción adversa al tratamiento. Presentó anemia en más de la mitad con transfusión en un 27%. Un 30% tuvo fiebre pero la tasa de sepsis fue mayor, un 37%. Los antibióticos más frecuentemente empleados fueron B-Lactámicos. Porcentaje de infección nosocomial 10,2%. Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron ICC, Neumonía y Shock séptico. Número medio de fármacos al alta dadas las diferentes comorbilidades fue 8,56. 23% se trasladaron con oxigenoterapia domiciliaria y sondaje nasogástrico respectivamente. Un 6% se siguió en consultas externas debido fundamentalmente a control por atención primaria y unidad de hospitalización domiciliaria donde se trasladó al alta casi un 30% de los pacientes. La inmensa mayoría presentaban apoyo familiar. Porcentaje de reingresos bajo (10%) así como la frecuencia de interconsultas y traslados de servicio intrahospitalarios.

### EA-33 FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES NONAGENARIOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Conde Martel<sup>1</sup>, M. Hemmersbach-Miller<sup>1</sup>, M. Arkuch Saade<sup>1</sup>, S. Pérez Correa<sup>1</sup>, J. Arencibia Borrego<sup>2</sup>, A. Puente Fernández<sup>1</sup> y P. Betancor León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Clínica de San Roque, S. A. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Describir los factores predictivos de mortalidad en pacientes nonagenarios hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes con edad igual o superior a 90 años hospitalizados en un período de 4 años en un servicio de Medicina Interna. Se recogieron las características demográficas, diagnósticos, estado funcional evaluado mediante la escala de la Cruz Roja, determinaciones analíticas incluyendo hemoglobina, leucocitos, linfocitos, proteínas totales, albúmina, transferrina, creatinina, colesterol, el índice de comorbilidad de Charlson y la mortalidad. La relación entre la mortalidad y variables cualitativas se analizó mediante el test de  $\chi^2$  y la relación con variables cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** Se incluyeron 421 pacientes, 156 varones (37,1%) y 265 mujeres (62,9%). La edad media fue de 92,5 años, (DE 2,5;



rango: 90 a104). Durante el ingreso fallecieron 96 pacientes (22,8%; IC 95% 18,7 a 26,9%). Se asociaron con la mortalidad los diagnósticos de demencia ( $p = 0,001$ ), infecciones ( $p = 0,001$ ), concretamente neumonía ( $p = 0,001$ ) y sepsis ( $p = 0,006$ ). Los pacientes que fallecieron mostraron unos niveles significativamente inferiores de proteínas totales (6 vs 6,2 g/dl  $p = 0,01$ ), de albúmina (2,5 vs 3 g/dl;  $p < 0,001$ ), de colesterol total (148 vs 162 mg/dl;  $p = 0,04$ ) y de transferrina (175 vs 210 mg/dl;  $p < 0,01$ ), así como un número significativamente mayor de leucocitos totales (15.381 vs 10.761 cel/ml;  $p < 0,001$ ) y valores más elevados de creatinina (1,7 vs 1,4 mg/dl;  $p = 0,045$ ). El índice de comorbilidad de Charlson fue mayor en los pacientes que fallecieron pero sin alcanzarse diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,06$ ). Los pacientes que fallecieron mostraron un peor estado funcional con puntuación más elevada en el índice de la Cruz Roja (3,3 vs 2,3 puntos;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** Con el progresivo envejecimiento de la población cada vez son más frecuentes los ingresos de pacientes con avanzada edad. La mortalidad observada en pacientes nonagenarios hospitalizados ha sido muy elevada (22,8%), constatándose en la literatura valores que oscilan entre un 5 y 24%. Hay que considerar como factores que pueden influir en la elevada mortalidad las características del centro en cuanto a la ausencia de unidad geriátrica y su ubicación con escasez de centros de crónicos. Cabe destacar la asociación de procesos infecciosos con la mortalidad, hecho descrito en ancianos, al igual que un peor estado nutricional. También la demencia y el deterioro funcional se asociaron significativamente con la mortalidad.

**Conclusiones.** La mortalidad de los pacientes nonagenarios hospitalizados es muy elevada, falleciendo aproximadamente uno de cada 5 pacientes. Los procesos infecciosos, especialmente neumonía y sepsis, la demencia y deterioro funcional se asocian a la mortalidad.

#### EA-34

#### CAUSAS DE ANEMIA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, M. López Veloso, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Muela Molinero, J. Borrego Galán y J. Santos Calderón**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.*

**Objetivos.** La anemia es una entidad frecuente del anciano que no debe ser atribuida sin más a la edad. En la práctica, en un número importante de pacientes, un estudio exhaustivo de la causa puede no aportar ventajas al paciente; sin embargo, estamos obligados a descartar enfermedad subyacente, siendo necesaria una evaluación básica sin atribuir ningún caso a la "anemia del anciano".

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de una serie de casos, donde se recogieron todos los pacientes con anemia (Hemoglobina (Hb) inferior a 13 mg/dl en varones y 12 mg/dl en mujeres) ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Edificio Monte San Isidro (Complejo Hospitalario de León), que consta de 81 camas, durante el mes de marzo del año 2008. Fueron 44 pacientes (5,5% del total de los ingresos). El propósito del estudio es valorar el diagnóstico etiológico y los procedimientos diagnósticos empleados en cada caso.

**Resultados.** La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 79.32 años, siendo el 61% varones. La estancia hospitalaria media fue de 13.64 días. Durante el periodo de seguimiento, dos de ellos fueron éxitos, determinándose como causa de la muerte otra entidad diferente a la del propósito de este estudio. La anemia más frecuente fue la de trastornos crónicos en relación con insuficiencia cardíaca (IC) en el 17% de los casos; procesos etiquetados como infecciosos-inflamatorios en el 16%, incluyendo aquí 3 casos de endocarditis sobre válvula mitral, 1 caso de meningitis viral, 2 casos de pancreatitis aguda, 1 caso de EPOC agudizado por infección respiratoria; e insuficiencia renal crónica (IRC) en el 14%. Los procesos neoplásicos correspondieron al 12%, reconociéndose 1 caso de hepatocarcinoma con adenocarcinoma de colon, 1 caso de hepatocarcinoma por virus de hepatitis C y 1 caso de carcinoma microcítico pulmonar; etiquetándose como de trastornos crónicos. Además 1 caso de adenocarcinoma gástrico y 1 caso de adenocarcinoma de sigma de origen ferropénico. En el 9% de los pacientes no se llegó a filiar la etiología. La ferropenia se asoció en el 5% de los casos; pérdidas

digestivas asociado a IRC en el 5%; obtuvimos 1 caso de cada una de las siguientes entidades: cirrosis biliar primaria, síndrome mielo-displásico (SMD), enfermedad celiaca tipo III A, drepanocitosis con patrón SC, déficit de vitamina B<sub>12</sub>, déficit de B<sub>12</sub> junto con déficit de ácido fólico, déficit de ácido fólico aislado, déficit de B<sub>12</sub> asociado a ferropenia, ferropenia asociada a IC y síndrome mieloproliferativo (SMP) crónico en forma de trombocitemia esencial.

**Discusión.** Los tipos de anemia más frecuentes descritos en la población anciana son de trastornos crónicos y ferropénica. Entre las causas productoras de anemia de trastornos crónicos, tienen especial relevancia la IC y la IRC; entidades halladas en nuestra serie en un elevado número de casos; por las repercusiones en la supervivencia y en la progresión de dichas enfermedades. En cuanto a las causas de anemia ferropénica, mencioner el déficit del metal; las pérdidas digestivas crónicas, ocasionalmente inaparentes y las neoplasias especialmente colo-rectales y gástricas. En nuestra serie, por déficit como tal sólo recogimos 2 casos, a estos se unen los casos de ferropenia asociados a trastornos crónicos, a déficit de vitamina B 12 así como a pérdidas digestivas por gastritis, diverticulosis, hernia de hiato o neoplasias digestivas. Recordar como posible causa de anemia ferropénica la enfermedad celiaca, obteniendo 1 caso en nuestra serie. En un porcentaje no despreciable, la anemia es megaloblástica por déficit de B<sub>12</sub> y ácido fólico, sin olvidarnos de los SMD y SMP, frecuentes en este grupo de edad. El caso recogido de drepanocitosis, corresponde a una mujer de raza negra de 18 años.

**Conclusiones.** Es importante valorar que el número de casos en los que no se identifica la causa de anemia aumentan con la edad. La anemia en el anciano con frecuencia es multifactorial. Las causas más frecuentes de anemia en esta población son de trastornos crónicos con elevada prevalencia de IC e IRC; ferropénica por déficit, sangrados digestivos crónicos o procesos neoplásicos. Con menor frecuencia, es importante pensar en anemias megaloblásticas así como en procesos mieloproliferativos y displasias sanguíneas.

#### EA-35

#### PATOLOGÍAS QUE DETERMINAN EL PRONÓSTICO VITAL DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP) A 4 AÑOS VISTA

**M. Fernández-Miera, A. Abad Suero, C. González Fernández, M. Pajarón Guerrero, D. García Sánchez, A. Aguilera Zubizarreta y P. Sanroma Mendizábal**

*Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Existen pocos estudios sobre mortalidad del PPP centrados en su multimorbilidad. Sin embargo, son abundantes las investigaciones que tienen en cuenta la influencia de la comorbilidad en la mortalidad de diversos procesos crónicos. Al contrario, el objetivo de este trabajo es conocer el peso que tienen sobre la mortalidad del PPP cada una de las categorías en las que se basa su definición funcional (DF)

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de 4.310 de las 34.645 altas acaecidas en 2003 en nuestro hospital, determinándose que 730 (16,9%) eran de PPP. Para identificarles se utilizó la DF del Programa de Asistencia Integral al PPP de la Consejería de Sanidad de Andalucía. Los datos se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Variables: GRDs, edad, sexo, tipo de ingreso, área de ingreso, Servicio de ingreso, tipo de alta, estancias generadas, fecha de fallecimiento. Las variables se expresan como porcentaje (IC95%) en el caso de las cualitativas o como media (DE) en el caso de las cuantitativas. Estadísticos de comparación: Fisher o  $\chi^2$  (variables cualitativas) y t de Student (variables cuantitativas).

**Resultados.** Comparando los PPP que cumplían cada una de las 7 categorías con aquellos que no lo hacían, no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad a 4 años vista; excepto en el caso de la categoría G (enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado - enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo) cuyos pacientes presentaban una mortalidad del 76,67% (IC95: 69,95-82,27), superior ( $p < 0,0001$ ) a la de los que no sufrían tales procesos: 54% (IC95: 49,82-58,12) Agrupando las categorías por parejas, sólo en 6 de las 21 combinaciones posibles (AG, BF, CG, EF, EG, FG) la mortalidad

Tabla 1. Mortalidad a 4 años por parejas de categorías (EA35).

Parejas	Sí/No (% exitus)	Sí/No (IC 95% exitus)	P
DAG	78,85/58,11	65,80-87,92/54,36-61,77	0,0031
BF	78,95/58,53	63,40-89,18/54,82-62,14	0,0164
CG	78,08/57,53	67,22-86,13/53,72-61,26	0,0006
EF	71,91/57,88	61,77-80,23/54,02-61,64	0,0113
EG	76,47/58,76	59,77-87,80/55,07-62,36	0,0482
FG	78,33/57,91	66,25-87,01/54,14-61,59	0,0023

a 4 años vista fue significativamente superior a la de los PPP que no sufrían tal combinación de enfermedades (tabla 1).

**Discusión.** La categoría G no sólo es determinante del pronóstico vital de los PPP de forma individual sino que forma parte de 4 de las 6 parejas de combinación de procesos que también resultaron predictoras de mayor mortalidad a 4 años vista. La categoría F (arteriopatía periférica sintomática - diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica) también está presente en 3 de tales parejas, aunque una de ellas acompañando a la categoría G. La única categoría no representada en las 6 parejas predictoras de mayor mortalidad fue la D (enfermedad inflamatoria crónica intestinal - hepatopatía crónica sintomática o en actividad).

**Conclusiones.** Existen algunos procesos de la DF del PPP que determinan una mayor mortalidad a 4 años vista. Un análisis detallado de este fenómeno podría ayudar en el diseño del plan terapéutico más adecuado para cada PPP.

#### EA-36

##### VARONES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA TIENEN PEOR PRONÓSTICO AL AÑO QUE MUJERES

H. Sterzik, M. Jaén Sánchez, J. López Vega, Z. Santos Moyano, A. Mohamad Tubío, J. Pérez Marín, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La mayor parte de los pacientes ingresados en nuestro servicio son pacientes mayores de 65 años con una tasa importante de mortalidad durante y después de su ingreso. En este estudio recogimos datos sobre el estado funcional y emocional, la comorbilidad, el entorno social y económico con la intención de identificar factores que condicionen el pronóstico de estos pacientes.

**Material y métodos.** Recogimos datos de 56 pacientes ingresados en nuestro servicio incluyendo su situación social y económica y haciendo uso de los cuestionarios EuroQol-5D, Barthel, Lawton y Charlson. El 55% fueron mujeres, la edad media era de 75,8 años (desviación estándar 6,3 años). La puntuación media en el Barthel fue de 86 puntos, la del Charlson 3 puntos.

**Resultados.** 14 pacientes se perdieron durante el seguimiento, 15 fallecieron, correspondiendo al 29,4%. Factores pronósticos para la muerte fueron el sexo varón ( $p = 0,001$  en  $\chi^2$ ), la edad ( $p = 0,03$  test de eta) y la percepción del propio estado de salud en una escala visual análoga ( $p = 0,03$  test de eta). De los varones fallecieron el 55%, mientras que solo el 12% de las mujeres. Pacientes con enfermedad pulmonar crónica (Charlson) tenían más probabilidad de fallecer ( $p = 0,035$ , Chi cuadrado). No hubo diferencias para los datos demográficos (estado civil, recursos económicos, presencia de un cuidador, visitas por semana, tiempo acompañado al día, pertenencia a un club de pensionistas - chi cuadrado - ni la cantidad de personas en casa - etc) La puntuación en los cuestionarios de EuroQol-5D, Barthel, y el Charlson total no influyeron sobre el pronóstico.

**Discusión.** Casi un tercio de los pacientes mayores que ingresan en nuestro servicio ha fallecido al año. El factor de pronóstico más significativo para estos pacientes es el sexo: más de la mitad de los varones habían muerto al año. Según era de esperar la edad tiene un

impacto importante sobre la supervivencia. Sorprende que ninguna de las escalas para valoración del estado funcional fué capaz de predecir la muerte, mientras que una simple escala visual análoga valorando la percepción propia del paciente sobre su estado de salud sí. Sorprende igualmente que la morbilidad del paciente no influyó sobre el resultado final.

**Conclusiones.** El sexo varón, la edad avanzada y una mala percepción del propio estado de salud son los factores que predicen una alta mortalidad al año de estar ingresado en un servicio de medicina interna.

#### EA-37

##### FUNCIONALIDAD DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS AL AÑO DE UN INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

H. Sterzik, A. Mohamad Tubío, Z. Santos Moyano, J. López Vega, M. Jaén Sánchez, J. Pérez Marín, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La mayor parte de los pacientes ingresados en nuestro servicio son pacientes mayores de 65 años, muchos de ellos con limitaciones para sus actividades diarias y una alta tasa de mortalidad durante y después del ingreso. Estudiamos el estado funcional de estos pacientes al ingreso en nuestro servicio y un año después. Además se recogieron datos sobre su situación social y su morbilidad.

**Material y métodos.** Recogimos datos de 56 pacientes ingresados en nuestro servicio incluyendo su situación social y económica y haciendo uso de los cuestionarios EuroQol-5D, Barthel, Lawton y Charlson. Al año se repitió el test de Barthel por llamada telefónica al paciente o su cuidador.

**Resultados.** Cinco pacientes se perdieron durante el seguimiento, 15 fallecieron. Los pacientes vivos al año presentaron una medida de 85,6 puntos en el test de Barthel - parecido a aquellos que fallecieron posteriormente (media de 86,3 puntos). Los supervivientes sufrieron durante el año siguiente a su ingreso un descenso de 10,2 puntos (Máx: -70 pts, Mín: +15 pts, DT: 20,4 pts) resultando en una media de 75 puntos al año. El mayor descenso de la puntuación fue sobre todo relacionado con la edad ( $p = 0,00014$ , Kendall's Tau). No hubo correlación significativa con ninguna patología en especial, ni con otras escalas de las que recogimos al ingreso. Un buen valor final, al año del ingreso se relacionaba con menor edad, buenos valores previos en las escalas de autonomía en el Barthel inicial ( $p = 0,007$  - Kendall's Tau), el Lawton ( $p = 0,00002$  - Kendall's Tau) y el EuroQol. ( $p = 0,002$  - Kendall's Tau). La situación social y económica no tuvo ningún efecto sobre el resultado final.

**Discusión.** Los cuestionarios más utilizados para documentar el estado funcional de una persona mayor se relacionan estrechamente con el estado funcional un año más tarde. Sin embargo no predice en que medida va a cambiar este valor en un futuro. Esto parece depender principalmente de la edad y no es condicionado por ninguna patología en especial. El 70% de los pacientes mayores ingresados en nuestro servicio de Medicina interna que sigue vivo un año después de su ingreso mantiene un buen nivel de autonomía con un descenso medio en este año de unos 10 puntos.

**Conclusiones.** Pacientes mayores de 65 años que ingresan en medicina interna con un buen nivel de autonomía y buena calidad de vida

tienen buenas perspectivas de mantener ese nivel de autonomía y calidad de vida al año de estar ingresado.

#### EA-39 POLIFARMACIA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CURAS POST-AGUDAS

**M. Barceló Trias, O. Torres Bonafonte, E. Francia Santamaría, M. Antonio Rebollo y D. Ruiz Hidalgo**

*Servicio de Medicina Interna. Fundación de Gestión. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos.** Valorar si existen diferencias entre los ancianos con y sin polifarmacia en pacientes ingresados en una sala de curas post-agudas.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la sala de curas post-agudas del Hospital de Sant Pau durante 2 años (desde febrero del 2005 a enero del 2007) Se compararon las características de los pacientes que en el domicilio tomaban más de 5 fármacos con los que no. Los ítems analizados fueron: edad, sexo, charlson previo, demencia, lugar de residencia previo, diagnóstico al ingreso, presencia de complicaciones y estancia hospitalaria. Se realizó un análisis univariante utilizando la ANOVA para variables cuantitativas y la chi-cuadrado para variables cualitativas, y las variables estadísticamente significativas se introdujeron en un análisis de regresión logística condicional.

**Resultados.** Desde febrero del 2005 a enero del 2007 ingresaron un total de 1313 pacientes mayores de 65 años. El número de fármacos medio era de 6,11. Un 67,2% de los pacientes recibía 5 o más fármacos. Comparando el grupo de los pacientes con polifarmacia con el de los que no se encontraron diferencias significativas en el Charlson ( $p < 0,001$ ), albúmina al ingreso ( $p < 0,005$ ), el diagnóstico de ingreso insuficiencia cardíaca descompensada ( $p < 0,001$ ), vivir previamente en una residencia ( $p < 0,001$ ), ser derivados al alta a un centro o residencia ( $p < 0,005$ ) y en reingresar en menos de 3 meses ( $p < 0,001$ ) En el análisis de regresión logística estas variables resultaron significativas el Charlson, la albúmina al ingreso, el vivir previamente en una residencia y el reingreso en menos de tres meses.

**Discusión.** En nuestro estudio lo primero a destacar es que tenemos un elevado número de pacientes con polifarmacia. El hecho de que tengan una elevada comorbilidad (Charlson) se puede relacionar directamente con la toma de más fármacos, asimismo puede condicionar que sean pacientes peor nutridos, que con más frecuencia estén institucionalizados y reingresen más. De todas formas estos resultados deberían hacernos plantear que la polifarmacia podría ser no solo una consecuencia de la pluripatología sino que podrían tener repercusión respecto al cumplimiento de un tratamiento adecuado, producir interacciones farmacológicas y tener efectos secundarios ya que un 3,3% de los pacientes que han ingresado en nuestra unidad lo han hecho por un efecto adverso directo de los fármacos.

**Conclusiones.** Los pacientes ancianos con polifarmacia ingresados en la unidad de curas post-agudas tienen un Charlson más elevado, menor albúmina al ingreso, es más frecuente que provengan de residencias y tienen más riesgo de reingreso en los siguientes tres meses.

#### EA-40 COMPLICACIONES MÉDICAS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

**L. González Vázquez<sup>1</sup>, F. Fernández Fernández<sup>1</sup>, R. Puerta Louro<sup>1</sup>, J. Paz Ferrín<sup>1</sup>, L. Valle<sup>1</sup>, F. Barahona Aragües<sup>2</sup> y J. De la Fuente Aguado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Las fracturas de cadera representan un importante problema sanitario actualmente, ya que suelen afectar a pacientes ancianos con pluripatología. Por ello, la asistencia sanitaria no se reduce sólo al tratamiento local de la fractura sino que también hay que atender a las múltiples complicaciones médicas relacionadas o no con la patología asociada. La valoración y control previo de las comorbilidades asociadas disminuye la mortalidad y las complicaciones médicas. El objetivo de este trabajo ha sido describir la morbimortalidad así como la tasa de reingresos en los primeros 30 días

tras el alta, en una cohorte de pacientes ingresados en un Servicio de Traumatología por fractura de cadera, que fueron valorados y seguidos por el servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, descriptivo de una cohorte de pacientes consecutivos ingresados por fractura de cadera entre el 15 de septiembre del 2007 y el 30 de marzo del 2008. Todos los pacientes fueron valorados por el servicio de Medicina Interna al ingreso, de acuerdo a un protocolo pre-establecido, para evaluar patologías previas, ajustar tratamiento y detectar posibles descompensaciones. Así mismo se realizó seguimiento clínico durante todo el ingreso hasta el alta del paciente.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 55 pacientes con fractura de cadera, de los que 47 eran mujeres (85%), con una edad media de 79 años (51-100). Las fracturas extracapsulares fueron las más frecuentes: 27 (49%). Se produjeron complicaciones en 25 pacientes (45,5%), siendo las más prevalentes el síndrome confusional: 8 (14,5%) y la infección respiratoria: 7 (13%). Otras complicaciones fueron: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, descompensación diabética, infección urinaria, úlceras de decúbito, ACVA, crisis HTA, TEP, síncope y fiebre autolimitada. Habían ingresado durante el año anterior en el servicio de Medicina Interna 14 pacientes por problemas médicos, y de estos, 8 (57%) presentaron complicaciones en el perioperatorio. Además del seguimiento por Medicina Interna, 14 pacientes (25%) necesitaron interconsultas con otros servicios. Fallecieron 5 pacientes: 3 en el postoperatorio y 2 que no fueron intervenidos. Las causas del fallecimiento fueron: TEP e insuficiencia renal terminal en los no intervenidos y ACVA, sepsis de origen cutáneo y parada cardiorrespiratoria en los intervenidos. De los pacientes dados de alta, reingresaron por problemas médicos en menos de 30 días: 6 (12%) pacientes. Las causas fueron: sepsis urinaria, ACVA, intoxicación digitálica, coma hiperosmolar y neumonía en 2 casos. De estos pacientes, 3 fallecieron durante ese ingreso.

**Conclusiones.** Las complicaciones médicas son muy frecuentes en los pacientes con fractura de cadera, especialmente en los que tienen ingresos previos por causas médicas, por lo que es muy importante la valoración prequirúrgica y el seguimiento por médicos habituados a tratar pacientes con pluripatología. La mortalidad sigue siendo elevada durante el período perioperatorio. La tasa de reingresos en los primeros 30 días es relativamente alta y asociada a una elevada mortalidad.

#### EA-41 EL ECOCARDIOGRAMA EN LOS CENTENARIOS

**H. López Ágreda<sup>1</sup>, A. Testa Fernández<sup>2</sup>, R. Rabuñal Rey<sup>1</sup>, R. Monte Secades<sup>1</sup> y M. Bal Alvarado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Describir las alteraciones ecocardiográficas más frecuentes en los centenarios, y su relación con los factores de riesgo vascular.

**Material y métodos.** Dentro de un estudio prospectivo realizado a la población centenaria de nuestra área sanitaria, se realizó a todos ellos una visita domiciliaria, tomándose datos de historia clínica y exploración física; posteriormente, tras previo consentimiento, se extrajo sangre y se practicó electrocardiograma. En aquellos casos que aceptaron desplazarse al hospital se les realizó un ecocardiograma.

**Resultados.** De 80 centenarios, aceptaron desplazarse para realizar ecocardiograma 16, de los cuales 7 (43,7%) eran varones, con edad media de 100,7 años. De los factores de riesgo vascular 5 (31,2%) habían fumado, 4 (25%) presentaban diabetes, 6 (37,5%) HTA y 2 (12,5%) dislipemia; dos no presentaban ninguno de estos factores, 10 uno, 1 dos y 1 tres. Seis pacientes presentaban antecedentes médicos de enfermedad cardiovascular, aunque nunca habían ingresado por dichos motivos. Trece tomaban medicamentos, (2,8 fármacos/paciente) pero solo en 8 casos fármacos cardioactivos (diurético 4, IECA/ARAI 3, calciantagonistas 3, nitritos 2, antiagregantes 2). Diez (62,5%) eran independientes (índice de Barthel > 60). El índice de Charlson medio fue de 1,2. El colesterol fue de 184,7 ± 30,4, HDL 52,2 ± 11,5 y LDL 108,4 ± 26,5 y los triglicéridos de 109,2 ± 40,4; en 4 se demostró anemia (hemoglobina < 12), y el filtrado glomerular calculado fue normal (> 60) en 11 (68,7%). En cuanto al ecocardiograma la fracción de eyección fue normal en 11 (68,7%),



2 (12,5%) presentaban dilatación de VI, 7 hipertrofia de VI (43,7%) y asimismo 7 relajación anómala de VI. La AI estaba dilatada en 8 (50%), la AD en 4 (25%) y el VD en 3 (18,7%). Estaba presente IAo moderada en 1 (6,2%), IM moderada en 3 (18,7%), IT moderada en 2 (12,5%) y HTP al menos moderada en 3 (18,7%).

**Discusión.** Al contrario que en una serie publicada recientemente con 63 pacientes (Am J Cardiol 2007; 100:1792-4), donde se describe una frecuencia cercana al 30% de lesiones valvulares moderado-severas, los centenarios de nuestra área presentan pocos hallazgos patológicos en el ecocardiograma. Probablemente esto es debido a que son poblaciones distintas, la nuestra ambulatoria y la de la serie de pacientes hospitalizados. Asimismo la baja prevalencia de factores de riesgo vascular podría estar en relación con un sesgo de mortalidad.

**Conclusiones.** Las alteraciones ecocardiográficas presentes en los centenarios son escasas y de poca importancia clínica.

**EA-42**  
**ABUSO DE FÁRMACOS EN PACIENTES CENTENARIOS**  
**C. Torreiro Penas, R. Monte Secades, R. Rabuñal Rey, M. Bal Alvarado y A. Mateos Colino**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Describir el patrón de uso de fármacos entre los centenarios de nuestra área.

**Material y métodos.** En un estudio prospectivo se realizó entrevista domiciliaria a los centenarios de nuestra área, practicando historia clínica y exploración física, y posteriormente, previo consentimiento, toma de muestras de sangre. Se anotaron todos los fármacos que consumían de forma crónica. Para su análisis se agruparon los fármacos por grupos terapéuticos; en el grupo de fármacos con bajo valor terapéutico se incluyeron entre otros vasodilatadores cerebrales, neuroprotectores, venotónicos y fluidificantes. Para medir la capacidad funcional se usó el índice de Barthel, para la comorbilidad el índice de Charlson, y se estimó el filtrado glomerular con la ecuación MDRD-4.

**Resultados.** Se entrevistaron 80 centenarios, edad media 100,8 ± 1,3, 54 mujeres y 26 varones. El consumo medio de fármacos fue de 2,7 ± 2,3 (rango 0-11). La cantidad de fármacos consumidos se expone en la tabla 1. No se encontraron diferencias al analizar los resultados por sexos, por capacidad funcional, o por comorbilidad; tampoco hubo diferencias según el filtrado glomerular estimado. En la tabla 2 se agrupan los fármacos por grupos terapéuticos.

Tabla 1. (EA-42).

Nº fármacos	Nº centenarios	%
0	15	18,7
1	13	16,2
2	15	18,7
3	11	13,75
4	10	12,5
5 o más	16	20

Tabla 2. Estancia media en los GRDs más frecuentes (EA-42).

	Nº fármacos	% sobre el total
Cardiovascular	58	26,9
SNC	28	13
Antiagregantes	15	6,9
Digestivo	18	8,4
Respiratorio	14	6,5
Nutrición	13	6
Otros	26	12,1
Fármacos con bajo valor terapéutico	43	20

**Discusión.** Los centenarios consumen un elevado número de medicamentos. Destaca el uso de fármacos con bajo valor terapéutico, y de otros cuyo uso sería discutible en este grupo de edad, como los antiagregantes. Menos explicación tiene el uso de fármacos como triptorelina, flutamida o zafirlukast (registrados cada uno en un caso). Dado el aumento de incidencia con la edad de interacciones y efectos indeseables sería aconsejable evitar fármacos innecesarios.

**Conclusiones.** Es necesario racionalizar el consumo de fármacos en los centenarios

**EA-43**  
**COMPARACIÓN ENTRE SUJETOS TRASLADADOS A CENTROS SOCIOSANITARIOS DESDE UCIAVS VS SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS**  
**T. Sidawi Urbano<sup>1</sup>, J. Pita da Veiga Montis<sup>2</sup>, T. Escudero García<sup>3</sup> y M. Villalonga Comas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>2</sup>UVASS. Hospital Joan March. Bunyola (Illes Balears). <sup>3</sup>UVASS. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Comparar las diferencias que pueden existir en los perfiles de los sujetos que se trasladan directamente desde el servicio de urgencias, respecto a los de planta de hospitalización de MI hacia los hospitales sociosanitarios.

**Material y métodos.** Se seleccionaron desde el registro de UVASS de forma retrospectiva y lineal pacientes ingresados en el HUSD que fueron valorados por dicha unidad desde el servicio de Medicina Interna y de Urgencias en el período de tiempo comprendido entre el 01/01/2007 y 31/12/2007 y se remitieron a unidades de pluri-patológicos de los centros sociosanitarios.

**Resultados.** Se han valorado 342 pacientes 232 en UCIAVS y 110 en el servicio de MI, con una media de edad de 83.21 vs 80.73, predominio de mujeres 62,1% en la población de UCIAVS y predominio de varones 52,7% en la población de MI, barthel basal de 48.90 vs 57.77, barthel al traslado 22.13 vs 25.59, pfeiffer 6.01 vs 5.50, charlson 3.12 vs 3.60. Respecto al diagnóstico que motivo el traslado en ambos el primero es la IC 28,4% vs 22,7% seguido de la infección de vías respiratorias 21,1% vs 17,3%. Cuando se realiza estudio estadístico con test no paramétricos al no seguir una distribución normal encontramos diferencias significativas en cuanto al Barthel de ingreso (p = 0.009), Barthel de traslado (p = 0.046), sexo (p = 0,010), charlson (p = 0.046). No existiendo diferencias sobre la edad y el pfeiffer.

**Discusión.** Son poblaciones de edad avanzada, con elevada comorbilidad e importante deterioro funcional y cognitivo previo. Tal vez más llamativo de lo que está descrito en la literatura, que puede ser explicado porque son pacientes a los que se nos solicita traslado a centros sociosanitarios; sin mostrar grandes diferencias entre ellas excepto en el barthel previo al ingreso aunque existan diferencias estadísticas significativas. No por ello debemos considerar que se tratan de dos poblaciones diferentes, sino más bien la misma población en que la que prima la falta de camas libres en el hospital de agudos a la hora de remitir desde urgencias o bien desde planta de hospitalización.

**Conclusiones.** Se trata de poblaciones de edad avanzada con deterioro moderado de la funcionalidad y con alta comorbilidad. La posibilidad de traslado desde el servicio de urgencias parece que viene marcada principalmente por la peor capacidad funcional.

**EA-44**  
**EVENTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS (EAM) EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**C. Soler Portmann, M. López Buitrago, A. Mora Rufete, E. Ascuña Vázquez, E. Lorenzo Serrano, A. Maestre Peiro, M. Montesinos Aldeguer y A. Martín Hidalgo**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de EAM en pacientes de edad avanzada (> 70 años) ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche, así como las características demográficas, estancia media y grupos farmacológicos más frecuentemente implicados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional. Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el mes de Febrero de 2008. Recogida de la variable principal (EAM) y variables epidemiológicas, clínicas, farmacológicas. Análisis descriptivo de las variables. Se emplearon los criterios de Beers y del estudio Acove (Assessing Care of Vulnerable Elderly) para definir los grupos farmacológicos de riesgo en ancianos. **Resultados.** Durante el periodo analizado se produjeron 179 ingresos y de ellos 22 EAM, de los que 19 eran mayores de 70 años. La prevalencia de EAM en pacientes de edad avanzada fue de 10,6%. La edad media de los pacientes que presentaron EAM fue 77,5 años, con una distribución por sexos de 63,1% varones y 36,9% mujeres. La estancia media de los pacientes fue de 10,2 días. El número promedio de fármacos habituales al ingreso era de 7,5 (polifarmacia > 5 fcos), siendo los fármacos más frecuentemente asociados a dichos eventos los IECAs/ARA II y diuréticos, seguidos por AINEs, ATB (antibióticos) y antiarrítmicos. De entre las asociaciones farmacológicas de riesgo que presentaban nuestros pacientes al ingreso destacan IECA/ARAI + DIURÉTICO y DIGOXINA + DIURÉTICO seguidas de BENZODIAZEPINAS + ANTIPSICÓTICOS. Revisando los fármacos de riesgo al ingreso (según ACOVE y criterios de Beers) asociados frecuentemente con EAM en pacientes vulnerables, encontramos que el 36,8% de los pacientes recibían ANTIAGREGANTES, ANTICOAGULANTES ORALES, un 26% DIGOXINA y un 21% BENZODIAZEPINAS y ANTIPSICÓTICOS.

**Discusión.** El envejecimiento poblacional es una realidad incuestionable y un logro histórico, pero a su vez comporta un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos y consecuentemente una mayor prescripción de fármacos. Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento junto con la comorbilidad y la polifarmacia hacen a esta población más susceptible de sufrir EAM. En la actualidad existen estudios que nos han permitido identificar grupos farmacológicos de riesgo en las personas de edad avanzada. Con el fin de evaluar la importancia de los EAM en nuestra población hemos decidido realizar el presente estudio.

**Conclusiones.** La prevalencia de EAM en pacientes ingresados en nuestro servicio fue del 10%, similar a las reseñadas en otros estudios, así como la distribución por edad y grupos farmacológicos. La utilización sistemática de los criterios ACOVE en ancianos vulnerables quizá pueda reducir los EAM evitables.

#### EA-45

#### COLITIS ISQUEMICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN MEDICINA INTERNA

**E. Martín Echevarría, A. Muñoz Serrano, B. Martínez, A. Pereira, A. Guerri, M. Torralba<sup>6</sup>, M. Morales y M. Rodríguez Zapata**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Analizar los factores de riesgo, forma de presentación, evolución, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes diagnosticados de colitis isquémica (CI) en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Guadalajara.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo de carácter descriptivo. Los datos se obtuvieron de la revisión sistemática de la historia clínica de los pacientes con el diagnóstico de colitis isquémica en el periodo comprendido entre enero del año 2002 y diciembre del año 2007. El diagnóstico se clasificó en posible, probable y definitivo según los criterios de Brandt.

**Resultados.** Se obtuvieron 33 casos de pacientes con el diagnóstico de CI (Definitivo en el 33,3%, probable en el 21,2% y posible en el 45,5%). La mediana de edad fue de 77 años (IIQ, 71-86,5). El 57,6% eran varones. Los principales factores de riesgo asociados fueron la hipertensión (63,6%), fibrilación auricular (30,2%), cardiopatía isquémica (30,2%) y diabetes (21,2%). Los síntomas principa-

les fueron el dolor abdominal (78,8%), diarrea (57,6%), rectorragia (51,5%) y náuseas/vómitos (27,2%). La triada clásica de dolor, rectorragia y urgencia en la deposición se presentó en el 24,2%. Análiticamente el 57,6% de los pacientes presentó leucocitosis, el 54,5% anemia y el 51,5% elevación de la LDH. La colonoscopia se realizó en el 54,5%, el TAC en un 51,5% y la ecografía abdominal en un 36,4%. Endoscópicamente el edema y eritema se presentaron en un 77,7% y úlceras mucosas en el 27,7%. La afectación principal es del colon izquierdo en un 37,8%. La histología confirma el diagnóstico en un 61,1% de las colonoscopias. La forma más frecuente de presentación fue no oclusiva en un 72,7%. El tratamiento consistió en dieta absoluta con sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro, con necesidad de cirugía en 1 caso. La mortalidad global fue del 21,2% (7/33) de los casos, confirmándose el diagnóstico de CI en el 14,3% (1/7).

**Discusión.** La colitis isquémica es la forma más frecuente de lesión isquémica aguda del intestino. Se presenta en pacientes con edad avanzada. La afectación del colon suele ser segmentaria, siendo el ángulo esplénico y el colon izquierdo las zonas más frecuentemente afectadas. Aunque el tratamiento es médico normalmente con reposo intestinal, hidratación parenteral y antibióticos de amplio espectro, es una patología que alcanza una mortalidad del 50%, principalmente en los pacientes que precisan cirugía.

**Conclusiones.** La CI se debe sospechar ante un paciente de edad avanzada con dolor abdominal, diarrea y rectorragia. La forma más frecuente de presentación es la no oclusiva, por lo que el tratamiento es fundamentalmente médico. La colonoscopia y biopsia compatibles resultan las pruebas diagnósticas más rentables. La intervención quirúrgica se reserva para los pacientes con peritonismo o aquellos con evolución desfavorable a pesar del tratamiento médico.

#### EA-46

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**M. Domínguez Santalla<sup>1</sup> y C. Mella Pérez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Instituto Policlínico La Rosaleda, S. A. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Medicina interna. Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés (1). Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

**Objetivos.** Debido a la mejora en la expectativa de vida, actualmente asistimos a una mayor atención a pacientes ancianos. En la actualidad el 17% de la población española tiene más de 65 años y según las predicciones demográficas en el 2020 el 20% de la población será mayor de 65 años. Esto tiene importantes implicaciones en la asistencia sanitaria, pues son el grupo de población que más enferma y más recursos sanitarios requiere. Por ello es necesario conocer las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en la población muy anciana. El objetivo de este estudio es caracterizar a los pacientes nonagenarios ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes nonagenarios ingresados en un servicio de Medicina Interna, de un Hospital concertado. El área sanitaria del hospital de referencia es de unos 400000 pacientes, de los cuales el 21% (84.000) son mayores de 64 años. Para ello se seleccionaron los pacientes con edad > 90 años ingresados en una sección de Medicina Interna entre abril 2005 a mayo de 2008.

**Resultados.** La muestra esta compuesta por 113 pacientes, de éstos 30 (26,5%) eran varones y 83 (73,5%) eran mujeres. La edad media fue de 92,64 años (± 2,55), con un rango entre 90 y 102 años; el 18,76% de los pacientes eran mayores de 95 años. El motivo de ingreso más frecuente fue la patología respiratoria (infecciones respiratorias, neumonías, broncoaspiraciones) en un 51,3% de los pacientes; ACV 16,8%; insuficiencia cardiaca 10,6%, e infecciones de tracto urinario en un 9,7%. La estancia media fue de 12,58 días (± 0,80). Los antecedentes personales más relevantes fueron: HTA (53,1%), diabetes mellitus (26%), cardiopatía 55%, EPOC 17,7% y FA en un 39,85%. Casi la mitad de los pacientes (46,5%) presentaban deterioro cognitivo y un 56,6% precisaban ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana. La mortalidad global fue 19,5%.

**Discusión.** Los ancianos son más vulnerables a las infecciones que la población joven y las enfermedades infecciosas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La mayor susceptibilidad a las infecciones se atribuye además de al envejecimiento

anatómico, fisiológico e inmunológico, a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas (cardiovasculares, pulmonares y diabetes), que predisponen a la infección. El deterioro cognitivo, a diferencia de otras patologías psíquicas como los trastornos afectivos y de ansiedad, es un reconocido factor influyente y pronóstico sobre la duración de la estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** El motivo de ingreso más frecuente fueron las infecciones respiratorias. Casi la mitad de los pacientes presentaban comorbilidad psíquica. Posiblemente las complicaciones secundarias al síndrome demencial favorezcan el ingreso hospitalario.

#### EA-47

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON GASTROEROSIVOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

**C. Rodríguez Leal, M. Aguado Lobo, I. González Anglada, R. Hervás, J. Losa, C. Guijarro, V. Castilla Castellano y S. Nistal Juncos**

*Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (I). Alcorcón (Madrid).*

**Objetivos.** Introducción: La población anciana recibe un gran número de fármacos en relación con la variedad de patologías que padece. Además, este colectivo es especialmente vulnerable al desarrollo de hemorragia digestiva alta (HDA). Este trabajo trata de esclarecer la relación actual entre los fármacos gastroerosivos en este grupo de población y la HDA. **Objetivos:** Conocer la incidencia de HDA relacionada con fármacos gastroerosivos en la población mayor de 65 años del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA) y el uso de gastroprotección indicada.

**Material y métodos.** Población ingresada por hemorragia digestiva alta mayor de 65 años en los servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo desde enero de 2006 hasta junio de 2007. Para obtenerla se utilizó el CMBD (conjunto mínimo de datos básicos) del hospital y el análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS. Se fueron revisando los informes de alta recogiendo los fármacos gastroerosivos tomados previamente por el paciente (AINEs-antiinflamatorio no esteroideo-, AAS-ácido acetil salicílico-, acenocumarol, clopidogrel, anticolinesterásicos) así como la gastroprotección tomada (omeprazol, ranitidina). También se recogió el tipo de lesión que originó el sangrado (úlceras, gastritis, neoplasia) y la colonización por *H. Pylori*. **Resultados.** Se recogieron 59 casos de pacientes con HDA mayores de 65 años. El 64,4% tomaba al menos un tipo de gastroerosivo: AINEs, 18,6%; AAS, 18,6%; acenocumarol, 15,3%; anticolinesterásicos, 1,7%; dos o más gastroerosivos, 15,6%. De éstos, el 48,6% no recibía gastroprotección adecuada, un 46,3% tomaba omeprazol y el resto (5,1%) tomaba ranitidina. La infección por *H. pylori* se distribuyó de forma homogénea entre los consumidores de gastroerosivos (45,5%) y los pacientes que no los tomaban (55,5%), siendo la diferencia no estadísticamente significativa ( $p = 0,656$ ). En un 42,4% de los casos se consideró que el fármaco gastroerosivo fue decisivo en la génesis de la hemorragia. Un 40,7% de las hemorragias fueron graves (precisaron transfusión) y el 1,7% falleció a consecuencia de ésta. En cuanto al tipo de lesión, un 23,7% fue úlcera duodenal; un 40,7% úlcera gástrica; un 50,8% gastritis; y un 3,4% neoplasia preexistente.

**Discusión.** En un porcentaje importante de los pacientes el sangrado digestivo fue producido por el consumo de fármacos gastroerosivos, estando aproximadamente la mitad sin recibir gastroprotección. Su papel en el desencadenamiento de la HDA fue decisivo en el 42,4% de los casos. La distribución de otros factores gastroerosivos (*H. pylori* y neoplasia preexistente) fue homogénea a lo largo de la muestra.

**Conclusiones.** Actualmente un porcentaje importante de las HDA en pacientes ancianos está asociado a fármacos. En una proporción significativa aún no se prescribe gastroprotección, que siempre está indicada en este colectivo. En definitiva, los pacientes ancianos, con frecuente pluripatología y plurimedicación, deben ser vigilados estrechamente en cuanto a la prescripción de fármacos gastroerosivos y se debe ajustar convenientemente la utilización de gastroprotección adecuada.

#### EA-48

### ANTICOLINESTERÁSICOS: EL GASTROEROSIVO DESAPERCIBIDO

**M. Aguado Lobo, C. Rodríguez Leal, C. Aranda Cosgaya, B. Comeche Fernández, M. Delgado Yagüe, M. Pérez Rueda, A. Asenjo Mota y R. Barrena Puertas**

*Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (I). Alcorcón (Madrid).*

**Objetivos.** Introducción: En los últimos años se ha incrementado el uso de anticolinesterásicos en el tratamiento de la demencia. Los anticolinesterásicos podrían tener un efecto gastroerosivo que aún no ha sido suficientemente analizado. Valorar la implicación de los fármacos anticolinesterásicos (rivastigmina, donepezilo, galantamina) y similares (citicolina) en la etiología de la hemorragia digestiva alta en la población mayor de 65 años. Comprobar que las recomendaciones al alta fueron adecuadas.

**Material y métodos.** Población ingresada por hemorragia digestiva alta (HDA) mayor de 65 años en los servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo desde enero de 2006 hasta junio de 2007. Para obtenerla se utilizó el CMBD (conjunto mínimo de datos básicos) del hospital y el análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS. Se fueron revisando los informes de alta recogiendo los fármacos gastroerosivos tomados previamente por el paciente (AINEs-antiinflamatorio no esteroideo-, AAS-ácido acetil salicílico-, acenocumarol, clopidogrel, anticolinesterásicos) así como la gastroprotección tomada (omeprazol, ranitidina). También se recogió el tipo de lesión que originó el sangrado (úlceras, gastritis, neoplasia) y la colonización por *H. Pylori*.

**Resultados.** Se recogieron 59 casos de pacientes con HDA mayores de 65 años. En la serie analizada, tres pacientes estaban en tratamiento con fármacos anticolinesterásicos. En todos los casos la indicación era correcta. Todos ellos presentaban en la exploración endoscópica una úlcera duodenal como responsable del sangrado y ninguno de ellos tomaba colonización por *H. pylori*. Dos de ellos tomaba prednisona a dosis bajas y el otro clopidogrel. Ninguno tomaba gastroprotección previa. No se recomendó discontinuar el fármaco al alta en ningún caso.

**Discusión.** En la pequeña muestra obtenida, un factor decisivo en la hemorragia digestiva fue el consumo de anticolinesterásicos. Estos pacientes, a pesar de tomar otros fármacos potencialmente gastroerosivos (clopidogrel y prednisona) no consumían ningún tipo de gastroprotector.

**Conclusiones.** Los fármacos anticolinesterásicos tienen un potencial gastroerosivo conocido y así figura en su ficha técnica. Sin embargo, no todos los médicos son conscientes de ello. Debe prestarse atención a su indicación, el uso de gastroprotección y valorar la retirada en determinados pacientes teniendo en cuenta la relación riesgo/beneficio.

#### EA-49

### UN DÍA EN MI HOSPITAL: PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN LA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

**R. Corzo Gilabert, G. García Domínguez, O. Mera Gallardo, V. Pérez Vázquez, C. Asencio Méndez, M. Escobar Llopart, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Análisis clínico y epidemiológico del paciente ingresado en la Sección de Medicina Interna un día de finales de primavera. Se analizará las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso y antecedentes personales (incluyendo pluripatología).

**Material y métodos.** De la base de datos de nuestro hospital seleccionamos los pacientes ingresados un día de finales de primavera al azar y se recogieron los datos clínicos y epidemiológicos a partir de la historia de urgencias y de ingreso en Medicina Interna. El criterio de pluripatológico se definió según el cumplimiento de dos o más categorías clínicas descritas en el proceso pluripatológico del SAS.

**Resultados.** De los 123 pacientes ingresados en el Área Médica, el 38% (47 pacientes) estaban a cargo de la Sección de Medicina



Interna. La edad media de los pacientes fue de 64 años (18-89), el 51% pertenecían al sexo femenino (SF). El motivo de ingreso más frecuente fue insuficiencia cardíaca (12%) con una media de edad de 70 años y de predominio en SF (66%); seguido de: síndrome constitucional (10%), neoplasia-síndrome febril-síndrome coronario agudo e insuficiencia renal aguda (8.5%), neumonía (6.3%), hiponatremia -anemia y hemorragia digestiva (4.2%), otros (TEP, DM tipo 2 mal controlada, insuficiencia renal crónica). En cuanto a los antecedentes personales: el 31% y el 85% de los pacientes eran fumadores y consumidores excesivo de alcohol respectivamente, ambos de predominio en sexo masculino (SM) (86% y 100% respectivamente). La HTA fue el antecedente clínico más frecuente (42%, con igual distribución por sexos), seguidos de: DM tipo 2 (27%, el 53% SF), ACVA (25%, el 75% SM), EPOC (21%, el 90% SM), Insuficiencia cardíaca (17%, el 75% SF), cardiopatía isquémica (17%, distribución igual por sexos), dislipemia (14%, el 57% SF), y otros (FA crónica, neoplasia, anemia, hepatopatía crónica e insuficiencia renal crónica). El 36% de los pacientes cumplían los criterios de pluripatología, siendo la media de edad de 71.4 años y el 52% de SF. El 29% de los pacientes pluripatológicos presentaban 4 categorías clínicas, siendo el accidente cerebrovascular la más frecuente (58%), seguido de: insuficiencia cardíaca y DM tipo 2 (ambas un 41%), insuficiencia renal crónica (29%) y EPOC, anemia y cardiopatía isquémica (23%).

**Discusión.** Los pacientes ingresados en Medicina Interna respecto a otras especialidades suelen ser pacientes con patología compleja y, cada vez más, con pluripatología. La insuficiencia cardíaca junto con el síndrome constitucional obedecen a las causas más frecuentes de ingreso. En nuestro estudio; la media de edad fue de 64 años predominio en sexo femenino. La HTA, DM tipo 2, ACVA, EPOC e Insuficiencia cardíaca figuraban entre los antecedentes más frecuentes en nuestro pacientes, teniendo en cuenta que el 36% presentaban pluripatología (29% cumplían al menos 4 categorías clínicas y la presencia de ACVA seguida de DM tipo 2 e insuficiencia cardíaca fueron las más frecuentes). Aún tratándose de un corte de estudio de un solo día, los obtenidos son similares a los referidos en la literatura.

**Conclusiones.** 1. El paciente ingresado en Medicina Interna es un paciente complejo en cuanto a la clínica y manejo terapéutico. 2. La edad media suele ser avanzada. 3. La insuficiencia cardíaca y el estudio de síndrome constitucional son motivos frecuentes de ingreso. 4. Los antecedentes de los pacientes ingresados suelen ser diversos y en un número importante de casos concomitantes (pluripatológicos). 5. La visión integral del médico internista lo capacita en el abordaje de dicha patología.

#### EA-50

### EVOLUCIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES ANCIANOS SEGÚN SU ESTADO FUNCIONAL PREVIO

M. Vilajuana Español<sup>1</sup>, M. Esquiús Ausió<sup>2</sup>, F. Pastor Solernou<sup>2</sup>, A. Camps Roca<sup>1</sup> y L. Mujal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Bernabé. Berga (Barcelona).

**Objetivos.** Introducción: La edad no es el único factor que predispone a la mayor incidencia de mortalidad de los pacientes ancianos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Existen otros factores y condiciones de comorbilidad que pueden tener relación con la mala evolución de la enfermedad en estos pacientes. **Objetivo:** Valorar el índice funcional, según la escala de Barthel, y relacionarlo con la evolución posterior de la NAC en pacientes mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Pacientes y métodos: Estudio prospectivo observacional de cohorte única que incluye pacientes mayores de 65 años con NAC atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga (Barcelona) desde diciembre de 2007 a julio de 2008. Se han excluido los pacientes ingresados los 10 días previos a la inclusión en el estudio, los pacientes inmunosuprimidos y los que presentan infección por Mycobacterias. Se determina el índice de Barthel previo al ingreso y en el momento de la atención en urgencias (inclusión en el estudio) así como los datos sobre la evolución: Escala de Barthel al alta, fallo terapéutico precoz, signos o síntomas de mala evolución o éxitos. **Análisis estadístico:** El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS. Se ha realizado inicialmente el análisis bivariable para cada una de las varia-

bles en relación con la mala evolución. Las variables categóricas se han analizado mediante el test de la Xi cuadrado. Las variables continuas mediante el test de la T de Student. Se ha mantenido en el estudio bivariable la significación estadística en una probabilidad < 0.05.

**Resultados.** La muestra la forman 58 pacientes de edad superior o igual a 65 años recogidos durante el período de estudio. De los 58 pacientes, 35 (60.3%) son hombres i 23 (39.6%) mujeres. La edad media de la muestra es de 81,26 años  $\pm$  7.13 DE. Del total 54 individuos tienen edad superior o igual a 70 años i 8 (13.7%) tiene edad superior a 90 años. En la muestra 19 pacientes (32.75%) procedían de residencia y 39 (67,2%) de domicilio particular. Presentaron mala evolución 6 (31,6%) de los enfermos procedentes de residencia, mostrando esta relación con la mala evolución significación estadística. Presentaron mala evolución 10 (17,2%) de los pacientes de la muestra. La mortalidad cruda del estudio fue del 13,7% (8 pacientes) El valor de Barthel en el momento de la atención en urgencias presenta relación estadísticamente significativa con la mala evolución, con una probabilidad < 0,0001. El estado funcional previo al ingreso no se ha visto relacionado con la mala evolución en el presente estudio, probablemente debido a la gran variabilidad de resultados al escaso número de pacientes de la muestra.

**Conclusiones.** Estados de comorbilidad, lugar de procedencia y el estado funcional de los pacientes ancianos son de gran importancia en la valoración inicial del paciente con NAC, pues puede condicionar una correcta elección del lugar de tratamiento i antibiótico empírico i por lo tanto la evolución posterior. La detección de estos factores pronóstico puede ayudar al clínico a evaluar aquellos pacientes que requieren cuidados especiales i a evitar impresiones subjetivas.

## GESTIÓN CLÍNICA

### G-1

### EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL PRIMER AÑO DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

J. Muñoz López<sup>1</sup>, A. Ruiz Franco-Baux<sup>1</sup> y A. Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Alta Resolución de Utrera (Sevilla).

**Objetivos.** Analizar la actividad desarrollada durante nuestro primer año de funcionamiento como unidad de Medicina Interna dentro de un Hospital de Alta Resolución, tratando de identificar áreas de mejora.

**Material y métodos.** Hemos analizado todas las actividades desarrolladas durante este primer año, con especial atención a la de consultas (actividad principal) revisando los estadillos de consultas (donde constan los diagnósticos, procedencia y destino) del 2º y 4º trimestre.

**Resultados.** El Hospital de Alta Resolución de Utrera presta atención sanitaria a la población Utrera, Los Molares y El Coronil (55-60000 hab.), pertenecientes a la provincia de Sevilla. La actividad fundamental de Medicina Interna se basó en la Consulta ambulatoria, manteniendo una demora en torno a los 20 días para las primeras visitas. El análisis de la actividad desarrollada arroja los siguientes datos: -Consultas totales: 2.114 -Primeras visitas (Primaria): 698 (37,5% del total) -Interconsultas: 370 (20%) -Total de primeras consultas: 1068 (57%) -Revisiones: 795 (43% del total de consultas) -No presentados: 251 (12%) -Acto único: 264 (47% del total de las altas y el 25% del total de primeras consultas) -Reclamaciones presentadas: 0 -Motivos de consulta: -Diabetes 97 (18%); Disfunción tiroidea 65 (12%); Cefalea 65 (12%); HTA 35 (6.5%); Obesidad 22 (4%); Anemia 20 (3.7%); Demencias/alt de la memoria 14 (2.6%); ACV/AIT 14 (2.6%); Sind constitucional/sospecha Neo 12 (2.2%);

Trastornos del movimiento 12 (2.2%); Insuficiencia cardíaca 11 (2%); Síncope 9 (1.7%); Insuficiencia renal 8 (1.5%); Fibromialgia 7 (1.3%); HLP 5 (1%); resto 176 (32.5%) Se ha montado una consulta monográfica de Cardiología para ayudar a solventar la gran demanda de consultas cardiológicas. En los últimos meses del año se han iniciado los estudios de MAPA y se ha comenzado a atender pacientes en régimen de Hospital de Día. Se ha llevado a cabo un programa de coordinación con Atención Primaria que ha consistido en reuniones quincenales para resolver dudas y dar charlas de actualización, así mismo, se les ha facilitado el teléfono directo de la consulta para problemas puntuales no demorables durante la jornada de mañana.

**Discusión.** Es necesario plantearse continuamente cual debe ser la función de los internistas en los nuevos centros de prestación de servicios sanitarios que se van creando, tratando de identificar áreas dentro de dichos centros donde nuestra formación polivalente y visión global del enfermo, hagan de nosotros unos especialistas de referencia. Analizar la actividad realizada nos parece fundamental para poder conocer las áreas en que debemos trabajar más para mejorar. Nosotros creemos que beneficiará más a nuestra especialidad tomar la iniciativa a la hora de proponer cambios en el funcionamiento de nuestras unidades que vayan enfocados a prestar una atención sanitaria de la máxima calidad posible y asumir las labores de asesoramiento y coordinación que estén a nuestro alcance.

**Conclusiones.** 1º La actividad del internista como médico polivalente nos parece fundamental en los nuevos hospitales de alta resolución del SSPA. 2º El internista en estos centros, no debería limitarse a "pasar consultas", ya que puede realizar otras actividades para las que debe estar preparado (procedimientos diagnósticos, MAPA, H. de Día, labores de coordinación y asesoramiento, etc.). 3º La formación continuada adecuada a nuestra labor específica es una obligación y un derecho que debemos reclamar a los responsables de los centros. 4º El hospital de alta resolución ofrece una buena oportunidad para acercarnos a los médicos de A. Primaria, estableciendo vías de comunicación y procedimientos de formación continuada (bidireccional).

**G-2  
PAUTA DE ACTUACIÓN PARA MEJORAR LA SATURACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL**

**P. Marchena Yglesias, A. Ricart Conesa, N. Rico Villoria, P. Castellanos Lleuger, L. López Orenes, I. García González y J. Camacho García**

*Servicio de Urgencias-Medicina Interna. Hospital de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Comparar las franjas horarias de ingreso de los pacientes desde urgencias a las plantas de hospitalización en dos cortes transversales durante el mes de abril de 2008 tras la aplicación del Plan de Mejora de los ingresos desde urgencias. El objetivo es lograr al menos 6 ingresos en el turno de mañana.

**Material y métodos.** Se analizan dos periodos de tiempo durante el mes de abril de 2008 analizando la distribución horaria de los ingresos antes y después de la aplicación del Plan de Mejora de los ingresos desde urgencias. Dicho plan consiste en planificar las altas desde los servicios correspondientes el día anterior, confirmar las altas antes de las 9 de la mañana del día en cuestión y la apertura de una unidad llamada de tránsito donde el paciente que es dado de alta

espera los trámites administrativos liberando así la cama física.

**Resultados.** Se evalúa un total de 294 ingresos en 23 días: 184 del período del 1-15 de abril y 110 en el período del 16-23 abril. En el análisis del primer periodo en el turno de mañana (8-14h) ingresan un 7.07% de los pacientes (1.44 pacientes de promedio de ingresos al día); en el turno de tarde (14-22h) un 57.61% (11.78) y en el turno de noche (22-8h) un 35.33% (7.22). El horario del máximo número de ingresos se produce entre las 17-18 h. Antes de las 12:00 sólo se ingresa un 1.63% de los casos. En el análisis del segundo periodo tras la aplicación del Plan de Mejora, en el turno de mañana ingresan un 16.36% (2 pacientes de promedio al día y antes de las 12:00 un 3.64%) en el de tarde un 64.55% (7.89) y en de noche un 19% (2.33).

**Conclusiones.** Aunque no se logra llegar a los 6 ingresos previstos, si que se observa una tendencia a aumentar el número de ingresos en la franja matutina lo que contribuye a la desaturación del servicio en el resto de franjas horarias. A pesar del Plan el mayor número total de ingresos se sigue concentrando en la franja de la tarde.

**G-3  
LA GESTIÓN POR PROCESOS: UNA ALTERNATIVA DIFERENTE PARA LA HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL**

**J. Castiella Herrero<sup>1</sup>, F. Sanjuán Portugal<sup>2</sup>, L. Sánchez Muñoz<sup>1</sup>, J. Lajusticia Aisa<sup>1</sup> y J. Naya Manchado<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra (1). Calahorra (La Rioja). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Objetivos.** La Gestión por Procesos (GP) es un sistema de organización diferente, basado en principios de calidad total, orientado hacia la satisfacción de sus clientes o pacientes, flexible en la adopción de medidas, permite mejorar los flujos de trabajo entre de diferentes grupos o niveles asistenciales, asegurar una mayor implicación en la gestión clínica y aplicar la mejor práctica posible. En los últimos años (décadas) estamos asistiendo a la aparición de múltiples procesos asistenciales, centrados en patologías prevalentes, y de unidades asistenciales mal llamadas "alternativas a la hospitalización tradicional" (Unidades de Hospitalización a Domicilio, Unidades de Diagnóstico rápido, Hospitales de Día, Unidades de Corta Estancia, etc.), y nos hemos olvidado de aplicar nuevas herramientas de gestión a la hospitalización, para relanzarla y modernizarla. El Objetivo principal del proyecto es implantar la Gestión por Procesos al conjunto de la hospitalización de una Unidad de Hospitalización Médica, ofertándola como una alternativa real a la hospitalización "tradicional".

**Material y métodos.** En el año 2001, se seleccionó el Proceso de Hospitalización Médica (PHM) como un proceso clave de la organización. El PHM tiene por misión el realizar un diagnóstico correcto, proporcionar un tratamiento y cuidados adecuados hasta el alta, buscar la satisfacción del paciente y sus familiares, utilizando para ello la mejor evidencia disponible. Tras un periodo de formación en modelos de calidad y gestión por procesos, el equipo del proceso lo diseñó y redactó en toda su amplitud (misión, estructurar entradas y salidas, establecer límites, identificar a clientes y proveedores, elaborar el mapa del proceso y su diagrama de flujos, definir actividades y estándares de calidad, marcar indicadores y objetivos) y realizó las auditorias de estabilización e implantación. Desde entonces y hasta ahora, se han identificado oportunidades de mejora que fueron implantadas en el 2003. En el año 2004, el proceso y sus indicadores fueron revisados y mejorados en su conjunto, para ser sometido a una auditoria de calidad y obtener el certificado de según la Norma

Tabla 1. Indicadores clave del proceso (G-3).

Indicador	Resultado	Indicador	Resultado
EM (días)	6,4	Úlceras Intra-unidad (%)	2,1
EM depurada (días)	6,1	Satisfacción del paciente(sobre 10)	8,75
Peso medio	1,8733	Altas con informe < 24 h	100
Altas voluntarias (%)	0,43	Calidad informe de alta (01-06)	98
Fallecimientos (%)	6,9	Prealta (%)	100
Reingresos (%)	6,7	Planes de Cuidados	100

ISO 9001:2000. Desde entonces ha sido sometido a 3 auditorias internas y una externa, habiéndose renovado su certificación en febrero del 2008.

**Resultados.** En la tabla 1 se muestran los indicadores clave del proceso, obtenidos del período 2001-2007 sobre un total de 9.125 altas.

**Conclusiones.** La gestión por procesos debiera ser la primera herramienta en gestión a aplicar en las unidades de hospitalización, antes de buscar otras alternativas. Su implantación en el paso necesario para el desarrollo de procesos clínicos, basados en patologías prevalentes. Aplicar la gestión por procesos permite, de forma ordenada y flexible, localizar, definir, implantar y mejorar los flujos de trabajo, y aumenta la participación en gestión del profesional. El proceso sistematiza todas las actividades propias de la hospitalización, las adecua a las necesidades de nuestros pacientes, reduce las bolsas de ineficiencia y mejora la interrelación con otros servicios.

**G-4  
EVOLUCIÓN DE LA EDAD Y COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

**L. Pérez Sánchez, C. Gómez Ayerbe, F. García Sánchez, A. Ruiz Pérez, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).*

**Objetivos.** Los trabajos que estudian las interconsultas solicitadas a Medicina Interna sugieren que los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos están aumentando su edad y complejidad. Nos proponemos estudiar si esta sugerencia tiene un fundamento real.

**Material y métodos.** Hemos comparado los pacientes dados de alta en el año 2001, con los dados de alta en 2007, de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Cirugía General (CG), Ginecología (GIN), sin Obstetricia, y Urología (URO). Variables analizadas: edad, índice de comorbilidad de Charlson y "peso" administrativo. Los datos han sido obtenidos del CMBD del hospital. La descripción de los resultados la hacemos con la media y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y el análisis estadístico por medio de la diferencia de medias y su IC 95% obtenidos mediante regresión lineal.

**Resultados.** Los pacientes ingresados en 2001 y 2007 respectivamente fueron: COT 1.524/1.793; CG 2.437/2.780; GIN 1.549/1.396; URO 759/1.068; Total 6.269/7.037. Los resultados están expuestos en la tabla 1.

**Discusión.** Existe un incremento significativo de la edad, comorbilidad y "peso" de los enfermos atendidos en 2007 por los servicios quirúrgicos respecto a los de 2001. Es posible que se deba a un aumento de la edad y calidad de vida de la población, y a la mejora de las técnicas anestésicas y quirúrgicas.

**Conclusiones.** Los servicios quirúrgicos de nuestro hospital están aumentando, de manera discreta pero significativa, la edad media y comorbilidad de los pacientes que ingresan, con un incremento asociado en el uso de recursos.

**G-5  
EVOLUCIÓN DE LA SOLICITUD DE INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA POR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

**C. Gómez Ayerbe, L. Pérez Sánchez, J. Ramos Ramos, F. García Sánchez, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).*

**Objetivos.** La actividad que realiza Medicina Interna en los servicios quirúrgicos mediante la resolución de interconsultas (IC) no es bien conocida, ni en cantidad ni en evolución a lo largo de los años, entre otras características importantes. Conocer estos datos es fundamental a la hora de planificar el trabajo del Servicio. Nuestro objetivo es analizar el número de IC solicitadas por los servicios quirúrgicos a Medicina Interna y su evolución en los últimos 7 años.

**Material y métodos.** Nuestro servicio lleva un registro administrativo de las IC que le son solicitadas en horario laboral, excluyendo las remitidas a la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Las variables recogidas en dicho registro incluyen el servicio peticionario y la fecha de solicitud. El estudio lo hemos realizado comparando las interconsultas pedidas en el año 2000 por Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Cirugía General (CG) y Urología (URO), con las solicitadas en 2007. La cifra de ingresos totales de los respectivos servicios ha sido obtenida del CMBD del hospital. La descripción de los resultados la hacemos mediante las proporciones expresadas en porcentajes. La comparación de proporciones la hemos realizado mediante la prueba de la  $\chi^2$ .

**Resultados.** Los resultados están expuestos en la tabla 1.

**Discusión.** Nuestros resultados muestran, con algunas diferencias entre los servicios quirúrgicos analizados, un aumento importante en el número de IC solicitadas. En el año 2007 supusieron 1,26 IC nuevas cada día laborable sólo entre estos 3 servicios. Dicho incremento no se explica por un mayor número de ingresos. Posiblemente se deba, entre otros factores, a un aumento en la edad y/o complejidad de los enfermos que ingresan en los servicios quirúrgicos y que, como consecuencia de ello, requieren un mayor control por parte de Medicina Interna. Estos hallazgos implican una importante, compleja y creciente carga de trabajo, que debería ser valorada detenidamente por parte de los diferentes gestores del hospital a la hora de planificar la actividad del Servicio de Medicina Interna.

**Conclusiones.** Los servicios quirúrgicos de nuestro hospital solicitan más de una IC al día a Medicina Interna, con un marcado incremen-

Tabla 1. Resultados (G-4).

	2001	2007	Diferencia	Significación
<b>COT</b>				
Edad (IC 95%)	50,8 (49,7 a 51,9)	55,5 (54,5 a 56,5)	4,73 (3,2 a 6,2)	p = 0,000
Charlson (IC 95%)	1,72 (1,61 a 1,82)	2,05 (1,95 a 2,15)	0,33 (0,19 a 0,47)	p = 0,000
Peso (IC 95%)	1,69 (1,63 a 1,75)	2,05 (1,97 a 2,13)	0,37 (0,26 a 0,47)	p = 0,000
<b>CG</b>				
Edad (IC 95%)	53,1 (52,4 a 53,9)	54,9 (54,2 a 55,6)	1,7 (0,7 a 2,8)	p = 0,001
Charlson (IC 95%)	2,31 (2,18 a 2,44)	2,34 (2,23 a 2,45)	0,03 (-0,14 a 0,2)	n.s.
Peso (IC 95%)	1,49 (1,43 a 1,55)	1,72 (1,65 a 1,8)	0,24 (0,14 a 0,34)	p = 0,000
<b>GIN</b>				
Edad (IC 95%)	42,2 (41,5 a 43)	43,2 (42,5 a 44,1)	1 (-0,2 a 2,1)	n.s.
Charlson (IC 95%)	1,07 (0,95 a 1,19)	1,31 (1,16 a 1,45)	0,23 (0,04 a 0,42)	p = 0,015
Peso (IC 95%)	0,9 (0,87 a 0,93)	1,03 (0,99 a 1,07)	0,13 (0,08 a 0,18)	p = 0,000
<b>URO</b>				
Edad (IC 95%)	58,1 (56,7 a 59,5)	60,8 (59,7 a 61,9)	2,7 (1 a 4,4)	p = 0,002
Charlson (IC 95%)	3,11 (2,89 a 3,33)	2,98 (2,83 a 3,13)	-0,13 (-0,4 a 0,12)	n.s.
Peso (IC 95%)	1,34 (1,23 a 1,45)	1,43 (1,36 a 1,49)	0,09 (-0,03 a 0,21)	n.s.
<b>Total</b>				
Edad (IC 95%)	50,5 (50 a 51)	53,6 (53,1 a 54,1)	3,14 (2,5 a 3,8)	p = 0,000
Charlson (IC 95%)	1,96 (1,89 a 2,03)	2,16 (2,09 a 2,22)	0,2 (0,1 a 0,29)	p = 0,000
Peso (IC 95%)	1,37 (1,34 a 1,41)	1,62 (1,58 a 1,66)	0,25 (0,2 a 0,3)	p = 0,000



Tabla 1. Resultados (G-5).

	2000	2007	Incremento en %	Significación
COT				
N	1.424	1.793	25,91	n.s.
PIC (%)	108 (7,58)	139 (7,75)	28,7	n.s.
CG				
N	2.397	2.780	15,98	p = 0,000
PIC (%)	67 (2,8)	137 (4,93)	104,48	
URO				
N	827	1.068	29,14	n.s.
PIC (%)	30 (3,63)	52 (4,87)	73,33	
Total				
N	4.648	5.641	21,36	p = 0,002
PIC (%)	205 (4,41)	328 (5,81)	60,0	

to en los últimos 7 años que no se explica por el aumento de ingresos en dichos servicios.

**G-6  
VARIACIONES MENSUALES DE LA SOLICITUD DE INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA POR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

**L. Pérez Sánchez, V. Delgado Sardina, A. Ruiz Pérez, C. Hernández Ahijado, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** El número de interconsultas (IC) solicitadas a Medicina Interna puede presentar variaciones mensuales, lo que afectaría a la planificación del trabajo. El objetivo es analizar el número de IC mensuales solicitadas por los servicios quirúrgicos a Medicina Interna.

**Material y métodos.** Nuestro servicio lleva un registro administrativo de las IC que le son solicitadas en horario laboral, excluyendo las remitidas a Enfermedades Infecciosas. Las variables recogidas incluyen el servicio peticionario y fecha de solicitud. Analizamos el número y mes de solicitud de las IC pedidas desde 2000 hasta 2007 por Traumatología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía Maxilofacial. La descripción de los resultados la hacemos mediante la media y el rango. La comparación de las medias, con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), frente a la media total, con la t de Student.

**Resultados.** Los resultados están expuestos en la tabla.

**Discusión.** Hay diferencias en el número de IC solicitadas por los servicios quirúrgicos en los diversos meses, alcanzando el 64% entre agosto y enero. En enero, febrero, junio y octubre se reciben más IC; en julio y agosto menos. Una explicación puede ser la mayor o menor actividad de los servicios quirúrgicos, coincidiendo o no con períodos vacacionales. Sin embargo, meses tradicionalmente con vacaciones como son diciembre-enero o abril no muestran un descenso en el número de IC. Otra explicación puede ser que los meses con mayor número de IC suelen ser los meses con mayor morbilidad médica y, por el contrario, los meses con menos IC también suelen ser los de menor morbilidad médica.

Tabla 1. Resultados (G-6).

	Media (rango)	Diferencia medias (IC 95%)	Significación
Enero	31,0 (22 - 45)	4,98 (3,58 a 6,38)	p = 0,000
Febrero	28,2 (21 - 33)	2,2 (0,8 a 3,6)	p = 0,002
Marzo	26,2 (15 - 39)	0,2 (-1,17 a 1,63)	n. S.
Abril	24,6 (16 - 34)	-1,39 (-2,79 a 0,01)	n. S.
Mayo	25,6 (16 - 36)	-0,39 (-1,79 a 1,01)	n. S.
Junio	30,6 (16 - 39)	4,61 (3,21 a 6,01)	p = 0,000
Julio	21,4 (13 - 30)	-4,64 (-6,04 a -3,24)	p = 0,000
Agosto	18,9 (11 - 26)	-7,12 (-8,72 a -5,72)	p = 0,000
Septiembre	25,7 (16 - 32)	-0,27 (-1,67 a 1,13)	n. S.
Octubre	29,1 (21 - 36)	3,11 (1,71 a 4,51)	p = 0,000
Noviembre	26,1 (21 - 34)	0,11 (-1,29 a 1,51)	n. S.
Diciembre	24,6 (19 - 30)	-1,39 (-2,79 a 0,01)	n. S.
Total	26,0 (11 - 45)		

**Conclusiones.** La solicitud de IC por parte de los servicios quirúrgicos presenta marcadas variaciones mensuales, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar la actividad del servicio de Medicina Interna.

**G-7  
IMPORTANCIA DE LA MEDICINA INTERNA EN LAS SECCIONES. CARDIOLOGÍA**

**J. Molina Puente<sup>1</sup>, R. García Alonso<sup>1</sup>, A. Rubio Caballero<sup>2</sup>, A. Ascensión<sup>1</sup>, J. Costa Vazquez<sup>2</sup>, P. Rossi<sup>2</sup>, M. Álvarez Moya<sup>1</sup> y D. Sánchez Fuentes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila (Ávila).

**Objetivos.** Conocer la capacidad y resolución de una Sección de Cardiología formada por un equipo multidisciplinar de Cardiólogos e Internistas.

**Material y métodos.** Se analiza el funcionamiento de la Sección de Cardiología, de la provincia de Ávila, durante el período comprendido entre el 1/08/2007 al 1/06/2008, tras la contratación de 3 Internistas para apoyar esta sección. La sección queda constituida por 3 Cardiólogos y 3 Especialistas en Medicina Interna, dedicados a la atención de pacientes cardiológicos. La actividad diaria consiste en: 2-3 consultas externas al día, con atención a 8 pacientes nuevos por consulta y día, 4 revisiones anuales y 5-8 revisiones de menos de 6 meses. Planta de hospitalización, con 15 camas adjudicadas. Pruebas: Ecocardiograma TT y ETE, Ergometría, Holter, Implantación de Dispositivos (holter implantable, marcapasos, DAI,...) Resolución de Interconsultas. Informes de Electrocardiograma.

**Resultados.** Durante el período de estudio se realizaron, por parte de los Especialistas en Medicina Interna: Consultas externas: 2.692 consultas, atendiendo a 1061 pacientes nuevos y realizando 1.176 revisiones. Consiguiéndose la desaparición de la lista de espera de consulta, pasando de 6-7 meses a una semana. Atención en Planta con una estancia media de 3,4 días. Interconsultas: Media 2,3 IC/día. Con un 72% de resolución en el mismo acto. Informes de Electrocardiogramas: Media 5 ECG/día. Realización de Guardias Médicas. 3 guardias/mes. Total 9 puestos de Guardia mensuales.

**Discusión.** La ampliación de las diversas secciones médicas, formando equipos mixtos de "especialista" e internista permite desarrollar un trabajo de calidad, resolviendo los mayores problemas de atención, de la sanidad hospitalaria actual. 1. Atención precoz al paciente. Ante la gran demanda asistencial se puede dar atención a un mayor número de paciente específicos, con una fase de cribado, más específica, eso sí contando siempre con un apoyo más directo, para casos concretos. 2. Realización de pruebas diagnósticas. Se disminuye la carga de atención médico del especialista, pudiendo este realizar un mayor número de pruebas diagnósticas y tratamientos específicos. 3. Cobertura de Guardias médicas. Un mayor número de Internistas, permite una atención global durante la guardia médica y durante un mayor número de días al mes.

**Conclusiones.** La demanda de "especialistas" médicos, incrementa también la de Internistas por su versatilidad y eficiencia. La Medicina Interna sigue siendo una de las especialidades más eficientes. La mejora en las condiciones de trabajo de las diversas secciones aumenta: La calidad del trabajo. La satisfacción de los profesionales. La estabilidad de estos en los puestos de trabajo. Así como se permite el aumento del conocimiento específico del Internista, durante el período de apoyo a la Sección. Es necesaria la ampliación de los Servicios de Medicina Interna, para dar cobertura al resto de Especialidades.

**G-8  
ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS QUE DEBERÍAN SER VALORADOS POR MEDICINA INTERNA**

**L. Pérez Sánchez, C. Gómez Ayerbe, C. Hernández Ahijado, A. Sanz Aiz, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** La actividad que los servicios médicos desarrollan en los quirúrgicos es realizada, salvo raras excepciones, por medio de las interconsultas (IC). Uno de los inconvenientes de este sistema es que su puesta en marcha recae sobre el médico responsable del enfermo y de su habilidad para detectar problemas con los que no está familiarizado. Este hecho abre la posibilidad de que existan enfermos que deberían ser valorados por las especialidades médicas por diversos motivos pre, peri o postoperatorios y que finalmente no lo son. Nos proponemos analizar el número de enfermos ingresados en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital que deberían ser valorados y controlados durante dicho ingreso por Medicina Interna.

**Material y métodos.** El estudio lo hemos realizado analizando, en un corte transversal, todos los pacientes ingresados un día determinado en los cuatro servicios quirúrgicos de nuestro centro con mayor volumen de enfermos: Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Cirugía General (CG), Ginecología (GIN), sin Obstetricia, y Urología (URO). Las variables analizadas han sido: sexo, edad, solicitud de IC a cualquier servicio del área médica, número de fármacos administrados y la presencia de procesos médicos agudos y/o crónicos. Hemos considerado que el enfermo debería ser valorado y seguido por Medicina Interna si presentaba uno o más de los siguientes criterios (CC): edad igual o superior a 65 años, solicitud de IC por parte del servicio correspondiente, si estaba recibiendo tres o más fármacos, si presentaba un proceso médico agudo (PMA), o un proceso médico crónico (PMC) cuya descompensación podría poner en peligro al paciente o la intervención prevista. A efectos del estudio no hemos considerado fármacos la nutrición enteral, nutrición parenteral, sueroterapia ni heparina de bajo peso molecular administrada para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa.

Tabla 1. Resultados (G-8).

	Varón (%)	Edad (rango)	IC (%)	Farm (%)	PMA (%)	PMC (%)	CC (%)
COT	21 (64)	55,9 (14-89)	6 (18)	32 (97)	4 (12)	18 (54)	32 (97)
CG	30 (52)	61,3 (23-90)	23 (40)	56 (97)	18 (31)	47 (81)	56 (97)
GIN	0 (0)	45,3 (17-85)	1 (8)	9 (69)	1 (8)	6 (46)	10 (77)
URO	8 (57)	64,1 (35-85)	3 (21)	13 (93)	3 (21)	14 (100)	14 (100)
Total	59 (50)	58,4 (14-90)	33 (28)	110 (93)	26 (22)	85 (72)	112 (95)

**Resultados.** El número de pacientes incluidos ha sido: COT 33; CG 58; GIN 13; URO 14; total 118. Los resultados están expuestos en la tabla.

**Discusión.** Nuestros hallazgos muestran que, a pesar de tener una edad media moderada, un elevado porcentaje de los enfermos ingresados en los servicios quirúrgicos padecen procesos médicos crónicos, y cerca de la cuarta parte de los pacientes quirúrgicos presentan procesos médicos agudos el día del estudio, lo que puede explicar el alto grado de polimedición. Todo ello puede originar que los propios servicios quirúrgicos hayan solicitado interconsulta para casi un tercio de sus enfermos, aunque esta cifra es muy corta, ya que prácticamente todos deberían ser valorados por Medicina Interna.

**Conclusiones.** La práctica totalidad de los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos deben ser valorados y controlados por Medicina Interna.

**G-9  
EFECTO LLAMADA/RECHAZO EN LA SOLICITUD DE INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA POR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

**C. Gómez Ayerbe, L. Pérez Sánchez, Á. Sanz Aiz, J. Ramos Ramos, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** El Servicio de Medicina Interna destina un internista cada mes a resolver interconsultas (IC). Esta organización, en función de cada internista, puede distorsionar la solicitud de IC. El objetivo es estudiar la existencia de un efecto llamada/rechazo en la solicitud de IC a Medicina Interna por parte de los servicios quirúrgicos.

**Material y métodos.** Nuestro servicio lleva un registro administrativo de las IC que le son solicitadas en horario laboral, excluyendo las remitidas a la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Las variables recogidas incluyen el servicio peticionario, fecha de solicitud e internista consultor. Analizamos el número de IC recibidas por cada consultor desde 2000 hasta 2007, solicitadas por Traumatología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía Maxilofacial. Sólo participaron los internistas que, en el período de estudio, actuaron tres o más meses como consultores. La descripción de los resultados la hacemos con la media y el rango. La comparación de las medias, con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), frente a la media total la hemos realizado mediante regresión lineal, ajustando por años y meses naturales.

**Resultados.** Los resultados están expuestos en la tabla.  
**Discusión.** Los resultados muestran tendencias, en uno u otro senti-

Tabla 1. Resultados (G-9).

Internista	Media (rango)	Diferencia ajustada (IC 95%)	Significación
1	22 (16-45)	-2,25 (-6,82 a 2,31)	N.S.
2	23,7 (21-27)	-4,79 (-11,73 a 2,14)	N.S.
3	28,2 (23-33)	2,02 (-4,03 a 8,06)	N.S.
4	31,7 (22-39)	4,96 (-2,01 a 11,94)	N.S.
5	23,2 (14-30)	-0,39 (-6,76 a 5,99)	N.S.
6	31 (26-36)	2,34 (-3,21 a 7,89)	N.S.
7	21 (19-23)	-7,67 (-14,43 a -0,91)	p = 0,03
8	29,5 (22-39)	1,49 (-3,03 a 6,02)	N.S.
9	26,7 (19-37)	3,13 (-3,87 a 10,13)	N.S.
10	26,4 (16-36)	1,21 (-3,58 a 6,0)	N.S.
11	24,8 (14-35)	-1,22 (-6,26 a 3,81)	N.S.
12	23,6 (16-32)	-3,0 (-8,46 a 2,47)	N.S.
13	28,8 (24-36)	-1,39 (-2,79 a 0,01)	N.S.
Total	26,2 (14-45)		

do, para algunos internistas, llegando a un rechazo significativo en un caso. Esto puede deberse a laxitud o excesivo rigor en los criterios sobre las IC, no cumplimiento de las expectativas de los cirujanos o "entorpecimiento" de su actividad habitual.

**Conclusiones.** Puede haber, al menos, un efecto rechazo sobre el consultor, por parte de los servicios quirúrgicos al solicitar IC a Medicina Interna.

## G-10

### IMPACTO DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA SOBRE LA ASISTENCIA AL ICTUS AGUDO EN UN HOSPITAL COMARCAL

**M. Pedragosa<sup>1</sup>, M. Ribó<sup>3</sup>, F. Alonso<sup>1</sup>, C. Molina<sup>3</sup>, C. Sanclemente<sup>4</sup>, M. Martín<sup>2</sup>, J. Brugués<sup>1</sup> y J. Álvarez-Sabín<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona). <sup>3</sup>Unidad de Ictus - Servicio de Neurología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona (Barcelona).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L') (Barcelona).

**Objetivos.** Describimos el impacto de la implantación de un sistema de telemedicina (STel) sobre diferentes indicadores de calidad en la asistencia a enfermos con ictus agudo.

**Material y métodos.** En enero de 2007 se implantó un STel entre el Hospital Comarcal (HC) carente de neurólogo de guardia y un Hospital de referencia (HR) a 70 Km. STel permite la valoración urgente a distancia por el neurólogo (exploración física y neuroimagen), indicación controlada de tratamiento fibrinolítico o decisión de traslado al HR. Durante 1 año se estudiaron diferentes indicadores para todos los pacientes que acudieron con un ictus isquémico a urgencias del HCV, comparando los resultados con los del año previo.

**Resultados.** Acudieron al HC 201 y 198 pacientes con ictus en 2006 y 2007 respectivamente. Durante 2007 el STel se activó en 72 ocasiones (36%). Con la implantación de STel se incrementó el número de pacientes valorados urgentemente por un neurólogo especialista (17% Vs 38%;  $p > 0,001$ ) y disminuyeron los traslados inter-hospitalarios (17% Vs 6%;  $p = 0,001$ ). Gracias a ST se dobló el número de pacientes tratados con tPA: 4,5% ( $n = 9$ ) en 2006 y 8,6% ( $n = 17$ , de ellas 9 en HC) en 2007 ( $p = 0,14$ ). STel permitió además disminuir el tiempo desde inicio de los síntomas hasta la administración de tPA (193 Vs 163min;  $p = 0,2$ ) e incrementar los pacientes tratados en la ventana de 0-3 horas (40 Vs 63%;  $p = 0,2$ ). **Conclusiones.** Telemedicina permite mejorar la calidad de la asistencia al ictus agudo en centros carentes de neurólogo de guardia disminuyendo el número de traslados inter-hospitalarios.

## G-11

### HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

**J. López Castro<sup>1</sup>, Á. Castillo Losada<sup>2</sup> y M. Álvarez Hernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de HADO. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

**Objetivos.** Mostrar la evolución en el perfil de pacientes atendido en una unidad de HADO de segundo nivel. Evaluar la actividad asistencial en 10 años de HADO (desde su fundación).

**Material y métodos.** Se han revisado las hojas estadísticas y memorias realizadas desde la fundación en 1998 de la Unidad de HADO. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se describen mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación típica o IC al 95% para la media). Las variables cualitativas se describen mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

**Resultados.** En los 10 años de actividad se han atendido 3218 pacientes (50,5% mujeres) obteniéndose una estancia total de 41.859 días. Se han realizado 16860 visitas médicas y 25.484 visitas de enfermería. Los primeros 8 años la Unidad disponía de 1 solo facultativo (actualmente dispone de 3). En este período, los Servicios que más han utilizado nuestra Unidad han sido Cirugía general (18,7%), Traumatología (14,91%) y Cirugía vascular (14,79%). El número de pacientes médicos, con mayor complejidad que los qui-

rúrgicos, se ha incrementado progresivamente hasta alcanzar el 42,75%; a pesar de ello la estancia media ha descendido de 17,29 días en 1999 a 8,89 en la actualidad. Desde hace 1 año, el número de pacientes médicos supera al de los quirúrgicos.

**Discusión.** Inicialmente nuestra Unidad disponía de una dotación asistencial muy reducida (1 médico y 3 enfermeras) y de una infraestructura básica. A pesar de ello el número de pacientes atendidos ha experimentado un ascenso continuo. Se ha conseguido ampliar la cobertura del sector de población y aumentar la plantilla médica lo que ha permitido realizar seguimiento de pacientes complejos (paliativos, pluripatológicos,...).

**Conclusiones.** Se ha experimentado un cambio importante en el perfil del paciente atendido en nuestra Unidad, siendo en la actualidad predominante el paciente médico pluripatológico. Se ha conseguido disminuir la estancia media y consensuar protocolos de actuación con otros servicios del Hospital para con ello mejorar la calidad de vida de los enfermos. Se necesitan estudios longitudinales para evaluar el impacto de este tipo de Unidades en el pronóstico y supervivencia de los enfermos.

## G-12

### UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO: UN MODELO DE UNIDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA AMBULATORIA

**J. Torné Cachot<sup>1</sup>, J. Blanch Flap<sup>1</sup>, M. Mestres García<sup>1</sup>, L. Peñas Rojas<sup>1</sup>, C. Gris Ambros<sup>1</sup>, X. Encinas Méndez<sup>2</sup>, X. Pérez Martí<sup>2</sup> y J. Baucells Azcona<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

**Objetivos.** Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) pueden presentar distintas estructuras organizativas y funcionales según al servicio hospitalario de las cuales dependen y de las patologías que se asisten. En nuestro centro, desde la puesta en marcha de la unidad, ésta depende del Servicio de Medicina Interna y en ella son evaluados pacientes con patologías de perfil médico y quirúrgico. El objetivo del estudio es analizar los tipos de patologías evaluadas y su derivación tras el proceso diagnóstico.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio observacional y prospectivo de todos los casos registrados en la UDR desde noviembre de 2005 hasta abril de 2008. Los pacientes fueron registrados en una base de datos, recogiendo las siguientes variables: datos generales, procedencia, motivos de consulta (cuadro tóxico, fiebre prolongada, anemia de causa desconocida, adenopatías, alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad, sospecha de enfermedad sistémica, masas abdominales, sospecha de cáncer de pulmón, colorectal y mama, disfgia de instauración reciente, diarrea crónica, ictericia, ascitis y derrame pleural), tipo de patología (médica, quirúrgica), adecuación de la interconsulta, ahorro de ingreso y derivación del paciente tras el diagnóstico (domicilio, atención primaria, consultas externas, ingreso, hospital de referencia).

**Resultados.** Durante el período del estudio se registraron 1.173 pacientes, 570 hombres (48,6%) y 603 mujeres (51,4%), con una edad media de 61 años (15-98). La procedencia más común fue atención primaria con 524 pacientes (44,6%), seguida de urgencias con 294 (25%) y consultas externas con 280 (23,8%). Los principales motivos de consulta fueron la sospecha de neoplasia colorectal en 171 casos (14,6%), la sospecha de neoplasia de mama en 140 casos (12%) y el estudio de anemia en 138 casos (11,7%). Se diagnosticó una enfermedad neoplásica en 341 pacientes (29%). En 402 pacientes (34,3%) los diagnósticos finales fueron propios de servicios quirúrgicos, 346 (86%) de cirugía general, 26 (6,5%) de otorrinolaringología, 20 (5%) de ginecología y 10 (2,5%) de urología. Existió adecuación en el 87% de los casos. Existió adecuación en la interconsulta en 1.025 pacientes (87%). Se logró evitar el ingreso hospitalario en 564 pacientes (48%). Tras el diagnóstico, 767 casos (65,3%) fueron derivados a consultas externas, 211 (18%) a atención primaria, 98 (8,3%) al hospital de tercer nivel para procedimiento terapéutico especializado, 71 (6%) requirieron ingreso hospitalario y 21 (1,7%) a domicilio.

**Discusión.** En nuestro centro, para optimizar los recursos y conseguir una evaluación integral del paciente se decidió una UDR multidisciplinaria, dirigida y coordinada por el servicio de Medicina



Interna. Diversos factores como, el ahorro de ingresos hospitalarios y costes derivados del mismo y la satisfacción de los servicios quirúrgicos implicados con la unidad, corroboran este modelo asistencial como el más eficiente e idóneo para un hospital comarcal. Creemos que constituye un hecho relevante que el 34,3% de los pacientes hubieran sido tributarios de estudio y/o ingreso hospitalario en servicios quirúrgicos. Los principales motivos de traslado fueron, enfermedades con indicación de cirugía especializada, propias de hospitales de tercer nivel (cirugía torácica, esofágica, hepática y pancreática).

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos durante el período del estudio nos permiten realizar las siguientes conclusiones: 1. Posiblemente una UDR multidisciplinaria constituye en un hospital comarcal una de las mejores propuestas funcionales para lograr y cumplir los objetivos de dichas unidades, que son el diagnóstico rápido de procesos potencialmente graves y conseguir un ahorro de ingresos hospitalarios. 2. El carácter multidisciplinario de la UDR favorece una mayor relación funcional y asistencial con los servicios quirúrgicos. 3. Destacamos un alto porcentaje de diagnósticos (34,3%) tributarios de procedimientos quirúrgicos y/o seguimiento por especialidades quirúrgicas.

**G-13**  
**INTERCONSULTA INFORMAL: ¿PRÁCTICA HABITUAL EN MEDICINA INTERNA?**

**M. Ribell Bachs, J. Cuquet, B. Consola, S. Montull, M. Lluís, J. Padrós, M. Mijana y E. Llargués**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).*

**Objetivos.** Descripción de las características de las interconsultas (IC) informales o "de pasillo" realizadas por Medicina Interna durante un período consecutivo de tres meses. Comparación con la frecuencia y origen de las IC regladas realizadas durante el mismo período.

**Material y métodos.** Análisis prospectivo de las IC realizadas por 9 facultativos de la sala de medicina interna durante los meses de febrero a abril del 2008. Los datos para cada IC informal se recogieron en un cuestionario que incluía: servicio y categoría del facultativo solicitante, horario de realización, procedencia del paciente, motivo, razón y área médica de consulta, tiempo requerido para su ejecución, y sus consecuencias (ninguna, reconversión en consulta formal, necesidad de visitar al paciente y transferencia de servicio). Las frecuencias y origen de las IC formales realizadas durante el mismo período se recogieron de la base de datos del servicio. Los datos se analizan de forma descriptiva y se expresan en porcentaje.

**Resultados.** El número de IC totales realizadas fue de 146. El 60% fueron IC informales, el 30% de las cuales se realizaron vía telefónica. El 73% en horario laboral y 27% durante la guardia. Los médicos consultores fueron: 76% adjuntos con > 5 años de especialidad, 17% adjuntos jóvenes y 7% médicos externos al hospital. Una amplia mayoría de facultativos procedían del área médica (15% primaria, 11% geriatría, 11% medicina interna, 8% neumología, 6% anestesia, 6% psiquiatría, 11% otros) y un 33% de servicios quirúrgicos (43 traumatología, 39% cir. general, 11% vascular, 7% ginecología). El 73% de las IC informales iban dirigidas a pacientes ingresados en el hospital (30% con < 24 horas de ingreso); 14% pacientes atendidos en consultas externas, 9% familiares y 5% hacían referencia al propio consultor. El 65% de las IC se realizaron en un tiempo < 5' y el 8% requirió de > 20'. Las áreas de consulta fueron: 30% infecciosas, 23% cardiología, 12% digestivo, 9% neumología, 9% vasculitis y 6% HTA y diabetes. Los motivos más importantes para solicitar IC fueron: 53% valoración de tratamiento, 35% interpretación de pruebas diagnósticas (40% analíticas de laboratorio, 13% ECG), 14% elección de test diagnóstico, 9% valoración pronóstica y 5% éticas. El consultor realizó la IC en un 60% para obtener una opinión experta, un 34% la IC se realizó por motivos de fácil accesibilidad, rapidez de respuesta y ahorro de tiempo, y en un 12% para verificar información ya conocida previamente; En un 52% la IC no tuvo ninguna repercusión para el facultativo consultado, el 16% se reconvirtió a manera formal, el 32% requirió pasar visita al enfermo y un 12% implicó un cambio de servicio o transferencia a consultas externas. Las IC formales representaron el 40% de las totales, siendo todas registradas en la historia clínica y realizadas en horario labo-

ral. La mayoría -un 69%- procedían de servicios quirúrgicos (33% cirugía, 15 traumatología, 10% cir. Vascular, 7% urología, 3% ginecología). Todas se dirigieron a pacientes con > 24 horas de ingreso. **Discusión.** La IC informal es una practica habitual en la profesión médica. Es cuestionada por no establecer una relación formal entre médico y paciente, por carecer de implicación hacia el paciente, y por conllevar dudas razonables acerca de la calidad de la información intercambiada en campos importantes como el diagnóstico y terapéutica. A pesar que el internista es por excelencia el consultor hospitalario habitual, existen escasos estudios descriptivos en el campo de la IC informal. Nuestro trabajo describe aspectos de esta práctica habitual, aunque sin contrastar la validez de la información intercambiada, y sin definir a quién o quienes corresponde la responsabilidad del acto médico ejercido.

**Conclusiones.** Las IC informales excedieron en número a las formales. La IC informal es un trabajo no reconocido y con implicación directa -no registrada- en el manejo clínico. Los servicios quirúrgicos utilizan la IC reglada de forma más habitual que los servicios médicos. Los médicos consultores tendrían que evitar la IC informal y reconducirla por la vía reglada.

**G-14**  
**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

**M. Rodríguez Cerrillo, A. Álvarez de Arcaya, E. Fernández Díaz, A. Poza Montoro, A. Iñaurrieta Romero, E. Sánchez González, E. Sánchez Veneros y A. Sánchez Almedros**

*Servicio de Medicina Interna. Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** Describir la experiencia de nuestra Unidad en la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) según la Norma ISO 9001.

**Material y métodos.** Diseño de toda la documentación requerida para la implantación del sistema y su incorporación al funcionamiento de la Unidad.

**Resultados.** Durante un año y medio desarrollamos e implantamos el nuevo sistema. Ello implicó definir: La misión, política de calidad y objetivos anuales de la Unidad. Los procesos que describen la totalidad de nuestra actividad: Operativos: valoración del paciente propuesto para ingreso y atención del paciente ingresado en la Unidad. De apoyo: definen la forma de gestionar y controlar el almacén sanitario y de farmacia, los equipos e infraestructuras y los maletines de trabajo del personal. También la forma de proceder para desarrollar acciones correctivas y preventivas que mejoren el funcionamiento de la Unidad. Estratégicos: Gestión de recursos humanos, seguimiento, medición y revisión periódica del sistema por la Dirección de la Unidad -Indicadores del sistema. Definición, objetivo del indicador, periodicidad de su recogida y evaluación. Definimos como indicadores: número de ingresos, estancia media, valoraciones no ingresadas, reingresos hospitalarios, informes de alta en plazo, revisiones de equipos en plazo, cumplimiento de protocolos, felicitaciones y quejas/reclamaciones del paciente y mortalidad. Protocolos e instrucciones técnicas del personal. Plan de formación según los requerimientos de capacitación del personal que se consideran necesarios para el desarrollo de sus funciones. Proveedores de la Unidad y su sistema de control. Sistema de comunicación interno y externo -Sistema de seguimiento de la satisfacción del paciente.

**Conclusiones.** La implantación de un SGC en una Unidad de Hospitalización a Domicilio es de gran utilidad dado que permite establecer un sistema de mejora continua de la calidad y proporcionar un instrumento para realizar nuestra misión con mayor eficacia y eficiencia.

### G-15 HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: 2 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

D. Bellido Pastrana<sup>1</sup>, M. Mañas<sup>1</sup>, A. Nuñez<sup>2</sup>, N. Ruiz<sup>1</sup>, J. Ros<sup>1</sup>, P. Calderón<sup>1</sup>, J. Yanes<sup>1</sup> y A. Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia. Centro de Salud I. Ciudad Real.

**Objetivos.** 1. Descripción de la labor desempeñada en el Hospital de día médico durante el período comprendido entre abril 06 y marzo 08 (dos primeros años de funcionamiento) 2. Examinar los tratamientos establecidos, especialidades que los remiten y efectos adversos.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas y estadística del hospital de día (incluida las anotaciones de enfermería).

**Resultados.** Se van a exponer los datos del nivel asistencial desarrollado en el hospital de día médico durante los dos primeros años de funcionamiento. Comenzó su andadura el día 8 de marzo del año 2006 y se han analizado datos desde abril del 2006 hasta marzo del 2008. Los datos son relativos al total de tratamientos administrados, especialidades que remiten a dichos enfermos además de número de ingresos evitados (considerando subsidiario de ingreso todos los tratamientos a excepción de los administrados subcutáneos o intramusculares, ej. toxina botulínica). Durante este período de 2 años se han atendido a 519 pacientes e instaurado un total de 3.538 tratamientos que distribuidos en 487 días comprenden una media de 7.26 tratamientos/día. De ellos 646 han sido aplicados de forma intramuscular o subcutánea por lo que realizando el diferencial (3538-646) evitaríamos 2.892 ingresos (120 ingresos/mes), si el tratamiento administrado supusiera un día de estancia media. Por principios activos en orden decreciente los más administrados son: corticoides endovenosos con 697 (20%), 597 infliximab, 431 toxinas botulínicas (12%), 424 hierros intravenosos, 246 ganciclovir, 196 metotrexate subcutáneos (5%), 187 prostacilinas, 182 inmunoglobulinas, 134 transfusiones, 124 antibióticos (sin incluir la anfotericina B), 103 punciones lumbares (3%) y 58 ciclofosfamidas entre otros. Con respecto a las especialidades que más demandan el uso del Hospital de día reseñar neurología con un total de 1179 tratamientos (33%) destacando los corticoides (593), toxinas botulínicas y punciones lumbares, seguido de nefrología con 848 tratamientos (24%) siendo los hierros intravenosos con 327 y ganciclovir (235) los más representativos y por último destacar reumatología con 647 tratamientos (18%) siendo el infliximab (451) y el metotrexate subcutáneo (175) los más administrados. De otras especialidades destacar medicina interna y digestivo. Con respecto a los efectos adversos se han tenido que suspender un total de cinco infliximab por efectos adversos no subsanables (incluso con premedicación) y un adalimumab subcutáneo. No ha habido otros efectos adversos destacables, ningún caso de anafilaxia ni tampoco exitus. De los pacientes que reciben tratamiento se han producido cinco exitus (no durante la administración del tratamiento en el hospital de día) por su enfermedad de base en situación terminal o debilitante.

**Discusión.** Tras la inauguración del Hospital General de Ciudad Real inició su andadura el Hospital de día Médico para la administración de tratamientos médicos a pacientes de especialidades médicas/quirúrgicas excluyendo oncohematología. Dada la variabilidad de tratamientos el responsable médico es el servicio de Medicina Interna, contando con dos médicos que realizan una tarea de supervisión, coordinación y control de los efectos adversos junto con dos enfermeros y un auxiliar de clínica. Se disponen de 12 sillones con monitorización y dos camas para la realización de técnicas. Están los procesos más comunes protocolizados, desarrollando su labor de lunes a viernes (días laborables) de 8:00. a 15:00 horas. Se han cumplido los objetivos para los que fue diseñado reportando mejoría en la calidad asistencial continuada de los enfermos y optimizando los recursos hospitalarios evitando ingresos y descargando los servicios de urgencias.

**Conclusiones.** El Hospital de día médico esta cumpliendo los objetivos para lo que fue diseñado: 1. Mejorar la calidad asistencial con mejor uso de los recursos. 2. Reducción de costes y estancias hospitalarias. 3. Mejora del bienestar del paciente Dado el perfil de los pacientes consideramos indicado la supervisión y coordinación por parte de Medicina Interna.

### G-16 FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES DE CORTA ESTANCIA MÉDICA

B. Seoane González, F. De la Iglesia Martínez, F. Iglesias Piñeiro, W. Larrea Terán, P. Domínguez Loureiro, S. Oliver Marx, C. Pellicer Vázquez y F. Diz-Lois Martínez  
Unidad de Corta Estancia Médica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar los factores independientes que predicen el reingreso no planificado de pacientes dados de alta desde una Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM).

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: UCEM del CHU Juan Canalejo. Período: febrero-marzo 2008. Tipo de estudio: cohorte prospectiva. Tamaño muestral: 335 pacientes ( $\alpha = 0.05$ ,  $d = 5.4\%$ ). Mediciones e intervenciones: se recogieron datos sociodemográficos, número de ingresos previos, tipo de ingreso actual, diagnóstico principal, estancia, comorbilidad, situación psicológica (escala de ansiedad y depresión de Goldberg), situación funcional (índices de Karnofsky y Barthel), y calidad de vida relacionada con la salud valorada con el EuroQol-5D (EQ-5D). Se definió reingreso a los 10, 28 y 90 días como aquel motivado por el mismo diagnóstico principal. Se realizó estudio descriptivo de las variables y análisis univariado para establecer las que se relacionaron con reingreso. Los factores pronósticos independientes se valoraron por análisis multivariado mediante regresión logística (variable dependiente: reingreso; covariables: aquellas estadísticamente significativas en el análisis univariado o clínicamente relevantes).

**Resultados.** El 58,5% fueron varones. La mediana de la edad fue 72 años, del IMC 27.7 kg/m<sup>2</sup>, y de la estancia 4 días. El 83% ingresaron urgentes. La insuficiencia cardíaca, exacerbación de EPOC, cardiopatía isquémica y arritmia cardíaca supusieron el 56% de las causas de ingreso. Nivel de estudios: analfabeto 12.2%, primarios 66.3%, secundarios 13.1% y universitarios 8.4%. El 38,2% estaban solteros, separados o viudos. El 10,4% vivía sólo y el 2,4% en asilos. La tasa de reingreso a los 10, 28 y 90 días fue 2.1, 8.4 y 17.0%, respectivamente. Tras controlar por edad, sexo, residencia urbana o rural, estado civil, convivencia, ingreso urgente o programado, diagnóstico principal, IMC, escalas de ansiedad y depresión, índices de Karnofsky y Barthel, escalas del EQ-5D, el factor pronóstico independiente de reingreso a los 10 días fue el número de ingresos en los 2 años previos (OR: 1.3, 95% IC: 1.1-1.7). A los 28 días fueron el número de ingresos en los 2 años previos (OR: 1.3, 95% IC: 1.1-1.5), la duración del ingreso índice (OR: 1.1, 95% IC: 1.0-1.3) y el nivel de estudios (OR: 0.12, 95% IC: 0.34-0.85). A los 90 días los factores independientes fueron la comorbilidad según el índice de Charlson (OR:1.4, 95% IC: 1.2-1.6) y la calidad de vida percibida con la escala visual analógica del EQ-5D (OR: 0.98, 95% IC: 0.96-0.99).

**Discusión.** La eficiencia en la atención sanitaria incluye eficacia, calidad y optimización de costes. Para medirla se puede usar el índice de reingresos, que marca la evolución tras la asistencia hospitalaria. Los reingresos precoces se deben a recaídas del mismo proceso e indican asistencia inadecuada. El porcentaje de reingresos de nuestra cohorte es similar al descrito en la literatura y, además, se realizó en invierno, lo que facilita la exacerbación repetida de procesos crónicos. El número de ingresos previos, el factor que más influye en el reingreso precoz, se debe al dato objetivo de que un paciente que precisa muchos ingresos hospitalarios refleja una mayor carga de patología crónica o comorbilidad que lo hace más vulnerable; pero, por otro lado, también recoge la impresión del paciente de que dado que un problema de salud anterior fue resuelto en este nivel asistencial, al presentar un nuevo problema de salud debe acudir al hospital para que se lo solucionen. Nuestros resultados coinciden con lo publicado en que los reingresos a más largo plazo se deben a la comorbilidad de cada paciente, o bien a la propia evolución de la enfermedad y a las características de cada paciente, lo que se refleja en la calidad de vida percibida por los enfermos.

**Conclusiones.** Los factores que predicen reingreso hospitalario precoz son el número de ingresos previos y la duración del ingreso actual, mientras que a más largo plazo influye la comorbilidad y la calidad de vida percibida por los pacientes.

**G-17****CONSULTA DE REVISIÓN PRECOZ. ANÁLISIS DE DATOS**  
**R. García Alonso<sup>1</sup>, J. Molina Puente<sup>1</sup>, M. García Largacha<sup>2</sup>,  
G. F. Requeijo<sup>3</sup>, E. Moya<sup>2</sup>, J. Mantrana<sup>3</sup>, R. Monsalvo<sup>2</sup>  
y G. Muñoz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. H. del Tajo. Aranjuez (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Valorar los resultados de una consulta de Revisión Precoz iniciada con el objetivo de disminuir estancia media en el servicio de Medicina Interna y disminuir el número de ingresos desde Urgencias. **Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo a lo largo de 6 meses, en hospital con 250 camas y que atiende un área entorno a unos 230.000 habitantes. Se incluyó a 224 pacientes remitidos desde planta de Hospitalización o desde la urgencia, que acudieron a revisión clínica, recogida de resultados o a la realización precoz de un estudio médico. Se realizó un estudio de variables como edad, sexo, FRCV, antecedentes personales, procedencia, diagnóstico, motivo de Consulta, pruebas complementarias realizadas y el destino final del paciente. Los datos fueron procesados en una base de datos Access de Microsoft.

**Resultados.** Durante un período de 6 meses se atendieron un total de 224 pacientes en 53 días de consulta (4.22 pacientes/día). La edad media fue de 68,6 años (62% varones), la mayoría con FRCV principalmente HTA (un 62%) y 1/3 exfumadores. Destaca la prevalencia de la patología cardio-pulmonar entre los antecedentes de los pacientes, 43% patología cardíaca (arritmias, ICC, C. isquémica.) y 40% de patología pulmonar (81% patología bronquial). Los pacientes proceden en un 51% de la planta de M. interna y 1/3 del servicio de urgencias. En un 15% son revisiones de la propia consulta. Los diagnósticos más frecuentes fueron 40% patología respiratoria y 30% cardiológica. El 90% de los pacientes acuden para revisión clínica y ajuste de tratamiento de enfermedades crónicas, o recoger resultados pendientes. En un 8% fueron remitidos para estudio, principalmente de cuadro constitucional, síncope. etc. El tiempo medio de espera en la primera consulta fue de 18.7 días, generalmente pendientes de resultados de pruebas. Las 2/3 partes de estos pacientes fueron derivados a sus consultas de especialidad habitual por su patología crónica. Un total de 34 pacientes requirieron nueva revisión en breve período de tiempo, para completar estudio o ajuste de tratamiento. La estancia media de los pacientes que proceden de la planta fue de 7.7 días. Se evitó el ingreso de un total 65 pacientes vistos en urgencias.

**Discusión.** Se crea la consulta de Revisión precoz con la intención de complementar a la planta de hospitalización, en un intento de disminuir la estancia media, principalmente en aquellos pacientes a la espera de algún resultado analítico, anatomopatológico o completar de forma ambulatoria algún estudio; o bien revisar a pacientes que por su pluripatología necesiten un seguimiento precoz tras el alta hospitalaria. Otra procedencia ideal para esta consulta es el servicio de urgencias, con el fin de optimizar ingresos en pacientes que requieran estudio precoz pero con buena situación clínica, o en pacientes con patología crónica que tras una estabilización en urgencias requiera revisión clínica sin gran demora de tiempo. La ventaja de esta consulta se encuentra en que el paciente generalmente ya viene con un diagnóstico determinado y con las pruebas realizadas, además de contar con preferencia a la hora de realizar estudios complementarios, por esto se requiere la colaboración con el otros servicios (radiología, cardiología, ... etc.).

**Conclusiones.** Demostramos la eficacia de este tipo de consultas, que además de disminuir hospitalización, su principal efecto es reducir el número de ingresos procedentes desde la urgencia. Destacar además la buena aceptación por los pacientes tanto en el seguimiento posterior a la hospitalización como en la menor demora en la realización de pruebas complementarias, todo ello más difícil de conseguir en las consultas convencionales por la sobrecarga asistencial habitual.

**G-18****ICTUS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA****A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>, J. Marco Martínez<sup>2</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>3</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup>, J. Losa García<sup>4</sup>, R. Barba Martín<sup>5</sup>, S. Nistal<sup>4</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina (Madrid).

**Objetivos.** Dado que la patología cerebrovascular aguda es una de las causas más frecuentes de ingreso en los servicios de Medicina Interna, nos propusimos hacer un análisis descriptivo de los episodios dados de alta con este diagnóstico a lo largo de un bienio.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados del Estado Español. Se identificaron los casos que habían sido dados de alta con un GRD 14-17 (ictus con infarto; accidente cerebrovascular no específico y oclusión precerebral sin infarto; trastornos cerebrovasculares no específicos con y sin complicaciones) y 810 (hemorragia cerebral) y se hizo un análisis descriptivo de dichos casos, incluyendo los CIEs que podrían determinar la etiología de la patología cerebrovascular.

**Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos, de los cuales ingresaron por un GRD relacionado con la patología cerebrovascular 41.623 (4,2%). La edad media de estos pacientes fue de 76,17 años (SD 11,2), la estancia media de 9,5 días (SD 11,3) y un 50,1% eran mujeres. Un 12,2% de estos pacientes fallecieron durante el ingreso, de ellos el 34,9% lo hicieron en las primeras 48 horas. El peso medio del GRD, que identifica la gravedad de los pacientes, fue de 1,89 (0,75-2,78). Un 46,4% de los pacientes tenían HTA, el 30,8% diabetes, el 23,5% estaba en fibrilación auricular y el 7,8% tenía codificados antecedentes de tabaquismo. Analizando los códigos CIEs para determinar la etiología de esta patología se resumen del siguiente modo: 21 casos (0,1%) de hemorragia extradural, 377 (0,9%) casos de hemorragia subaracnoidea, 384 (0,9%) hematoma subdural, 4305 (10,3%) casos de hemorragia intracerebral, 36.695 (88,2%) casos de ictus isquémico (un 8,2% de los mismos codificados como émbolicos). El coste medio, según datos del Ministerio de Sanidad fue de 3486,4 por ingreso (2.538,0-4.321,0 euros).

**Discusión.** El CMBD es una base de datos útil para conocer la prevalencia de ciertas patologías y así como detalles relacionados con su comportamiento clínico. Un buen informe de alta es imprescindible para que estos datos tengan validez y relevancia. Gracias al estudio de esta base de datos podemos concluir que la patología cerebrovascular es una causa frecuente de ingreso en los servicios de Medicina Interna. Se trata de pacientes con frecuentes factores de riesgo cardiovascular, alta mortalidad y un coste importante por ingreso. La gran mayoría de los casos ingresados en los servicios de medicina interna son de etiología isquémica, y sólo un pequeño porcentaje tienen una hemorragia.

**G-19****EFFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL INGRESO DIRECTO DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS****F. Brun Romero, J. Benítez Macías, D. García Gil y J. López Álvaro**

Sección de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Evaluar el impacto del ingreso directo de la patología médica por parte de los facultativos de urgencias en los indicadores de calidad de la Sección de Urgencias Hospitalarias (SUH).



**Material y métodos.** Estudio realizado en el Hospital Universitario Puerto Real, hospital general de especialidades que atiende a una población de 285.000 habitantes y dispone de 400 camas de hospitalización. La SUH cuenta con una plantilla de 18 médicos, de los cuales ocho son especialistas en Medicina Interna. En enero de 2008, se capacitó a la SUH (apoyado en protocolos de revisión específicos y consensuados con los responsables de cada especialidad) para el ingreso directo en planta de hospitalización de la patología urgente de las siguientes especialidades: Cardiología, Neumología, Neurología, Aparato Digestivo y Oncología. El ingreso urgente en planta del Servicio de Medicina Interna (SMI) siguió a cargo de dicha unidad. Comparamos en los períodos 15/01/07-15/06/07 (Período A) y 15/01/08-15/06/08 (Período B) el número y porcentaje de ingresos totales desde el Área Urgencias para cada especialidad médica referida, así como el tiempo medio de estancia en la SU de estos pacientes.

**Resultados.** En el Período A fueron atendidos en la SUH 41917 pacientes, cifra prácticamente idéntica a los 41948 pacientes atendidos durante el Período B. La complejidad de la patología, clasificada por niveles de triaje (según el Sistema Español de Triage), fue similar entre los dos períodos comparados: niveles I-III (Período A: 47,82% vs Período B: 46,16%) y niveles IV-V (Período A: 51,92% vs Período B: 53,60%). El número de pacientes atendidos por día se mantuvo estable entre ambos períodos (228,07 vs 230,48), así como el número de ingresos/día (24,79 vs 24,06) y el porcentaje de los mismos sobre el total de pacientes atendidos (10,86 vs 10,44). Los ingresos a cargo del SMI entre los Períodos A y B aumentaron de manera equivalente a los del resto de especialidades médicas (10,9% vs 8,9%). El tiempo medio de estancia en la SUH de los pacientes ingresados por los médicos de dicha unidad disminuyó 1 hora y 42 minutos de media (Período A: 12 horas y 31 minutos (5:33-16:25) vs Período B: 10 horas y 49 minutos (5:30-13:21)), diferencia que resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ). Por el contrario, los ingresos en planta de hospitalización del SMI, mantuvieron un tiempo medio de espera similar en los dos períodos analizados (Período A: 12 horas y 2 minutos (5:20-16:35) vs Período B: 11 horas y 45 minutos (5:32-14:46)).

**Discusión.** Los pacientes pueden permanecer largos períodos de tiempo en las áreas de Urgencias en espera de ser atendidos por los facultativos dependientes de las plantas hospitalización. El traspaso de la decisión de ingreso a los médicos de Urgencias, basado en protocolos de actuación consensuados y con una representación significativa de especialistas en Medicina Interna, puede disminuir de forma importante el tiempo medio de estancia de los pacientes en dicha área, sin modificar el número de ingresos y reduciendo la carga asistencial de los médicos encargados de la guardia médica en planta.

**Conclusiones.** El ingreso en planta de hospitalización dirigido por los médicos de una Sección de Urgencias con amplia representación de especialistas en Medicina Interna resulta efectivo y mejora la eficiencia del mismo.

## G-20 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN. PERFIL DE LOS PACIENTES TRASLADADOS A OTRO HOSPITAL

**B. Cortés Rodríguez<sup>1</sup>, A. Lozano Rodríguez-Mancheño<sup>1</sup>, J. Zambrana García<sup>2</sup>, J. Aguirre Molina<sup>1</sup>, M. María del Carmen<sup>1</sup>, J. Gutiérrez Sánchez<sup>1</sup>, P. Armijo Ruíz<sup>1</sup> y C. Granados García<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización y Urgencias, <sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén). <sup>3</sup>Dirección de Procesos Asistenciales. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes atendidos en el área de Medicina Interna de un Hospital de Alta Resolución de Andalucía. Conocer el perfil de los pacientes que, siendo inicialmente atendidos en el área de Medicina Interna de un Hospital de Alta Resolución, finalmente precisaron ingreso en un hospital convencional.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo que incluye a todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, en el área de Medicina Interna, desde el 1 de Agosto de 2006 hasta el 31 de Marzo de 2008. Variables analizadas: epidemiológicas del paciente (edad, sexo, localidad de domicilio); referidas al episodio asistencial (día de la semana de ingreso y alta, mes); relacionadas con la gestión (número de pacientes ingresados, tipo de ingreso, días de estancia, tipo de alta, reingresos, mortalidad global, índice de ocupación de la unidad, índice de utilización de estancias), enfermedad que motivó el ingreso, número de diagnósticos al alta. Estas variables se extrajeron del sistema de registro CMBD y de los informes de alta de los pacientes. Para la comparación entre las características de los pacientes derivados a otros hospitales, respecto a las del resto de los pacientes, se utilizaron los estadísticos  $t$  de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados.** Durante los 20 meses de estudio se produjeron 1189 altas de 874 pacientes, con una edad media de  $74,81 \pm 14,89$  años (14-100), el 51,8% hombres. El 19% tenían su domicilio en las localidades donde se ubica el hospital. Todos los ingresos fueron urgentes, procedentes del área de Observación, con una media de 1,95 ingresos al día. La estancia media fue de 2,45 días, con un 25,8% por encima de las 72 horas. El índice de utilización de estancias fue del 0,29. El Índice Casuístico fue 1,47. En el año 2007 (único analizado completamente), el período Enero-Abril concentró el 42,64% de los ingresos, con un número de ingresos diarios de 2,93. El lunes es el día de la semana con mayor número de ingresos y altas (16,9 y 21,2%, respectivamente). En cuanto a las enfermedades que motivaron los ingresos, las más frecuentes fueron: 380 (32%) ingresos por patología respiratoria, 245 (20,6%) cardíaca, 173 (14,6%) neurológica y 111 (9,3%) digestiva. El número medio de diagnósticos al alta fue de  $5,45 \pm 3,03$  (1-16), con 711 (60%) pacientes con 5 o más. En cuanto a los pacientes trasladados desde el área de Medicina Interna a otro hospital, se realizaron 105 traslados, un 8,08% del total: 18 cardiológicos (17,1%), 17 digestivos (16,2%), 16 neurológicos (15,2%), 15 respiratorios (14,3%), 9 oncológicos (8,6%), 5 nefrológicos, hematológicos y urológicos (4,8% cada uno), 4 infecciosos y enfermedad tromboembólica (3,8% cada una) y 7 afectos de otras patologías. En la comparación de las características de estos pacientes respecto a lo no trasladados: 1) Edad media menor,  $68,55 \pm 15,99$  vs.  $74,98 \pm 3,54$  años ( $p = 0,0001$ ). 2) Menor estancia media,  $2,23 \pm 1,38$  vs  $2,8 \pm 1,78$  ( $p = 0,0001$ ). 3) Relación estadísticamente significativa entre el tipo de patología diagnosticada y el traslado a otro hospital ( $p = 0,001$ ). 4) Las enfermedades en las que más frecuentemente se realizó el traslado fueron las hematológicas (45,5%,  $p = 0,001$ ), urológicas (22,7%,  $p = 0,038$ ), oncológicas (20%,  $p = 0,014$ ) y digestivas (15,3%,  $p = 0,013$ ). 5) Las patologías asociadas a un menor traslado son la patología respiratoria (3,9%  $p = 0,001$ ) y endocrinológica, con ningún traslado ( $p = 0,019$ ) 6) De los pacientes con patología cardiorrespiratoria (que generan el 52,6% de los ingresos) sólo se trasladó el 5,3% ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** El área de Medicina Interna atiende a la inmensa mayoría de los pacientes con patología más frecuente (cardiorrespiratoria y neurológica), trasladando a otros hospitales los casos que requieren la participación precoz de otros especialistas.

## G-21 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES REINGRESADOS Y DE LOS ÉXITOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

**A. Lozano Rodríguez-Mancheño<sup>1</sup>, B. Cortés Rodríguez<sup>1</sup>, J. Zambrana García<sup>2</sup>, L. De la Rimada Manella<sup>1</sup>, E. Gallardo Pérez<sup>1</sup>, E. Fernández Marín<sup>1</sup>, D. Alcalde Pérez<sup>1</sup> y C. Granados García<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización y Urgencias, <sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén). <sup>3</sup>Dirección de Procesos Asistenciales. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes que, habiendo ingresado en el área de Medicina Interna de un Hospital de Alta Resolución, precisaron de reingreso en la misma. Conocer el perfil de los pacientes que fallecieron en dicha área.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo que incluye a todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, en el área de Medicina Interna, desde el 1 de agosto de 2006 hasta el 31 de marzo de 2008. Variables analizadas: epidemiológicas del paciente (edad, sexo, localidad de domicilio); referidas al episodio asistencial (día de la semana de ingreso y alta, mes); relacionadas con la gestión (número de pacientes ingresados, tipo de ingreso, días de estancia, tipo de alta, reingresos, mortalidad global, índice de ocupación de la unidad, índice de utilización de estancias), enfermedad que motivó el ingreso, número de diagnósticos al alta. Estas variables se extrajeron del sistema de registro CMBD y de los informes de alta de los pacientes. Para la comparación entre las características de los pacientes reingresados y los fallecidos, respecto a las del resto de los pacientes, se utilizaron los estadísticos t de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados.** Durante los 20 meses de estudio se produjeron 1189 altas, de 874 pacientes. Sus características clínicas han sido descritas en otra comunicación. La estancia media fue de 2.45 días. El número de reingresos fue de 115 (9.7%), de los que 33 (2.8% del total) fueron precoces (< 72 horas tras el alta), 20 (1.7% del total) antes de 1 semana y 62 (5.2% del total) antes de 1 mes. Los pacientes reingresados son mayores ( $79.30 \pm 8.15$  vs.  $73.89 \pm 14.28$ ,  $p = 0.001$ ), sin diferencias en la estancia media ni en el número de diagnósticos al alta respecto a los demás pacientes. El porcentaje de los que se van de alta a domicilio es menor en los reingresados (79.1% vs. 87.8%,  $p = 0.009$ ), a expensas de un mayor índice de éxitus (9.6 vs. 2.5%,  $p = 0.001$ ), al no existir diferencia significativa en los traslados (11.3% vs. 8.6%,  $p = 0.21$ ). Las patologías que más motivaron el reingreso fueron 30,4% respiratoria, 23,5% cardiológico, 10,4% neurológica, 7,8% digestiva, 6,1% oncológica. La única patología asociada al reingreso es el desbalance hidroelectrolítico (3,5% vs 0,9%,  $p = 0.04$ ). La mortalidad global fue de 38 enfermos (3,2%). Los fallecidos tienen una edad mayor ( $81.13 \pm 7.6$  vs.  $74.19 \pm 13.99$ ,  $p = 0.001$ ), generando una mayor estancia media ( $4.64 \pm 3.13$  vs.  $2.69 \pm 1.65$ ,  $p = 0.001$ ) y es más frecuente entre los reingresos. Las patologías que ocasionaron éxitus fueron 34,2% cardiológico, 26,3% respiratoria, 15,8% neurológica, 10,5% oncológica. El éxitus se asocia a la enfermedad oncológica, rozando la significación estadística ( $p = 0.052$ ) en un doble sentido, habiendo más éxitus entre los enfermos oncológicos (8,9% vs 3%) y siendo más frecuente la patología oncológica entre los éxitus (10,5% vs 3,6%). Es más frecuente la patología cardíaca entre los éxitus (34,2% vs. 20,2%,  $p = 0.034$ ). No hubo ningún éxitus entre los paciente con patología digestiva (0 vs 3,5%,  $p = 0.023$ ).

**Conclusiones.** Los reingresos en el área de Medicina Interna del Hospital de Alta Resolución son poco frecuentes, presentando estos pacientes una edad más avanzada y una mortalidad mayor.

## G-22

### UNIDAD DE PREINGRESO: ANÁLISIS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EVITADOS EN UNA UNIDAD DE NUEVA CREACIÓN

P. Marcos Rodríguez<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, L. Bello Rodríguez<sup>1</sup>, D. Llinares García<sup>1</sup>, M. Trigás Ferrín<sup>2</sup>, L. Ferreira González<sup>2</sup>, B. Seoane González<sup>2</sup> y A. Otero Ferreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Preingreso, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Dirección de Urgencias y Cuidados Críticos. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** En los últimos años estamos asistiendo a un progresivo incremento en la demanda asistencial hospitalaria. La limitación en la disponibilidad de camas y el intento de contener el aumento del gasto sanitario han hecho crear nuevas alternativas. Para ello el Hospital Juan Canalejo ha habilitado una nueva Unidad de Preingreso (UPI), en la que se encuentran aquellos pacientes que han sido ingresados y que permanecen pendientes de cama en las plantas de Hospitalización convencional. Con ella se evitan las aglomeraciones en los pasillos de urgencias, los pacientes son atendidos en mejores condiciones y con una mayor confortabilidad. **Objetivo:** Analizar las características de los pacientes atendidos en la UPI en los que se ha evitado el ingreso hospitalario y las vías de seguimien-

to de los mismos. Describir las patologías más frecuentes de este grupo de pacientes. Conocer la tasa de reingresos y mortalidad a 30 días de los pacientes dados de alta.

**Material y métodos.** La UPI está dotada de 34 camas y es atendida por 4 médicos, 3 internistas y un neumólogo. En ella se encuentran aquellos pacientes ya ingresados por la guardia del área médica y que están pendientes de cama en las plantas de Hospitalización convencional. El período máximo que un paciente podría permanecer en la unidad antes de darle el alta o bien ingresar en el hospital era de 48 horas. Se realiza un estudio descriptivo, prospectivo de las altas hospitalarias de la UPI en el periodo comprendido entre el 1 de Junio de 2007 y el 1 de Abril de 2008. Se registran los datos demográficos, los diagnósticos, destino al alta, reingreso y mortalidad a 30 días.

**Resultados.** Fueron dados de alta un total de 1005 pacientes, 626 (62,3%) hombres y 379 (37,7%) mujeres. La edad media de estos pacientes fue de años  $67,7 \pm DE 17,1$ . La tasa de ingresos evitados/mes fue de 100,5. Los primeros diagnósticos más frecuentes fueron: infección respiratoria -incluye Neumonía comunitaria- 149 (14,9%), dolor torácico 122 (12,2%), insuficiencia cardíaca 117 (11,7%), exacerbación de EPOC 81 (8,1%), enfermedad vascular cerebral 61 (6,1), arritmia 57 (5,7%), exacerbación de asma 37 (3,7%), alteraciones exploratorias/pruebas diagnósticas 36 (3,6%), infecciones no respiratorias 29 (2,9%), hemorragia digestiva 28 (2,8), dolor abdominal 26 (2,6), cardiopatía isquémica 25 (2,5%), síncope 23 (2,3%), anemia (20 (2%), gastroenteritis aguda 20 (2%), síndrome general 12 (1,2%), efectos secundarios farmacológicos 11 (1,1%), derrame pleural 10 (1%), crisis comicial 10 (1%), complicaciones de diabetes mellitus 7 (0,7%), fiebre sin foco 7 (0,7%), traumatismo 7 (0,7) y otros diagnósticos 110 (11%). En 88 (8,8%) pacientes la patología por la que fue dada de alta requería completar estudios a nivel ambulatorio. Los destinos al alta fueron: médico de cabecera 546 (54,3%), seguimiento ambulatorio precoz en consulta de la UPI 138 (13,7%), medicina interna 134 (13,3%), de los que 125 participaron en el programa más consultas, Cardiología 54 (5,4%), Neumología 46 (4,6%) y hospitalización a domicilio. Un total de 225 (22,4%) pacientes habían estado ingresados al menos una vez en el año previo al ingreso. Reingresaron en el primer mes 127 (12,7%) pacientes, 77 (60,6%) de los cuales por la misma patología, 16 de ellos para completar estudios o bien ser sometidos a una intervención quirúrgica relacionada con su patología. Se registraron 14 (1,4%) éxitus a los 30 días del alta.

**Conclusiones.** Un manejo especializado multidisciplinar en un área de preingreso permite, sin afectarse significativamente los estándares de calidad, disminuir el número de ingresos por distintas patologías principalmente a costa de un seguimiento ambulatorio muy precoz en cuadros agudos y optimización del estudio de determinadas patologías a nivel ambulatorio.

## G-23

### ANÁLISIS DE LOS INGRESOS EN LOS 6 MESES PRECEDENTES DE UNA COHORTE DE PACIENTES ATENDIDOS POR UN INTERNISTA ENTRE OCTUBRE DE 2007 Y MARZO DE 2008

J. Menéndez Caro, J. Ferreira Celeiro, R. Gómez de la Torre, M. Tuya Morán, D. Pérez Martínez, A. Arenas Iglesias y L. Alcudia Ledo

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** Conocer la incidencia de ingresos recientes en el total de los pacientes atendidos por un internista, así como sus características asistenciales generales.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyen todos los ingresos atendidos por un internista entre el 1 de octubre de 2007 y el 31 marzo de 2008. Se determina el precedente de ingreso hospitalario en los 6 meses anteriores. Se comparan las características asistenciales generales de los paciente que reingresaron frente a los que no reingresaron. Igualmente, en el estos últimos, se analizan las características del último ingreso.

**Resultados.** En estos 6 el internista analizado ha atendido 255 ingresos, de ellos 112 (43,92%) han ingresado en un hospital en los

6 meses previos (67,8% una vez, 18,7% dos veces y 13,5% tres o más veces). Al comparar ambos grupos de pacientes se halla que los reingresados: tienen más edad (media de 78,2 años frente a 74,6), la estancia media fue mayor (9,55 días frente a 8,78), fallecieron más (12,5% frente a 5,5%), al alta se trasladaron más a un hospital de media estancia (20,4% frente a 9,6%). Por contra los pacientes reingresados se revisaron menos en consulta (11,2% frente a 17,1%) y motivaron la petición de menos interconsultas (8,1% frente a 13,1%). La incidencia de pluripatología (criterios del grupo de trabajo Consejería de Sanidad de Andalucía) fue mayor en los reingresados 58,1% frente a 33,5%. En cuanto a las características del ingreso precedente el tiempo medio entre ambos fue de 44,1 días (0-175 días) - el 23,3% una semana o menos, 53,3% un mes o menos, sólo en el 17,8% la separación entre ambos fue de 3 - 6 meses -. En 10 casos (8,9%) el ingreso previo tuvo lugar en otro hospital (8,9%). El servicio o sección responsable del ingreso previo fue: la propia sección de Medicina Interna 61,6%, otros servicios médicos 22,3%, un servicio quirúrgico 11,6%. Unidad de geriatría de un hospital de media estancia 4,5%. Finalmente se analizó la concordancia o no entre las causas del ingreso precedente y del último obteniéndose las siguientes resultados: a) misma causa 69,6% (misma patología crónica complicada o agudizada 50%, misma patología oncológica 7,1%, misma patología aguda 4,5% y misma patología no diagnosticada o resuelta en ingreso previo 8%) causa diferente 30,4% (patología diferente pero relacionada con ingreso previo 6,3%, patología diferente en pacientes con patología crónica u oncológica de base 10,7% y patología diferente en pacientes sin enfermedades de base 13,4%).

**Discusión.** Este estudio ha servido para cuantificar y confirmar algo que todos nosotros sentimos en nuestra actividad asistencial diaria y es que "estamos atendiendo siempre a los mismos pacientes", evidentemente no es así pero ahora podemos afirmar que la cuarta parte los pacientes atendidos en una Sección de Medicina Interna ha ingresado en el mes previo y casi la mitad en el semestre anterior. Este estudio nos da información sobre las características generales y causas de los reingresos precoces y quizá sirva de base para poner en marcha los mecanismos que puedan evitarlos o disminuirlos. Este estudio tendrá continuación el próximo año en el que se presentará el análisis los reingresos de esta cohorte en los seis meses siguientes al ingreso analizado.

**Conclusiones.** Casi la mitad de los pacientes atendidos por un internista en régimen de ingreso han sufrido un ingreso en los 6 meses anteriores. Comparados con los que no han tenido un ingreso previo, dichos pacientes tienen más edad, la estancia media es superior, la mortalidad mayor, al alta se trasladan más a un hospital de media estancia, se revisan menos en consulta y motivan la petición de menos interconsultas. La mitad de los reingresos tiene lugar en el mes previo, la tercera parte ha sido atendido en una unidad diferente a Medicina Interna. En más de los 2/3 del los reingresos la causa del ingreso precedente fue la misma.

#### **G-24** **DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CENTENARIOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA**

**J. Marco Martínez<sup>1</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>2</sup>, J. Canora Lebrato<sup>3</sup>, J. Lora García<sup>4</sup>, R. Barba Martín<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup>, S. Nistal<sup>4</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (I). Fuenlabrada (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (I). Alcorcón (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina Madrid.

**Objetivos.** El envejecimiento de la población es una realidad que se vive también en los hospitales, siendo cada vez mayor el número de pacientes ancianos tratados en los servicios de Medicina Interna. Nos propusimos describir los ingresos de los pacientes de 100 años o más en nuestros servicios.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en el año 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un

diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos, según el CIE-9-MC). Se seleccionaron aquellos casos cuya edad fuera igual o superior a 100 años en el momento del ingreso y se hizo un análisis descriptivo de los mismos.

**Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos en los servicios de medicina interna de los cuales 1239 (0,12%) tenían 100 o más años. El 68,9% de estos individuos eran mujeres. Las enfermedades más frecuentes por las que ingresaron fueron la bronquitis crónica (GRD 541, 89) con 200 casos, 16% del total, mientras que en la base general el EPOC supone el 11,8% de los ingresos. El segundo motivo de ingreso fue la insuficiencia cardíaca (GRD 544 y 127) 167 casos, 13,5%, mientras que en la población general que ingresa en medicina interna supone un 10,2% de los ingresos. La mortalidad durante el ingreso fue 30,7% y un 8,5% fallecieron en las primeras 48 horas tras el ingreso, comparados con el 9,9% y 2,4% de la base general. Un 7,2% de los pacientes estaban institucionalizados en una residencia. El 31% de los ingresos se producen en los meses de invierno, y un 21% en verano. Un 24,3% de los pacientes centenarios ingresaron en un hospital de la Comunidad Autónoma de Madrid.

**Discusión.** Es de sobra conocido que es más frecuente que las mujeres alcancen edades centenarias, lo que queda reflejado en el número de ingresos de individuos muy ancianos en nuestros servicios de Medicina Interna, donde dos de cada tres centenarios son mujeres. Estos pacientes ingresan fundamentalmente por patología cardiorespiratoria y la mortalidad es mucho más alta que en el resto de los pacientes ingresados en medicina interna, alcanzando un tercio de los ingresos. Madrid es la comunidad Autónoma que más pacientes centenarios ingresa.

#### **G-25** **INFORME DE ALTA MÉDICO ¿SE INCORPORAN LAS COMPLICACIONES AL INFORME?**

**J. Canora Lebrato<sup>1</sup>, J. Lora García<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>3</sup>, J. Marco Martínez<sup>4</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>, J. Ortiz<sup>1</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (I). Fuenlabrada (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (I). Alcorcón (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** En los hospitales norteamericanos se recoge la presencia de escaras o úlceras por decúbito, como complicación de los ingresos hospitalarios de servicios Médicos en uno de cada 5 pacientes ingresados. Sin embargo es poco frecuente que en los informes de alta de medicina interna se recoja esta complicación. El objetivo de nuestro trabajo fue valorar la tasa de escaras que se refleja en los informes de alta de medicina interna de nuestro país y comprobar si en un centro donde se hacen informes de enfermería de alta se refleja mejor esta complicación.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos). Se analizaron los casos en los que se reflejaba la presencia de úlcera o escara sacra en el diagnóstico de alta (CIE-9-MC: 707.0-707.9). Así mismo se analizó el CMBD correspondiente al bienio 2005-6 del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), que sirvió como referencia al incorporar este hospital en el informe de alta datos del informe de enfermería.

**Resultados.** De los 983.443 ingresos realizados en Medicina Interna en el territorio español en los años 2005-6 se registraron úlceras o escaras en 26142 (2,7%). La edad media de los pacientes fue de 70,6 (SD 17,2) y la estancia media 10,0 (SD 11,7). Durante ese bienio hubo en medicina interna de HUF 6.602 ingresos, de los que 327 (5%) tenían un CIE correspondiente a escara. La edad media de los pacientes ingresados en este centro fue de 66,4 (SD 19,9), la estancia media bruta 8,2 (SD 8,8). Los GRD más frecuentes de los pacientes con úlceras en la base general y en la del HUF fueron los



mismos: el 541 (TRASTRESPIRATORIOS EXC INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC) 16,2% de los casos de la base general y 16,5% de la base de HUF, el 544 (ICC y ARRITMIA CARDÍACA CON CC MAYOR) 5,8% de la base general y 7,6% de la base de HUF y el 569 (TRAST DE RIÑÓN y TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL) 6,7% de los casos de escara de la base general y 6,4% de la base de HUF.

**Discusión.** Aunque los ingresos del HUF son más jóvenes y tienen una estancia media menor tienen registradas dos veces más la complicación de escara en su informe que los pacientes ingresados en medicina interna del resto de España. Los GRD que se asocian con más frecuencia a escaras son iguales en todos los centros. La explicación más plausible es que en el HUF se añade informe de enfermería (con los cuidados que debe seguir el paciente tras el alta) al informe médico de alta, y es más probable que estos informes reflejen este tipo de complicaciones. Incluso con los informes de enfermería parece que en nuestro país se tiende a no reflejar adecuadamente esta complicación.

## G-26

### VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) A TRAVÉS DE LOS GRD Y COSTES

M. De Damborenea González<sup>1</sup>, S. Rodríguez Tejedor<sup>2</sup> y M. Asturias Ortega<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Médica, <sup>3</sup>Gestión Presupuestaria. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** La proliferación de unidades de HAD, estén integradas o no en los SS de M. Interna, hace necesario estudiar su rentabilidad y ésta debe hacerse tanto en términos de complejidad de pacientes atendidos como de costes. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio para conocer los costes y GRD de los pacientes atendidos por HAD para poder compararlos con otros servicios hospitalarios y poder establecer la diferencia que pueda existir con el mismo GRD al aplicar la hospitalización convencional o la HAD. Por último determinar la facturación a terceros de los pacientes atendidos por HAD.

**Material y métodos.** Todas las altas producidas en el S<sup>o</sup> de HAD son codificadas mediante la ICD-9-MC y se cumplimenta el CMBD de cada alta. Se clasifican las altas utilizando el Sistema de Clasificación de pacientes GRD y se calculan los costes de cada GRD como servicio final. Para el proceso, se realiza una adaptación de los programas existentes para la hospitalización convencional. Los costes se obtienen mediante la contabilidad analítica que aplica el departamento de gestión económica.

**Resultados.** Se han codificado todas las altas y corregido los errores del CMBD mediante la aplicación de un programa específico. Se ha determinado la actividad de la HAD por GRD y sus costes, realizando la comparación con otros servicios médicos hospitalarios. Ante el mismo GRD, los costes en HAD suponen la tercera parte que en la hospitalización convencional. Los pacientes atendidos por HAD tienen un grado de complejidad similar al del hospital y superior al de los hospitales comarcales del entorno. El coste del S<sup>o</sup> de HAD supone el 0,70% de los gastos del hospital. Se presentan los programas aplicados y resultados obtenidos.

**Discusión.** El tipo de pacientes atendidos por HAD ha sido puesto en entredicho en numerosas ocasiones, considerando que dichos pacientes podrían ser atendidos por el nivel asistencial primario. Por ello consideramos imprescindible aplicar a la HAD el mismo sistema de clasificación de pacientes que al resto de los servicios hospitalario para poder valorar el grado de complejidad de los mismos. A la vista de los resultados queda de manifiesto que el paciente atendido por HAD es de complejidad hospitalaria, por lo que es una actividad asistencial que debe ser considerada dentro de los programas de gestión de cualquier hospital ya que los costes de una actividad como esa están justificados por sus resultados.

**Conclusiones.** La más importante es que se puede tener un sistema de clasificación de pacientes en HAD mediante el cual puedan ser comparadas sus altas con las de hospitalización tradicional. Por otro lado, se obtiene el coste por GRD lo que es importante para la facturación a terceros. En el caso de la Comunidad Autónoma Vasca,

por el contrato programa en vigor, al hospital le revierte más del 30% de los costes de la HAD. Si se aplicaran los costes por GRD en vez del tanto estipulado por proceso, la HAD sería totalmente auto-gestionable. Por último se ha comprobado el ahorro que se genera ante un mismo GRD, siendo el coste en HAD la tercera parte que en la hospitalización convencional. No hemos encontrado ningún centro que aplique este análisis a los pacientes de HAD por lo que no es posible hacer comparaciones.

## G-28

### MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SEGÚN EL GÉNERO DEL PACIENTE

R. Barba Martín<sup>1</sup>, J. Losa García<sup>2</sup>, J. Canora Lebrato<sup>3</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>4</sup>, J. Marco Martínez<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup>, G. García de Casasola<sup>1</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Algunos estudios han demostrado que el manejo de ciertas patologías no es igual en función del sexo del paciente. Nos propusimos demostrar si la insuficiencia cardíaca (ICC) se manejaba de diferente forma en nuestros servicios de medicina interna en las mujeres o en los hombres.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos, según el CIE9-MC), cedida al grupo de Gestión por el Ministerio de Sanidad. Se identificaron los individuos que habían sido dados de alta con un GRD 127 o 544 y se compararon los procedimientos realizados en función del sexo del paciente. La gravedad del cuadro se midió con el peso del GRD. Para controlar que las diferencias no se debieran a la edad se hizo un análisis de regresión logística, controlando los procedimientos por la edad y la etiología de la ICC.

**Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos, de los cuales fueron dados de alta con un GRD relacionado con la ICC, 100.919 (21,8%). La edad media de estos pacientes fue de 79,9 años (SD 9,6), la estancia media de 9,6 días (SD 8,0) y un 58,8% eran mujeres. El número medio de procedimientos realizados a estos pacientes fue de 3,8 (SD 2,45). Si se compara por sexos comprobamos que las mujeres eran mayores que los hombres (80,7 vs 76, 8; p < 0,001), y estaban discretamente más graves (peso del GRD 2.27 (SD 0.9) vs 2.25 (SD 0.9); p < 0,001), sin embargo, estaban ingresadas el mismo tiempo (9,6 días vs 9,6; p = 0,829). En el 10,6% de los casos se identificaba la cardiopatía isquémica como posible etiología de la ICC, siendo esta etiología más frecuente en los varones (13,8% vs 8,4%; p < 0,001). El número medio de procedimientos fue el mismo en los dos sexos (3,69 vs 3,66; p = 0,123). Sin embargo, al diferenciar por tipo de prueba vemos que el cateterismo cardíaco (0,1% de las mujeres y al 0,2% de los hombres) o el ecocordio (24,6% vs 27,5%) se realizaron más a los hombres, mientras que la radiografía de tórax (32,2% vs 30,4%) y el ECG (38,2% vs 36,2%) se hicieron con más frecuencia en las mujeres. Las diferencias en el cateterismo se mantienen tras controlar por la edad y la etiología de la ICC (OR cateterismo 0,64 IC95% 0,45-0,91 mujeres frente a hombres).

**Discusión.** En los Servicios de Medicina Interna de nuestro país existen algunas diferencias en el manejo de la ICC en función del sexo de los pacientes. Aunque el número medio de pruebas realizadas es el mismo, las mujeres tienen un 36% menos de posibilidades de que se les realice un cateterismo que los hombres, incluso tras controlar por la edad y etiología de la ICC.

**G-29****INFLUENCIA DE LA LUNA LLENA EN MORTALIDAD E INGRESOS EN MEDICINA INTERNA**

**S. Plaza Cantelli<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>2</sup>, J. Losa García<sup>3</sup>, R. Barba Martín<sup>4</sup>, J. Marco Martínez<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>2</sup>, C. Rosado Bolaños<sup>4</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en el año 2005, según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos). Se consideró como "luna llena" el día indicado en el calendario lunar, así como el día de antes y el día de después. Se evaluaron los ingresos urgentes y la mortalidad acaecida dichos días en comparación con los ingresos medios, y la mortalidad media, teniendo en cuenta el día de la semana, el sexo, la comorbilidad, y la edad de los pacientes. Para el análisis estadístico de la mortalidad se realizó una regresión logística, en la que se usaron como covariables todos los posibles confusores.

**Material y métodos.** Se analizaron 461.175 ingresos totales y 391.443 ingresos urgentes, con una edad media de 70,8 años (SD 17,2) y un 46% de mujeres. La media diaria de ingresos fue de 1263,5 ingresos al día considerando los urgentes y los programados, y 1072,4 ingresos urgentes/día. Hubo un total de 41.478 ingresos totales los días de luna llena (9% del total) y 38.437 ingresos urgentes; lo que implica una media de 1.152,2 ingresos/día y 1067,7 ingresos urgentes al día. Se dieron 42.047 (9,1%) altas en luna llena. La mortalidad los días de luna llena fue discretamente inferior a la media (10,0% frente a un 10,4%;  $p < 0,001$ ). Cuando se corrigió por los posibles confusores, se comprueba que el riesgo de fallecer en luna llena es un 5% inferior que el resto de los días del calendario lunar (OR 0,96 IC 95% 0,92-0,99).

**Resultados.** Se analizaron 461.175 ingresos totales y 391.443 ingresos urgentes, con una edad media de 70,8 años (SD 17,2) y un 46% de mujeres. La media diaria de ingresos fue de 1263,5 ingresos al día considerando los urgentes y los programados, y 1072,4 ingresos urgentes/día. Hubo un total de 41.478 ingresos totales los días de luna llena (9% del total) y 38.437 ingresos urgentes; lo que implica una media de 1.152,2 ingresos/día y 1067,7 ingresos urgentes al día. Se dieron 42.047 (9,1%) altas en luna llena. La mortalidad los días de luna llena fue discretamente inferior a la media (10,0% frente a un 10,4%;  $p = 0,001$ ). Cuando se corrigió por los posibles confusores, se comprueba que el riesgo de fallecer en luna llena es un 5% inferior que el resto de los días del calendario lunar (OR 0,96 IC 95% 0,92-0,99).

**Discusión.** Los días de luna llena ingresan menos pacientes en los servicios de medicina interna, y tienen un 5% menos de posibilidades de fallecer que el resto de los días del calendario lunar.

**G-31****MORTALIDAD PRECOZ EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

**J. Losa García<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, J. Marco Martínez<sup>3</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>4</sup>, J. Canora Lebrato<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>5</sup>, S. Nistal<sup>1</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Por trabajos previos conocemos que uno de cada 25

pacientes ingresados en medicina interna fallece en las primeras 48 horas del ingreso. Nos propusimos describir las características de los pacientes que fallecen precozmente tras su ingreso en un servicio de medicina interna.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos, según el CIE-9MC) y cedida al grupo de Gestión Clínica de la SEMI por el Ministerio de Sanidad. Se describieron las causas de mortalidad precoz (aquella que ocurría en las primeras 48 horas tras el ingreso) en los pacientes adscritos a este servicio en el momento de su deceso.

**Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos en los servicios de medicina interna, de los cuales fallecieron 97274 (9,9%). 23653 (2,4% del total, un 25% de los fallecidos) murieron en las primeras 48 horas del ingreso. Los pacientes que fallecieron precozmente eran el 47% mujeres, tenían una edad media de 79,9 (SD 11,5), y su gravedad, medida con el peso del GRD era de 2,3 (SD 1,1), significativamente mayor que la de la base general (edad 70,4 (SD 17,3); peso 1,7 (SD 1,1)). Sin embargo los pacientes que fallecen durante el ingreso, pero no de forma precoz, tienen un peso medio significativamente mayor que los que lo hacen precozmente (2,6 vs 2,3  $p < 0,001$ ), y son sólo un año más jóvenes (79,0 vs 79,9;  $p < 0,001$ ). Las causas más frecuentes de fallecimiento precoz fueron los GRD 541 (TRAST. RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR), 544 (ICC & ARRITMIA CARDÍACA CON CC MAYOR), 127 (INSUFICIENCIA CARDÍACA & SHOCK) y 584 (SEPTICEMIA CON CC MAYOR) que explican el 31% de los fallecimientos. Un 21,5% tenían un diagnóstico de neoplasia.

**Discusión.** Los pacientes que fallecen precozmente son ancianos, están graves y mueren sobre todo de patología cardiorrespiratoria y sepsis. Uno de cada cinco pacientes tiene un diagnóstico de neoplasia. Al fallecer pronto no tienen tiempo de complicarse tanto como los que tardan más en morir, lo que se refleja en el peso medio del GRD que mide el grado de complicaciones que presentan los pacientes, que es superior en los que fallecen más allá de las 48 horas, comparado con los que lo hacen precozmente.

**G-32****ESTUDIO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL BOX DE EMERGENCIAS Y CORRELATO CON EL MOTIVO DE CONSULTA DEL TRIAGE**

**J. Ortiz Sánchez<sup>1</sup>, P. Pardo Rovira<sup>2</sup>, M. Sirvent López<sup>2</sup>, R. Martín Díaz<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>2</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Urgencias. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Analizar los motivos de consulta de los pacientes atendidos en el box vital del Hospital de Fuenlabrada durante el año 2007.

**Material y métodos.** De las 13.9811 urgencias atendidas en el año 2007, 88.362 (63,2%) fueron de adultos y de ellas, 286 (3%) fueron atendidas en el box de emergencias. Se revisaron las historias recogiendo el día de la semana en que fueron atendidos, el rango horario de la atención (8 a 15, 15 a 22 y 22 a 8 horas), el motivo de consulta recogido en el Triage, el destino una vez valorado en el box vital, la necesidad de ingreso y el diagnóstico al alta. Se realizó estadística descriptiva de todas las variables recogidas y se comprobó la correlación entre los motivos de consulta y el diagnóstico final.

**Resultados.** De los 286 pacientes atendidos el 57,3% fueron varones con una edad media de  $54 \pm 18$  años y el 42,7% mujeres con una edad de  $61 \pm 21$  años. El día de la semana de mayor frecuencia fue el sábado (49 casos) seguido del lunes (47) y viernes (42). El 43,7% de los pacientes fueron atendidos en horario de mañana. De todos los pacientes clasificados como nivel de prioridad I en el Triage, el 17,1% requirieron ingreso en UCI; el resto permanecieron en Urgencias, el 64% en la sala de cuidados intermedios y el 14% en los boxes de exploración. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor torácico, suponiendo el 33% del total, seguido de la disnea

y de las alteraciones del nivel de conciencia. Entre estos 3 motivos de consulta, el 19% terminaron en UCI. El diagnóstico final más frecuente fue el SCA tanto con o sin elevación de ST, seguido del dolor torácico atípico y la infección respiratoria. De los 12 pacientes que fallecieron en el box de emergencia, 7 vinieron en parada cardiorrespiratoria.

**Conclusiones.** El dolor torácico fue el motivo de consulta más frecuentemente clasificado para el box de emergencias, con un correlato significativo con síndrome coronario agudo. Sólo el 17% de todos los pacientes atendidos en el box de emergencias requirieron ingreso en UCI. La mayoría de los pacientes que acudieron en parada cardiorrespiratoria no se resucitaron.

### G-33

#### CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**J. Losa García<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, J. Marco Martínez<sup>3</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>4</sup>, J. Canora Lebrato<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>5</sup>, C. Rosado Bolaños<sup>2</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Por estudios previos conocemos que casi uno de cada 10 pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna fallece durante el ingreso. Nos propusimos describir las características y motivos de fallecimiento de los pacientes que ingresan en nuestros servicios.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos, según el CIE-9MC) y que ha sido cedida al grupo de Gestión Clínica de la FEMI por el Ministerio de Sanidad. Se describieron las causas de mortalidad en los pacientes adscritos a este servicio en el momento de su deceso.

**Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos en los servicios de medicina interna, de los cuales fallecieron 97.274, el 9,9% del total. La edad media de los pacientes que fallecieron fue significativamente superior (79,2 versus 69,1;  $p < 0,0001$ ), y las mujeres presentaron un riesgo superior de muerte (OR 1,03 IC 95% 1,02-1,05,  $p < 0,001$ ). La estancia media fue 3 días superior en los pacientes que fallecieron (11,5 vs 9,3;  $p < 0,0001$ ) y la gravedad de los pacientes valorada mediante el peso del GRD fue muy superior en los pacientes que murieron (2,5 (SD 2,0) vs 1,6 (SD 1,2);  $p < 0,001$ ). Un 87,7% de los pacientes que fallecieron tenían comorbilidad frente al 75% de los que no lo hicieron ( $p < 0,0001$ ). La mortalidad fue superior en los meses de invierno (10,8%) que en las otras estaciones del año. Los GRD que se asociaron a mayor mortalidad fueron el 541 (TRAST. RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR), 14.757 casos, 15,2%, el 544 (ICC & ARRITMIA CARDÍACA CON CC MAYOR), 6.696 casos, 6,2% y el 127 (INSUFICIENCIA CARDÍACA & SHOCK) 4.440, 4,6% de los casos. El coste por paciente, estimado según datos del Ministerio de Sanidad, fue de 4655,6 euros (SD 3906,5) por paciente fallecido, frente a 3561,2 (SD 2245,0) del paciente que sobrevive.

**Discusión.** Los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna y fallecen, son sobre todo mujeres, mayores y con patología cardiorrespiratoria. Su estancia media hasta el fallecimiento es superior a la de los pacientes que sobreviven, tienen mayor comorbilidad y el gasto que suponen es alto.

### G-34

#### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN MEDICINA INTERNA

**J. Marco Martínez<sup>1</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>2</sup>, J. Canora Lebrato<sup>3</sup>, J. Losa García<sup>4</sup>, R. Barba Martín<sup>5</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup>, C. Rosado Bolaños<sup>5</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid) <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid).

**Objetivos.** Los GRD o 'Grupos Relacionados de Diagnóstico', nos proporcionan información sobre la casuística de los enfermos ingresados en nuestro servicio, relacionando tipo de paciente con consumo de recursos. Se dividen en médicos y quirúrgicos en función de si el paciente ha sido intervenido o no y del tipo de intervención. A priori los servicios de Medicina Interna no deberían dar de alta a pacientes con GRD quirúrgicos, sin embargo en ocasiones esto no es así. Nos propusimos valorar que GRD quirúrgicos se usaban en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de España en los años 2005 y 2006 según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos), cedida al grupo de Gestión por el Ministerio de Sanidad. Se identificaron los individuos que fueron dados de alta con un GRD quirúrgico. Se compararon datos demográficos e indicadores de calidad (estancia media, peso, mortalidad) en los dos grupos. **Resultados.** En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos, de los cuales 32591 (3,3%) fueron dados de alta con un GRD quirúrgico. Los más frecuentes fueron el 116 (OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDÍACO PERMANENTE), con 2337 casos, el 7,2% del total, el 112 (PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOOS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDÍACA O SHOCK), con 2117 casos, el 6,5% del total, el 483 (OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. +96H O CON DIAG. PRINC. EXC. TRASTORNOS ORL) con 1707 casos, el 5,2%, el 808 (PROCED. CARDIOVASC. PERCUTANEOOS CON IAM, FALLO CARDÍACO O SHOCK) con 1707 casos, el 5,2%, y el 468 (PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO SIN RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL) con 1614 casos, un 5%, 550 (OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR) 1165 casos, 3,6%. Estos 6 procedimientos suponen el 33% de todos los realizados. La estancia media de los pacientes con estos GRD fue significativamente mayor (22,2 (SD 30,4) que la de los que no se operaron (9,5 SD 10,1;  $p < 0,0001$ ). Los pacientes a los que se realizan procedimientos eran más jóvenes (67,5 SD 16,4 vs 70,7 SD 17,2;  $p < 0,0001$ ), su peso medio (que mide la gravedad del proceso) es muy superior (4,7 SD 4,9 vs 1,6 SD 0,92;  $p < 0,0001$ ) y el coste según datos del Ministerio de Sanidad, mucho mayor (9861,5 Euros, SD 10276,9 vs 3497,1, SD 1243,0;  $p < 0,0001$ ). De todos los varones ingresados en MI tienen un GRD quirúrgico el 3,7% frente a un 2,9% de las mujeres ( $p < 0,0001$ ).

**Discusión.** Al menos uno de cada 4 pacientes ingresado en MI y que es dado de alta con un GRD quirúrgico, en realidad ha sido sometido a un procedimiento cardiológico, que hoy en día está en manos de servicios médicos. Otro subgrupo de pacientes son aquellos traqueostomizados que luego pasan a cargo de MI, generalmente debido al alto número de complicaciones que presentan. En el número de paciente sometidos a intervenciones quirúrgicas no cardiológicas que son dados de alta en medicina Interna es muy bajo.



**G-35**

**VACACIONES EN MEDICINA INTERNA**

**A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, J. Marco Martínez<sup>3</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>4</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup>, J. Losa García<sup>5</sup>, J. Ortiz<sup>1</sup> y Grupo de Gestión Clínica de la SEMI**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Durante el verano existe un ajuste en las plantillas en medicina interna (MI) por las vacaciones. Se entiende que la actividad médica se reduce, pero no está claro si esta disminución en unos centros se acompaña del aumento en otros.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de MI de España en el año 2006 según el CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos de obligado cumplimiento en la que se recogen datos administrativos y clínicos. Analizamos ingresos por CCAA en julio, agosto y septiembre, valorando si estaban por encima o debajo de la media.

**Resultados.** En el año 2006 hubo en los servicios de MI de nuestro país 522.268 ingresos, distribuidos del siguiente modo.

**Discusión.** La actividad en los servicios de MI disminuye sólo discretamente los meses de verano. Mientras que en el mes de septiembre la disminución es global, en el mes de agosto se demuestra un cierto 'reparto' de la actividad.

Tabla 1. Distribución de los ingresos los meses de verano (G-35).

	Julio	Agosto	Septiembre
Madrid	7,65	6,74	7,46
Pais Vasco	8,08	7,24	7,57
Murcia	8,51	7,60	7,92
Navarra	7,56	7,62	7,88
Cantabria	8,11	7,66	7,41
Cataluña	8,10	7,72	7,61
Andalucía	7,79	7,77	7,54
Castilla la Mancha	8,05	7,85	7,38
Aragón	8,30	7,99	7,94
Galicia	7,75	8,01	7,48
Castilla León	8,06	8,09	7,89
La Rioja	7,78	8,16	7,09
C. Valenciana	8,24	8,24	7,96
Canarias	7,87	8,51	8,34
Baleares	9,25	9,0	7,83
MEDIA	8,0	7,75	7,64

**G-36**

**ESTUDIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

**A. Abad Suero<sup>1</sup>, B. Tamayo Fernández<sup>1</sup>, M. Baños Canales<sup>1</sup>, E. Lamalfa Díaz<sup>1</sup>, C. Carrera Benito<sup>1</sup>, S. Soto Guattí<sup>1</sup>, M. Fernández Miera<sup>1</sup> y M. De la Cal López<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** Cuantificar la tasa de cumplimiento terapéutico en pacientes de 65 años o más, ingresados en la Unidad.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio observacional prospectivo en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del H. U. Marqués de Valdecilla, entre 1-Sep-07 y 30-Jun-08, que supone, la evaluación de pacientes ingresados de forma consecutiva. El estudio se realiza durante los primeros 3 días del ingreso sin previo aviso (población de referencia 729 pacientes, incidencia de buen cumplimiento esperado 70%, error Alfa 0,05, error Beta 5%). Se construye un modelo de seguimiento en el que inicialmente se recogen variables sociode-

mográficas, condición de Paciente Pluripatológico, identificación del cuidador principal, formal o informal, número de fármacos, número de tomas, número de comprimidos al día, paciente nuevo en la Unidad. En segundo lugar se les aplican: A. El Test de Hayness-Sackett, este test de cumplimiento autocomunicado consta de dos partes: en la primeraintroducimos la siguiente frase "la mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar sus comprimidos", para posteriormente formular la siguiente pregunta: ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si el paciente contesta "sí", se le clasifica como "no cumplidor". B. El test de Morinsky-Green consta de cuatro preguntas, con una alta fiabilidad (61%). Se considera "cumplidor" a aquel paciente que responde de forma correcta a las cuatro preguntas: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? (Resp. correcta: No) ¿Los toma a la hora indicada? (Resp. correcta: Sí) ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien? (Resp. correcta: No) ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal? (Resp. correcta: No) Por último se realiza el recuento de comprimidos. El porcentaje de cumplimiento terapéutico (PC) se calcula según la fórmula: PC = (número total de comprimidos presumiblemente consumidos/número total de comprimidos que debía haber consumido) × 100.

**Resultados.** En el estudio se incluyen 250 episodios (39,1% del total de pacientes ingresados de 65 años o más, en el mismo período restando episodios perdidos y excluidos). Descripción de la población del estudio: 119 varones (47,6%) y 131 mujeres (52,4%). 129 casados/as (51,6%), 90 viudos/as (36,0%), 14 solteros/as (5,6%), 17 sin datos (6,8%). Nivel de estudios, en 152 pacientes (60,8%) son primarios. Lugar de residencia urbano en 182 casos (72,8%) y rural en 51 (20,4%). Primer ingreso en la Unidad en 159 casos (65,9%, tras excluir 9 por ausencia de datos). 105 pacientes pluripatológicos (42,0%) frente 139 sin esta condición (55,6%), perdidos 6 (2,4%). El cuidador principal identificado es informal (no remunerado) en 218 casos (87,2%). El cuidador prepara la medicación en 177 casos (70,8%) y la supervisa en 189 (75,6%). Resultados de adherencia: Las preguntas del test de Morinsky-Green son correctas en los siguientes casos: 87,3%, 97,5%, 92,4% y 91,6%. Según este test hay 195 pacientes cumplidores (82,3% IC 95% 76,8-86,9). 111 pacientes toman > 8 comprimidos/día (44,4% IC 95% 38,1-50,8) y 97 precisan > 6 tipos de fármacos/día (42,1% IC 95% 35,8-48,4). Según el test de cumplimiento autocomunicado, si el supervisor de la toma de los fármacos es el cuidador, el paciente es cumplidor en el 84,2% de los casos frente al 76% si lo es el propio paciente. Por último, en el recuento de comprimidos sin margen de confianza (PC 100%) obtenemos 193 cumplidores (83,9% IC95% 78,5-88,4) y 37 no cumplidores (16,1%) frente a recuento de comprimidos con PC 80-110% en que encontramos 226 cumplidores (98,3% IC 95% 87,4-92,1) y 4 no cumplidores (1,7%).

**Conclusiones.** Los resultados de cumplimiento no son comparables a los de los estudios publicados debido a dos factores: el estrecho seguimiento durante un corto período y que la mayoría de los ingresos se deben a patologías agudas o crónicas agudizadas. Por otro lado, los métodos indirectos (entrevista clínica y recuento de comprimidos) pueden sobreestimar el cumplimiento. La preparación y/o la supervisión de los fármacos por el cuidador obtienen la mayor diferencia de PC.

**G-37**

**¿EXISTE EL EFECTO "FIN DE SEMANA" EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA?**

**N. Domínguez Pin<sup>1</sup>, E. Casariego Vales<sup>1</sup>, A. Muriel<sup>2</sup>, F. Terrón Pérez<sup>1</sup>, M. Rivas Bande<sup>1</sup>, M. López Díaz<sup>1</sup>, J. Monteagudo Romero<sup>3</sup> y C. González Louzao<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo (Lugo). <sup>2</sup>Servicio de Bioestadística. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>3</sup>Subdirección de Investigación, <sup>7</sup>Servicios Centrales. Sergas. A Coruña.

**Objetivos.** Algunos estudios han apreciado un mayor riesgo de fallecimiento en los pacientes que ingresan en el hospital durante el fin de semana con respecto a los ingresados entre lunes y jueves. Estos datos se han aportado para patologías concretas (infarto agudo de miocardio o ictus), diferentes servicios hospitalarios (por ejemplo

prematuros) o períodos de hospitalización (primeras 48 horas). Sin embargo siguen existiendo múltiples controversias sobre la extrapolación de estos datos a otras áreas o especialidades hospitalarias. Por ello estudiamos el comportamiento de estas circunstancias entre hospitalizados en salas de Medicina Interna dedicadas específicamente a patologías crónicas.

**Material y métodos.** Estudio sobre la totalidad de pacientes ingresados en un área específica del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Lugo entre 2002 y 2007. Dicha área consta de 180 camas dedicadas a Medicina Interna General, Neumología y Geriátrica y, fundamentalmente, se utiliza para prestar atención hospitalaria a pacientes de mayor edad con patologías crónicas no quirúrgicas. El trabajo habitual en horario de mañana es de lunes a viernes y los equipos de guardia cubren de 15 horas a 8 de la mañana del día siguiente y los fines de semana. Los equipos de guardia están constituidos por turnos de las mismas personas que realizan el trabajo habitual. Mientras que de lunes a viernes se realiza una visita habitual a la totalidad de los pacientes ingresados, los sábados y domingos sólo se atienden a los pacientes en peor estado y a las urgencias que pudiesen surgir. Para este estudio se consideró que fin de semana lo constituyen sábados y domingos. Se consideró "complicación de la hospitalización" toda aquella circunstancia no relacionada con el proceso de base aunque sí con su tratamiento (por ejemplo flebitis, diarrea por fármacos, etc) o asociada con la hospitalización (por ejemplo sondaje urinario, agitación psicomotriz, etc). En el análisis estadístico se emplearon los estudios descriptivos habituales y el test ji al cuadrado en la comparación de variables cualitativas. En la comparación de 2 medias se utilizó el test T de Student y en la comparaciones múltiples de medias, previa valoración de la homocedasticidad, se utilizó ANOVA.

**Resultados.** En el período y área de hospitalización señalados ingresaron un total de 21.807 pacientes. El 51,8% de los ingresados fueron varones y la edad media global 78,7 (DS) años. El viernes fue el día con el mayor porcentaje de ingresos (16,4%) y el domingo el de menor (11,3%). La mortalidad media fue del 8,5%. Cuando consideramos el porcentaje de fallecidos en relación con el día del ingreso hospitalario no se apreciaron diferencias significativas ( $p = 0,44$ ). El día con mayor porcentaje de fallecidos fue el miércoles (9,1%) y el jueves el de menor (7,7%). Considerados en conjunto la mortalidad del fin de semana fue 8,6% comparado con el 8,4% apreciada durante los días laborables ( $p = 0,28$ ). De la misma forma, la mortalidad apreciada durante las primeras 48 horas de ingreso no se modificó en relación con el día de la admisión hospitalaria ( $p = 0,42$ ). La estancia media se situó en 11,44 (9,09) días. Este período se incrementó de manera paulatina desde el domingo (día de ingreso con menos estancia media, 10,6) hasta el viernes (día de ingreso con mayor estancia: 12,05); descendiendo el sábado (11,02) e iniciando de nuevo el ciclo ( $p < 0,001$ ). Los pacientes ingresados viernes o sábado presentaron un mayor número de complicaciones de la hospitalización comparado con cualquier combinación de otros días de admisión ( $p < .001$ ).

**Conclusiones.** Si bien no se aprecia que la mortalidad se modifique según el día de la semana en el que se realiza el ingreso hospitalario en pacientes con patologías médicas de carácter crónico, los ingresados en fin de semana si presentan un incremento significativo de las complicaciones relacionadas con la hospitalización. Esto pudiera estar relacionado con la ausencia de una actividad asistencial sistemática, por parte de los facultativos, durante el fin de semana.

### G-38

#### ACUERDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EL DIAGNÓSTICO AL ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**I. González Negro, A. Gómez Berrocal, V. De la Cuesta Esteban, E. Díaz Guardiola, A. Herrero Carrera y C. Suárez Fernández**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el grado de acuerdo entre el juicio clínico establecido en el servicio de Urgencias y el diagnóstico final al alta tras el ingreso en el servicio de Medicina Interna-Infecciosas del HUP.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, de una muestra de 100 pacientes ingresados durante el período mayo-junio de 2008 en el Servicio de Medicina Interna del HUP. Los datos han sido recogidos a partir de los informes de urgencias y los informes de alta o éxitus. Criterios de exclusión: Solicitud de ingreso de procedencia distinta al Servicio de Urgencias del HUP. Variables principales: juicio clínico en el informe de urgencias, diagnóstico en el informe de alta, acuerdo entre ambos. Se estableció el porcentaje de concordancia diagnóstica entre el informe de urgencias y al alta en dos grupos: acuerdo total y acuerdo por tipo de diagnóstico - Variables adicionales: Edad, sexo, presencia de deterioro cognitivo, nº de diagnósticos, anamnesis al paciente o a terceros.

**Resultados.** Se estudiaron 100 pacientes, 42 hombres y 58 mujeres; edad media 76.67 años, 32 de ellos presentaron deterioro cognitivo. En 91 el diagnóstico fue coincidente. Por grupos de diagnóstico: Insuficiencia Cardíaca (n. 27), grado de acuerdo de 96,29%; Infección Respiratoria (n: 22), grado de acuerdo 86,36%; ITU (n: 8), grado de acuerdo 87,5%; síndrome constitucional y/o anemia (n:6) grado de acuerdo 83,33%; GEA (n:6) grado de acuerdo 100%; otras infecciones (n:9), grado de acuerdo 88,5%; pielonefritis aguda (n:6), con un 83,33% de acuerdo; por último en el grupo miscelánea se incluyeron 16 pacientes y el acuerdo diagnóstico fue de 87'5%. No se encontraron diferencias significativas según la presencia o no de deterioro cognitivo.

**Discusión.** El establecimiento de un diagnóstico sindrómico en urgencias es fundamental para no retrasar el inicio del tratamiento. En el servicio de Urgencias de este Hospital se alcanza una aproximación diagnóstica notable, siendo mayor el porcentaje de concordancia diagnóstica en las patologías más prevalentes como son la Insuficiencia Cardíaca, la gastroenteritis aguda y procesos infecciosos-procesos sépticos.

**Conclusiones.** El juicio clínico establecido en el Servicio de Urgencias coincide con el diagnóstico al alta del Servicio de Medicina Interna en un 90%.

### G-39

#### HOSPITALIZACIONES POR PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA EN CIRUGÍA, DIGESTIVO Y MEDICINA INTERNA SEGÚN EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

**I. González Anglada, L. Moreno, C. Garmendia, C. Guijarro, B. Herreros, C. Rodríguez, C. Aranda y V. Castilla**

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (I). Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Existe la percepción de que los pacientes que ingresan por patología biliopancreática en medicina interna (MI), digestivo (DG) y cirugía (CI) no son similares. El Objetivo de nuestro trabajo es comparar los ingresos urgentes por patología biliopancreática en las Unidades de MI, DG y CI mediante la información que se recoge en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta.

**Material y métodos.** Se recogieron todos los episodios de hospitalización con pancreatitis, colecistitis, colangitis, coledocolitiasis, coledocistitis, cólico biliar, ictericia obstructiva y colecistectomía en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde 1999 hasta diciembre de 2007. Para ello se seleccionaron los ingresos urgentes que contenían el código CIE-9 y GRD correspondiente a estas entidades, se excluyeron los pacientes ingresados de forma programada para colecistectomía o CPRE. Se realizó un análisis descriptivo de los casos y se compararon los pacientes que habían ingresado en los 3 servicios y los pacientes que habían fallecido. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una  $p < 0.05$  (dos colas), posteriormente se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el ingreso en MI era un factor de riesgo independiente de mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 6956 pacientes que ingresaron por patología biliopancreática urgente (5,1% de los ingresos del hospital). El 48% (2286) ingresó en MI, el 27% (1268) en CI, el 25% (1203) en DG. La edad media de los pacientes en las hospitalizaciones de MI fue significativamente mayor que en CI y DG (74 vs 67 vs 64 años), al igual que la institucionalización (73 vs 14 vs 13%), la demencia (9 vs 3 vs 3%), la diabetes (59 vs 21 vs 21%), la insuficien-

cia cardíaca (14 v s 3 vs 4%), EPOC (18 vs 9 vs 10%), insuficiencia renal (9 vs 2 vs 4%) y un índice de Charlson > 2 (comorbilidad) (55 vs 13 vs 32%). Por el contrario en las hospitalizaciones de DG la proporción de varones fue significativamente mayor que CI y MI (53vs 49 vs46) y de hepatópatas (24 vs 6 vs 12), pero el peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD) fue menor (1,7 vs 1,9 vs 1,9). La estancia media fue significativamente mayor en CI que en DI y MI (14 vs 9 vs 9 días). La mortalidad en las hospitalizaciones en MI fue mayor que en CI y DG (7,4 vs 4,1 vs 3,5%; OR cruda 1,88 IC95% 1,37-2,6), pero cuando la OR se ajustó por edad, sexo y otros factores relacionados con la mortalidad esta diferencia desapareció (OR ajustada 0,99 IC95% 0,69-1,45). A lo largo de los años existió un aumento del número de ingresos biliopancreáticos en todas las franjas de edad pero mayor en los ancianos. El incremento en el número de ingresos solo ha afectado a MI con estabilización e incluso descenso en DG y CI.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan por patología biliopancreática en nuestro hospital lo hace mayoritariamente en MI, aun cuando en la mayoría de los casos la etiología es biliar. MI ha asumido todo el incremento de los ingresos por esta patología. Los pacientes que ingresan en MI son más mayores y con más comorbilidad. A pesar de ello ni la estancia media ni la mortalidad es mayor.

**G-40  
HOSPITALIZACIONES POR HEMORRAGIA DIGESTIVA EN MEDICINA INTERNA Y DIGESTIVO SEGÚN EL CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS**

**I. González Anglada, R. Hervas, I. Ruiz, G. Palacios, M. Mateos, B. Comeche, M. Pérez y J. Marcos**

*Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).*

**Objetivos.** Existe la percepción de que los pacientes con hemorragia digestiva en medicina interna (MI) y digestivo (DG) no son similares. El objetivo de nuestro trabajo es comparar las hospitalizaciones por hemorragia digestiva en las Unidades de MI y DG mediante la información que se recoge en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta.

**Material y métodos.** Se recogieron todos los episodios de hospitalización con hemorragia digestiva en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde 1999 hasta diciembre de 2007. Para ello se seleccionaron los ingresos urgentes que contenían el código CIE-9 y GRD correspondiente a estas entidades. Se realizó un análisis descriptivo de los casos y se compararon los pacientes que habían ingresado en los dos servicios y los pacientes que habían fallecido. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una p < 0.05 (dos colas), posteriormente se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el ingreso en MI era un factor de riesgo independiente de mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 2.109 hospitalizaciones con hemorragia digestiva el 57% (1197) en MI y el 43% (912) en DG. La edad

media de los pacientes en las hospitalizaciones de MI fue significativamente mayor que en DG (73 vs 64 años), al igual que la institucionalización (10,7 vs 4,3%), la demencia (7,5 vs 3,1%), la diabetes (20,1 vs 12,4%), la insuficiencia cardíaca (12,9 vs 1,9%), EPOC (20,1 vs 9,6%), insuficiencia renal (4,8 vs 2%), un índice de Charlson > 2 (comorbilidad) (35 vs 25%), un mayor peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD), una mayor estancia (7,7 vs 5,8 días). La mortalidad se asoció de forma significativa a la edad, la presencia de hepatopatía, insuficiencia respiratoria aguda, Charlson e ingreso en MI. A lo largo de los años (199-2007) existió un incremento estadísticamente significativo en el número de ingresos en MI y un descenso en DG, un aumento de la edad media, del peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico, pero no de la estancia media ni del número total de ingresos en el hospital por dicha patología.

**Conclusiones.** El CMBD permite analizar las diferencias entre las hospitalizaciones con hemorragia digestiva en los servicios de MI y DG. Los pacientes que ingresan en MI son más ancianos y con mayor pluripatología y mortalidad. No se ha demostrado incremento del número de ingresos estadísticamente significativo a lo largo de los años en todo el hospital, pero sí en MI.

**G-41  
LOS MÉDICOS VISTOS POR SUS ENFERMOS  
M. Pascual<sup>1</sup>, P. Wikman<sup>2</sup>, J. Beltran<sup>1</sup>, J. Simon<sup>1</sup> y J. Merino<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Centro de Salud de Altavix. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna.*

*Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Material y métodos.** Estudio descriptivo para el que hemos diseñado un cuestionario, que usando una escala tipo Likkert con 5 niveles. Pretendemos medir las cualidades humanas (11 ítems), profesionales (10 ítems) y la relación enfermo-Médico (2 ítems), que esos enfermos encuentran en sus médicos habituales. La labor de campo se ha realizado en el Centro de Salud de Altavix, Elche, durante el período de enero a mayo de 2008. El cuestionario se ha ofrecido a los asistentes a las consultas correspondientes del centro y se cubriría de forma confidencial. La estadística utilizada ha sido descriptiva. Se ofrece en porcentajes.

**Resultados.** La muestra fueron 233 pacientes, con una media de edad de 48 años. Un 58,8% eran mujeres. Las mujeres encuentran a sus médicos más habilidosos e informadores que los hombres. Separada la muestra según tenga edad < 45 años e, entre 45-65 a o > 65 años, no hay diferencias significativas en la valoración que estos colectivos hacen de sus médicos.

Tabla 1. Cualidades humanas/Cualidades Profesionales (G-41).

Tipo	Nivel alto (%)	Muy alto (%)	Total	Tipo	Nivel alto (%)	Muy alto (%)	Total
Competente	34,8	53,6	88,4	Cordial	24	65,2	89,2
Disponible	29,2	54,1	83,3	Afectivo	25,9	60,3	86,2
Etico	23,2	70,8	94	Simpatico	25,1	55	80,1
Habilidoso	34,8	56,2	91	Inteligente	25,3	64,4	89,7
Informador	30,9	54,5	85,4	Humano	24	67,4	91,4
Accesible	27	45,5	72,5	Sincero	26,2	66,5	92,7
Empatico	31,3	45,9	77,2	Equilibrado	30	61,8	91,8
Organizado	40,3	46,4	86,7	Paciente	31,8	59,2	91
Competente	39,5	53	92,5	Innovador	35,2	56,2	91,4
Trabajador	30	64,8	94,8	Respetuoso	29,2	64,8	94
Vocacional	28,3	63,9	92,2				



Tabla 2. Calidad de la relación médico paciente (G-41).

	Nivel alto (%)	Nivel muy alto (%)	total
Me entiendo bien con el	21	67	88
Cómodo con el médico	26,2	62,2	88,4

**Conclusiones.** Los médicos están bien valorados por sus pacientes en la población estudiada.

**G-42**

**UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (UDR) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**C. Sanclemente Ansó<sup>1</sup>, M. Rubio Rivas<sup>1</sup>, C. Sisó Román<sup>1</sup>, M. Castellví Judo<sup>2</sup>, S. Jorquera Vadillo<sup>2</sup>, A. Salazar Soler<sup>3</sup>, C. Capdevila Aguilera<sup>4</sup> y R. Pujol Farriols<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería de la UDR,

<sup>3</sup>Dirección Médica, <sup>4</sup>Subdirección Médica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Introducción: la UDR es una forma asistencial especialmente dirigida al estudio y diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves, no necesariamente cáncer. Objetivo: describir las causas más frecuente de consulta en una UDR para mejorar la calidad asistencial en el diagnóstico de las patologías más frecuentes.

**Material y métodos.** Se recogen datos de forma prospectiva de pacientes que acudieron a la consulta en un hospital de tercer nivel, como edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico final, entre otras. El período estudiado es desde el 10/04/2007 hasta diciembre de 2007. Realizando el análisis de 300 pacientes de los que se disponían de todos los datos hasta el 04/10/2007.

**Resultados.** N total = 428, De los 300 pacientes con totalidad de datos, 140 (46.6%) eran varones y 160 (53.3%) mujeres, con una edad media de 54 ± 19 años con un intervalo de: 18 a 87 años. La procedencia de los pacientes fue: urgencias:187 (62.3%), centro de asistencia primaria 95 (32%), del propio hospital 14 (4,66%), y otros hospitales 4 (1,33%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: Síndrome tóxico 52 (17,33%), anemia 39 (13%), adenopatías 26 (8,66%), diarrea 23 (7,66%), dolor abdominal 19 (6,33%), epigastralgia 17 (5,66%), hallazgo exploratorio 15 (5%), síndrome febril 15 (5%), entre otros. Las exploraciones más solicitadas: analítica general 111 (37%), Rx Torax 93 (31%), enema opaca de intestino grueso 58 (19,33%), ecografías 42 (14%), TEGD 40 (13,33%), TACs 14 (4,66%), FGS 14 (4,66%), PAAF 11 (3,66%). Los diagnósticos finales totales fueron: síndrome tóxico no valorable 36 (12%), anemia microcítica crónica 25 (8,33%),neoplasia 30 (10,2%); colon: 5,6%, linfomas 2,3%, gástrica: 1,3%, hipernefroma:1%), fiebre autolimitada 15 (5%), hernia hiatal 14 (4,66%), adenopatías reactivas inespecíficas 13 (4,33%), espondilartrosis 11 (3,66%), diverticulosis colon 10 (3,33%). Recibieron el alta en la 1ª visita 142 (47,33%), en la 2ª visita 148 (49,33%), en la 3ª visita 10 (3,3%), Tan solo ingresaron 13 pacientes (4,3%). La derivación final de los pacientes fue: al CAP:61.6%,consultas externas hospital:37.3%.

**Conclusiones.** 1. La analítica general y la Rx tórax fueron las más utilizadas probablemente por estar integradas en la Unidad. 2. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron, el sde tóxico NO valorable, la anemia y la neoplasia. 3. La mayoría de pacientes provienen del servicio de Urgencias. 4. La tasa de efectividad, medida como alta en las 2 primeras visitas, fue muy elevada. 5. Se evitaron ingresos con esta consulta y probablemente se añadió comodidad a los pacientes.

**G-43**

**APR-GRD:¿QUÉ APORTAN A LA GESTIÓN CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA?**

**P. Fernández Muñoz<sup>1</sup>, J. Moris<sup>2</sup>, J. Noval<sup>2</sup>, M. García Alcalde<sup>2</sup>, E. Avanzas<sup>2</sup>, E. Fonseca<sup>2</sup>, D. Galiana<sup>2</sup> y C. Gutiérrez del Río<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Documentación Clínica, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Analizar la actividad y casuística de Medicina Interna (MI) utilizando los APR-GRD (All Patient Refined Diagnosis Related Groups). Evaluar la utilidad de este sistema de clasificación de pacientes en la Gestión Clínica.

**Material y métodos.** Estudiamos las 3.538 altas de MI del año 2007. Se obtiene la distribución de GRD y se calculan los indicadores la comparación se utiliza el año 2006. El análisis estadístico se hace con SPSS 12.0.

**Resultados.** Las altas se agrupan en 59 GRD, pero con tan sólo 32 se llega al 95%. MI es responsable del 17,9% de las altas del hospital y del 73,3% en los servicios médicos. Comparando 2006 y 2007, no hay diferencias significativas en los datos de actividad y funcionamiento. Su peso medio es el mayor en especialidades médicas, supera el global del hospital y sólo es inferior al de Medicina Intensiva, Traumatología, Cirugía Vascul y Cirugía General. Presenta la menor proporción de altas con nivel de severidad 1 (16,3%) y la mayor con nivel 4 (5%) en relación con la totalidad de servicios, excepto Medicina Intensiva. Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de severidad cuando analizamos las distintas unidades del propio servicio. El 7,6% de las altas son exitus, suponen la tercera parte de todos los registrados. El 33% de sus altas están clasificadas en los niveles de mayor riesgo de mortalidad.

**Discusión.** Los GRD, desde el primer momento, han entrado a formar parte del sistema de información para la Gestión Clínica. Una de las objeciones que, con más frecuencia, se ha hecho es su definición de complejidad, unida al consumo de recursos y sin una correspondencia con la gravedad clínica. Los APR-DRG añaden a la complejidad los niveles de severidad y riesgo de mortalidad, más cercanos a conceptos clínicos. Identificar de forma más precisa las diferencias entre la casuística tratada nos ayuda en la elaboración e interpretación de los indicadores de funcionamiento, eficiencia y calidad, cuando queremos comparar dos servicios u hospitales distintos o el mismo servicio a lo largo del tiempo.

**Conclusiones.** En nuestro hospital, MI tiene un papel muy importante en la actividad global del centro, que necesita ser analizado desde enfoques nuevos y dentro del marco de la gestión clínica. Los APR-DRG constituyen un paso más en el acercamiento entre los conceptos clínicos y de gestión. Permiten combinar la explotación de datos de actividad, con datos de casuística, calidad y funcionamiento y realizar análisis comparativos, tomando como referencia los estándares establecidos o los datos históricos del propio servicio o del mismo hospital.

Tabla 1. Distribución GRD (G-43).

GRD	Descripción	Altas	%
194	Insuficiencia cardíaca	478	13,5
140	Enf. pulmonar obst. crónica	392	11,1
139	Neumonía simple	356	10,1
144	Otros diag., signos y sint. ap. respir.	251	7,1
141	Bronquiolitis y asma	182	5,1
133	Edema pulmonar y fallo respir.	102	2,9
249	Gastroenteritis no bact. y dolor abd.	99	2,8
	Subtotal	1860	52,6

Tabla 1. Tasa de incidencia de eventos adversos (G-44).

Servicio	Pacientes	Pacientes con EA	Tasa de incidencia (%)	IC 95%
Medicina Interna	325	29	8.92	5.8-12
Médicos	696	54	7.76	5.7-9.7
Global	2074	172	8.29	7.1-9.4

**G-44**

**SUCESOS ADVERSOS EN PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA EN ASTURIAS**

**J. Morís de la Tassa<sup>1</sup>, D. Galiana Martín<sup>1</sup>, B. Díaz López<sup>2</sup>, M. Valledor Méndez<sup>3</sup>, B. Fernández González<sup>4</sup>, F. Vázquez Valdés<sup>5</sup> y J. Riera Velasco<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias). <sup>5</sup>Unidad de Calidad y Gestión Riesgos. Hospital Monte Naranco. Oviedo (Asturias). <sup>6</sup>Dirección General de Calidad e Innovación. Consejería de Salud. Asturias.

**Objetivos.** Conocer la incidencia y características de los sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria en pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de hospitales de Asturias.

**Material y métodos.** Siguiendo la metodología del estudio ENEAS, se efectuó un estudio retrospectivo, en los pacientes dados de alta en los hospitales de Asturias. Se recogieron datos demográficos y de la atención sanitaria, se identificaron los acontecimientos adversos y las circunstancias en que se produjeron, se evaluó su evitabilidad y sus repercusiones. Aquél suceso relacionado con la asistencia sanitaria que causó de prolongación de la estancia, fallecimiento del paciente o con secuelas en el momento del alta, se consideró evento adverso (EA); si no cumplió estas premisas se filió como incidente.

**Resultados.** La muestra estuvo formada por 2.074 pacientes, 325 (15,7%) procedían de Medicina Interna. Su edad media fue de 71,5 ± 18,9 años, con predominio de las mujeres (52,8%). El 82,7% estaba incluido en un ASA superior a II. La media de comorbilidades fue de 2,5 ± 3, 40% HTA, 30% diabetes y 28% EPOC. El 88,6% sufrió algún tipo de intervención invasora, 87,3% un cateterismo venoso, y 25% sondaje vesical. Cuarenta pacientes (12,5%) sufrieron incidentes, 63,4% relacionados con las vías venosas. Veintinueve pacientes (8,9%), sufrieron un total de 33 EA. El 71% fueron leves y 29% moderados. Quince (48,4%) se relacionaron con la medicación, 7 (22,6%) con los cuidados, 2 errores diagnósticos (6,4%) y 2 tras un procedimiento (6,4%). Se consideraron evitables 15 (48,4%). Trece (42%) no prolongaron la estancia, otros 13 sí, y en 7 ocasiones fueron la causa de un reingreso. En total fueron responsables de 151 días adicionales. No se produjo ningún exitus.

**Discusión.** Los EAs relacionados con la atención sanitaria son un hecho universal en todos los países. No lo son, la frecuencia de presentación, las localizaciones, y su repercusión. Conocer los EAs que se presentan y que pacientes los padecen y nos permitirá prevenirlos de forma adecuada. Ello redundará en beneficio del paciente y mejorará la eficiencia de nuestro sistema sanitario.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados en los servicios médicos, por sus características intrínsecas y por la atención sanitaria que reciben, están expuestos a sufrir EAs durante su hospitalización. La tasa de incidencia fue más elevada que para la población global y la de los ingresados en el resto de los servicios médicos. Los más frecuentes

están relacionados con la medicación, seguidos de los cuidados, a diferencia de aquellos ingresados en otros servicios. La elevada proporción de EAs prevenibles hace que estemos obligados a diseñar estrategias para evitarlos.

**G-45**

**VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y DE CUIDADOS PALIATIVOS A TRAVÉS DEL NÚMERO DE CONTROLES REGISTRADOS. DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRIENIO 2005-2007**

**S. Alegre Herrera<sup>2</sup>, M. Encarnación Carrizosa<sup>3</sup>, L. Rial Valverde<sup>3</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, L. Fernández Rendón<sup>1</sup>, J. Pérez de León<sup>1</sup>, E. Barranco Moreno<sup>1</sup> y A. Duque Granado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna "A". UGC Atención Integral y Cuidados del Adulto, <sup>3</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Trabajamos en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria y de Cuidados Paliativos (UHDCP) de un hospital regional que atiende a una población de 540.000 habitantes, organizados en 4 equipos conformados por un internista y un enfermero. La actividad asistencial viene determinada por el N° de pacientes "ingresados", y en el grupo de pacientes "paliativos" se estableció como un objetivo de gestión la recogida sistemática de controles, como base para demostrar si conseguimos un adecuado control de síntomas y signos clínicos. El objetivo de este trabajo es describir el N° de pacientes asistidos junto con el número de visitas y controles registrados durante los últimos 3 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo del total de casos registrados en nuestro programa informático, una base de datos relacional diseñada "ad hoc" para la UHDCP y en la que los diferentes equipos registran a diario múltiples ítems relativos a la actividad asistencial desarrollada. Analizamos el N° de ingresos, visitas y controles recogidos en el período 2005-2007, empleando una estadística descriptiva simple.

**Resultados.** En la tabla adjunta se muestran los principales indicadores. El mayor número de visitas, así como de controles registrados por médicos y enfermeros, se centran precisamente en el grupo de "Pacientes Terminales" debido a los problemas multifactoriales y síntomas cambiantes de este tipo de enfermos, que precisan de un seguimiento más continuado que en el resto de patologías que atendemos.

**Discusión.** Aunque no ha variado sustancialmente en el último trienio el número de pacientes que atendemos, sí han aumentado las visitas domiciliarias y el número de controles registrados por los pro-

Tabla 1. Evolución anual del número de visitas y controles registrados (G-45).

	2005	2006	2007
Oncológicos avanzados. N° ingresos	182	156	190
Médicos: N° visitas/N° controles	369/693	494/2.794	561/2.643
Enfermeros: N° visitas/N° controles	341/88	417/526	523/1.107
Terminales. N° ingresos	380	366	399
Médicos: N° visitas/N° controles	1.815/3.989	1.991/11.258	2.086/10.618
Enfermeros: N° visitas/N° controles	1.748/396	1.857/1.928	1.956/3.936

fesionales de cada equipo, especialmente en pacientes en fase terminal, donde hemos alcanzado en el año 2007 para cada ingreso un promedio de cinco visitas médicas y cinco controles anotados por el facultativo en cada visita. En estos momentos estamos trabajando en un "diario" para el registro sistemático de síntomas y signos por el cuidador principal y por el propio paciente. Por otra parte, estamos en disposición de exportar nuestra hoja de recogida de datos y nuestro programa informático a otros equipos de soporte domiciliario en cuidados paliativos.

**Conclusiones.** El registro sistemático de controles de síntomas y signos en pacientes oncológicos avanzados, y especialmente en pacientes terminales, constituye una herramienta de gestión y de mejora en los equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos.

**G-46**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**V. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, C. Asencio Méndez<sup>1</sup>, F. Brun Romero<sup>2</sup>, J. Benítez Macías<sup>2</sup> y D. García Gil<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sección de Cuidados Críticos y Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Estudiar las características de los pacientes ingresados en el Área de Observación (AO) de la Sección de Urgencias Hospitalarias (SUH) para optimizar los recursos de la misma.

**Material y métodos.** Estudio realizado en el H. U. Puerto Real, hospital general de especialidades con una población de 285.000 habitantes y 400 camas de hospitalización. La SUH cuenta con un AO con 12 camas. Analizamos las características demográficas, tiempo de estancia, tipo de patología, técnicas diagnóstico-terapéuticas (TDT) y destino de los pacientes ingresados en el AO desde el 1 al 31 de mayo de 2008.

**Resultados.** En el período analizado ingresaron 450 pacientes en el AO, una media de 14,5 al día. La mediana de edad fue de 68 (51-77) años. El 23,3% tenía < 50 años, frente al 76,7% que tenía más de 49 (p = 0,001). Fueron varones 262 (58,3%) (p = 0,001). La frecuencia, la estancia media y el porcentaje de ingreso de cada patología se detallan en la Tabla 1. La ocupación, calculada como el número de pacientes por las horas de estancia media, fue mayor para los procesos más frecuentes salvo el dolor abdominal no filiado, que representó el cuarto en frecuencia respecto a ocupación de camas (tabla 1). Se realizaron 33 TDT (7,3%), representando la transfusión de hemoderivados (TH) y la paracentesis evacuadora (PE) casi las 2/3 partes (65,5%). La punción lumbar, la PE y la toracocentesis tuvieron una mediana de estancia (horas) inferior a 3; en cambio, la de la TH fue de 8 (5,5-11,25).

**Discusión.** La patología más frecuente y con mayor ocupación de camas del AO es el dolor torácico, de los que sólo ingresa el 50%. Esto puede explicarse por la seriación enzimática de muchos pacientes, lo cual se hace en el AO independientemente de la estratificación del riesgo. Por otro lado, ciertas patologías como el dolor abdominal no filiado, suelen permanecer en el SUH durante largos períodos

de tiempo, en espera de que la evolución clínica clarifique el destino final terapéutico y administrativo. La realización de TDT programables debería producirse fuera del ámbito de la SUH.

**Conclusiones.** La aplicación de protocolos pronósticos y diagnóstico-terapéuticos a las patologías más frecuentes puede optimizar los recursos de camas en el AO Urgencias.

**G-47**  
**DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE CLIENTES DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y DE CUIDADOS PALIATIVOS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE LA PROCEDENCIA DE SUS INGRESOS**

**S. Alegre Herrera<sup>1</sup>, L. Fernández Rendón<sup>1</sup>, J. Pérez de León<sup>1</sup>, E. Barranco Moreno<sup>1</sup>, A. Duque Granados<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup> y M. Aguayo Canela<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna "A"-UGC Atención Integral y Cuidados del Adulto. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** La hospitalización domiciliaria se ha convertido en una alternativa al ingreso hospitalario, con diferentes grados de eficacia y eficiencia según la tipología de pacientes atendidos. Nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP), formada por 4 equipos (internista+enfermero), está integrada en un hospital regional que cubre una población de 540.000 habitantes. Desde 2002 está reconocida como unidad de gestión clínica. Precisamente uno de los primeros objetivos pactados con la dirección en el Acuerdo de Gestión fue determinar la cartera de clientes, esto es, conocer el perfil de pacientes atendidos, como base para poder establecer líneas de actuación y mejora continua, ya que hasta ese momento la UHDCP había recibido pacientes "a demanda" de las unidades hospitalarias o como "solución puntual" de la dirección del hospital en los momentos de hiperfrecuentación de urgencias o situaciones de falta de camas. El objetivo de este trabajo es mostrar el perfil de los pacientes atendidos por la UHDCP en el período 2002-2007.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo sobre los datos registrados en la base de datos de la UHDCP desde el año 2002 a 2007, analizando procedencia de los pacientes "ingresados" y diversas variables demográficas y asistenciales.

**Resultados.** Dos hechos han tenido un impacto sustancial en la casuística atendida por la UHDCP a lo largo de estos años: la inclusión de un equipo de atención a pacientes del área rural del distrito sanitario (2005) y la puesta en marcha de un equipo de soporte hospitalario y enlace de cuidados paliativos (2007). En el período analizado existen un total de 7.054 "ingresos" (que no pacientes). En términos generales se comprueba como el mayor número de ingresos proceden de las unidades hospitalarias (28,46%), estando en segundo lugar la propia UHDCP (25,55%), que suma un gran número debido a sus múltiples reingresos, y en tercer lugar las consultas externas del área (20,61%), especialmente de Oncología Médica y de O. Radioterápica. En este período sólo ha crecido el nº de ingresos procedentes del hospital, sobre todo en el año 2007. La edad media de nuestros ingresos es de 77 años, con un amplio rango, con un frecuente perfil de pluripatología y cronicidad, aunque en los dos

Tabla 1. Frecuencia y estancia en cama de Observación de las diferentes patologías analizadas (G-46).

Patologías	N (%)	Estancia (horas)	Ingreso (%)	Ocupación (horas)
Dolor torácico	82 (18,3)	10,0 (8,0-12,75)	50,7	820 (656-1045)
Fibrilación auricular	53 (11,8)	9,0 (5,0-12,0)	21,3	477 (265-636)
Trastornos hidroelectrolíticos	45 (10,0)	9,3 (4,0-11,7)	57,5	419 (180-526)
Reagudización EPOC	43 (9,5)	6,7 (5,0-12,0)	63,9	288 (215-516)
Insuficiencia cardíaca	30 (6,8)	10,3 (8,3-16,4)	81,5	309 (249-492)
Dolor abdominal no filiado	29 (6,5)	12,0 (5,0-15,0)	46,1	348 (145-435)
HDA	27 (6,0)	12,0 (7,0-17,7)	71,4	324 (189-478)
Ingesta voluntaria de fármacos	23 (5,0)	12,0 (6,0-17,0)	20,0	276 (138-391)
Síndrome anémico	22 (4,8)	6,0 (4,6-9,0)	21,1	132 (101-198)
ACVA isquémico	20 (4,5)	8,0 (3,0-10,0)	83,4	160 (60-200)
Otros	58 (13,2)	8,0 (5,2-14,3)	60	464 (302-829)



últimos años han aumentado los ingresos de pacientes oncológicos avanzados o en fase terminal.

**Discusión.** Nuestra cartera de clientes se ha modificado en los últimos años, estabilizándose el nº de pacientes crónicos y pluripatológicos e incrementándose el volumen de pacientes oncológicos en fases avanzadas y terminales, como consecuencia de una estrecha colaboración con las unidades oncológicas hospitalarias y la puesta en marcha de un equipo de soporte de cuidados paliativos -dependiente de la UHDCP- dentro del hospital general. Ello ha supuesto un progresivo giro de nuestra actividad hacia la vertiente paliativista, intentando responder a una necesidad, no bien cubierta hasta ahora, de dar continuidad asistencial a un grupo de pacientes plurisintomáticos, y a sus cuidadores, como establecen tanto La Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS (2007) como el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2007).

**Conclusiones.** El análisis sistemático de la procedencia de los ingresos de una UHDCP como la nuestra permite conocer mejor la cartera de clientes y gestionar la oferta asistencial hacia líneas preferentes, como ha ocurrido en nuestro caso, transformándose progresivamente en una unidad de cuidados paliativos encuadrada entre atención primaria y especializada, cada vez más centrada en el control de pacientes terminales allá donde se encuentren, dando continuidad a la asistencia desde el domicilio al hospital y viceversa.

**G-48**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CUALIDADES DE LOS RESPONSABLES DE LAS SECCIONES DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y SU FORMA DE GESTIÓN VISTAS POR ELLOS MISMOS Y POR LOS MIEMBROS DE SU EQUIPO**

**P. Wikman, P. Safont, M. Gracia, E. Calabuig, R. Andrés, M. Botas, J. Peris y J. Merino**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** En la práctica de la medicina moderna la gestión clínica es clave, y en cualquier empresa los recursos humanos son muy importantes. Ello es especialmente cierto en los hospitales donde los médicos a la vez son gestores. Y de ellos lo son especialmente los jefes de sección, mandos intermedios, claves en la marcha del centro. Aquí analizamos las cualidades de gestión, humanas, de creación de equipo y éticas, los correspondientes a un servicio universitario de Medicina Interna, valoradas por ellos mismos y como son vistos por los miembros de su equipo. El estudio favorece su auto-conocimiento y propicia una dinámica de mayor cohesión en el equipo útil para mejorar sus fines.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, para el que se ha diseñado un cuestionario con 75 ítems a responder usando una escala tipo likert con 5 niveles, que se han puntuado de 1 a 5. Ha sido cubierta por cada jefe de sección (9 secciones, que para preservar la confidencialidad se definen como A, B, C, etc.) y de forma anónima por los médicos y otros sanitarios de la sección (enfermeros, administrativos, etc.). Se analizan las medias de las puntuaciones para cada ítem.

**Resultados.** Una de las secciones no quiso participar en el estudio y quedó excluida (tabla 1).

**Discusión.** Como era previsible nadie alcanza la puntuación 5, aunque las medias son altas. Es clave conocer y utilizar bien las cualida-

des que se tienen. Las propias visiones suelen ser mejores que las del equipo, pero globalmente tienen aceptable correlación.

**Conclusiones.** Este tipo de estudios, fáciles de realizar permiten al jefe reflexionar sobre sus fortalezas y estilo de gestión. Verse y conocer como le ven y si lo desea abrir un dialogo con su equipo para mejorar en sus fines.

**G-49**

**INDICADORES DE RESULTADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS**

**S. Alegre Herrera<sup>1</sup>, M. Encarnación Carrizosa<sup>2</sup>, L. Rial Valverde<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, L. Fernández Rendón<sup>1</sup>, J. Pérez de León<sup>1</sup>, E. Barranco Moreno<sup>1</sup> y A. Duque Granada<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla. <sup>2</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Sigue siendo controvertida la caracterización de la actividad desarrollada por unidades de hospitalización domiciliaria, al desarrollarse en un ámbito diferente al de las unidades hospitalarias clásicas. En este trabajo describimos mediante indicadores convencionales (destino al alta y estancia media) la actividad de la nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP) en el quinquenio 2003-2007, como una primera aproximación a sus resultados asistenciales.

**Material y métodos.** La UHDCP del área hospitalaria Virgen Macarena está formada por 3 equipos de atención urbana, 1 equipo de atención rural y, desde el año 2007, 1 equipo de soporte hospitalario para cuidados paliativos, para una población de referencia de 540.000 hab. Con estos equipos hacemos un seguimiento -en domicilio, consultas externas y a través del teléfono- de los pacientes que "ingresan" en nuestra unidad, registrando múltiples variables en una base de datos que está activa desde el año 2003. De este modo tenemos un registro accesible de todos nuestros ingresos, del momento del alta en nuestra unidad, de la causa por la que ingresa en la misma, del ciclo familiar, de la evolución y de la causa de la salida ("alta") del mismo. En este estudio se describen estas variables de forma retrospectiva, en el periodo 2002 (incompleto), 2003-2007 (completo).

**Resultados.** Se han clasificado las "salidas" de la unidad en cinco grupos: mejoría, ingreso hospitalario, éxito, claudicación y otras. De 7.041 ingresos acumulados en el período de análisis, la causa más frecuente de "salida" fue la mejoría (48%), repartiéndose en porcentajes muy similares las que fueron por otras causas (pacientes no aceptados, no cuidador, traslado a otro centro, alta voluntaria, etc.), por éxitos o por ingreso hospitalario. En cuanto a la estancia media se muestra en el gráfico adjunto.

**Conclusiones.** Analizando los resultados de nuestros pacientes en este periodo 2002-2007 concluimos que tenemos unas "salidas" (altas) de la unidad de alrededor de 1.400 por año, siendo en casi la mitad de los casos "por mejoría", y la "estancia media" de este subgrupo se sitúa en torno a los 14 días, de forma que existe una rotación importante de pacientes, lo que nos permite -como en otras unidades hospitalarias- mantener la oferta de "ingresos", incluidos los reingresos de pacientes frágiles o pluripatológicos, u oncológicos terminales, ante cualquier tipo de recaída o incluso de forma programada.

Tabla 1. Frecuencia y estancia en cama de Observación de las diferentes patologías analizadas (G-48).

Sección	C. Gestión (jefe)	C. Gestión (personal)	C. humanas (jefe)	C. humanas (personal)	C. creación (equipo jefe)	C. (creación equipo personal)
A	3,67	3,36	3,9	3,19	4,12	3,05
B	3,14	3,72	3,33	3,52	3,37	4
C	3,5	3,69	3,90	3,76	3,75	3,29
D	2,91	3,33	3,19	3,15	3,37	3,18
E	2,67	4,06	3,14	4,13	3,12	3,98
F	3,35	3,95	3,57	3,78	3,37	3,96
G	3,64	3,67	3,80	3,53	4,25	3,64
H	3,5	3,77	3,61	3,78	3,12	3,71

**G-50****EVALUACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS POR INTERCONSULTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**J. Pérez Marín, F. Acosta de Bilbao, A. Mohamad Tubío, Z. Santos Moyano, H. Sterzik, J. López Vega, M. Jaén Sánchez y J. Gómez Díaz**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Estudiar las interconsultas de Servicio quirúrgicos recibidas por el Servicio de Medicina Interna durante el último año.

**Material y métodos.** Estudiamos las interconsultas recibidas desde el lunes a viernes en horario de mañana (8.00-15.00) en nuestro Servicio durante el año 2007. No se valoraron las interconsultas realizadas por la Sección de Enfermedades infecciosas de nuestro Servicio. Estudiamos edad, sexo, servicio quirúrgico, tipo de solicitud, solicitud de traslado, tiempo de respuesta, causa de la interconsulta, seguimiento diario. Para un estudio posterior se estudiará los días de seguimiento y la influencia de nuestro Servicio en la estancia media de dichos servicio quirúrgicos.

**Resultados.** Se recibieron un total de 335 interconsultas (183 de servicio quirúrgicos). 94 varones (51,4%) y 89 mujeres (48,6%). Edad media  $71.62 \pm 15.09$  (17-100). Traumatología  $n = 64$  (35%) y Cirugía general  $n = 45$  (24,6%) fueron los Servicios con mayor número de interconsultas. Los motivos de interconsulta fueron: insuficiencia respiratoria  $n = 63$  (34,4%), pluripatología  $n = 25$  (13,7%), fiebre  $n = 18$  (9,8%), ajuste de tratamiento  $n = 18$  (9,8%). Se solicitó traslado en 36 pacientes (19,7%). 12 pacientes se trasladaron (6,6%) a Medicina Interna.

93,7% se evaluaron de forma diaria hasta su alta por el Servicio de Medicina Interna. Se solicitó evaluación urgente en un 33,3% ( $n = 61$ ), evaluación en el día en 25,1% ( $n = 46$ ), valoración preferente en el 6% ( $n = 11$ ) y normal en 35,5% ( $n = 65$ ). El tiempo de respuesta fue el siguiente: menos de 24 horas en el 68,9% ( $n = 126$ ), menos de 24 horas en el 23% ( $n = 42$ ).

**Discusión.** La asistencia a los pacientes de otros servicios representa una actividad importante de los Servicios de Medicina Interna y constituye un cambio por la complejidad debido a la edad, pluripatología y complicaciones postquirúrgicas. El diagnóstico precoz de complicaciones, el ajuste de medicación de patología crónica pre y postcirugía y el seguimiento diario de los pacientes, así como las recomendaciones al alta por parte del internista requiere una persona específica para dedicación a las interconsultas.

**Conclusiones.** 1. Las interconsultas a los Servicios Quirúrgicos suponen una asistencia que requiere alto nivel de diagnóstico y tratamiento así como seguimiento diario. 2. Los pacientes quirúrgicos se caracterizan actualmente por aumento de la edad, pluripatología y complicaciones postquirúrgicas. 3. Recomendamos el control previo a la cirugía de toda la pluripatología crónica, para mejorar el postoperatorio y favorecer el alta precoz, por parte del Servicio de Medicina Interna.

**G-51****ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE INTERCONSULTAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**J. Pérez Marín, R. Apolinario Hidalgo, A. Martín Sánchez, F. Acosta de Bilbao, Z. Santos Moyano, A. Mohamad Tubío, H. Sterzik y J. Gómez Díaz**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Estudiar las interconsultas recibidas en nuestro Servicio, evaluar el tiempo hasta la respuesta, y describir el destino del paciente.

**Material y métodos.** Se estudiaron las interconsultas, de lunes a viernes por la mañana en tiempo (8 am a 15 pm) a lo largo del año 2007. Fueron analizados la edad, sexo, servicio interconsultor (médico, quirúrgico o medicina intensiva), el tipo de solicitud, el tiempo de respuesta, solicitud de traslado y traslado a Medicina Interna o Medicina Intensiva al valorar al paciente. Se evaluaron los motivos de consulta. Mes de consulta y relación durante 6 meses con asistencia a demanda o con programa de atención a las interconsultas. Se

excluyeron las interconsultas a la Sección de Enfermedades Infecciosas.

**Resultados.** Se recibieron un total de 335 interconsultas con una media de 1,3 por día. La edad media de  $65,93 \pm 16,96$  años para los hombres y  $62,3 \pm 17,84$  años para las mujeres con diferencia significativa ( $p = 0004$ ). Tres meses registraron la tasa más alta de las interconsultas: octubre ( $n = 34$ ), noviembre ( $n = 32$ ) y marzo ( $n = 32$ ). 87 pacientes (26%) fueron trasladados a nuestro servicio, 4 pacientes (1,2%) a la Unidad de Cuidados Intensivos, y el resto de pacientes fue valorado de forma diaria hasta el alta por nuestro Servicio. 183 interconsultas (54,6%) procedían de servicios quirúrgicos, mientras que 65 (19,4%) de la Unidad de Cuidados Intensivos, y 87 (26%) de los servicios médicos. 64 (19,1%) procedían de Traumatología, 45 (13,4%) de Cirugía General, y 13 (3,9%) de Urología. Entre las interconsultas médicas, 38 (11,3%) procedían de Psiquiatría, y 31 (3,9%) de Neurología. La causa más frecuente de consulta fue la disnea y la insuficiencia respiratoria ( $n = 95$ , 28,4%), seguido de síndrome confusional y disminución del nivel de conciencia, (10,2%), sepsis y shock séptico (9%), ajuste de tratamiento (9%), fiebre (8,4%) y descartar enfermedad sistémica (3,3%). Se solicitó traslado a nuestro servicio en un 35,8% (120). Se solicitaron 115 interconsultas urgentes (34,3%), 65 para responder a lo largo del día (19,4%), 19 preferentes (5,7%) y 136 sin tiempo de prioridad (40,6%). El tiempo de respuesta fue el siguiente: 71,3% ( $n = 239$ ) en el mismo día por la mañana (menos de 8 horas), 20,3% ( $n = 68$ ) en menos de 24 horas, el 98% ( $n = 13$ ) entre 24 y 48 horas, y el 4,5% ( $n = 15$ ) más de 48 horas

**Discusión.** La asistencia a pacientes de otros departamentos representa una notable ampliación de la actividad de Medicina Interna y constituye un reto debido a la complejidad del paciente y la edad media. Este punto es aún más difícil cuando varias complicaciones quirúrgicas se añaden. No hubo diferencias sobre el principal motivo de la solicitud cuando se estratificó por los servicios, siendo disnea (insuficiencia respiratoria), la causa más importante. El seguimiento diario, la alta complejidad de algunos pacientes requiere crear la figura de interconsultor de Medicina Interna como figura dentro de nuestros Servicios.

**Conclusiones.** 1. La atención regulada de interconsultas supone una mayor flexibilidad de la atención, un seguimiento diario de la misma por un internista crea una mayor calidad de la atención. 2. Ayudar a pacientes ancianos pluripatológicos y de alta después de la cirugía debe llevarnos a pensar en la presencia de internistas para la evaluación y el seguimiento después de la cirugía. 3. La agilidad en la respuesta mejora de la calidad de la atención a pacientes de otro Servicios.

**G-52****INDICADORES DE CALIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO**

**M. López Carmona, B. Sobrino Díaz, N. Macías, L. Valiente, C. García y R. Gómez**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel y conocer la adecuación en el manejo del paciente diabético hospitalizado en base a una serie de indicadores de calidad predefinidos.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyeron todos los pacientes no críticos hospitalizados en nuestro centro un mismo día. Entre ellos se seleccionaron para nuestro análisis aquellos con diagnóstico previo de DM y los que, sin diagnóstico previo, cumplieron durante el ingreso criterios diagnósticos de DM según la ADA. De cada paciente diabético se recogieron entre otras variables el sexo y la edad, el tipo de DM y el tratamiento seguido en domicilio previo al ingreso. Se definieron 7 indicadores de calidad en el manejo intrahospitalario de estos pacientes: adecuación de la dieta, empleo de antidiabéticos orales (ADO), uso de pautas con insulina basal (NPH, glargina o detemir), grado de control glucémico (considerándose éste adecuado cuando la glucemia media preprandial de las últimas 72 horas era inferior a 126 mg/dl), determinación de hemoglobina glicada, aparición o no de hipoglucemias (definida esta como glucemia capilar preprandial  $< 70$  mg/dl) e

interconsultas a los servicios en contacto estrecho con esta patología (Medicina Interna y Endocrinología).

**Resultados.** La muestra final incluyó un total de 469 pacientes hospitalizados. La prevalencia de DM fue del 24,5% (115 sujetos), en un 23% de estos casos el diagnóstico de DM no era conocido previamente. El 54,8% de los diabéticos hospitalizados fueron varones y la edad media se situó en  $65,8 \pm 13,2$  años. En el 80% de los casos se trataba de DM tipo 2. El 2,5% de los pacientes diabéticos realizaba tratamiento en domicilio solo con dieta, un 31% utilizaba antidiabéticos orales (ADO) en monoterapia (66% de metformina) Un 29% se controlaba solo con insulina y en el 14,2% de los casos recogidos se combinaban ADO e insulina. El tipo de insulina empleada en domicilio fue: solo regular en el 5,9%, solo basal en el 56,9%, mezclas fijas de NPH y rápida en el 15,7% y Basal+ correcciones con rápida en el 21,6%. Se objetivaron contraindicaciones formales para el uso de Metformina por presentar los pacientes insuficiencia renal en el 17,1% de los casos e insuficiencia hepática el 11,4%. La prescripción de la dieta se consideró adecuada hasta en un 93% de los casos. De entre los pacientes con nutrición parenteral (un total de 42) en 32 casos se emplearon preparados estándar en los que no se adaptaron los requerimientos de insulina en función de la ingesta tolerada por el paciente. De los 53 pacientes en tratamiento domiciliario con ADO, al ingreso, se suspendieron en 37, se mantiene en 16 y se añaden como único tratamiento en 1 paciente que se controla con metformina.) En cuanto a las modificaciones de la pauta de insulina empleadas en la hospitalización fueron: Solo con rápida 43,9%, solo basal 3,5%, 29% con basal y una pauta correctora con rápida, y sólo un 9,6% con basal + bolos de rápida en las comidas + pauta correctora con rápida. La media de glucemias preprandiales fue de  $173 \pm 62$  mg/dl; por debajo de 126 mg/dl se mantuvieron un 20,4% de los pacientes, entre 126-150 mg/dl un 21,4%, entre 151 -175 mg/dl el 20, 4%. Hasta un 12,6% de los pacientes presentó glucemias medias superiores a 250 mg/dl. Se documentaron 15 episodios de hipoglucemia (3,2% de los pacientes diabéticos). La hemoglobina glicada se solicitó tan sólo en el 10,4% de los pacientes. Se interconsultó para el control de la DM en un 1% de los casos al servicio de Medicina Interna y en un 13% a Endocrinología

**Conclusiones.** La prevalencia de la DM entre los pacientes hospitalizados es muy elevada Alta prevalencia de DM y de DM no conocida. Del 24,5%. Hasta en un 30% de los casos se mantienen los ADOs en el ingreso. Aunque el empleo de insulinas basales alcanza porcentajes en torno al 45% el empleo de dosis fijas de insulina rápida como complemento a la pauta basal es bajo (10%). El control glucémico dista mucho de ser el adecuado con más del 80% de los pacientes por encima del límite considerado como de buen control y todo eso con un total de 13 episodios de hipoglucemia (13,9% de los pacientes. A pesar de las hiperglucemias mantenidas durante el ingreso son pocas las interconsulta realizadas Creemos necesario sensibilizar y formar en el manejo del paciente diabético hospitalizado.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA

### IC-1

#### ICC: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

A. Eguiluz<sup>1</sup>, M. Ibarguren<sup>1</sup>, K. Leizaola<sup>1</sup>, H. Azkune<sup>1</sup>, F. García<sup>1</sup>, E. Zubillaga<sup>1</sup>, C. Sarasqueta<sup>2</sup> y G. Zubillaga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** Comparar los pacientes con insuficiencia cardíaca según el sexo, valorando las diferencias en el manejo global de ICC. Edad, comorbilidad, factores de riesgo vascular, pruebas complementarias, tratamiento, mortalidad. Analizar estadísticamente estas diferencias. **Material y métodos.** Revisamos de forma retrospectiva 250 pacientes obtenidos al azar, con diagnóstico de ICC al alta durante el año

2006. Los datos se obtienen de las H. Clínicas por extracción manual o informatizada. Se cuantificarán los siguientes parámetros: sexo, edad, comorbilidad (escala de Charlson), factores de riesgo vascular (HTA, DM, dislipemia, tabaquismo), IRC, CI (cardiopatía isquémica), grado funcional de la NYHA, pruebas diagnósticas (ECG, ecocardiograma, talio, coronariografía), tratamientos (IECAs, ARA II, diuréticos, betabloqueantes, espirolactonas, calcioantagonistas, antiagregantes, anticoagulantes, estatinas), mortalidad, edad de fallecimiento. Utilizamos paquete informático SPSS.

**Resultados.** Edad: 75,04 a. en varones, 80,32 a. en mujeres ( $p < 0,001$ ) Charlson: no diferencia significativa. DM, HTA y dislipemia tampoco presentaron diferencias estadísticamente significativas. IRC: presente en el 29,9% de hombres y 15,5% de mujeres ( $p < 0,05$ ). CI sin diferencias. Tabaco: 26,1% de hombres, 3,4% de mujeres ( $p < 0,001$ ). Alcohol: 17,9% de hombres, 3,4% de mujeres ( $p < 0,001$ ). No se objetivaron diferencias en la realización de pruebas complementarias en relación al sexo del paciente. FE > 50% en el 44'2% de varones y 71,8% de mujeres ( $p < 0,05$ ). Tratamientos: uso de estatinas en el 34,4% de hombres, 21,5% para mujeres ( $p < 0,05$ ); no se objetivaron diferencias en el uso de IECAs, ARA II, betabloqueantes, tiacidas, amiodarona, nitritos, amilodipino, anticoagulantes, antiagregantes. Mortalidad: Presentó diferencias al comparar la edad en el momento del fallecimiento, 75,5 a. en los hombres frente a 87,6 a. en mujeres ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** La cardiopatía isquémica parece ser la causa más frecuente de ICC en los hombres, mientras que en las mujeres, la mayoría de las ICC serían de causa no isquémica. Esto explica en parte una menor supervivencia en varones. En nuestro estudio, dicha diferencia en la supervivencia queda demostrada, no encontrándose en cambio diferencias etiológicas. Recientemente se han publicado trabajos que concluyen que hay diferencias en cuanto al manejo de la ICC entre sexos. En nuestra muestra, no lo hemos demostrado en la mayoría de las variables estudiadas. En lo que se refiere al tratamiento, las estatinas son las únicas que presentan diferencias, a pesar de prevalencias similares de DM, dislipemia y cardiopatía isquémica en ambos sexos. Por otro lado destacamos la diferencia de edad entre sexos y la igualdad en la escala de Charlson. Cabría esperar que ajustando el estudio por edad, los hombres presentarían mayor comorbilidad, por lo que sería de rigor analizar detalladamente todas las variables incluidas en la escala puesto que puede que no todos tengan las mismas implicaciones etiológicas, terapéuticas y pronósticas en la ICC.

**Conclusiones.** Los hombres con Insuficiencia cardíaca presentan una media de edad 5 años menor que las mujeres. Además también presentan mayor consumo de tabaco y alcohol. No encontramos diferencias significativas en cuanto a otros FRCV (DM, HTA, dislipemias). No se han objetivado diferencias en cuanto a etiología ni uso de las diversas pruebas diagnósticas. En la terapéutica no hay diferencias a excepción de las estatinas, más utilizadas en hombres. No existen diferencias significativas en cuanto a la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres, aunque la supervivencia es significativamente menor en los hombres, 12 años menor. Creemos conveniente el estudio detallado de la comorbilidad para ajustar los datos a la edad y valorar posibles diferencias. Con todo ello mejoraríamos los conocimientos sobre el por qué de las diferencias encontradas y con ello el manejo de la ICC.

### IC-2

#### ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA COHORTE DE LA COMUNIDAD GALLEGA. ESTUDIO EPI-COUR

J. López Castro<sup>1</sup>, R. Almazán Ortega<sup>2</sup>, M. Pérez de Juan Romero<sup>3</sup> y J. González Juanatey<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Unidad de Investigación, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Describir factores predictores pronósticos de la insuficiencia cardíaca y su relación con la supervivencia de esta enfermedad. **Material y métodos.** Se han seleccionado 384 pacientes (mediante muestreo aleatorio simple) ingresados en el CHOU entre el 1 de



enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2002 cuyo diagnóstico principal o secundario sea de insuficiencia cardíaca y que además se les haya realizado un ecocardiograma. Se ha realizado un seguimiento medio de 58 meses. Análisis estadístico: descriptivo e inferencial (bivariante y multivariante).

**Resultados.** Se han encontrado como factores predictores de pronóstico de IC: edad, niveles de K+, CF IV, Na+, MDRD y albúmina. La FE% y el sexo no se han documentado como factores pronósticos. La supervivencia global de los pacientes con IC a los 5 años fue de 47,9%. La supervivencia específica de los pacientes con IC a los 5 años fue de 74,8%.

**Discusión.** Se explica la elevada mortalidad de esta patología por su comorbilidad y por la infratilización de fármacos que han demostrado aumento de supervivencia. Al igual que en otras series hemos observado anemia en una proporción elevada de pacientes, que no se ha correlacionado en el análisis multivariante con la mortalidad.

**Conclusiones.** A pesar de las nuevas estrategias terapéuticas, la mortalidad de este síndrome sigue siendo elevada (53,2% en nuestro estudio). Debemos plantearnos un abordaje integral de esta patología que constituye una epidemia global.

**IC-3  
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA ESPAÑOLA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA A TRAVÉS DE SUS APORTACIONES A CONGRESOS EUROPEOS DE MEDICINA INTERNA (1997-2007)**

**J. Montes Santiago, M. Lado Castro Rial, C. Fernández Méndez, E. Corral Fernández, D. Miguélez y R. Pérez Álvarez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Cuantificar la contribución científica de la Medicina Interna española en Insuficiencia Cardíaca (IC) en los últimos 6 congresos de la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM), durante el periodo 1997-2007.

**Material y métodos.** Tabulación de las Comunicaciones Orales y Pósters a partir de los Libros de Resúmenes de los Congresos de la EFIM de Maastricht (1997), Florencia (1999), Edimburgo (2001), Berlín (2003), París (2005) y Lisboa (2007). Se clasificaron y anotaron el nº de comunicaciones globales sobre cualquier tema y el nº de comunicaciones sobre IC procedentes de España y de otros países. Se excluyeron del análisis aquellas comunicaciones con nº inferior a 3 casos ("case reports").

**Resultados.** Se analizaron un total de 2540 comunicaciones. De ellas el 3,7% correspondieron a IC (94/2540). España fue el país con mayor nº de comunicaciones sobre dicho tema con el 43,6% de las mismas (41/94). Este porcentaje osciló entre el 100% (Maastricht-97), 22% (Berlín-03) o 50% (Lisboa-07). Respecto a las Autonomías de procedencia, Madrid (20 comunicaciones, 49%), Galicia (7 comunicaciones, 17%) y Andalucía (4 comunicaciones, 10%), fueron las que más remitieron.

**Discusión.** Es patente un considerable dinamismo de la Medicina Interna española en el campo de la IC ya que el 44% del total de comunicaciones "no case reports" sobre dicho tema en Congresos Europeos de su especialidad durante la última década proceden de centros españoles.

**Conclusiones.** Los internistas españoles despliegan una notable actividad investigadora sobre la IC en el contexto europeo pues son responsables de 4 de cada 10 comunicaciones sobre este campo en los Congresos de Medicina Interna.

**IC-4  
INFLUENCIA DE LOS HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN LOS VALORES DE NT-PROBNP DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**A. Quesada Simón<sup>1</sup>, A. Buño Soto<sup>2</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, A. Martín Quirós<sup>1</sup>, R. Montejano Sánchez<sup>1</sup>, J. Camacho Siles<sup>1</sup>, C. García Cerrada<sup>1</sup> y F. Arnalich Fernández<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El NTproBNP es un nuevo marcador humoral que se está introduciendo en el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), tanto ingresados como en consulta. Nos propusimos evaluar la posible influencia de los hallazgos ecocardiográficos sobre los valores iniciales de NT-proBNP en una serie de pacientes ingresados, con el diagnóstico de IC en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de 45 pacientes ingresados con el diagnóstico confirmado de IC, según los criterios de Framingham. A todos ellos se les realizó una determinación de NTproBNP al ingreso, así como un ecocardiograma doppler transtorácico, según la metodología estándar. La determinación de NTproBNP se ha realizado a través de una técnica inmunoenzimática con anticuerpos monoclonales. Los hallazgos ecocardiográficos que se tuvieron en cuenta para el análisis fueron: FEVI, tipo de disfunción ventricular, presencia o no de hipertrofia ventricular, valvulopatía (mitral y/o aórtica significativa) y presencia o no de cardiopatía isquémica. Los datos se expresan como media y error estándar de la media en las variables continuas. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS para PC.

**Resultados.** La serie se componía de 78 pacientes, (37 varones y 41 mujeres) con una edad media de 74 años (rango 22 a 94 años). En la tabla 1 se muestran los valores de NTproBNP en los diferentes subgrupos de pacientes según los datos ecocardiográficos mencionados anteriormente. El subgrupo con una FEVI  $\leq$  45% tenían un valor medio de NTproBNP mayor que los que presentaban una FEVI normal, con diferencia en el límite de la significación estadística. Asimismo, los que presentaban cardiopatía isquémica tenían un valor medio de dicho marcador humoral significativamente mayor que los pacientes no isquémicos ( $p = 0,03$ ). En los otros 2 subgrupos no se encontraron diferencias significativas. Debemos destacar que en los pacientes sin valvulopatía la media de NTproBNP era de casi el doble que la de los no valvulares, pero creemos que la diferencia no es significativa por el bajo número de casos con valvulopatía ( $n = 11$ ).

**Conclusiones.** 1. En nuestra serie los pacientes con IC sistólica (FEVI  $\leq$  45%) tienden a presentar valores iniciales de NTproBNP al ingreso mayores que los pacientes con FEVI preservada. 2. En concordancia con lo anterior, los pacientes con IC por enfermedad coronaria tienen valores iniciales de NTproBNP significativamente mayores que los pacientes con IC no isquémica.

Tabla 1. Valores (media  $\pm$  EEM) de NTproBNP (IC-4).

	Sí	No	p
Disfunción sistólica (FEVI $\leq$ 45%)	8632 $\pm$ 2425 (1119-59977) n = 26	3480 $\pm$ 1343 (233-39317) n = 29	0,06
Hipertrofia VI	5187 $\pm$ 1629 (364-39317) n = 25	6140 $\pm$ 1529 (564-24127) n = 20	0,67
Cardiopatía Isquémica	8933 $\pm$ 2545 (1119-39317) n = 18	4193 $\pm$ 813 (364-24127) n = 31	0,03
Valvulopatía (aórtica y/o mitral)	3551 $\pm$ 978 (564-12174) n = 11	6277 $\pm$ 1439 (364-39317) n = 34	0,31

**IC-5**

**TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SEGÚN FUNCIÓN RENAL Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN**  
**N. Vilanova Anducas<sup>1</sup>, A. Armengou Arxe<sup>1</sup>, G. Álvarez Martínez<sup>1</sup>, J. Roure Fernández<sup>2</sup>, L. García Garrido<sup>2</sup>, T. Castro Guardiola<sup>1</sup> y F. García-Bragado Dalmau<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

**Objetivos.** Conocer el grado de insuficiencia renal (IR) en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Valorar las diferencias en el tratamiento farmacológico según la severidad de la IR y la fracción de eyección (FE).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva desde mayo 2006 a mayo 2008 de los 158 pacientes incluidos, tras ingreso hospitalario por descompensación cardíaca, en una unidad multidisciplinar de insuficiencia cardíaca. Se han clasificado los pacientes en tres grupos según el valor de filtrado glomerular calculado según MDRD (1. < 30 ml/min, 2. 31-60 ml/min, 3. > 60 ml/min) y en dos grupos según fracción de eyección; FED < 50% y FEP > 50%.

**Resultados.** Del total de la serie la FE era inferior al 50% en 128 (81%) pacientes. Los tratamientos por grupo según FE y FG se muestran en las tablas 1 y 2.

**Discusión.** Observamos un menor uso de IECA/ARAII y antialdosterónicos en el grupo con disfunción renal severa, siendo las diferencias significativas para ambos grupos farmacológicos en la FED y sólo para los antialdosterónicos en la FEP. Existe un mayor uso de vasodilatadores cuando el FG es < 30. No existen diferencias significativas en el resto de grupos farmacológicos según el grado de disfunción renal.

**Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de IR calculada según la fórmula MDRD independientemente de la FE. IECAs y ARA II son infrautilizados en los pacientes con disfunción renal severa. La exclusión en los estudios de pacientes con severa afectación renal junto con el hecho que las guías no concretan la conducta terapéutica a seguir en pacientes con avanzada disfunción renal dificulta el manejo de este amplio grupo de pacientes.

**IC-6**

**INHIBICIÓN DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA Y SÍNDROME ANÉMICO-CARDIORRENAL: LA CARA Y CRUZ DE LA MONEDA**

**T. Chouciño Fernández<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup>, J. Juega Puig<sup>1</sup>, C. Montero Teijeiro<sup>1</sup>, M. Vares González<sup>1</sup>, M. Martínez Quintanilla<sup>1</sup> y R. Freire Martínez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación y Epidemiología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar la eficacia de reducción de los inhibidores del SRAA (Sma Renina angiotensina aldosterona) para disminuir el grado de anemia y mejorar la función renal en pacientes con insuficiencia cardíaca y renal.

**Material y métodos.** Ambito: Servicio de Medicina Interna CHUJC Período de estudio: Enero-Junio 2008 Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado comparado y abierto Criterios de inclusión/exclusión: Pacientes con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca, con Hb < 12, FG < 60, que requieren ingreso hospitalario durante el período de estudio y consentimiento de los mismos a participar en el estudio. Intervención:- Grupo de intervención: reducción de los inhibidores del SRAA a la mitad de la dosis que tenían al ingreso. - Grupo control: mantener la dosis de SRAA que tenían al ingreso Tamaño muestral: Grupo de intervención (n = 15), grupo control (n = 7) Mediciones: Edad, sexo, Grado funcional NYHA, fracción de eyección, Hb antes y después, Hematocrito antes y después, creatinina en suero, aclaramiento de creatinina en 24 horas antes y después de la intervención. Análisis estadístico: Estudio descriptivo de las variables incluidas. Análisis estratificado por grupos de tratamiento. T de Student de datos pareados para comparar los parámetros estudiados antes y después de la intervención.

**Resultados.** Los pacientes del grupo de intervención y control son similares a su ingreso en edad, Hb, creatinina y fracción de eyección. Asimismo las diferencias entre ambos grupos respecto al sexo, el grado funcional y la presencia o no de diabetes no alcanzan la significación estadística. En el grupo de intervención se objetiva un incremento de la Hb de 10.5 a 11.2 (p = 0,001) y del Hematocrito de 31.39 a 33.90 (p = 0.000). No existen diferencias en el grupo control respecto a la Hb y Hematocrito. En el grupo de intervención se objetiva un descenso de la Creatinina de 2.2 a 1.7 (p = 0.004) y el aclaramiento se incrementa de 31,0 a 37.9 (p = 0.047). En el grupo control no se modifican significativamente estos parámetros.

**Discusión.** El síndrome anémico cardiorenal (SAC) se basa en el supuesto teórico de que los fallos crónicos del corazón y el riñón tienen una influencia desfavorable mutua, y que la anemia es un factor agravante. Si la anemia asociada a la insuficiencia cardiorenal no se corrige, condicionará que la Insuficiencia cardíaca se haga resistente a su tratamiento habitual, perpetuándose así los reingresos del paciente y ocasionando un mayor gasto sanitario. Es por ello que la necesidad de realizar un tratamiento dirigido a corregir la anemia, es

Tabla 1. Tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica en función de FG (IC-5).

FE < 50% n = 128	FG < 30 ml/min	FG: 31-60 ml/min	FG > 60 ml/min	p
IECAS/ARA II	6 (50%)	45 (76%)	51 (89%)	0.007
Betabloqueantes	10 (83%)	45 (76%)	46 (80%)	NS
Diuréticos	11 (92%)	56 (94%)	51 (89%)	NS
Antialdosterónicos	0 (0%)	18 (30%)	34 (59%)	0.000
Vasodilatadores	7 (58%)	18 (30%)	10 (17%)	0.013
Digoxina	1 (8%)	18 (30%)	13 (22%)	NS

Tabla 2. Tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardíaca diastólica en función de FG (IC-5).

FE > 50% n = 30	FG < 30 m/min	FG 31-60 ml/min	FG > 60 ml/min	p
IECAS/ARAII	2 (66%)	15 (83%)	7 (77%)	NS
Betabloqueantes	2 (66%)	6 (33%)	4 (44%)	NS
Diuréticos	3 (100%)	16 (88%)	8 (88%)	NS
Antialdosterónicos	0 (0%)	1 (6%)	4 (44%)	0.027
Vasodilatadores	0 (0%)	4 (22%)	1 (11%)	NS
Digoxina	1 (33%)	6 (33%)	1 (11%)	NS

un tema que ha despertado gran interés en los últimos años y es la idea central que nos ocupa en este estudio. Sabemos que la inhibición farmacológica del SRAA (sma Renina angiotensina aldosterona) puede producir un descenso del hematocrito, inapreciable en pacientes con función renal normal pero más marcado en individuos con enfermedad renal crónica (con FG < 60) Walter en 1993 hizo la primera publicación sugestiva de la inhibición de la eritropoyesis por los lecas. Uno de los mecanismos invocados por Walter es que la mejora del flujo plasmático renal como consecuencia del tratamiento con lecas u ARA II, mejoraría la llegada de oxígeno a las células renales y este hecho inhibiría la producción de EPO. La intensidad de este fenómeno está probablemente relacionada con la dosis de IECAS/ARA II administrados.

**Conclusiones.** La intervención de reducir los inhibidores del SRAA en este tipo de pacientes con anemia e Insuficiencia cardiorenal mejoró el grado de anemia y la función renal.

### IC-7 EFICACIA DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

**X. Pena, A. Fernández, G. Donaire, M. Ventura, J. Recio, C. Alemán, J. Suriñach y T. Fernández de Sevilla**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la eficacia de una consulta específica en ICC determinada por la optimización del tratamiento, mejoría en la clase funcional y disminución del número de reingresos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo de pacientes diagnosticados de ICC (criterios SEC) atendidos en régimen de consultas externas de un hospital universitario de Barcelona entre mayo de 2007 y marzo de 2008. Se recogieron datos demográficos; antecedentes patológicos; ingresos anteriores; tratamientos anteriores y durante el estudio; clase funcional antes y durante el estudio; consultas, reingresos y mortalidad durante el estudio. Los resultados se expresan como medias y porcentajes.

**Resultados.** 176 pacientes (84 hombres y 92 mujeres) con una edad media de  $76 \pm 10,2$  años. Antecedentes patológicos: HTA el 63%, EPOC 60,2%, Fibrilación auricular 54,5%, Diabetes tipo 2 el 40%, hipercolesterolemia 29,5%, anemia el 20%. Ingresos previos: 54 (30,7%) de los enfermos presentaban al menos 1 ingreso en los 3 meses previos (30 tenían dos y 15 ingresaron 3 veces). Seguimiento: 9 (5,1%) enfermos no acudieron a CCEE. 8 de los 167 enfermos que finalizaron el seguimiento fallecieron (4,8%). Ajuste del tratamiento: Al final del seguimiento se consiguió aumentar el tratamiento con IECA o ARA-II del 64,7 al 92,3%, de BB del 6,8 al 43,6% y espirolactona del 0 al 10,2%. El 100% de los enfermos a los que se pautó tratamiento BB estaban recibiendo IECA /o ARA-II. Los enfermos bajo tratamiento BB representan el 73,6% de los pacientes sin contraindicación absoluta para el mismo. Clase funcional: Al año el 21% se encontraba en clase I y el 30% en clase funcional III (42% al inicio). No había enfermos en clase funcional IV al finalizar el seguimiento. Reingresos: 12 de los 167 enfermos (7,2%) precisaron ingreso por descompensación de ICC. Ninguno de estos recibía tratamiento con IECA y/o BB por presentar contraindicación a los mismos. 9 reingresaron en una única ocasión antes de los 6 meses desde el alta, 2 enfermos en dos ocasiones, y otro en 3. 32 enfermos acudieron de manera espontánea a la consulta realizándose ajuste en el tratamiento sin requerir consulta a urgencias ni hospitalización.

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca (IC) es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y representa el 5% del total de hospitalizaciones en España. Debido a la elevada edad media y comorbilidad asociada con frecuencia los enfermos no reciben el tratamiento recomendado por las guías científicas. La atención médica por internistas permite en la práctica clínica real y habitual el tratamiento global de los enfermos con IC, con una adecuación de los diferentes tratamientos que han demostrado su eficacia en poblaciones de menor complejidad como son las incluidas en los ensayos clínicos.

**Conclusiones.** 1. Las consultas ambulatorias de Medicina Interna dirigidas a pacientes con IC permiten mejorar la adecuación del tra-

tamiento. 2. El control cercano de estos enfermos se acompaña de una mejoría en la clase funcional y de una disminución en el número de reingresos.

### IC-8 MODIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO NO CONVENCIONALES CON LA REDUCCIÓN DE INHIBIDORES DEL SMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL

**T. Chouciño Fernández<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup>, J. Juega Puig<sup>1</sup> y C. Montero Teijeiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>2</sup>Unidad de Investigación y Epidemiología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar si la reducción de los inhibidores del Sma Renina Angiotensina aldosterona (SRAA) modifica los valores de la Proteína C y Homocisteína en pacientes con insuficiencia cardiorenal.

**Material y métodos.** Ámbito: Servicio de Medicina Interna CHUJC Período de estudio: Enero-Junio 2008 Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado comparado y abierto Criterios de inclusión/exclusión: Pacientes con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca, con Hb < 12, FG < 60, que requieren ingreso hospitalario durante el período de estudio y consentimiento de los mismos a participar en el estudio. Intervención: Grupo de intervención: reducción de los inhibidores del SRAA a la mitad de la dosis que tenían al ingreso. Grupo control: mantener la dosis de SRAA que tenían al ingreso Tamaño muestral: Grupo de intervención (n = 14), grupo control (n = 6 para la proteína C y n = 5 para la homocisteína) Mediciones: Edad, sexo, Grado funcional NYHA, fracción de eyección, Hb Hematocrito, creatinina en suero, aclaramiento de creatinina en 24 horas, Homocisteína y Proteína C antes y después de la intervención. Análisis estadístico: Estudio descriptivo de las variables incluidas. Análisis estratificado por grupos de tratamiento. T de Student de datos pareados para comparar los parámetros estudiados antes y después de la intervención, o test de Wilcoxon según proceda.

**Resultados.** Los pacientes del grupo de intervención y control son similares a su ingreso en edad, Hb, creatinina y fracción de eyección. Asimismo las diferencias entre ambos grupos respecto al sexo, el grado funcional y la presencia o no de diabetes no alcanzan la significación estadística. En el grupo de intervención se objetiva una disminución de la Proteína C de 3,17 a 1,32 (p = 0,019) En el grupo control la Proteína C se incrementa de 1,40 a 5,51 (p = 0,345). Con respecto a la homocisteína en el grupo de intervención se observa un ligero aumento de 25,59 a 27,85 (p = 0,561) y en el grupo control pasa de un valor de 23 a 12 (p = 0,133) Independientemente del reducido tamaño muestral en el grupo control para comparar la Proteína C y la homocisteína antes y después (lo que implica reducido poder estadístico) no hemos encontrado diferencias entre ambos grupos.

**Discusión.** La Proteína C es un reactante producido en el hígado en respuesta a la formación de Citokinas inflamatorias y en numerosos estudios se ha demostrado que es uno de los mayores factores predictores de eventos cardiovasculares. En los pacientes con insuficiencia cardíaca y renal se ha documentado una disminución del aclaramiento de numerosas sustancias proinflamatorias, con un aumento de Proteína C reactiva y diversas Citokinas que podrían ser responsables del desarrollo precoz de arterioesclerosis. Por otro lado el metabolismo de la homocisteína y otros aminoácidos que contienen sulfuro, están aumentados en la Insuficiencia cardiorenal. Aunque la terapia con ácido fólico parece reducir la hiperhomocisteinemia según algunos estudios, no se ha conseguido demostrar mejoría en el pronóstico cardiovascular.

**Conclusiones.** Con la reducción de los Inhibidores del SRAA en este tipo de pacientes, se observa una disminución de la Proteína C, no haciéndose extensivo este resultado a la homocisteína.



### IC-9 VALOR PRONÓSTICO DE TROPONINA T Y ANEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Guisado Espartero, P. Salamanca Bautista, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez, B. García Casado, J. Santamaría González, T. Lamas Martínez y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** 1. Determinar el valor pronóstico a corto plazo (un año) de los valores de Troponina T (TnT) y la anemia en una cohorte de pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca en un Hospital. 2. Ver la relación de dichas variables con la mortalidad, el reingreso por IC y por cualquier otra causa, y 3. Ver si la combinación de ambos marcadores determina un peor pronóstico que cada uno de ellos por separado.

**Material y métodos.** Se recogieron 89 pacientes que ingresaron por IC (según los criterios de Framingham) en el Servicio de Medicina Interna B de nuestro Hospital. Se excluyeron los exitus del mismo ingreso y aquellos que, en el ingreso actual o en los 3 meses previos, habían tenido IAM, angina inestable, miocarditis aguda, insuficiencia renal en diálisis y cirugía, tumor o hemorragia de cualquier causa. Se definió la anemia según los criterios de la OMS, mujeres hemoglobina (Hb) < 12 g/dl y hombres < 13 g/dl. Se midió la TnT en el ingreso y se consideró significativa si era > 0,01 ug/ml. Se realizó un seguimiento durante 1 año, recogiendo número de exitus e reingresos (totales y por IC).

**Resultados.** El 59,6% de los casos (n = 53) eran mujeres, 44,9% (n = 40) tenían anemia y 30,3% (n = 27) tenían TnT significativa. El 21,3% (n = 19) fueron exitus. La edad media fue 73.24 ± 8.78 años. Un 51,7% (n = 46) ingresaron durante el año siguiente a la inclusión, el 49,3% (n = 35) tuvieron algún reingreso por IC (21,3% un reingreso, 15,7% dos, y 2,2% cuatro). Los pacientes con TnT significativa tenían 3.46 veces más riesgo de morir (IC 95%: 1.20-9.93) que los que tenían TnT no significativa (p = 0,017). Los pacientes que fallecieron tenían más valor de TnT (p = 0,02), y más anemia (p = 0,02) en el ingreso. El 81% de los pacientes sin reingresos tenían TnT no significativa frente al 40% de los pacientes con dos o más reingresos que tenían TnT significativa (p = 0,07). En cuanto a los reingresos por IC, el 75,5% de pacientes sin reingresos tuvieron TnT no significativa, y el 43,8% de los pacientes con dos o más reingresos tuvieron TnT significativa (p = 0,27). A mayor valor de TnT más número de reingresos (r = 0,24, p = 0,02). El 72% de los pacientes con dos o más reingresos tenían anemia; por contra el 66,7% de los pacientes sin reingresos no tenían anemia (p = 0,07). Si atendemos sólo a los reingresos por IC: el 64,2% de los pacientes sin reingresos no tenían anemia frente al 75% de los pacientes con dos o más reingresos que sí tenían anemia (p = 0,02). Un menor valor de Hb representó mayor número de reingresos totales o por IC (r = -0,183, p = 0,09; r = -0,189, p = 0,08, respectivamente). No se obtuvieron diferencias significativas en el análisis estratificado de los exitus según TnT y anemia, aunque sí se obtuvieron levemente en el multivariante de la TnT, valor de Hb y exitus (R<sup>2</sup> = 0,16). Los pacientes con la asociación de anemia y TnT significativa tenían un porcentaje mayor de exitus y de reingresos por IC que los que sólo tenían anemia pero sin alcanzar al significación estadística (41,7 vs 19,2%, 66,7 vs 42,3%, respectivamente).

**Discusión.** En varios estudios se ha visto el valor pronóstico de la TnT y la anemia en la IC. Mínimas elevaciones de TnT indican peor pronóstico, mayor número de hospitalizaciones e incluso mayor mortalidad. La anemia es factor independiente de mortalidad y se asocia con un peor pronóstico. En nuestro estudio se pretendía ver si la existencia de ambos condicionaba un grupo de mayor riesgo. Se han visto diferencias significativas en cuanto al valor de TnT y Hb en el número de exitus pero sólo se observa una mayor tendencia cuando se dan ambos factores de riesgo tanto en el número de exitus como de reingresos, probablemente porque se necesita un mayor número de pacientes y un seguimiento más largo.

**Conclusiones.** 1-Los pacientes con TnT significativa o con mayor valor tenían más riesgo de morir que los que tenían TnT no significativa. 2-Los pacientes que tenían un valor de Hb menor eran más frecuentemente exitus en el año siguiente al ingreso. 3-Los pacientes con mayor valor de TnT o más anemia tenían más número de reingresos totales y por IC. 4- No se han encontrado diferencias sig-

nificativas, aunque sí una tendencia, a que la coexistencia de ambos factores aumente el número de exitus o de reingresos.

### IC-10 EFECTIVIDAD DEL INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO FRENTE A CARDIOLOGÍA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA. ESTUDIO ALEATORIZADO

M. Martín Gudino<sup>1</sup>, H. Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>2</sup>, A. García Soletó<sup>3</sup>, F. Arós Borau<sup>4</sup>, F. Aizpuru Barandiaran<sup>5</sup>, M. Belló Mora<sup>4</sup>, C. Martínez Martínez<sup>6</sup> y J. Regalado de los Cobos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias Hospitalarias, <sup>2</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Servicio de Investigación, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, <sup>5</sup>Unidad de Investigación, <sup>6</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Comparar la efectividad en la atención a pacientes con IC descompensada mayores de 65 años, aleatorizados en dos grupos de ingreso: HaD frente a Cardiología, en términos de consumo de recursos sanitarios, eventos tras un año de seguimiento, atención médica generada tras el alta y calidad de vida a corto y medio plazo. **Material y métodos.** Pacientes mayores de 65 años con IC descompensada grados II o III de la NYHA, con criterios de ingreso hospitalario fueron aleatorizados tras consentimiento informado a ingresar en Cardiología o en HaD. Se comparan datos basales, calidad de vida antes del ingreso (Barthel, Lawton, SF-36, Minnesota, Euroqool), consumo de recursos durante el episodio agudo (estancias, radiología, laboratorio, pruebas complementarias) y tras un año de seguimiento derivados de la atención por IC descompensada. En los 12 meses posteriores al episodio, se registra fallecimiento, reingreso hospitalario o en HaD por IC, consultas por IC descompensada, y otros eventos cardiovasculares: ictus, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria. Se estudia su calidad de vida genérica (SF-36), específica (Minnesota) y capacidad funcional (Barthel) a los 6 y 12 meses tras el alta.

**Resultados.** Entre Mayo-06 y Marzo-07, se aleatorizaron 80 pacientes; 71 concluyen el estudio y 9 abandonan. Ingresan 34 en Cardiología y 37 en HaD (edad media 78,1 ± 6,2; mujeres 18). Los datos basales no presentan diferencias significativas para sexo (p = 0,06), edad (p = 0,201), Charlson (p = 0,384), HTA, EPOC, etc, incluyendo los niveles de pro-BNP. Se observó mayor estancia media en los pacientes ingresados en HaD (10,9 vs 7,9; p = 0,009). Se produjo un mayor consumo de recursos y pruebas complementarias en Cardiología (p < 0,001). No hay fallecimientos en el ingreso inicial. Mortalidad al año similar (p = 0,665). Al año de seguimiento, los pacientes de la rama de Cardiología ingresan más en planta (0,82 vs 0,68). Los pacientes de HaD acuden más a urgencias (0,26 vs 0,38), consultas especializadas por IC (1,14 vs 1,27) y primaria (0,59 vs 0,73) y utilizan más el ingreso en HaD aunque las diferencias no son significativas: ingreso en planta p = 0,513; ingreso HaD p = 0,101; urgencias p = 0,301; consultas p = 0,301; primaria p = 0,359. El número de pacientes con algún reingreso, evento cardiovascular o muerte es de 19 en Cardiología y de 20 en la rama HaD. En el análisis de calidad de vida, HaD tiene mejor puntuación basal en la subescala "dolor corporal" del SF-36 (p = 0,022); no en otras escalas. A los 6 meses tras el alta, HaD puntúa mejor en "función física" (p = 0,035), "rol físico" (p = 0,05), "dolor corporal" (p = 0,004) "salud general" (p = 0,043), "vitalidad" (p = 0,018) y en el componente físico (p = 0,010). También en test de Barthel (p = 0,009) y Minnesota (p = 0,05). Doce meses tras el alta no hay diferencias.

**Discusión.** En HaD son atendidos pacientes con IC descompensada similares a Cardiología en antecedentes, grado funcional y comorbilidad. La estancia media en Cardiología fue más corta que en HaD pero supuso mayor número de pruebas complementarias y consumo de recursos. Al año de seguimiento no hay diferencias en cuanto a mortalidad, visitas a urgencias por IC descompensada, reingresos por IC en planta o en HaD, consultas especializadas. En las escalas de calidad de vida utilizadas no hay diferencias a los 12 meses entre ambas ramas de hospitalización.

**Conclusiones.** En nuestra serie, no hay diferencias significativas en

la efectividad de ambas ramas. En nuestro medio, la HaD ha demostrado ser una alternativa tan eficaz al ingreso hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada como lo es el ingreso convencional en Cardiología.

#### IC-11

##### ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

**M. Ramiro Ortega, J. Santamaría González, B. García Casado, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez, E. Guisado Espartero, P. Salamanca Bautista y R. Pérez Cano**

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es realizar un análisis descriptivo de los pacientes remitidos y atendidos en una consulta de Medicina Interna con dedicación especial, pero no monográfica, a la Insuficiencia Cardíaca (IC).

**Material y métodos.** Para la realización de este estudio descriptivo hemos obtenido y recogido los datos de los informes de la primera visita de los enfermos atendidos en dicha consulta desde el año 2005 al 2007. Se recogieron 151 informes. Se elaboró una base de datos con variables epidemiológicas, antropométricas, clínicas y terapéuticas. Para el tratamiento estadístico se utilizó el programa SPSS v13.0.

**Resultados.** La edad media era de 72,41 años, el peso de 77,67 kg, el 50,3% eran mujeres. Eran fumadores activos el 10,6%. El 76,8% eran hipertensos, un 53% padecían diabetes mellitus, y el 34,4% tenían dislipemia. El 36,7% tenían patología cardíaca isquémica, un 34,7% cardiopatía hipertensiva, patología valvular el 15%, y otras el 12,2%. El 83% tenían Ecocardiograma realizado, y el 57,3% tenían función sistólica conservada. El 48,3% tenían fibrilación auricular, y eran portadores de marcapasos un 6,6%. Estaban en estadio de la NYHA I el 56,8%, el 32,9% estadio II, y el 10,3% estadio III. El 28,5% tenían anemia, y el 57,7% tenían un filtrado glomerular estimado menor de 60 ml/min. El tratamiento inicial fue: Diuréticos el 92%, Betabloqueantes el 62,4%, IECAs el 54,1%, Espironolactona el 36,9%, Digoxina el 36,2% y ARAII 35,6%. El seguimiento osciló entre una y siete consultas por paciente, siendo la mediana de 3 y el plazo interconsulta más frecuente entre tres y seis meses.

**Discusión.** De los resultados obtenidos se puede deducir que en general no hay diferencias en cuánto al sexo en los pacientes atendidos en la consulta, con un ligero predominio del sexo femenino, la mayoría son no fumadores, de edad avanzada y con sobrepeso. Un porcentaje elevado de pacientes tenía insuficiencia renal, anemia, o fibrilación auricular. Predominaban los pacientes con fracción de eyección conservada, que se corresponde con la alta incidencia de HTA, y edad avanzada. En la consulta inicial la mayoría de los pacientes estaban en estadio I-II de la NYHA. Los porcentajes de tratamientos con BB, IECAs o ARA-II y diuréticos parecen más adecuados a lo recomendado en las guías de práctica clínica que en otras cohortes de pacientes atendidos en servicios de Medicina Interna hospitalarios, aunque aún podrían ser mejorados.

**Conclusiones.** Los pacientes atendidos en la consulta de Medicina Interna presentan un perfil clínico similar a los descritos en estudios previos de cohortes similares, predominando los pacientes de edad avanzada, sobrepeso, disfunción diastólica y la HTA, además de presentar deterioro de la función renal en un elevado porcentaje. El tratamiento más empleado son los diuréticos, seguidos de inhibidores y antagonistas del eje renina-angiotensina, prescribiéndose betabloqueantes a más del 60% de los pacientes ya en la primera consulta.

#### IC-12

##### RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA Y LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

**J. Hergueta González<sup>1</sup>, T. Megino Moreno<sup>1</sup>, D. Bernal Bello<sup>1</sup>, J. Machin Lazaro<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna- Unidad de Pluripatología (UAPP), <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Dto Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Describir las causas más frecuentes de anemia y su manejo en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados durante 2007 en un servicio de Medicina Interna por insuficiencia cardíaca descompensada con anemia asociada, cifras de hemoglobina (Hb) menor de 10 g/dL, recogiendo las causas de la anemia (sangrado-hemólisis, ferropenia sin sangrado evidente, de trastornos crónicos- inflamatoria, déficit vitamínico y otras causas) así como el tratamiento recibido (transfusión de hemáties, hierro parenteral, eritropoyetina, hierro oral u otras terapias), patología cardíaca estructural y presencia de insuficiencia renal. Para ello, se revisaron los informes de alta de 2007 que codificaran en los diagnósticos insuficiencia cardíaca y anemia, revisando la evolución y los tratamientos en la historia del ingreso.

**Resultados.** Se identificaron 64 pacientes con insuficiencia cardíaca y anemia en los diagnósticos al alta, de los cuales 64% (38) eran hombres y la mediana de edad de 80 años (34-92). La causa más frecuente de las anemias fue el sangrado evidente o la ferropenia (40%) seguida de la anemia de trastornos crónicos (21%) y de las anemias multifactoriales (18%). Otras etiologías descritas son la asociada a la enfermedad renal (5%) y a otros procesos bien hematológicos, bien carenciales (14%). De las terapias empleadas para subsanar la anemia, por orden de frecuencia, el hierro oral (32%), las transfusiones (20%), eritropoyetina (11%) y otras terapias como vitamina B12, folato, corticoides (6%). Destaca el absentismo terapéutico en un 23% de los síndromes anémicos asociados a insuficiencia cardíaca. En cuanto a las cardiopatías que presentaban los pacientes, las más frecuentes fueron las valvulopatías con o sin prótesis valvular (36%), con similar prevalencia la IC sistólica y la diastólica (9%).

**Discusión.** La anemia es un factor precipitante de IC conocido y tanto su correcto control como su tratamiento es fundamental para mejorar la situación funcional y retrasar ingresos en estos pacientes. La causa más frecuente de anemia que describimos es la ferropénica. En nuestro estudio llama la atención el alto porcentaje de pacientes con anemia multifactorial que no reciben tratamiento específico. Se destaca que la terapia principal para la anemia en la IC es el hierro oral, dejando en un segundo lugar las transfusiones. Así mismo el empleo de eritropoyetina parece ser una opción destacable, bien por coexistencia de insuficiencia renal crónica, bien para solventar un sangrado crónico.

**Conclusiones.** A la vista de lo encontrado en nuestro estudio, creemos que se debe prestar más atención a las anemias que aparecen en los pacientes con IC, pues entra dentro de los factores precipitantes. Además, existe la posibilidad de emplear terapias alternativas a las transfusiones (hierro oral, parenteral, eritropoyetina) evitando el empleo de las mismas, disminuyendo de esta forma determinados riesgos asociados, como la sobrecarga de volumen y la escasez de dicha terapéutica.

#### IC-13

##### VALOR DE LA CISTATINA C COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FEVI PRESERVADA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS

**F. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, I. Páez Rubio<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, E. Pujol de la Llave<sup>1</sup> y C. Ruiz Frutos<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>2</sup>Departamento Biología Ambiental y Salud Pública. Universidad de Huelva.

**Objetivos.** El aumento escalonado de los ingresos hospitalarios por

insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada (ICFSP) ha generado un problema de salud en nuestra práctica clínica diaria. La necesidad de nuevas herramientas para estratificar su evolución clínica, nos ha movido al estudio de la cistatina c como marcador pronóstico en este grupo de pacientes. Los objetivos de esta comunicación son: 1. Conocer las características clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. 2. Valorar si la población diana es acorde con estudios actuales en ICFSP.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo para comparar una proporción de acontecimientos clínicos, definidos como una variable compuesta de mortalidad y reingreso por insuficiencia cardíaca, en un período de seguimiento de 6 meses entre dos grupos de enfermos hospitalizados por IC/FEP. La definición de los grupos viene determinada por un valor plasmático de cistatina c por encima de un punto de corte a estudiar en una curva ROC. El límite inferior para la FEVI fue 45%. El cálculo muestral para comparar proporciones y estimar OR fue de 212 unidades experimentales [Ene 2.0].

**Resultados.** Se reclutaron 233 pacientes (14 exclusiones). El análisis de los 219 pacientes reveló la edad media 75,5 años (DS 8,76), mujeres (59,8%). La presencia de HTA (83,4%), DM (52%), dislipemia (48%), obesidad (42,4%) [IMC medio 29,91 kg/m<sup>2</sup>], FA (60,6%) y AI dilatada (49,5%). En el 61,4% se objetivó la presencia de cardiopatía hipertensiva. La presencia de enfermedad cerebrovascular fue del 12,5%, broncopatías crónicas del 35,2% y arteriopatía periférica del 11%. Las clásicas situaciones que ensombrecen el pronóstico: anemia por criterios de la OMS (52,5%), IR definida como MDRD < 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> (47%), siendo la creatinina media 1,20 mg/dl. Se estudiaron los niveles de NT-proBNP (Me 3643 pg/ml) y PCR [Me 2.1 (0-38)]. También se estudió la dependencia con un Barthel (Me 95) y la comorbilidad de Charlson, Me 4 (0-8). Con respecto a los tratamientos: diuréticos (92,8%), betabloqueantes (48,6%), IECAS (62%), ARA II (22,1%), antagonistas del calcio (32,7%), anticoagulación (50%) acorde con la presencia de FA.

**Discusión.** Las características clínicas de los pacientes incluidos en nuestro estudio para conocer el valor pronóstico de la cistatina c en IC/FEP revelan el clásico perfil de los pacientes afectados de esta forma de fallo cardíaco. Recientemente se han publicado las características clínicas de los enfermos incluidos en el I-preserved (Eur J Heart Fail 2008; 2:149). En un análisis meramente observacional encontramos bastante similitud en las variables básicas como la edad (72 años), mujeres (60%), HTA (88%), obesidad (41%) con un IMC medio 29,6 kg/m<sup>2</sup>. La cardiopatía hipertensiva está presente en el 64%. Sin embargo, difieren en la presencia de FA (29%), DM (27%) y niveles de NT-proBNP (339 pg/ml), este último porque se trataba en su mayoría pacientes ambulatorios. La diferencia en la anemia (15%) y la IR (31%) son importantes porque eran criterios de exclusión determinados valores de Hb y creatinina. Con respecto a los tratamientos solamente había similitud en el uso de diuréticos. Nuestra población se asemeja a la del I-preserved aunque con mayor presencia de FA, anemia e IR, probablemente, por ser población exclusivamente hospitalaria.

**Conclusiones.** Los pacientes incluidos en nuestro estudio muestran el perfil clásico de los enfermos con IC/FEP, y especialmente los que precisan ingreso hospitalario por agudización. Parece que las inclusiones han sido adecuadamente realizadas. Nuestras conclusiones sobre el valor pronóstico de la cistatina c, una vez completado el período de seguimiento, podrán ser aplicables a este subgrupo de enfermos. Los resultados estarán disponibles en Febrero 2009.

#### IC-14

##### SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

**G. Donaire, X. Pena, A. Fernández, M. Ventura, J. Recio, C. Alemán, J. Surriñach y T. Fernández de Sevilla**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Àrea General. Barcelona.

**Objetivos.** 1. Describir la incidencia de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC). 2. Describir las asociaciones entre fármaco y RAM. 3. Describir la incidencia de ingresos atribuibles a RAM en pacientes con IC.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo de una

cohorte de pacientes con IC. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico (criterios Frammingham) y ecocardiográfico de IC, con seguimiento en Consultas Externas de Medicina Interna de un hospital terciario del área urbana de Barcelona. Se recogieron datos demográficos; comorbilidad; etiología y tratamiento de la IC; aparición de RAM, fármacos probables implicados y gravedad (causa de ingreso, prolongación de estancia, riesgo vital). Se realizó un análisis descriptivo de las RAM y de su gravedad. Los resultados se expresan como porcentajes.

**Resultados.** 421 pacientes, entre enero de 2004 y junio de 2007 (231 mujeres y 190 varones, edad media 75,6 ± 8,7 años. Etiología de la IC: cardiopatía hipertensiva 45%, cardiopatía isquémica 40%, enfermedad valvular 12%, otras 3%. La proporción de reingresos global por IC fue el 11,9%. Se diagnosticaron 74 RAM en 55 pacientes (13,1%) El 21% de las RAM precisaron ingreso hospitalario. En 9 pacientes la RAM fue causa directa o indirecta de reingreso por IC (lo que representa el 2,1 de los pacientes, el 12,6% de las RAM y el 15,2% de los ingresos por IC). En 10 pacientes la RAM fue de aparición intrahospitalaria y prolongó la estancia en 2 de ellos. En 7 casos la RAM supuso la retirada definitiva del fármaco. No hubo casos de muerte por RAM. Con respecto al tipo de RAM, la aparición de tos incoercible, insuficiencia renal y las alteraciones electrolíticas graves por IECA o ARA-2 fueron las RAM más frecuentes. La descompensación de IC (por beta bloqueantes y AINE) y la aparición de hipotiroidismo por amiodarona representaron casi el 5% de RAM en cada caso. Todas las RAM fueron notificadas al Centro de Farmacovigilancia de Cataluña.

**Discusión.** Las RAM representan entre la cuarta y sexta causa de muerte en pacientes hospitalizados en EEUU, y en Europa se les atribuye un coste de 706 millones de anuales (5-9% del gasto sanitario). En nuestro ámbito son muy escasos los estudios que han analizado el impacto de las RAM en pacientes con IC, pese a que algunas de las razones argumentadas para la infrautilización terapéutica en la IC son la falta de seguridad y aparición de RAM en la población atendida por internistas (población anciana y con elevada comorbilidad), existen pocos datos que justifiquen esta idea. De hecho, el control ambulatorio por internistas muestra que la mayoría de RAM son prevenibles y evitables. Por lo tanto, es posible el diseño de estrategias que minimicen su aparición con un aumento en la seguridad y brindando el máximo beneficio que la farmacopea actual ofrece a nuestros enfermos.

**Conclusiones.** 1. Las RAM son una causa importante de morbilidad e ingreso hospitalario en los pacientes con IC. 2. La mayoría de RAM se dan con fármacos de uso generalizado, con efectos adversos conocidos, predecibles y, por tanto, en parte evitables. 3. Un vigilancia estrecha de los fármacos, dosificaciones y de la aparición de posibles efectos adversos podría mejorar el manejo de los pacientes con IC y la relación beneficio/riesgo del tratamiento.

4. La optimización del tratamiento de los enfermos con IC no debería estar limitada por el temor a la aparición de RAM.

#### IC-15

##### LA ANEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: ESTUDIO DE MARCADORES DE INFLAMACIÓN

**P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, F. Fabiani Romero<sup>2</sup>, R. Aguilar Velasco<sup>1</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica clínica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de anemia en pacientes con insuficiencia cardíaca, su relación con otras patologías y determinar la presencia de marcadores inflamatorios.

**Material y métodos.** Se recogieron 50 pacientes con insuficiencia cardíaca (NYHA III-IV), de ambos sexos, ingresados en nuestro hospital, excluyendo todas aquellas situaciones que alteran los reactantes de fase aguda (infecciones, síndromes coronarios, neoplasias, traumatismos o artritis inflamatorias). Se clasificaron en 2 grupos según la presencia o no de anemia (criterios de la OMS). En cada grupo se valoró comorbilidad, sexo, edad, etiología de insuficiencia cardíaca, niveles de creatinina, proteína C reactiva y amiloide sérico A.

**Resultados.** El 53% de los pacientes eran mujeres. El 58% de los



pacientes recogidos presentaban anemia ( $n = 29$ ). Los pacientes presentaban una alta comorbilidad (86% eran hipertensos, el 60% diabéticos, el 20% tenían insuficiencia renal y el 36% cardiopatía isquémica). El grupo de pacientes anémicos presentaba mayor edad media (74,3 años) y mayor índice de masa corporal (29,7) que el de los no anémicos (72,8 años; IMC: 28,8), aunque las diferencias no eran significativas. Como cabía esperar, la anemia se asociaba con el aumento de los niveles de creatinina ( $p = 0,046$ ). No se apreciaban diferencias significativas entre el tipo de disfunción cardíaca presente. En cuanto a la etiología, los pacientes con cardiopatía valvular presentaban un riesgo 14 veces mayor de padecer anemia (OR 14,1; IC 1,6-119,8,  $p = 0,004$ ). El resto de las causas de insuficiencia cardíaca (hipertensiva, isquémica...) no presentaban diferencias entre los grupos de anemia y no anemia. La media de los valores de Proteína C reactiva era el doble en el grupo de pacientes con anemia que en el grupo que no tenía anemia ( $p = 0,03$ ). En el caso del Amiloide sérico (SAA), las diferencias eran aún mayores, con una media de 66,68 mg/L en el grupo de anémicos y 24,27 mg/L en los no anémicos ( $p = 0,02$ ). Se obtuvo una correlación débil de signo negativo entre las cifras de PCR y hemoglobina ( $R = -0,38$ ,  $p = 0,006$ ) y amiloide sérico y hemoglobina ( $R = -0,35$ ,  $p = 0,001$ ), es decir, conforme aumentaban los niveles de hemoglobina descendían las cifras de PCR y SAA.

**Discusión.** La anemia tiene una elevada prevalencia en los pacientes con insuficiencia cardíaca, como han demostrado distintos estudios. En nuestro trabajo todos los pacientes tienen una NYHA III-VI, una edad media elevada y una importante comorbilidad, lo que justificaría que la prevalencia de anemia sea incluso mayor que en otras series publicadas. Es muy llamativa la asociación encontrada entre los pacientes con cardiopatía valvular, que tienen un riesgo 14 veces mayor que el resto de las etiologías agrupadas (cardiopatía hipertensiva, isquémica y otras) de padecer anemia. Las posibles causas (hemólisis, tratamiento antiagregante o anticoagulante...) no se han contemplado entre las variables del estudio, por lo que para confirmarlas habrá que diseñar trabajos orientados hacia este fin. La PCR y el amiloide sérico son reactivos de fase aguda inespecíficos que se elevan en fenómenos inflamatorios. En este trabajo se han obtenido niveles elevados en ambos grupos, aunque mucho más altos en los pacientes anémicos, reforzando así la hipótesis de que la inflamación juega un papel importante en la patogenia de la insuficiencia cardíaca y en la aparición de anemia en los pacientes.

**Conclusiones.** 1. La anemia tiene una alta prevalencia en los pacientes con insuficiencia cardíaca. 2. La frecuencia de la anemia aumenta con la edad de los pacientes y la comorbilidad que presentan. 3. No se aprecian diferencias entre los pacientes con disfunción sistólica y los que tienen función sistólica preservada en la presencia de anemia. 4. Los pacientes con valvulopatías presentan más anemia que los que tienen insuficiencia cardíaca de otra etiología. 5. Los pacientes con insuficiencia cardíaca y anemia tienen niveles séricos de PCR y de SAA significativamente más elevados que aquellos que no presentan anemia, reflejando un componente inflamatorio importante como en otras anemias de trastorno crónico.

## IC-16

### INCIDENCIA DE DELIRIUM Y SUBDELIRIUM EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

M. Rizzi, G. López, O. Torres Bonafonte, D. Ruiz Hidalgo y J. Casademont Pou

Servicio de Medicina Interna. Fundación de Gestión Sanitaria de L'Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer la incidencia de trastornos cognitivos agudos (TCA) en pacientes (p.) que acuden a Urgencias por insuficiencia cardíaca aguda (IC), así como las características clínicas y funcionales diferenciales.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional prospectivo realizado en un hospital general universitario de la ciudad de Barcelona durante el período comprendido entre el 15 abril y 2 de junio de 2008. Entraron en el estudio todos los p. mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Urgencias por IC aguda (criterios de Framingham). La variable final fue el delirium (Confusional Assessment Method) y el subsíndrome de delirium (2 criterios CAM).

Se evaluaron variables sociodemográficas, funcionales (Lawton, Barthel), de la IC (etiología, tipo de disfunción, clase funcional NYHA, tratamiento), gravedad (APACHE II), comorbilidad (Charlson) y mortalidad. Se realizó un análisis ANOVA para las variables cuantitativas con análisis post-hoc de Bonferroni y análisis de Kruskal-Wallis para variables cualitativas. Se consideró significación estadística una  $p$  inferior o igual a 0,05.

**Resultados.** Se evaluaron 61 p. con una edad de 77,46 años, 60,7% mujeres con una comorbilidad 3, índice de Lawton de 4,02, un índice de Barthel de 71,15 y un APACHE 15,57. Tenían disfunción sistólica 74,5% y la clase funcional de la NYHA fue de 2,17. La etiología principal fue la isquémica 37,5%. La HTA se dio en 70,5% y la fibrilación auricular crónica en 41%. Consumían IECAs o ARA II 55,8%, betabloqueantes 16,4%, benzodiacepinas 26,2% y antidepresivos 6,4%. El TCA se dio en el 21,3%. La incidencia de delirium fue del 11,5% y la de subsíndrome de delirium del 9,8%. Los p. con delirium tenían más depresión (28,6%), demencia (57,1%) y consumían más benzodiacepinas (71,4%) que los que tenían cognición normal. No hubo diferencias en edad, sexo, comorbilidad, gravedad, etiología de la IC, clase funcional o tratamiento. Los p. con delirium tenían un índice de Lawton inferior al resto ( $p = 0,0004$ ), un índice de Barthel inferior ( $p = 0,00006$ ) y menor incidencia de disfunción sistólica ( $p = 0,014$ ). Los p. con subsíndrome de delirium eran iguales a los p. con delirium excepto en que tenían mayor índice de Barthel ( $p = 0,036$ ). Los p. con delirium tuvieron una mortalidad hospitalaria (28,6%) superior a los que no tenían y fueron institucionalizados en mayor proporción (61,4%).

**Discusión.** En este estudio la incidencia de TCA se da una quinta parte de los adultos con IC y el delirium definido en un 11,5%, cifra ligeramente superior a otros estudios de prevalencia de delirium en Urgencias (CMAJ 2000;163:977-80). Si bien el TC ha sido estudiado en los p. con IC, no existen estudios específicos en p. con IC que evalúen la presencia de delirium. Se conoce que el TC asociado a IC ("demencia cardiogénica") aparece en una tercera parte de los ancianos con IC (Intern Med J. 2001; 31:290-295) y se ha asociado con un aumento de la mortalidad y de la discapacidad funcional (Am J Med. 2003; 115:97-103; J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001; 70:109-112.). El principal resultado de este estudio, a nuestro modo de ver, es la asociación de delirium en p. con IC a una peor función física y el continuum respecto de la función entre cognición normal, delirium y subsíndrome de delirium. Los datos obtenidos y el diseño del estudio no nos permiten establecer una relación de causa efecto entre la IC, el TC y la función física, pero apuntan a que aquellos sujetos con IC y mayor fragilidad son los que desarrollarán TC independientemente de la clase funcional y el tipo de disfunción de la IC. Posiblemente los factores fisiopatológicos que intervienen en el desarrollo de delirium en ancianos con IC sean el estímulo catecolaminérgico, el estado inflamatorio sistémico de la IC y el déficit de acetilcolina cerebral secundario a la hipoperfusión (J Gerontol 2006; 61A:1281-6).

**Conclusiones.** El TCA en la IC aparece en aquellos p. más frágiles con función física deficitaria, demencia o depresión previa.

## IC-17

### INSUFICIENCIA RENAL Y PARÁMETROS RELACIONADOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD AMBULATORIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA ¿ESTÁ INFRAESTIMADA?

M. Pazo Núñez, L. Fernández Hernández, Á. Hermida Ameijeiras, R. De la Fuente Cid, F. Lado Lado, M. Valcárcel García, M. Rodríguez Cordero e I. Rodríguez López

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La prevalencia de la Insuficiencia Renal (IR) en la Insuficiencia Cardíaca (IC) es elevada, aunque variable según distintas series. Recientemente diversos autores han relacionado la IR de forma independiente con un incremento de la mortalidad en pacientes con IC. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de IR en una población con IC de edad avanzada atendida en una unidad

ambulatoria de IC y analizar su relación con parámetros demográficos, clínicos, bioquímicos y terapéuticos, así como el grado de infra-diagnóstico.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y transversal. Se seleccionaron prospectivamente un total de 128 pacientes (edad media [DE] 77,7 [8,2] años) atendidos en la consulta de IC (Medicina Interna) entre Febrero de 2007 y Mayo de 2008 recogiendo en su primera visita variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, antecedentes clínicos, parámetros analíticos, condicionantes, disfunción y tratamientos. La función renal se ha representado a través de la tasa de filtración glomerular (TFG) estimada por la ecuación del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Las variables cualitativas vienen expresadas en porcentajes. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows (versión 15), utilizando la correlación de Pearson para variables continuas, la T-Student y el análisis de la varianza para muestras independiente, y la Chi-cuadrado variables dicotómicas, con la corrección de Fisher donde fuera preciso, considerando significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados.** El 50,8% eran varones. La función sistólica estaba conservada ( $> 50\%$ ) en el 68,3%. Sólo en el 6,3% de los pacientes se recogía entre sus antecedentes la IRC. La TFG media fue de  $56,1 \pm 22,3$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. La creatinina sérica plasmática media fue de  $1,47 \pm 1,1$  mg/dL y en el 34,1% se encontraba una creatinina  $> 1,3$  mg/dL. El 60% de los pacientes presentaba una IR moderada o grave con una TFG  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Y el 12% la IR era grave (TFG  $< 30$ ). Los pacientes con TFG  $< 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, con una creatinina sérica media de  $3 \pm 1,6$  mg/dL y una TFG media de  $22 \pm 7,13$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> eran significativamente mayores y presentaban mayor clase funcional. Además se observó relación entre el deterioro de la función renal y la prevalencia de cardiopatía isquémica (presente en el 47% de los pacientes con TFG  $< 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), de DM (presente en el 53% de los casos de IR severa), y de HTA (86% de los casos con IR severa). En cuanto a parámetros clínicos destaca el hecho de que los pacientes con IR grave presenten significativamente menor frecuencia cardíaca. No se encontraron diferencias respecto al peso, el índice de masa corporal o el perímetro abdominal. Por otro lado, la IR grave se asocia con una mayor prevalencia de anemia (el 53,3% de los casos) con unas cifras medias de hemoglobina de  $11,5 \pm 1,9$  g/dL. Además estos pacientes presentaban mayores cifras de potasio sérico (media  $5,1 \pm 0,9$  mmol/L). En cuanto a tratamiento farmacológico estos pacientes reciben más frecuentemente diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, amiodarona y nitratos, en cambio se prescribe menos frecuentemente digoxina.

**Conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio indican que la IR grave se asocia con un peor perfil de riesgo cardiovascular. Y encontramos que, en esta población anciana, pacientes con valores de creatinina sérica aparentemente normales presentan diversos grados de disfunción renal. Diversas publicaciones han asociado a la IR como un factor de riesgo de mortalidad independiente y potente. Por tanto, en este sentido, creemos que la evaluación de la función renal, mediante al menos, la estimación del filtrado glomerular, debería incluirse en las estrategias de evaluación y seguimiento de estos pacientes. En resumen, la IR en pacientes con IC ancianos está infrastimada por lo que deberíamos de incluir estrategias de valoración de la función renal en la evaluación clínica de estos pacientes de cara a mejorar su pronóstico y tratamiento.

### IC-18 PRESENTACIÓN DE ANEMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD AMBULATORIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Pazo Núñez, Á. Hermida Ameijeiras, F. Lado Lado, R. De la Fuente Cid, L. Fernández Hernández, J. Fernández Somoza e I. Rodríguez López

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La prevalencia de la anemia en la Insuficiencia Cardíaca (IC) es elevada aunque variable, según las series. Según diversos autores, existe una clara relación con el pronóstico de la enfermedad. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de anemia (hemoglobina  $< 12$  g/dL) en una población de edad avanzada con

insuficiencia cardíaca, atendida en una unidad ambulatoria de IC, y analizar la relación de las cifras de hemoglobina con parámetros demográficos, clínicos, bioquímicos y terapéuticos.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y transversal. Se seleccionaron prospectivamente un total de 128 pacientes (edad media [DE] 77,7 [8,2] años) atendidos en la consulta de Insuficiencia Cardíaca (Medicina Interna) entre Febrero de 2007 y Mayo de 2008, recogiendo en su primera visita variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, antecedentes clínicos, parámetros analíticos, condicionantes, disfunción y tratamientos. Las variables cualitativas vienen expresadas en porcentajes. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows (versión 15) utilizando Chi-cuadrado para la comparación de variables dicotómicas, la correlación de Pearson para variables continuas, y la T-Student para muestras independiente, considerando significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Según la definición establecida previamente, encontramos que el 36% de los pacientes presentaba anemia. Existiendo relación entre las cifras de hemoglobina (Hb) y la edad (a mayor edad menor Hb) y la etiología alcohólica de la IC (con mayores cifras de Hb-14,5-) respecto de la etiología hipertensiva, la valvular primaria y la miocardiopatía dilatada. No existen diferencias significativas respecto a otros tipos de etiologías. También observamos la presencia de relación entre las cifras de hemoglobina con la concentración plasmática de colesterol (a menos cifra de hemoglobina, menor cifra de colesterol) e inversa con las cifras de creatinina plasmática (a menor cifra de Hb mayor de creatinina). Cuando analizamos los antecedentes recogidos en la historia previa, evidenciamos que los pacientes fumadores, con etilismo crónico o con Síndrome de Apnea del Sueño presentan mayores cifras de Hb, en cambio los pacientes diagnosticados previamente de insuficiencia renal presentan cifras de Hb más bajas. No observamos relación con la prevalencia de hipertensión arterial, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, patología del sistema nervioso central, EPOC o dislipemia. Por otro lado, observamos relación con la clase funcional (a mayor clase funcional menor cifra de Hb) y con el grado de incapacidad física según la escala de la Cruz Roja (a menores cifras de Hb mayor grado de incapacidad). No encontrando, sin embargo, relación alguna con el sexo, ni con el tipo de disfunción cardíaca. En cuanto a tratamiento farmacológico se observa que los pacientes tratados con Hierro oral (6,3%) presentan cifras de Hb mayores. Una vez retirados estos casos de la muestra, se encuentra mayor prevalencia de anemia entre los pacientes tratados con anticoagulantes o antiagregantes. No existiendo relación con ningún otro grupo terapéutico. La media de fármacos que recibían los pacientes era de 6,8 y se relacionaba inversamente con las cifras de hemoglobina (a mayor número de fármacos menor cifra de Hb).

**Conclusiones.** La prevalencia de anemia en una población de edad avanzada atendida ambulatoriamente en una consulta de IC de Medicina Interna es alta (36%). Las cifras de hemoglobina han guardado relación con diversos parámetros demográficos, clínicos, bioquímicos, y terapéuticos, entre los que destaca la edad, la etiología, la clase funcional, el grado de incapacidad física, la coexistencia de insuficiencia renal, la concentración plasmática de colesterol y creatinina y el tratamiento concomitante con anticoagulantes y antiagregantes. Por otro lado, recientes estudios, relacionan la presencia de anemia, con un peor pronóstico de la IC, por lo que la identificación de estos pacientes podría ser beneficiosa de cara a instaurar medidas correctoras y a realizar un más estrecho seguimiento. Aunque se hace necesario el diseño de estudios aleatorizados, para determinar si la prevención y tratamiento de la anemia, reduce la morbimortalidad en estos pacientes.

### IC-19 INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ANEMIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

G. Álvarez Martínez<sup>1</sup>, A. Armengou i Arxé<sup>1</sup>, N. Vilanova Anducas<sup>1</sup>, J. Roure Fernández<sup>2</sup>, L. García Garrido<sup>2</sup>, A. Castro Guardiola<sup>1</sup> y F. García-Bragado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de anemia en pacientes con insu-

ficiencia cardíaca (IC) así como analizar características clínicas de los pacientes con IC y anemia.

**Material y métodos.** Estudio de 158 pacientes controlados en una unidad multidisciplinaria de IC (formada por cardiólogo, internista y enfermera especializada) desde mayo del 2006 hasta mayo del 2008. Los parámetros analíticos eran los obtenidos en los análisis post alta hospitalaria por descompensación de IC. Se ha analizado la presencia de anemia en relación a diferentes variables como edad, sexo, hipertensión, diabetes mellitus, historia de cardiopatía isquémica, dislipemia, obesidad, fracción de eyección, clase funcional NYHA, fase evolutiva, y filtrado glomerular por MDRD, el uso de IECAs/ARA II y antiagregantes. Definimos anemia según los criterios de la OMS (Hb < 12 g/L en mujeres y Hb < 13 g/L en hombres). El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS versión 10.0.

**Resultados.** Del total de la serie, 67 presentaban anemia, lo que representa una prevalencia del 42%, de los cuales el 52% eran hombres. Se han hallado diferencias estadísticamente significativas para edad (33% < 75 a vs 67% > 75 a,  $p < 0.008$ ), FG (18% FG < 30 ml/min vs 55% FG 31-60 ml/min vs 25% FG > 60 ml/min,  $p < 0.000$ ) e hipertensión (88% vs 12%,  $p < 0.007$ ). El resto de variables no han mostrado diferencias significativas, aunque si se observa una mayor prevalencia de fracción de eyección deprimida (78% vs 23%) y de uso de IECA/ARAII (75% vs 25%) en el grupo con anemia. Asimismo la mayoría de pacientes con anemia de nuestra serie presentan una clase funcional más avanzada de la NYHA (64% CF III-IV vs 36% CF I-II) y un mayor estadio evolutivo (97% C-D vs 3% A-B). El tratamiento antiagregante con AAS no se ha relacionado con una mayor prevalencia de anemia (45% vs 55%). El 50% de pacientes controlados por internista presentan anemia mientras que sólo el 33% de los seguidos por cardiólogo la presentan, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.007$ ).

**Discusión.** Encontramos una prevalencia de anemia similar a la de las series de nuestro país. El perfil del paciente con IC y anemia no difiere mucho al encontrado por otros grupos que es el de un paciente de edad avanzada, con peor clase funcional y con un mayor número de comorbidades asociadas. Existe una alta asociación de anemia e insuficiencia renal moderada, pero no hemos encontrado asociación con otras patologías como diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad, historia de cardiopatía isquémica o con el uso de IECAs o antiagregantes, asociaciones que han encontrado otras series. Aunque existe un porcentaje mayor de anemia en los pacientes con fracción de eyección deprimida las diferencias no son estadísticamente significativas respecto los pacientes con fracción de eyección preservada ni tampoco con el sexo.

**Conclusiones.** El porcentaje de anemia en nuestros enfermos con IC es alto. Se relaciona con una peor función renal y un mayor deterioro funcional. Es muy probable que en estos pacientes la etiología de la anemia sea multifactorial, teniendo una importancia fundamental la anemia en relación a la IR. Se trata de grupos poblacionales de avanzada edad, con múltiples patologías asociadas, el manejo de los cuales es complejo y está aún por dilucidar y en los cuales el papel del internista es fundamental para conseguir un manejo integral y óptimo de todas las patologías. Es esperable que con el envejecimiento poblacional el porcentaje de estos pacientes aumente de manera progresiva.

## IC-20

### CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Arévalo<sup>1</sup>, S. Rivera<sup>1</sup>, L. Ferreira<sup>2</sup>, L. Doval<sup>1</sup>, V. Martínez<sup>1</sup>, J. Lorenzo<sup>2</sup>, J. Juega<sup>2</sup> y F. Diz-Lois<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna C, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna E, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Analizar la calidad del informe de alta de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Se recogieron los informes de alta de hospitalización de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca, entre octubre de 2007 y marzo de 2008 en las Unidades C y E de Medicina Interna del Hospital Juan Canalejo. Se realizó un protocolo

de calidad, en el que se reflejaba la constancia o ausencia de diversos datos considerados como relevantes en el informe de alta de un paciente con insuficiencia cardíaca. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se recogieron 90 pacientes, 56% mujeres. La edad media fue de 77 años. En el 40% de los informes constaba la presencia o no de todos los factores de riesgo cardiovascular. No se hacía mención a la diabetes mellitus en el 23% de los casos, a la hipertensión arterial en el 9%, dislipemia en el 28%, tabaquismo en el 41% y alcoholismo en el 56%. Se describía la presencia o no de disnea en el 98%, ortopnea en el 77%, disnea paroxística nocturna en el 66%, tos en 70%, edema en miembros inferiores en el 47%, y clase funcional en el 34%. En el 95% constaba la cifra de tensión arterial, la frecuencia cardíaca en el 92%, la presencia o no de ingurgitación yugular en el 99%, y de pulsos periféricos en el 80%. En todos los casos se describía la auscultación cardíaca y pulmonar y la presencia o no de edema en miembros inferiores, así como la cifra de hematocrito, sodio y creatinina. El valor del colesterol total y triglicéridos constaba en el 79%, y el de hormonas tiroideas en el 37%. En el 100% de los casos se describía la radiografía de tórax y el electrocardiograma y en el 99% el ecocardiograma previo, si disponían de él, o el realizado durante el ingreso. En el comentario del informe, se explicaba la enfermedad en el 90%, en el 60% se describían los desencadenantes, en el 42% se hacía mención a las pruebas, y se especificaba la evolución y el tratamiento en el 96% y 82% de los casos respectivamente. La valoración subjetiva del comentario fue buena en el 87% de los informes. En el diagnóstico se reflejaba la presencia de cardiopatía estructural en el 61% y la comorbilidad en el 57%. Se definía la presencia de insuficiencia cardíaca sistólica o diastólica en el 20% e izquierda y/o derecha en el 48% de los casos. En cuanto al tratamiento se especificaba dieta en el 97% de los pacientes, y necesidad de abandono de tabaco en el 55% de los fumadores. La dosis y horario de los fármacos prescritos se reflejaba en el 91% de los casos.

**Discusión.** En menos de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardíaca se refleja la presencia de todos los factores de riesgo cardiovascular aunque el antecedente de hipertensión se describe en más del 90% de los casos, una de las causas fundamentales de insuficiencia cardíaca. La descripción de la sintomatología del paciente en general se señala adecuadamente aunque solo en 1/3 se indica la clase funcional. La exploración física se describe de forma detallada en la mayoría de los informes, al igual que las pruebas complementarias, aunque esta últimas solo se comentan en el 42% de los casos. A pesar de ello, la valoración subjetiva del comentario ha sido buena en el 87% de los informes. En menos de 1/4 de los pacientes se define la insuficiencia cardíaca como sistólica o diastólica, en menos de la mitad como izquierda o derecha, y sólo en el 61% de los casos se describe la cardiopatía estructural, lo que refleja una escasa precisión del diagnóstico. Solamente en el 55% de los casos se indica la necesidad de abandonar el tabaco, dato que consideramos fundamental entre las recomendaciones.

**Conclusiones.** 1. Debe mejorarse la calidad del informe de alta. 2. La descripción de todos los factores de riesgo cardiovascular, presentes o ausentes, debería reflejarse siempre, al igual que la clase funcional. 3. La descripción de la sintomatología del paciente, la exploración física y las pruebas complementarias es en general aceptable. 4. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca es poco preciso. 5. Es necesario insistir en mayor medida en el abandono de hábitos tóxicos.

## IC-21

### APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LA PERICARDITIS AGUDA IDIOPÁTICA CON ELEVACIÓN DE MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO

J. Ortiz Sánchez<sup>1</sup>, R. Jiménez Hernández<sup>2</sup>, E. Beya González<sup>1</sup>, E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** La pericarditis aguda idiopática (PAI) con elevación de marcadores de daño miocárdico es un proceso benigno que cursa de



forma excepcional como un cuadro fulminante. El objetivo es evaluar los factores clínicos y ecocardiográficos predictores de complicaciones en la PAI con elevación de marcadores de daño miocárdico.

**Material y métodos.** Se han incluido 60 pacientes entre julio de 2004 y marzo de 2008 de forma consecutiva. En cada uno de ellos se recogieron diversas variables clínicas así como el registro de complicaciones: arritmias, disfunción ventricular (DVI), insuficiencia cardíaca aguda (IC), Derrame pericárdico (DP), taponamiento cardíaco, constricción pericárdica y mortalidad cardiovascular.

**Resultados.** De los 60 pacientes, 56 eran varones, con una edad media de  $33 \pm 15$  años. 14 de ellos (23.3%) presentaron complicaciones: 5 DP ligero, 7 arritmias (3 TVNS y 4 TSV autolimitada asintomática), 6 tuvieron DVI y 2 IC aguda. Ninguna variable clínica se asoció con el desarrollo de arritmias. El número de derivaciones con ST elevado se relacionó con el desarrollo de DP. La IC aguda fue más frecuente en pacientes con hipotensión y taquicardia, mayor elevación de troponina I ( $26 \pm 5$  vs  $4.23 \pm 2$ ,  $p < 0.03$ ) y DVI ( $64 \pm 7$  vs  $47 \pm 2$ ,  $p < 0.01$ ) en el ecocardiograma de ingreso ( $< 24$  horas). Los pacientes con niveles elevados de troponina I, CK-MB, leucocitosis, neutrofilia, proteína C reactiva elevada y aumento de VSG al ingreso desarrollaron más frecuentemente DVI. Sólo se registró un reingreso en el período de reingreso ( $30 \pm 14$  meses).

**Conclusiones.** La aparición de complicaciones en la PAI con elevación de marcadores de daño miocárdico es una posibilidad frecuente en estos pacientes. Existen una serie de indicadores clínicos y analíticos que pueden hacer sospechar su aparición. El deterioro de la función ventricular al ingreso identifica a los pacientes con IC aguda que requieren hospitalización.

## IC-22

### PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

**J. Rodríguez Fernández, A. Conde Martel, A. Prieto Vicente, J. Ruiz Hernández, A. Gil Díaz, S. Suárez Ortega y P. Betancor León**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de anemia en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna y los factores relacionados con la misma.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, que incluyó a 282 pacientes consecutivos que ingresaban con insuficiencia cardíaca. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, índice de comorbilidad de Charlson, función renal evaluada mediante la fórmula de Cockcroft, etiología de la insuficiencia cardíaca, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), datos analíticos incluyendo, además de la hemoglobina (Hb), creatinina, colesterol, triglicéridos, albúmina, pro-BNP, troponina T patrón de hierro, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico. Además se recogió el tratamiento previo y la estancia. Se definió la presencia de anemia siguiendo los criterios de la OMS (valores de Hb inferior a 13 g/dl en el varón y a 12 g/dl en la mujer). La relación entre la presencia de anemia y variables cualitativas se analizó mediante el test de  $\chi^2$  y la relación con variables cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística para evaluar qué factores se asociaban de forma independiente a la presencia de anemia.

**Resultados.** La edad media de los 282 pacientes estudiados, fue 77,2 años, (DE: 10,7), 145 (51,4%) eran mujeres y 137 (48,6%) varones. La prevalencia de anemia fue del 60,6% (171 pacientes; IC 95%: 54,8 a 66,5%). El antecedente de anemia en la historia clínica se constató en un 34%. Los pacientes con anemia mostraron una edad media significativamente superior (78,2 años vs 75,4 años;  $p = 0,035$ ), una mayor puntuación en el índice de comorbilidad de Charlson (4,8 puntos vs 3,7;  $p < 0,001$ ), una peor función renal con aclaramiento de creatinina significativamente inferior (48,3 vs 63,3 ml/mto;  $p < 0,001$ ), una mayor prevalencia de neoplasias ( $p = 0,002$ ) y una estancia media significativamente superior (16 vs 14 días;  $p = 0,03$ ). Los pacientes con anemia mostraron valores significativamente inferiores de colesterol (138 vs 161 mg/dl;  $p < 0,001$ ),

un menor índice de saturación de transferrina (IST) (14,7% vs 18,9%;  $p < 0,001$ ) y valores significativamente mayores de Pro-BNP (9013 vs 6012 pg/ml;  $p < 0,001$ ). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin anemia en función de que la función sistólica estuviera preservada, la etiología de la cardiopatía, la presencia de diabetes o HTA, el grado funcional de la NYHA o el antecedente de tratamiento previo antiagregante o anticoagulante. Se asociaron de forma independiente con la presencia de anemia una mayor puntuación del índice de comorbilidad de Charlson (OR 1,1;  $p = 0,006$ ), una menor aclaramiento de creatinina (OR: 0,98;  $p = 0,013$ ) y unos menores niveles de colesterol (OR = 0,98;  $p < 0001$ ).

**Discusión.** La presencia de anemia en pacientes hospitalizados en Medicina Interna por insuficiencia cardíaca es muy elevada (60%) y sin embargo se refleja como antecedente en un porcentaje bastante inferior. La asociación a niveles bajos de colesterol podría reflejar un peor estado nutricional. Aunque únicamente la presencia de neoplasias entre otras comorbilidades, se asoció a mayor prevalencia de anemia, la comorbilidad global evaluada mediante el índice de Charlson si que se relacionó de forma significativa con la anemia. Esta comorbilidad global junto al deterioro de la función renal son factores que se relacionan de forma independiente con la presencia de anemia.

**Conclusiones.** La prevalencia de anemia en pacientes hospitalizados en Medicina Interna es muy elevada asociándose fundamentalmente a deterioro de función renal, elevada comorbilidad y valores bajos de colesterol total.

## IC-23

### MORTALIDAD AL AÑO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**J. Rodríguez Fernández, A. Conde Martel, A. Prieto Vicente, M. León Mazorra, S. Suárez Ortega, D. Godoy Díaz y P. Betancor León**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Conocer la mortalidad al año de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna y los factores relacionados con la misma.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, incluyéndose de forma consecutiva a 282 pacientes que ingresaban con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, índice de comorbilidad de Charlson, estado funcional evaluado mediante la escala de incapacidad física de la Cruz Roja, estado mental evaluado mediante el test de Pfeiffer, etiología de la insuficiencia cardíaca, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) determinada mediante ecocardiografía, grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), y datos analíticos incluyendo hemoglobina, VSG, urea y creatinina, sodio, potasio, albúmina, pro-BNP y troponina T. Se realizó un seguimiento para evaluar el estado del paciente (vivo o muerto) a los 12 meses del ingreso. La relación entre la mortalidad y variables cualitativas se analizó mediante el test de  $\chi^2$  y la relación con variables cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney. Finalmente se realizó un análisis de regresión logística para evaluar qué factores se asociaban de forma independiente con la mortalidad.

**Resultados.** De los 282 pacientes estudiados, con una edad media de 77,2 años, (DE: 10,7; rango: 36 a 100 años), 145 (51,4%) eran mujeres y 137 (48,6%) varones. La mortalidad al año fue del 39,8% (111 pacientes; IC 95%: 33,4 a 45,2%). Los pacientes que fallecieron mostraron una edad significativamente superior (80 años vs 75 años;  $p < 0,001$ ), un predominio del sexo masculino (56% de varones vs 44% de mujeres,  $p = 0,03$ ), una mayor puntuación en el índice de comorbilidad de Charlson (5,5 puntos vs 3,6;  $p < 0,001$ ), una peor capacidad funcional evaluada mediante la escala de la Cruz Roja (2,3 puntos vs 1,6 puntos;  $p < 0,001$ ), una peor capacidad mental evaluada mediante el test de Pfeiffer (3,2 puntos vs 1,9;  $p < 0,001$ ), un predominio de grado funcional III-IV previo al ingreso (59,3% vs 46,3%), un menor índice de masa corporal (29,3 vs 27,4;

$p = 0,003$ ) menores valores de hemoglobina (10,9 vs 12,3 g/dl;  $p < 0,001$ ) y de albúmina (3 vs 3,4 g/dl;  $p < 0,001$ ), mayores valores de creatinina (1,7 vs 1,3 mg/dl;  $p < 0,001$ ), de Pro-BNP (9769 vs 6580 pg/ml;  $p < 0,001$ ) y VSG (47 vs 40 mm/h;  $p = 0,04$ ). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes vivos y los que habían fallecido al año en función de la etiología de la cardiopatía, ni en los valores de colesterol, iones y troponina T. Tampoco la presencia de una fracción de eyección VI superior o inferior al 45% se asoció a una diferencia significativa en la mortalidad. Se asociaron de forma independiente con la mortalidad la edad (OR 1,05), el sexo masculino (OR 1,9), la presencia de anemia (OR 4,2), un peor estado mental (OR 1,4) y el índice de comorbilidad de Charlson (OR: 1,4).

**Discusión.** Los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna muestran un perfil diferente al de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos, con una edad media bastante elevada y alto índice de comorbilidad. En nuestro estudio observamos una alta mortalidad al año, bastante superior a la descrita en ensayos clínicos, pero similar a la descrita en series poblacionales. Ello se justificaría fundamentalmente por la avanzada edad y alta comorbilidad de nuestros pacientes. De hecho, estos dos factores, edad y comorbilidad junto al deterioro mental son predictores independientes de mortalidad al año por insuficiencia cardíaca.

**Conclusiones.** La mortalidad al año de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en Medicina Interna es elevada falleciendo al menos un tercio de los mismos. La mortalidad se asocia de forma independiente a una mayor edad, comorbilidad y peor estado mental.

#### IC-24 EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA HOSPITALARIA

**J. Santamaría González, B. García Casado, E. Ramiro Ortega, P. Salamanca Bautista, E. Guisado Espartero, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez y R. Pérez Cano**  
Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la evolución de la prescripción farmacológica en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) atendidos en una consulta de Medicina Interna, y las variables clínicas (edad, frecuencia cardíaca, presión sistólica, diastólica y media, etc.) que puedan determinar las modificaciones en la prescripción: cambios de dosis y/o fármacos.

**Material y métodos.** Estudio observacional en el que hemos obtenido los datos de prescripción y variables clínicas de los informes de las consultas sucesivas (564 consultas) de 150 pacientes con IC (Edad Media: 72.41 años, Hombres 49.7%), en seguimiento desde 2005 a 2007, elaborando una base de datos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v13.0. Se analizó la evolución de los tratamientos con Betabloqueantes (BB), IECAs, ARAII, Diuréticos, y Digoxina en las sucesivas consultas y los cambios de la dosificación, con curvas de tendencias, así como la posible relación con edad, tensiones arteriales sistólica, diastólica y media, frecuencia cardíaca y polifarmacia.

**Resultados.** Betabloqueantes: Incremento de prescripción del 60.3 al 66.6%, de dosis del 5.3%, y retirada al 0%, en relación al tipo de disfunción aquellos con DS tenían BB en un 81,1% comparados con el 55,4% en DD (Odds 3'44 veces superior para la DS), NYHA mayor para grupo no BB ( $p < 0,004$ ). IECAS: Incremento de prescripción del 40,5% al 45,9%, de dosis del 0.4%. Retirada al 1.6%, ARAII: Incremento de prescripción del 35,7% al 41.7%, de dosis del 2.1%. Retirada al 6.7%, Diuréticos Asa: Incremento de prescripción del 91.7 al 98.3%, de dosis del 3.6%. Retirada al 11.9%, Digoxina: Incremento de prescripción del 36.2 al 38.1%, de dosis del 7.3%. Retirada al 3.2%.

**Discusión.** Con respecto a los BB el incremento progresivo de prescripción y de dosis la explicamos por el intento de alcanzar las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Los valores de TAD, TAS, TAM no muestran diferencias significativas entre los grupos con y sin BB. Los principales determinantes de la modificación de dosis de BB son la frecuencia cardíaca y la edad de los pacientes.

Existen diferencias significativas entre la FEVI y la prescripción de BB, presentando una odds ratio de 3.45 veces a favor de tener BB aquellos pacientes con función sistólica disminuida. Los diuréticos son los medicamentos que presentan mayor índice de prescripción en nuestro estudio. A mayores cifras de TA se aprecia una subida de dosis de diuréticos independientemente de la edad. En cuanto a IECA y ARAII, también parecen tener una tendencia a la elevación de dosis aunque muy moderada. En nuestros pacientes el Índice de polifarmacia se correlaciona con las cifras globales de TA, con diferencias estadísticamente significativas en los valores de TA según número de medicamentos prescritos.

**Conclusiones.** A pesar del esfuerzo de los clínicos por elevar las dosis y alcanzar las dosis plenas recomendadas en las guías de práctica clínica, muchas veces, la edad de los pacientes, la pluripatología, su mala tolerancia a las dosis altas de medicamentos así como sus efectos adversos limitan el progreso de dosificación, por lo que a veces es necesario valorar la posibilidad de asociar dosis bajas de fármacos en lugar de alcanzar las dosis plenas, para mantener los objetivos del tratamiento en Insuficiencia cardíaca.

#### IC-25 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**B. García Casado, J. Santamaría González, E. Ramiro Ortega, E. Guisado Espartero, P. Salamanca Bautista, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez y R. Pérez Cano**  
Servicio de Medicina Interna B. Prof. Pérez Cano. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar la función renal por diferentes métodos de estimación, y sus cambios en relación a los tratamientos instaurados, en una cohorte de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) atendidos en una Consulta de Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Hemos recogido los datos de 564 informes de revisión de 151 pacientes con diagnóstico de IC atendidos en las consultas de MI. Se ha valorado la función renal basal y en cada revisión por Cockcroft-Gault y MDRD simplificado. Se creó una base de datos con variables clínicas basales y de seguimiento de los pacientes (edad, antecedentes, NYHA, fracción de eyección, creatinina, potasio y fármacos prescritos). El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS v 14.0 comparando ambos métodos de estimación de la función renal y valorando la posible la relación entre determinados fármacos y cambios en la función renal.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue 72.4 años. El 90% estaban en clase funcional I-II NYHA (ninguno en clase IV). Se estableció como criterio de corte para definir la Insuficiencia renal significativa (IR) un valor de filtrado glomerular (FG) menor de 60 ml/min, presentando IR según Cockcroft-Gault el 58,3% de los pacientes, y según MDRDs el 61,9% (50,75% tenían ambos índices  $< 60$ ). La edad fue el factor más importante relacionado con la presencia de IR. También hemos observado una mayor incidencia de IR en los pacientes con FE conservada ( $p < 0,04$ ). Si valoramos la evolución de la función renal a lo largo de las sucesivas consultas apenas existe variación en los valores de Cockcroft-Gault ni de MDRDs, con una fuerte correlación entre ambos métodos de estimación ( $R 0,7$ ;  $p < 0,0001$ ). Los niveles de potasio también se mantuvieron estables. Por último, en los pacientes tratados con IECA y/o ARAII, el valor de FG no varió significativamente a lo largo del seguimiento con ninguno de los métodos de estimación, independientemente de la función renal.

**Discusión.** Algunos estudios han mostrado diferencias entre los métodos de estimación de la función renal en pacientes con IC, sobre todo en clases funcionales avanzadas. En nuestro estudio en pacientes ambulatorios (ninguno de ellos en NYHA IV) ambos métodos de estimación de la función renal muestran valores similares. No hemos encontrado cambios significativos del filtrado glomerular en relación con diferentes tratamientos (IECAs, ARAII y Diuréticos).

**Conclusiones.** Tanto el método de Cockcroft-Gault como el MDRD son útiles para estimar el FG en pacientes con IC en clases I-III NYHA. La edad avanzada y la disfunción diastólica se asocian a una mayor incidencia de IR. La función renal permaneció estable en la mayoría de los pacientes a lo largo del seguimiento, independientemente del tratamiento instaurado y del FG inicial.

**IC-26****CRITERIOS DE TERMINABILIDAD Y FACTORES PRONÓSTICOS DE PACIENTES QUE PRESENTABAN INSUFICIENCIA CARDÍACA Y QUE FALLECIERON EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****P. Romero, F. Carmona, D. Gutiérrez, E. Ruiz, M. Martín y A. Mogollo***Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Objetivos.** 1. Describir la validez en nuestro medio de los criterios de terminabilidad de la NHO para la insuficiencia cardíaca. 2. Presentar posibles factores pronósticos al ingreso, en pacientes con insuficiencia cardíaca cumplan o no criterios de terminabilidad.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo, donde recogimos todos los pacientes fallecidos en el servicio de medicina interna de nuestro hospital durante un año que presentaron el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. En cada uno de ellos, observamos si se cumplen los criterios de terminabilidad de la NHO. Además describimos variables clínicas y analíticas que pudieran presentarse como marcadores pronósticos. Realizamos hoja de recogida de datos en formato Word y hoja de datos y tratamiento de los resultados en formato Excel.

**Resultados.** De un total de 58 pacientes observamos que: -El grado de disnea tan sólo se describe en un 31% de los casos. -La Fracción de Eyección se describe en un 30% de los casos. -Realizan tratamiento con IECA/ARA II: 33% Diuréticos: 43% Vasodilatadores: 19% - Como posibles marcadores pronósticos destacamos: Presentar comorbilidades: 93% Anemia: 79% Hiponatremia: 20% Disfunción renal (Creatinina > 1.3): 40% Alteración del Nivel de Conciencia: 31% Hiper glucemia (Glucosa > 120): 65%.

**Discusión.** En la literatura existen criterios de terminabilidad para enfermos sin cáncer, entre los que destacan los de la National Hospice Organization (NHO), como los más aceptados internacionalmente. Igualmente, en la actualidad, existe gran interés por conocer posibles factores pronósticos predictores de mortalidad que puedan aplicarse a pacientes con enfermedades crónicas, progresivas e incurables no oncológicas, para poder aplicar de forma correcta medidas diagnóstico-terapéuticas adecuadas a su situación clínica. De estas enfermedades no oncológicas destaca la insuficiencia cardíaca por su prevalencia, necesidad de recursos y elevada morbimortalidad. Con las limitaciones que tiene nuestro estudio (número de pacientes, sólo fallecidos, ser de tipo descriptivo), los datos obtenidos sugieren que criterios habitualmente aceptados de terminabilidad son de difícil cumplimiento en nuestro medio (ya sea por dificultad a la hora de recoger datos en la historia clínica, realización de pruebas diagnósticas...) Además parece confirmarse determinados factores pronósticos (anemia, comorbilidades...), pero no hemos encontrado correlación con otros de marcada importancia en la literatura como la hiponatremia.

**Conclusiones.** 1-En nuestro medio, los criterios de terminabilidad de la NHO aceptados internacionalmente, no se aplican de forma correcta para diagnosticar a pacientes con insuficiencia cardíaca terminal. 2-Existen marcadores que pueden actuar como predictores de mal pronóstico al ingreso para pacientes con insuficiencia cardíaca, destacando en nuestro trabajo: presentar comorbilidades, anemia, hiper glucemia y disfunción renal.

**IC-27****SHOCK CARDIOGÉNICO POST-IAM: PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO HOSPITALARIO EN UN HOSPITAL TERCERARIO DE NUESTRO MEDIO****J. Córdoba Soriano, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, V. Hidalgo Olivares, A. Ruiz Tornero, M. Simón García, D. Melehi y R. Fuentes Manso***Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** El shock cardiogénico (SC) constituye la principal causa de mortalidad hospitalaria en los pacientes (P) con síndrome coronario agudo. Conocemos por estudios a nivel mundial que el intervencionismo en P seleccionados contribuye a mejorar su pronóstico aun-

que desconocemos cual es el perfil clínico de estos P y su evolución en nuestro medio con el tratamiento actual.

**Material y métodos.** Presentamos nuestra experiencia en este tipo de P en un centro con capacidad de intervencionismo urgente tras revisar de forma retrospectiva la evolución en los 4 últimos años de todos los P que llegaron vivos a sala de hemodinámica en situación de SC.

**Resultados.** Se estudiaron a 40 P en situación de SC. La edad media fue de  $73 \pm 11$  años. El 62% eran varones. Un 60% se presentaron como SC. El 32% eran diabéticos. Un 25% presentaron alguna comorbilidad asociada. Se usó trombolisis en un 10%, inhibidores de IIb/IIIa en un 42%, balón de contrapulsación en un 50%. El 45% presentaron enfermedad de triple vaso o de tronco de coronaria izquierda. El 37% eran infartos anteriores y el 25% eran SCASEST. Se intentó angioplastia en el 87% de los casos, en un 13% multivaso. La mortalidad hospitalaria fue del 50% y en el seguimiento (seguimiento promedio de 102 días) del 55%. No existieron diferencias de mortalidad en función de la edad del paciente.

**Conclusiones.** El SC en nuestro medio tiene similar perfil clínico al de otras poblaciones estudiadas aunque con una mayor edad media. Presenta una mortalidad muy alta a pesar de manejo agresivo. No obstante la cifra global de mortalidad es similar a los estudios y registros internacionales en esta situación por lo que es recomendable una actitud agresiva en estos P siempre que se lleve a cabo de acuerdo a las directrices establecidas.

**IC-28****PATRÓN DE REINGRESOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA****A. Pazos Ferro<sup>1</sup>, J. Cerqueiro González<sup>1</sup>, M. López Díaz<sup>1</sup>, F. Terrón Pérez<sup>1</sup>, A. Muriel<sup>2</sup>, E. Casariego Vales<sup>1</sup>, M. Rigueiro Veloso<sup>1</sup> y C. Torreiro<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo, <sup>2</sup>Servicio de Bioestadística. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** La Insuficiencia Cardíaca (ICC) es, en España, la primera causa de hospitalización por encima de los 65 años. En los últimos años se ha registrado un aumento del número de ingresos por esta causa de hasta un 71% lo que se explica fundamentalmente por el número de reingresos por este motivo. De hecho, se calcula que las tasas de reingresos tras el alta hospitalaria por ICC oscilan entre el 29 y el 59% en los primeros 6 meses tras el alta hospitalaria. El objetivo de este estudio es describir al patrón de reingresos por ICC en pacientes atendidos con los sistemas organizativos habituales.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes de todos los pacientes con al menos en dos ingresos hospitalarios con el diagnóstico principal de ICC, atendidos en cualquier Servicio del Hospital de Lugo entre 2001 y 2007 utilizando los recursos asistenciales habituales (citación tras el alta en consulta habitual que no cuenta con programas formativos, mayor accesibilidad, etc). En todos los pacientes se verificó que el diagnóstico se estableciese en el momento del ingreso y no fuese la consecuencia de actuaciones hospitalarias. Se registraron las fechas de ingreso y alta de los ingresos sucesivos, las visitas a consulta y a Urgencias hospitalarias y las comorbilidades. El análisis estadístico se realizó mediante un modelo de regresión de Cox condicional descrito por Prentice, William and Peterson (PWP Model, 1981), con el programa Stata 10.

**Resultados.** Se registraron 1838 ingresos en 349 pacientes. Su edad media global fue 73,8 (DS11,2) años y 178 (51%) eran varones. De promedio cada paciente generó 5.3 ingresos y 33.2 consultas hospitalarias. En 3 pacientes se detectaron más de 30 ingresos. La estancia media de los ingresos hospitalarios fue 12,3 (DS 3,1) días y no se modificó sustancialmente con el paso de los años. ( $p = 0.43$ ). Cuando analizamos el patrón temporal entre ingresos sucesivos apreciamos que los tiempos interingresos se reducen a medida que los ingresos son más frecuentes; así la mediana de tiempo entre el segundo y el tercer ingreso es 394 días, 297 entre el 3º y el 4º, 226 entre el 5º y el 6º, 195 entre el 6º y el 7º, 124 entre el 7º y el 8º, 107 entre el 8º y el 9º y, entre los 52 pacientes que ingresaron 9 o más veces, se contabilizaron 87 entre el 9º y el 10º ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes con ICC presentan, en el modelo asis-



tencial habitual, un patrón de reingresos hospitalarios predecible, con la reducción progresiva del tiempo entre las sucesivas estancias. Su conocimiento será de utilidad para evaluar el impacto de las nuevas estrategias asistenciales, basadas en programas específicos que incluyen medidas de educación de pacientes y familiares o seguimiento frecuente y estrecho en consultas específicas y de fácil acceso según las necesidades de cada momento.

### IC-29

#### EL SHOCK CARDIOGÉNICO NO ES LO QUE ERA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 15 AÑOS EN UNA UNIDAD CORONARIA

A. Hurtado, C. Fernández González, R. Gómez López, S. Fojón, P. Jiménez, J. Gullías, S. Calvo y J. López

Servicio de M. Intensiva. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** El shock cardiogénico es una de las complicaciones más graves del infarto agudo de miocardio. Las series históricas publican una mortalidad global del 80% pero la revascularización precoz y las medidas de soporte hemodinámico parecen haber mejorado los **Resultados.** **Objetivos:** análisis histórico de los pacientes ingresados en nuestra unidad coronaria y diagnosticados de shock cardiogénico secundario a infarto agudo de miocardio.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva y descriptiva de la base de datos de la unidad coronaria de nuestro centro. La recogida de datos ha sido realizada por el mismo equipo y con arreglo a los mismos criterios a lo largo de todo el muestreo. En el período 1.992-2.006 se han recuperado 574 casos consecutivos de IAM que en algún momento de su estancia en la unidad han sido diagnosticados de shock cardiogénico. Se han analizado las variables de territorio afectado, grado de la escala Killip-Kimball a su ingreso, tratamiento de reperfusión y contrapulsación intraaórtica.

**Resultados.** Total: 574. Incidencia: 41 casos/año Relación de sexos: (varón/mujer): 386/188 = 2.05 Territorio afectado: Anterior 233 (40,6%), Postero-Inferior 192 (33,5%), Indeterminado 39 (6,8%), IAM no Q 110 (19,2%). Complicaciones mecánicas: Rotura pared libre 10 (1,7%), Rotura septal 17 (3%), Insuficiencia mitral 17 (3%) Killip inicial: I 144 (25,1%), II 59 (10,3%), III 142 (24,7%), IV 228 (39,7%) Actitud terapéutica: Fibrinólisis: 155 (27%) ACTP 1ª: 126 (21,9%) ACTP rescate: 31 (5,4%) ACTP diferida: 45 (7,8%) Revascularización quirúrgica: 44 (7,6%) Emergente: 26 (4,5%) No emergente: 18 (3,1%) Contrapulsación intraaórtica: 171 (29,81%) Éxitos: 317 Mortalidad: 55,2.

**Discusión.** La mortalidad del shock cardiogénico es inferior a las cifras clásicamente publicadas. La revascularización precoz en el IAM ha incidido en esa disminución probablemente al disminuir la masa promedio de miocardio necrosado. Las técnicas de soporte hemodinámico y en concreto la contrapulsación intraaórtica también parecen haber contribuido a dicha mejoría.

**Conclusiones.** La combinación de angioplastia disponible las 24 horas, cirugía de revascularización y contrapulsación intraaórtica permite obtener en el shock cardiogénico, mortalidades inferiores a las clásicamente publicadas.

### IC-30

#### TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA CON PERFUSIÓN DE FUROSEMIDA EN HAD

A. Álvarez de Arcaya Vicente, M. Rodríguez Cerrillo, E. Fernández Díaz, A. Poza Montoro, A. Iñurrieta Romero, M. González Rubio, D. Gómez-Garre y A. Fernández-Cruz Liñán

Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La Insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades más frecuentemente tratadas en Hospitalización a Domicilio. Hasta ahora en nuestra Unidad existía la limitación de administrar el diurético intravenoso más de dos veces diarias. En estos casos era necesario

trasladar al paciente al Hospital. Nos planteamos el tratamiento con furosemida en forma de perfusión continua y analizar: 1. La eficacia y seguridad del tratamiento domiciliario con furosemida intravenosa administrada en perfusión continua con una bomba de infusión. 2. Los eventos cardiovasculares y no cardiovasculares 3. La estancia en nuestra Unidad y los traslados al hospital.

**Material y métodos.** Se incluyeron a los pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca descompensada con los siguientes criterios clínicos: situación funcional grado III o IV de la NYHA, presión venosa elevada, estertores pulmonares, con o sin edemas en miembros inferiores que son ingresados en nuestra Unidad, procedentes del Servicio de Urgencias o de otras Áreas Médicas. Además deben cumplir los criterios de inclusión propios de la Hospitalización a domicilio. Son excluidos aquellos pacientes que presentan alguna de las siguientes situaciones: síndrome coronario agudo, shock cardiogénico, taponamiento cardíaco, necesidad de soporte ventilatorio o de inotropos intravenosos, creatinina mayor de 3,5 mg/dl, inestabilidad hemodinámica con cifras de presión arterial inferiores a 90/50, taquiarritmias no controladas, bloqueos aurículo-ventriculares completos, y saturaciones de oxígeno menores de 92% con oxigenoterapia. A su ingreso en nuestra Unidad son valorados médicamente y se optimiza el tratamiento convencional de la descompensación. Se utiliza furosemida intravenosa cuya dosis se ajusta según la situación clínica y la presencia o ausencia de insuficiencia renal asociada. Los pacientes reciben visita diaria de enfermería y/o médica. En el momento de ingresar se realiza una analítica al ingreso y otra de control durante su estancia en nuestra Unidad. El tratamiento con furosemida intravenosa se mantiene hasta la mejoría clínica.

**Resultados.** Se incluyeron ocho pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca procedentes del Servicio de Urgencias. La edad media fue de 77.25 años. Seis pacientes estaban diagnosticados de diabetes, siete de hipertensión arterial y cuatro tenían insuficiencia renal crónica. De los ocho casos, seis presentaban fibrilación auricular. La etiología de la insuficiencia cardíaca era isquémica en dos casos, hipertensiva en tres y valvular en otros tres casos. De los ocho pacientes, la mitad presentaban disfunción sistólica, teniendo tres de ellos una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 30%. Tres enfermos tenían anemia asociada con cifras de hemoglobina entre 9 y 11 gramos/dl. El valor de BNP fue de 296.75 pg/ml ( $\pm$  164.99) y de PCR ultrasensible 1.18 mg/dl ( $\pm$  0.73). La dosis de furosemida utilizada fue de 80 a 160 mg diarios. Se mantuvo la bomba de infusión una media de 8 días (2-14 días). La estancia media en HaD fue de 19 días. De los ocho pacientes, cinco evolucionaron favorablemente con mejoría clínica y estabilización de la IC. Uno de los pacientes presentó hiperpotasemia leve que se corrigió con tratamiento, y en otro caso hubo hipotensión leve que se resolvió con la reducción de la dosis de furosemida. Hubo tres pacientes que fueron trasladados al hospital. El motivo del traslado fue en los tres casos falta de respuesta al tratamiento. Dos de los pacientes tenían IC con función ventricular normal. El tercero presentaba una disfunción sistólica moderada (FEVI 39) pero tenía asociada insuficiencia renal crónica con creatinina basal de 2.69 mg/dl.

**Conclusiones.** 1. El tratamiento con furosemida en perfusión continua puede ser una opción de tratamiento en los pacientes con IC en Hospitalización a Domicilio. 2. De nuestros pacientes el 62,5% evolucionaron favorablemente. 3. Los pacientes con IC descompensada que más se benefician del tratamiento con furosemida en HaD en perfusión continua son aquéllos que presentan disfunción ventricular sin insuficiencia renal asociada.

### IC-31

#### PAPEL PRONÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

R. Quirós López<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, E. Perea Milla<sup>2</sup>, L. Hidalgo Rojas<sup>1</sup>, M. Villena Ruiz<sup>1</sup> y D. Urdiales Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación.

Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Analizar la influencia de la Diabetes Mellitus (DM) en el pronóstico a largo plazo de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) de nueva aparición.

Tabla 1. Análisis multivariante en pacientes diabéticos (IC-31).

	HR (IC 95%)	p
FEVI > 50%	0,44 (0,27-0,71)	0,001
B-bloqueantes	0,56 (0,35-0,89)	0,01
Estatinas	0,46 (0,27-0,78)	0,004
IRC moderada	1,81 (1,11-2,96)	0,01

Tabla 2. Análisis multivariante en no diabéticos (IC-31).

	HR (IC 95%)	p
Edad	1,03 (1,01-1,05)	0,001
IRC grave	8,42 (3,49-20,3)	< 0,001
Estatinas	0,48 (0,26-0,89)	0,02

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo casos incidentes de IC ingresados desde el 1-1-1997 hasta el 31-12-2001, con un seguimiento medio de 63,7 meses. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, datos clínicos, electrocardiograma, ecocardiograma, tratamiento y pronóstico.

**Resultados.** Durante el período analizado, 400 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 162 (40,5%) eran diabéticos. La edad fue significativamente mayor en los pacientes con DM (69,7 vs. 66,8 años,  $p < 0,05$ ), al igual que la prevalencia de hipertensión arterial (67,9% vs. 49,2%,  $p < 0,001$ ), dislipemia (24,1% vs. 13,4%,  $p = 0,008$ ), anemia (59,9% vs. 47,9%,  $p = 0,01$ ) y cardiopatía isquémica (31,5% vs. 17,6%,  $p = 0,002$ ). Al ingreso, la insuficiencia renal fue más frecuente en los pacientes diabéticos (84,6% vs. 75,6%,  $p = 0,003$ ). No hubo diferencias en el tipo de disfunción ventricular. En los pacientes diabéticos se utilizaron más los antiagregantes (67,3% vs. 54,2%,  $p = 0,01$ ), espirolactona (54,9% vs. 38,7%,  $p = 0,002$ ) y nitritos transdérmicos (56,2% vs. 37,4%,  $p < 0,001$ ). La mortalidad fue mayor en los pacientes diabéticos a los 10 años de seguimiento, 71,6% vs. 50,8%,  $p < 0,0001$ . Las tablas 1 y 2 reflejan las variables relacionadas con el pronóstico en los pacientes con y sin diabetes mellitus tras el análisis multivariante.

**Conclusiones.** La DM es un condicionante pronóstico mayor de la IC a largo plazo tras su diagnóstico. La DM se asocia a la mayor edad, hipertensión arterial, dislipemia, anemia y cardiopatía isquémica. Los factores relacionados con el pronóstico en los pacientes diabéticos son la fracción de eyección preservada, insuficiencia renal crónica moderada y el tratamiento con estatinas y b-bloqueantes.

### IC-32

#### INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO TRAS EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

R. Quirós López<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, A. Jiménez Puente<sup>2</sup>, F. Moreno Martínez<sup>1</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup> y A. Aguilar López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Analizar las diferencias existentes en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) en función de la presencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), así como las diferencias pronósticas a largo plazo entre ambos grupos.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo casos incidentes de IC ingresados desde el 1-1-1997 hasta el 31-12-2001, con un seguimiento medio de 63,7 meses. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, clínica al ingreso, electrocardiograma, ecocardiograma, tratamiento y pronóstico vital. El cálculo de la función renal previa se realizó a partir del filtrado glomerular estimado por la ecuación de Cockcroft-Gault en el año previo al ingreso por IC en condiciones de estabilidad clínica.

**Resultados.** Durante el período de estudio 400 pacientes cumplieron criterios de inclusión, de los que 185 (46,25%) tenían IRC previa al ingreso (41,1% leve (aclaramiento > 60 ml/min), 48,1% moderada (aclaramiento > 30 ml/min y < 60 ml/min), 10,8% grave

Tabla 1. Variables relacionadas con la mortalidad en la IRC (IC-32).

	HR (IC 95%)	p
Diabetes mellitus	1,84 (1,25-2,71)	0,002
Edemas	2,31 (1,47-3,63)	< 0,001
Aclaramiento creatinina (ml/min)	0,97 (0,96-0,99)	0,007
Creatinina (mg/dl)	1,42 (0,83 - 2,44)	> 0,05
Estatinas	0,50 (0,27-0,89)	0,02

(aclaramiento < 30 ml/min)). En este grupo la edad fue mayor (74,2 vs. 62,2 años,  $p < 0,001$ ), al igual que el porcentaje de hipertensos (64,9% vs. 49,8%,  $p = 0,002$ ), cardiopatía isquémica (30,8% vs. 16,7%,  $p = 0,001$ ), anemia (66,5% vs. 40,9%,  $p < 0,001$ ) y enfermedad cerebrovascular (12,4% vs. 5,1%,  $p = 0,01$ ). No hubo diferencias en la semiología de la IC, salvo por una mayor prevalencia de edemas en la IRC (55,1% vs. 39,1%,  $p = 0,002$ ). Al ingreso los niveles de creatinina no mostraron diferencias entre grupos (1,44 vs. 1,41 mgr/dl,  $p = 0,9$ ), mientras que el aclaramiento de creatinina fue menor en la IRC (46,2 vs. 71,7 ml/min,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en el tipo de disfunción ventricular. Respecto al tratamiento, en la IRC fue mayor el uso de antiagregantes (68,6% vs. 51,6%,  $p < 0,001$ ) y antagonistas del calcio (40% vs. 27,4%,  $p = 0,01$ ). En cambio, los b-bloqueantes (41,6% vs. 55,8%,  $p = 0,05$ ) y estatinas (16,8% vs. 27,4%,  $p = 0,01$ ) se utilizaron menos. La mortalidad fue mayor en los pacientes con IRC (72,4% vs. 47,9%,  $p < 0,001$ ). Tras la realización de un análisis multivariante, las variables relacionadas con el pronóstico vital en los pacientes con IRC quedan representadas en la tabla 1. En pacientes sin IRC el pronóstico se relacionó con la diabetes mellitus (HR: 2,23 (IC 95%: 1,41-3,53),  $p = 0,001$ ), aclaramiento de creatinina (HR: 0,98 (0,97-0,99),  $p = 0,02$ ), fracción de eyección preservada (HR: 0,41 (IC 95%: 0,23-0,72)), uso de IECAS (HR: 0,32 (IC 95%: 0,14-0,72)), ARA-II (HR: 0,44 (IC 95%: 0,24-0,79),  $p = 0,007$ ) y estatinas (HR: 0,45 (IC 95%: 0,24-0,81),  $p = 0,009$ ).

**Conclusiones.** En la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal crónica se asocia a la mayor edad, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. Las cifras de creatinina no reflejan de forma adecuada la función renal de los pacientes con IC, siendo necesario el cálculo de la misma a través del filtrado glomerular. En los pacientes con IRC, la presencia de diabetes mellitus, edemas, menor filtrado glomerular y menor uso de estatinas se relacionan con una mayor mortalidad.

### IC-33

#### INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Rivera<sup>1</sup>, A. Arévalo<sup>1</sup>, L. Doval<sup>1</sup>, V. Martínez<sup>1</sup>, B. Seoane<sup>1</sup>, P. Asensio<sup>2</sup>, C. Barbagelata<sup>2</sup> y F. Diz-Lois<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna C, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna E, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, factores de riesgo, cardiopatía subyacente y manejo de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca en medicina interna.

**Material y métodos.** Se recogieron los datos de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en las Unidades C y E de Medicina Interna del Hospital Juan Canalejo, entre octubre de 2007 y marzo de 2008. Mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 se analizaron los factores epidemiológicos y clínicos de los pacientes, las pruebas complementarias realizadas, el manejo terapéutico de los mismos y la tasa de reingreso y mortalidad.

**Resultados.** Se recogieron 90 pacientes, 56% mujeres. La edad media fue de 77 años (min 42, máx 98). La estancia media fue de 5 días. El 43% eran diabéticos, 77% hipertensos, 57% dislipémicos, 17% fumadores, 38% exfumadores y el 8% realizaba un consumo abusivo de alcohol. El 80% tenían cardiopatía previa: 33% valvular, 27% isquémica, 7% dilatada, 6% hipertensiva, 2% congénita y en el 25% no estaba definida. El 52% se encontraban en Fibrilación auricular. El 66% disponían de un ecocardiograma previo, y en 1/3 de ellos se había realizado en los últimos 6 meses. Al 24% se les reali-

zó ecocardiograma en el ingreso, de los cuales el 64% no disponían de previo. Al 17% de los pacientes nunca se les realizó ecocardiograma. El 61% tenían un fracción de eyección > 45%, el 22% entre 30 y 45% y el 12% menor de 30%. En el 60% constaba un factor precipitante (40% infección respiratoria, 20% arritmias, 7% anemia, fármacos en el 3%, angor y sobrecarga salina en el 2% y otros en el 7%). No recibían betabloqueantes y sin justificación para no hacerlo el 18% de los pacientes, IECAS el 20% (en su lugar recibían ARA II), espirolactona el 7%, anticoagulación oral el 6% y diuréticos de asa el 2%. El 3% recibían fármacos considerados como contraindicados. Reingresaron el 34% a los 6 meses de los que el 38% tenían FE < 30%. 2 pacientes (2%) fallecieron durante el ingreso y 9 (10%) a los 6 meses. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de cardiopatía, realización o no de ecocardiograma, prescripción de fármacos contraindicados o ausencia de prescripción no justificada de betabloqueantes, IECAS, diuréticos de asa o espirolactona y la tasa de reingreso o mortalidad.

**Discusión.** La causa más frecuente de insuficiencia cardíaca es la cardiopatía isquémica o hipertensiva aunque en nuestro estudio fue la valvular. No obstante el 77% de los pacientes eran hipertensos por lo que el porcentaje real probablemente sea mayor, habiéndose definido la cardiopatía de base como valvular por ser esta la predominante. En un 17% el diagnóstico de insuficiencia cardíaca fue exclusivamente clínico, no ecocardiográfico, prueba complementaria requerida para el diagnóstico definitivo. Sin embargo, la no realización de la misma no se correlacionó con mayor tasa de reingresos o mortalidad lo que presupone que el diagnóstico de insuficiencia cardíaca fue correcto. A pesar de que el tratamiento no fue óptimo en un porcentaje de los pacientes, no se tradujo en mayor reingreso o mortalidad, aunque el tamaño muestral fue pequeño.

**Conclusiones.** 1. La cardiopatía subyacente más frecuente fue la valvular, a pesar de que la tensión arterial estaba presente en el 77% de los pacientes. 2. Más de la mitad de los pacientes se encontraban en fibrilación auricular de los cuales el 6% no estaban anticoagulados de forma justificada. 3. Ni el diagnóstico sin ecocardiograma ni el no haber recibido el tratamiento óptimo según las guías de práctica clínica supusieron una mayor tasa de reingreso o éxitos.

**IC-34**  
**INSUFICIENCIA CARDÍACA ANTES Y DESPUÉS DE LOS 75 AÑOS DE EDAD: ¿CUÁLES SON LAS DIFERENCIAS?**

**R. Quirós López, M. Martín Escalante, J. García Alegría, J. Olalla Sierra, C. Romero Gómez, F. Poveda Gómez, M. Nouredinne López y M. Corrales Domínguez**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Analizar las diferencias existentes en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) de reciente diagnóstico en función de una edad > o < de 75 años.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo casos incidentes de IC ingresados desde el 1-1-1997 hasta el 31-12-2001 sin límite de edad o comorbilidad y seguidos durante un período medio de 63,7 meses. Se analizaron variables demográficas,

comorbilidad, clínica al ingreso, electrocardiograma, ecocardiograma, tratamiento y pronóstico vital de los pacientes con edad > o < de 75 años.

**Resultados.** Durante el período de estudio 400 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 137 (un 34,3%) tenían edad > 75 años. Las características de los pacientes de cada uno de los grupos se representan en la tabla 1. El tratamiento de los pacientes con edad > 75 años reflejó un mayor uso de antiagregantes (71,5% vs 53,2%, p < 0,001), mientras que fue menor el porcentaje de pacientes tratados con espirolactona (35% vs 50,6%, p = 0,003), b-bloqueantes (30,7% vs 58,9%, p = 0,001), estatinas (11,7% vs 28,1%, p = 0,001) y anticoagulación oral en caso de fibrilación auricular (58,2% vs 82,4%, p = 0,001). La mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes con edad > 75 años a uno (16,8% vs 4,2%, p < 0,001), cinco (58,4% vs 30,4%, p < 0,001) y diez años de seguimiento (76,6% vs 50,2%, p < 0,001).

**Conclusiones.** Los pacientes con IC mayores de 75 años son en mayor proporción mujeres, con mayor prevalencia de hipertensión arterial, insuficiencia renal, anemia, enfermedad cerebrovascular y fracción de eyección preservada. La insuficiencia renal al ingreso es muy prevalente en los pacientes con IC y edad avanzada. El uso de b-bloqueantes y estatinas en la IC es significativamente menor en los pacientes con edad > 75 años. La supervivencia a los diez años es cercana al 25% en los pacientes con edad avanzada.

**IC-35**  
**ADECUACIÓN DEL EMPLEO DE ESPIRONOLACTONA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**T. Megino Moreno<sup>1</sup>, J. Machin Lazaro<sup>1</sup>, J. Hergueta González<sup>1</sup>, D. Bernal Bello<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Unidad de Pluripatología-Uapp. Medicina Interna. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Dpto Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados durante 2007 en un servicio de Medicina Interna por IC descompensada por cualquier causa, prestando atención al grado funcional de la NYHA antes del ingreso, informes ecocardiográficos recientes, función renal, existencia de pluripatología y empleo de espirolactona al alta. Para ello, se revisaron los informes de alta de 2007 que codificaran en los diagnósticos insuficiencia cardíaca y espirolactona (Aldactone<sup>®</sup>) revisando la evolución y los tratamientos en la historia del ingreso.

**Resultados.** Se identificaron 275 pacientes con insuficiencia cardíaca en los diagnósticos al alta, de los cuales 52% (143) eran hombres y la mediana de edad de 78 años (50-92). La clase funcional más prevalente fue la II: 53,4% (147), seguida de III: 23% (63), I: 20,7% (57) y IV 3% (8). Se obtuvo ecocardiograma de 120 pacientes, siendo lo más frecuente cualquier tipo de valvulopatía con FEVI inferior al 40% (66%) y sin hallazgos en un 32%. Sólo un 13,8% de los pacientes presentaban insuficiencia renal al alta y pluripatología un 24%. En el tratamiento a domicilio se pautó espirolactona en 66 (24%) pacientes (36 recibían por primera vez un antagonista de la aldosterona), observándose que un 27% tenían indicación de espiro-

Tabla 1. Características de los pacientes en función del grupo de edad (IC-34).

	Edad < 75 años	Edad > 75 años	p
Edad (IC 95%)	61,5 (60,4-62,7)	80,2 (79,5-81,1)	< 0,001
Mujer (%)	41,8	56,2	0,008
HTA (%)	52,5	65	0,01
Ictus (%)	6,1	13,1	0,02
I. renal crónica (%)	31,2	75,2	< 0,001
Anemia (%)	44,5	68,6	< 0,001
NYHA basal III-IV (%)	12,5	24,8	0,003
Creatinina (mgr/dl) (%)	1,19	1,90	0,06
Aclaramiento creatinina (%) (ml/min)	67,9	44,6	< 0,001
FEVI > 50 (%)	54	65	0,04



no lactona y no se prescribió.

**Discusión.** Llama la atención la relativa buena situación funcional clínica y ecocardiográfica de los pacientes atendidos en nuestro servicio, que en principio pudiera ser un argumento que justificara un menor uso de espirolactona; sin embargo, aunque esto fuera así, de los pacientes que tendrían indicación de iniciar tratamiento con dicho fármaco, éste no se pautó en un 27%, sin existir una clara contraindicación al respecto, por lo que son pacientes en los que no se ha optimizado el tratamiento de una IC avanzada. Esto obliga a ser cada vez más conscientes de los escalones terapéuticos de dicha patología para no realizar tratamientos subóptimos que obvien fármacos que han demostrado mejoría en la supervivencia de dichos pacientes.

**Conclusiones.** A la vista de lo encontrado en nuestro estudio, es necesario que en el ámbito de Medicina Interna se optimice el tratamiento de los pacientes con IC en fases avanzadas según las recomendaciones de las guías de manejo de la Insuficiencia Cardíaca, si bien en la práctica habitual lleva un tiempo adquirir la rutina de añadir este fármaco a pacientes con grados avanzados de IC tanto clínico como ecocardiográfico por diversos motivos (polimedicación, insuficiencia renal, riesgo de hiperpotasemia); sin embargo, desde el punto de vista de terapia farmacológica es un escalón necesario para optimizar el tratamiento de los pacientes con IC más severas, especialmente en un ámbito como Medicina Interna donde es habitual manejar las interacciones y los efectos secundarios farmacológicos en pacientes con pluripatología.

### IC-36 EVOLUCIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>1</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, F. Fabiani Romero<sup>2</sup>, M. Lamas Martínez<sup>1</sup>, M. Monserrat García<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica clínica y Biología Molecular. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** 1.- Valorar si los niveles de colesterol total y lipoproteínas pueden ser marcadores pronósticos en los pacientes con insuficiencia cardíaca. 2.- Determinar si existen diferencias dependiendo de la etiología de la insuficiencia cardíaca (isquémicos/no isquémicos) 3.- Ver la evolución del perfil lipídico en los pacientes tras un año del ingreso.

**Material y métodos.** Se estudiaron 77 pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca que ingresaron en nuestro servicio, excluyendo aquéllos que presentaban enfermedades inflamatorias crónicas, hepatopatías, insuficiencia renal en diálisis y neoplasias. Se recogen antecedentes personales, edad, sexo, tratamiento que realizan y bioquímica general, homocisteína y perfil lipídico completo. Los pacientes se revisaron al año.

**Resultados.** Un 53,2% de los pacientes eran hombres. La población presentaba un alto riesgo cardiovascular: el 40% de los pacientes habían sido fumadores o lo eran en la actualidad, el 75,3% eran hipertensos, el 48,1% diabéticos y el 32,5% tenían dislipemia. La proporción de pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, ictus o arteriopatía periférica fue 7,8%, 32,5% y 11,7% respectivamente. Sólo había un 19,5% de los pacientes que tomaban estatinas. De los 77 pacientes iniciales fallecieron 25. De los restantes pacientes se revisaron 34 pasado un año. Se comprobó que fallecieron más (obteniéndose diferencias significativas entre el grupo de los fallecidos y los vivos) los pacientes con más edad, con menores cifras de hemoglobina y con cifras de homocisteína mayores. En cuanto al perfil lipídico, los pacientes que sobrevivieron al año tenían cifras significativamente más elevadas en el momento del ingreso que los que fallecieron de colesterol total (167,21 mg/dl frente a 140,88 mg/dl,  $p = 0,01$ ), triglicéridos (113,39 mg/dl; 83,81 mg/dl,  $p = 0,02$ ), LDL (110,85 mg; 85,75 mg/dl,  $p = 0,01$ ), VLDL (15,45 mg/dl, 9,38 mg/dl,  $p = 0,02$ ), ApoAI (126,7 mg/dl; 115,44 mg/dl,  $p = 0,05$ ) y ApoB100 (93,9 mg/dl; 73,03 mg/dl,  $p = 0,02$ ). No se obtuvieron diferencias entre los perfiles lipídicos de isquémicos y no isquémicos salvo en la ApoB100, que estaba más elevada en los pacientes con insuficiencia cardíaca de etiología isquémica. En los

pacientes revisados al año, aumentan todos los parámetros lipídicos, alcanzando la significación estadística las cifras de colesterol total, HDL y ApoAI.

**Discusión.** La relación de la insuficiencia cardíaca y los factores clásicos de riesgo cardiovascular es paradójica, así por ejemplo, la hipertensión arterial, los niveles elevados de colesterol y la obesidad se asocian con mejor pronóstico en los pacientes con insuficiencia cardíaca establecida, poniendo en duda hasta que niveles hay que tratar dichos factores de riesgo. Se piensa que las fracciones lipídicas son el reflejo de la situación inflamatoria (disminuyen cuando hay valores elevados de citoquinas, es decir, cuando hay más inflamación). En nuestro trabajo los pacientes con niveles más bajos y con idéntica clase funcional tienen peor pronóstico y fallecen más, lo que va a favor de dicha hipótesis. Además, tras un año de seguimiento y revisión en fase compensada (con clase funcional más leve y por tanto, menor inflamación), las fracciones lipídicas han aumentado, en especial los valores de colesterol total, HDL y ApoA. No se han objetivado diferencias entre los pacientes con etiología isquémica y no isquémica salvo en la ApoB100, a pesar de la relación entre niveles de colesterol elevados y cardiopatía isquémica.

**Conclusiones.** 1. Niveles bajos de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas en pacientes con insuficiencia cardíaca constituyen un marcador de mal pronóstico, al igual que en otras enfermedades crónicas. 2. Los pacientes con insuficiencia cardíaca de causa isquémica presentan valores de ApoB100 más elevados que en el resto de las etiologías. 3. Los niveles de colesterol total, ApoAI y HDL están significativamente más bajos en pacientes en fase descompensada de insuficiencia cardíaca que en fase compensada.

### IC-37 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

J. Gutiérrez Zafra, R. García Arjona, Á. García Egido, J. Andrey Guerrero, P. Jiménez Aguilar, C. Asencio Méndez y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Análisis de las características de los pacientes ingresados en Observación de la Unidad de Urgencias, valorando factores pre-disponentes y predictivos de los enfermos con insuficiencia cardíaca. **Material y métodos.** Se elaboró protocolo de recogida de datos y se seleccionaron 50 pacientes ingresados en el área de Observación de Urgencias con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 72,3. El sexo predominante eran mujeres en un 58%. Como factores de riesgo cardiovascular presentaban HTA un 68%, DM un 52%, DLPM un 36%, obesidad un 30% y tabaquismo un 22%. Presentaban cardiopatía un 84% de los pacientes, de los cuales un 47,6% eran cardiopatía isquémica, un 45,2% cardiopatía hipertensiva, un 40,4% arritmias, un 16,6% valvulopatías (de las cuales un 28,55 se diagnosticaron en el actual ingreso) y un 11,8% cardiopatía dilatada. Se realizó Rx simple de tórax al 100% de los pacientes detectándose en un 90% de ellos cardiomegalia, en un 62% signos congestivos y en un 34% derrame pleural. Un 74% de los pacientes presentaban clase basal de la NYHA II-III. El 12% de los pacientes no realizaba tratamiento previo, siendo los tratamientos más frecuentes los diuréticos en un 58%, seguidos de IECAS y antiagregantes en un 48%, nitritos en un 30% y betabloqueantes en un 24%. Un 38% de los pacientes habían estado ingresados previamente por descompensación de insuficiencia cardíaca, siendo la media de tiempo entre ambos ingresos de 6,2 semanas. Los tratamientos más frecuentes utilizados durante la estancia en Observación fueron oxigenoterapia en un 92%, seguido de diuréticos en un 88%, nitroglicerina en un 48% y IECAS en un 46%. Como factor precipitante de la descompensación en un 34% no se conocía la causa, un 24% por isquemia miocárdica, un 16% por arritmia y un 12% por infección. En cuanto a su destino tras la estancia en Observación un 82% ingresa en planta de hospitalización, un 14% es dado de alta a domicilio y un 4% fueron éxitus.

**Conclusiones.** Un elevado porcentaje de pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular asociados, siendo el más prevalente de ellos la HTA que presuponemos con mal control al presentar muchos de ellos cardiopatía hipertensiva asociada. Existe una elevada prevalencia de cardiopatía de base en los pacientes mayores de 65 años. Llama la atención el desconocimiento de la causa desencadenante de la descompensación en gran parte de los pacientes, pudiendo estar en relación con un tratamiento de base inadecuado (< 50% de ellos tomaban IECAS), a pesar de ello éste era el primer ingreso para la mayoría de los pacientes. A pesar del tratamiento intensivo en Observación la mayoría de los pacientes necesitan ingresar en planta de hospitalización para continuar tratamiento de la descompensación durante varios días.

**IC-39**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADMITIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**A. González Tarazona, M. García País, M. Ibáñez Alonso, B. Pombo Vide, J. Cerqueiro González, C. Moreno Lúgris, M. Fombella Posada y E. Casariego Vales**  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.*

**Objetivos.** En los últimos años, con el incremento de reingresos por Insuficiencia Cardíaca (ICC), se han analizado en profundidad las características de los pacientes hospitalizados por este motivo. Sin embargo se ha prestado menos atención a los datos clínicos de aquellos en seguimiento en consultas monográficas de ICC.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de la totalidad de pacientes admitidos para su control y seguimiento en una Consulta monográfica de ICC durante el año 2006. El periodo de seguimiento finalizó el 15 de junio de 2008. Dicha consulta dispone de personal médico y de enfermería y su programa de trabajo incluye tanto consulta programada como a demanda del paciente, o su médico de cabecera, en horario de mañana. Proporciona una atención personalizada y continua, involucrando al paciente y su familia en las medidas educativas y de control de la ICC. En la primera consulta se realiza una amplia valoración clínica y social del paciente. La situación funcional se evalúa utilizando la escala de la New York Heart Association (NYHA). En todos los casos se realiza un ecocardiograma durante los 6 primeros meses de seguimiento si no existía uno reciente previo. Para la determinación de la existencia de comorbilidades se utilizan los criterios clínicos habituales. En el estudio se han utilizado las técnicas estadísticas descriptivas habituales.

**Resultados.** La totalidad de los 73 pacientes citados durante 2006 acudieron al menos a una consulta. El 52,1% (38 pacientes) eran varones y la edad media global de la serie fue 75.7 8 (DS 11.3) años. Todos ellos fueron citados tras demostrarse un episodio de ICC, si bien hasta en 26 de ellos (35.6%) se había constatado otro episodio previo. Por este motivo 23 de ellos (31.5%) habían tenido al menos un ingreso hospitalario por este motivo. En su primera consulta 9 pacientes (12,3%) mantenían hábito tabáquico y en 6 (8.2%) se apreció etilismo crónico. Como antecedentes se demostró: Hipertensión arterial (50 pacientes, 68.5%), algún tipo de cardiopatía (44, 60.3%), fibrilación auricular (28, 38,3%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (26, 35,6%), obesidad (22, 30.1%), diabetes mellitus (21, 28.8%), dislipemia (15, 21.6%), ictus (11, 15.1%) y otras en 17 (23.3%) pacientes. Las patologías cardíacas más frecuentes fueron la hipertensiva (20, 27.4%) y la isquémica (9, 12.3%). En conjunto, 30 (41.1%) tenían al menos 5 patologías concomitantes. En su primera valoración la media del NYHA fue 2,89 (DS 0.9) pero a los 6 meses

de seguimiento se situó, para 66 pacientes, en 1,75 (DS 0.84) ( $p < 0,001$ ). Durante el seguimiento, entre 7 y 30 meses, fallecieron 16 (21.9%) pacientes, todos ellos por causas cardiovasculares.

**Conclusiones.** Las características de los pacientes seguidos en una consulta monográfica de ICC atendida por internistas son similares a las comunicadas para los pacientes ingresados por este motivo: elevada edad media, alta comorbilidad y pobre estado funcional. A pesar de la mejoría funcional apreciada en los primeros meses de seguimiento, la tasa de mortalidad, al cabo de dos años, es muy elevada.

**IC-41**  
**ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDÍACA. INFLUENCIA SOBRE LOS MARCADORES HUMORALES**

**A. Quesada Simón<sup>1</sup>, F. Mateos Antón<sup>2</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, A. Martín Quirós<sup>1</sup>, J. Camacho Siles<sup>1</sup>, C. García Cerrada<sup>1</sup>, R. Montejano Sánchez<sup>1</sup> y F. Arnalich Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** La presencia de anemia (A) puede modificar negativamente la expresión clínica y humoral de la insuficiencia cardíaca (IC). El objetivo de este estudio es evaluar de que manera la presencia o no de anemia en pacientes con IC puede influir sobre los niveles plasmáticos de tres marcadores humorales: NT-proBNP, troponina I y PCR.

**Material y métodos.** Revisamos retrospectivamente una serie de pacientes ingresados con el diagnóstico de IC según los criterios de Framingham. En ellos se determinó al ingreso niveles basales de hemoglobina (Hb), NTproBNP, troponina I y PCR ultrasensible según los métodos habituales. Se definió la anemia como un valor de Hb menor de 13 g/dl en varones y 12 en mujeres. Se utilizó el programa estadístico SPSS. Se efectuó un análisis descriptivo, comparación de medias mediante la t de Student y cálculo de coeficientes de correlación para variables cuantitativas.

**Resultados.** La serie estaba compuesta por 45 pacientes con diagnóstico confirmado de IC, de los cuales 26 eran mujeres y 19 hombres, con una edad media de 80 años (rango 68 a 92). Presentaban anemia 20 pacientes (Hb media 11,1 g/dl; rango entre 8,4 y 12,8). En la tabla 1 se describe la comparación de los valores medios de los tres marcadores humorales anteriormente descritos, según la presencia o no de anemia. El subgrupo de pacientes anémicos mostraba un valor medio de PCR ultrasensible significativamente mayor ( $p = 0,016$ ) que los no anémicos. Así mismo, los pacientes anémicos presentaban un nivel medio de NTproBNP casi el doble y de troponina I mayor del triple que los niveles medios en pacientes no anémicos. Dichas diferencias estaban cercanas a la significación estadística. Al correlacionar las cifras de Hb del total de pacientes con los respectivos valores de los tres marcadores descritos, encontramos una correlación inversa estadísticamente significativa entre la Hb y el NTproBNP ( $r = -0,474$ ;  $p < 0,05$ ). Así mismo, se encontró una correlación directa y significativa entre los valores de troponina I y NTproBNP ( $r = 0,563$ ;  $p < 0,05$ ) y entre la troponina I y la PCR ultrasensible ( $r = 0,546$ ;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** 1. La anemia en la IC suele ser una expresión del trastorno inflamatorio crónico subyacente. En consecuencia, su presencia se asocia al mismo tiempo a una elevación significativa de otro marcador inflamatorio como es la PCR. 2. La presencia de anemia como factor agravante de la IC, se asocia así mismo, con la elevación de niveles de NTproBNP y troponina I. 3. La correlación descrita entre las cifras de Hb y los marcadores humorales, apoya la influencia negativa de la anemia sobre la expresión humoral de la IC.

Tabla 1. Comparación de marcadores humorales (se expresa la media  $\pm$  EEM y rango entre paréntesis) según la presencia o no de anemia (t student) (IC-41).

	Anemia	No anemia	p
NTproBNP (pg/ml)	7634 $\pm$ 2134 (564-39317) n = 20	3992 $\pm$ 1010 (364-24127) n = 25	0,053
Troponina I (ng/ml)	0,14 $\pm$ 0,06 (0,01- 1,05) n = 19	0,04 $\pm$ 0,01 (0,01-0,26) n = 25	0,052
PCR (mg/L)	57,67 $\pm$ 17,27 (6,11-190,49) n = 14	21,86 $\pm$ 5,99 (0,50-90,04) n = 20	0,016

## IC-42

**LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****R. Sanz, E. Mateo, S. Barbero, X. García, P. Sorní, E. Sánchez, D. Escrivá y A. Herrera***Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.*

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca es una entidad cada vez más prevalente en los servicios de Medicina Interna. En nuestro caso, desde mayo de 2005, tras un acuerdo con el servicio de Cardiología se asume esta patología pero en pacientes con determinadas características: Mayores de 70 años ya estudiados por Cardiología no pendientes de tratamientos especiales. Pacientes de más de 85 años con diagnóstico principal de Insuficiencia Cardíaca, estén o no estudiados por Cardiología. Por tanto con esta revisión nos proponemos describir las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio con diagnóstico principal de Insuficiencia Cardíaca (IC). Tomando una muestra de pacientes, que consideramos representativa, ingresados después del acuerdo con Cardiología.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de altas de pacientes ingresados durante el período comprendido entre enero 2007 a junio 2007 incluido. Con análisis estadístico de los datos con el programa G-Stat 2.0.

**Resultados.** Recogimos un total de 144 pacientes, con edad media de 84 años (62-98), con predominio de sexo femenino 93 (64.58%) y 51 varones (35.42%). 98 (68.06%) de los pacientes eran hipertensos y 51 (35.42%) diabéticos. En cuanto a patología pulmonar asociada, 29 (20.14%) cumplían criterios de EPOC, sólo 16 (11.11%) eran fumadores. 21 (14.58%) tenían dislipemia, 21 (14.58%) insuficiencia renal crónica y 32 (22.22%) patología del SNC. 59 (40.97%) presentaban otras comorbilidades asociadas, entre ellas enolismo, hepatopatía y patología tiroidea. Sólo disponíamos de informe de Ecocardiografía previa en 28 casos (19.44%). De éstos, 20 (71.43%) tenían Función Global Sistólica conservada, 4 (14.29%) FEV 45-30% y 4 (14.29%) FEV < 30%. En el ECG al ingreso se objetivaba ritmo sinusal en 54 (37.50%), fibrilación auricular en 73 (50.69%) y ritmo de marcapasos en 10 (6.94%). Durante el ingreso se realizaron 43 nuevas ecografías (29.86%), siendo en 28 (65.11%) la FEV normal, 11 (25.58%) FEV 45-30% y 4 (9.30%) FEV < 30%. La etiología más prevalente en esta serie es la hipertensiva en 31 casos (21.53%), seguida de la cardiopatía isquémica 30 (20.83%). Miocardiopatía dilatada en 13 (9.03%) y en otros 13 valvulopatía. Cor pulmonale en 6 (4.17%), quedando 51 pacientes (34.03%) sin filiar la etiología. El factor precipitante más frecuente es la infección (respiratoria y urinaria principalmente) en un 48.61% (70 pacientes). En 7 (4.86%) la anemia y otros tantos arritmia. En 6 (4.17%) el mal control de las cifras tensionales, 4 (2.78%) por mal control del tratamiento y 3 (2.08%) por cardiopatía isquémica. 18 (12.5%) por otros motivos, entre ellos determinados fármacos. En 29 (20.14%) no se concluyó el factor precipitante. La estancia mediana en nuestra serie es de 9 días. Siendo el 76.39% (110) de los pacientes dados de alta a domicilio, 8 (5.56%) trasladados a un hospital de crónicos y 26 (18.06%) exitus.

**Discusión.** La Insuficiencia cardíaca supone la causa más frecuente de hospitalización en personas de más de 65 años. Debido al aumento en la supervivencia de los enfermos con cardiopatía isquémica e HTA y al progresivo envejecimiento de la población. Los servicios de Medicina Interna han ido progresivamente asumiendo esta patología sobre todo la que se da en el paciente anciano, estando ya filiada o no. Con un perfil característico del paciente, al igual que en otras series, en la nuestra predomina el paciente anciano, mujer, hipertenso con función sistólica conservada.

**Conclusiones.** En nuestra serie predominan los pacientes de sexo femenino, mayores de 80 años. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente es la HTA. Siendo la etiología más frecuente la hipertensiva con la infección como factor precipitante principal. En la mayoría de ecocardiografías disponibles se objetiva función global sistólica conservada. En general la evolución es favorable, siendo la mayor parte dados de alta a domicilio.

## IC-43

**USO DE BETA-BLOQUEANTES EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA****M. López Díaz<sup>1</sup>, A. Clavería Fontán<sup>2</sup>, J. Cerqueiro González<sup>1</sup>, E. Casariego Vales<sup>1</sup>, B. Pombo Vide<sup>1</sup>, M. Ibáñez Alonso<sup>1</sup>, M. García Pais<sup>1</sup> y A. Pazos Ferro<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. <sup>2</sup>Subdirección Xeral de Calidade Asistencial. SER-GAS. A Coruña.

**Objetivos.** La Insuficiencia Cardíaca (ICC) es un grave problema de salud que deteriora, de forma muy importante, la calidad de vida y condiciona un pésimo pronóstico. Los Beta-bloqueantes son uno de los tratamientos de mayor importancia en estos pacientes aunque en la práctica, es habitual que se infra-prescriban o infra-dosifiquen. Esto es particularmente evidente en los pacientes ancianos, bien por intolerancia o bien por la presencia de efectos secundarios. El uso de este tipo de fármacos requiere un control más estrecho por lo que se ha sugerido que las consultas monográficas de ICC ayudan a un mayor y mejor uso de estos fármacos. El objetivo de este estudio es evaluar si existe un diferente uso de Beta-bloqueantes en una consulta monográfica de ICC frente a las consultas tradicionales.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes que incluye la totalidad de pacientes ingresados en al menos una ocasión por ICC como diagnóstico principal y que por ello son seguidos de forma habitual en alguna de las consultas médicas de nuestro Centro. Se compara el uso de Beta-bloqueantes entre los pacientes seguidos en una consulta monográfica de ICC frente a los seguidos en el resto de las consultas. Para ello se evalúan 4 momentos del seguimiento: tras el alta y en 3 momentos de la evolución a lo largo de 18 meses (6, 12 y 18 meses tras el alta, aceptando una desviación de hasta 2 meses alrededor de cada uno de estos tiempos). En cada momento del seguimiento evaluamos, para cada grupo, el número de pacientes que los usan, las dosis utilizadas y los abandonos. De forma paralela utilizamos la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) como medida de la afectación clínica por ICC. En el análisis estadístico utilizamos el test ji al cuadrado en la comparación de las variables cualitativas y la T de Student en la comparación de 2 variables cuantitativas, previa evaluación de la homocedasticidad. En la comparación múltiple de medias se utilizó ANOVA. En los casos de distribución no normal se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 437 pacientes, 73 seguidos en la consulta monográfica de ICC y 364 en las restantes del Centro. En el momento del primer contacto 379 (86.7%) tenían más de 65 años, siendo la edad media 75.7 (SD 11.3) en el grupo de la consulta monográfica y 79.9 (SD 9.7) en el conjunto de las restantes consultas ( $p < 0,001$ ). Los estadios medios basales de la NYHA fueron 1.75 (SD 0.8) y 1.38 (SD 0.6) respectivamente ( $p < 0,0001$ ). El uso de Beta-bloqueantes fue mayor entre los pacientes seguidos en la consulta monográfica en todos los momentos del seguimiento: 57,4% vs. 15,7%; 68,8% vs. 34,8%; 75,5% vs. 50% y 78,1% vs. 36,8% ( $p < 0,001$ ) y a dosis mayores: 10.3 (SD 15.2) vs. 8.7 (6.6); 17.1 (19.5) vs. 10.9 (10.2); 21.2 (20.9) vs. 13.3 (14.1) y 17.6 (15.9) vs. 14.6 (20.7), respectivamente ( $p < 0,01$ ). En el grupo de la consulta monográfica se produjeron 35 suspensiones, temporales o definitivas, de Beta-bloqueantes y sólo 5 en el resto de las consultas. Se realizó la reintroducción del fármaco en el 85,7% de las ocasiones en el primer grupo y en el 20% en el segundo grupo. Excepto en el primer momento de contacto, el estadio de la NYHA fue significativamente más bajo en el grupo con seguimiento en la consulta monográfica: 0.7 vs. 1.96; 1.23 vs. 2.01 y 1.42 vs. 2.05 ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes en seguimiento en consultas monográficas de ICC utilizan Beta-bloqueantes en mayor proporción, a mayor dosis y por más tiempo que los manejados en consultas tradicionales. Ello, sin duda, contribuye a que estos pacientes mantengan estadios más bajos de la clasificación de la NYHA.



## INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

### IF-1

#### COMPROMISO CUTÁNEO, FACTOR DIFERENCIADOR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA Y DIFUSA

G. Muñoz Nicolás<sup>1</sup>, M. Díaz Sotero<sup>1</sup>, E. Ortiz<sup>1</sup>, A. Blanco Jarava<sup>2</sup> y A. Tutor Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud.

<sup>2</sup>Toledo. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

**Objetivos.** Destacar el compromiso cutáneo como primero y fundamental factor diferenciador, si bien a veces es difícil la clasificación por la extensión inicial de la lesión cutánea siendo necesaria la inclusión de otros datos que nos permitan encuadrar la enfermedad dado el distinto pronóstico según sea limitada o difusa.

**Material y métodos.** Presentamos dos pacientes con alteraciones cutáneas de distinta localización. Caso 1: Mujer de 35 años con antifosfolípido. Aparición de lesión cutánea extensa eritematosa y pruriginosa en antebrazos, cuello, zona nual y cintura anterior con una evolución al mes a induración. Biopsia compatible con colagenosis sugerente de esclerodermia, simultáneamente inicio de F. Raynaud. SCL-70 y ANAS patrón homogéneo nucleolar positivos. No afectación de órganos internos. Caso 2: Mujer de 45 años con Insuficiencia suprarrenal secundaria a enfermedad de Cushing por adenoma hipofisario intervenido, recidiva con suprarrenalectomía bilateral en seguimiento por endocrinología. Ingresa por infección respiratoria, lesiones en dedos de manos, afilamiento de falanges y úlceras venosas con material cálcico que corresponde a calcinosis severa de tejidos blandos de MMII. Años de evolución de fenómeno de Raynaud. ANAS positivos patrón centromérico. Presenta dismotilidad esofágica. No órganos afectados.

**Resultados.** Con la historia clínica y los hallazgos de las lesiones cutáneas podemos clasificar en esclerodermia difusa en el primer caso y limitada en el segundo. Es importante estar atentos a manifestaciones extracutáneas que apoyen el diagnóstico como el fenómeno de Raynaud y el tiempo del mismo.

**Discusión.** La esclerosis sistémica en su forma limitada suele tener un comienzo gradual con fenómeno de Raynaud de larga evolución con engrosamiento progresivo de la piel a lo largo de los años. La difusa llega de forma más repentina y puede avanzar hasta involucrar no solo a piel sino a órganos internos. (Ver tabla) La biopsia no es esencial, puede ayudar en el diagnóstico de otras entidades como fascitis eosinofílica o escleromixedema sobre todo en estadios iniciales de enfermedad con gran componente inflamatorio, como en nuestro segundo caso.

**Conclusiones.** Al sospechar esclerosis sistémica valorar la distribución cutánea de la induración para clasificar. Para soportar el diagnóstico se debe insistir sobre hallazgos extracutáneos y anticuerpos característicos. Ciertos hallazgos como calcinosis, hiperpigmentación y teleangiectasias confirman el diagnóstico pero son tardíos

Tabla 1. Esclerosis sistémica, características de los subtipos (IF-1).

	Limitada	Difusa
Afección cutánea	No en el tronco	Tronco
Afección visceral	Tardía	Temprana
Roces tendinosos	Raros	Frecuentes
Calcinosis	Frecuente	Rara
Capilaroscopia	Dilatación capilar	Pérdida capilar
Anticuerpos	Anticentromérico	Anti-Scl 70
F. Raynaud	Larga evolución	Aparición reciente

### IF-2

#### TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA CON MICOFENOLATO SÓDICO

C. Simeón<sup>1</sup>, V. Fonollosa<sup>1</sup>, A. Selva<sup>1</sup>, R. Solans<sup>1</sup>,

C. Pérez-Bocanegra<sup>1</sup>, N. Iriarte<sup>1</sup>, X. Muñoz<sup>2</sup> y M. Vilardell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología.

Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar la eficacia y seguridad del micofenolato sódico (MF) en la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a esclerosis sistémica (ES).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo en el que se incluyen pacientes con EPID asociada a ES. Se inicia tratamiento con MF (tras firmar consentimiento informado) a pacientes que ya habían recibido otros inmunosupresores por presentar caídas del más del 10% de la capacidad vital forzada (CVF) y/o persistencia del patrón en vidrio esmerilado en la TACAR o a pacientes que no han recibido inmunosupresores a los que se detecta CVF inferior al 80% y/o patrón en vidrio esmerilado con alveolitis en el lavado broncoalveolar. Se administra MF a dosis de 720 mg/12 horas. Se realiza control de pruebas funcionales respiratorias basales y tras haber recibido 6 meses de tratamiento. Se valoran los cambios en la CVF considerando como mejoría aumentos del más del 10%, empeoramiento la pérdida del más de un 10% y de estabilidad si la CVF se mantiene entre un 0 y un 10% del valor basal siguiendo las recomendaciones de la American Thoracic Society.

**Resultados.** Se incluyen 14 enfermos (13 mujeres/1 hombre) con ES (8 con ES difusa, 5 con ES Limitada y 1 sin esclerosis cutánea) y con una edad media de 54,5 años (rango 23-71). Todas las enfermas con ES difusa tenían anti-Scl-70 positivos y sólo una enferma con ES Limitada tenía anticuerpos anticentromérico positivos. Diez pacientes habían recibido previamente tratamiento con otros inmunosupresores (ciclofosfamida en bolus ev y/o azatioprina a dosis ajustadas por la actividad de la TPMT). La mediana de las CVF aumentó un 7,5% tras 6 meses de tratamiento es decir se estabilizó. Individualmente sólo 2 pacientes (1 y 5) presentaron caída de la CVF superior al 10%, 6 se estabilizaron y 6 mejoraron más de un 10%. Se tuvo que retirar el MF en una enferma por presentar infección respiratoria por *Aspergillus Terreus* que evolucionó favorablemente con voriconazol.

**Discusión.** La EPID es considerada un factor de mal pronóstico en los enfermos con ES por lo que se debe realizar tratamiento inmunosupresor en el grupo de enfermos en los que se detecta deterioro de la CVF. La ciclofosfamida (CIF) es el fármaco que más se ha utilizado y con el único que se ha observado una mejoría de la CVF significativa pero modesta. Dado que la CIF tiene efectos adversos graves y que su efecto beneficioso desaparece a los 12 meses de suspender el tratamiento se ha propuesto utilizar otros IS con un perfil más alto de seguridad y que han demostrado su eficacia en manifestaciones viscerales de otras enfermedades autoinmunes sistémicas tal y como se ha evidenciado con el MF en el tratamiento de la nefritis lúpica... Hasta la actualidad se han publicado los resultados de estudios observacionales en los que se incluyen series cortas de enfermos con EPID asociada a ES tratados con MF observándose en todos ellos una mejoría clínica y funcional. En el presente estudio se observó una mejoría del 7,5% de la mediana de la CVF y sólo se registró un efecto adverso que obligó a la retirada del MF. Además sólo 2 enfermos presentaron un empeoramiento de la CVF significativo (mayor del 10%) por lo que el MF fue eficaz en un 85% de los enfermos. Estos resultados son similares a los que se han observado en los estudios publicados hasta la actualidad.

**Conclusiones.** La evolución de la CVF en los enfermos con EPID asociada a ES tras 6 meses de tratamiento con MF mejora o se estabiliza en la mayoría de los casos. Sólo se ha tenido que retirar el tratamiento en una paciente por lo que el perfil de seguridad es alto. Creemos que el MF debe ser considerado como tratamiento de la EPID asociada a ES tanto como primera línea de tratamiento con en los enfermos que han recibido previamente otros inmunosupresores.

## IF-3

**SARCOIDOSIS: POLIMORFISMOS DEL GEN DE LA COX-2 Y CELULARIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR**

**R. Garrido Rasco<sup>1</sup>, D. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup>, E. Arellano Orden<sup>2</sup>, J. Rodríguez Portal<sup>2</sup> y J. López-Campos Bodineau<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), <sup>2</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar la celularidad del lavado broncoalveolar (LBA), así como el cociente CD4/CD8 según los polimorfismos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2)

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico observacional transversal en el que participaron 6 hospitales de España. Se incluyeron pacientes diagnosticados de Sarcoidosis que tuvieran LBA realizado. De cada caso se recogió edad, sexo, método diagnóstico, enzima convertidora de angiotensina, pruebas de función respiratoria, estadio radiológico y celularidad del LBA con el cociente CD4/CD8. Se determinaron 4 polimorfismos del gen de la COX-2: COX2.5909 T > G, COX2.8473 T > C, COX2.926 G > C y COX2.3050 G > C. Los estudios genéticos se realizaron a partir del ADN obtenido de linfocitos de sangre periférica. Los polimorfismos fueron analizados por curvas de hibridación fluorescente. La relación entre los polimorfismos y la celularidad se realizó mediante análisis de regresión lineal múltiple, ajustando por sexo.

**Resultados.** La muestra se compuso de 51 casos de Sarcoidosis (23 hombres; edad: 45 ± 15 años). El cociente CD4/CD8 estaba significativamente más elevado entre los portadores homocigotos del alelo C de la mutación COX2.8473 T > C (11,2 vs. 4,4; p = 0,022; β = 7,43; IC95%: 1,38 – 13,48). Aunque se encontraron diferencias en otros grupos celulares entre los distintos genotipos estudiados, éstas no alcanzaron la significación estadística.

**Discusión.** La evolución de los pacientes con sarcoidosis presenta una gran variabilidad con un espectro que va desde la resolución "ad integrum" hasta una fibrosis pulmonar extrema con muy escasa respuesta al tratamiento. Hasta la actualidad contamos con muy pocos marcadores biológicos que permitan predecir la gravedad del curso evolutivo. El estudio de la variabilidad genética de COX-2 ha resultado útil en el terreno de la fibrosis pulmonar idiopática. En pacientes con sarcoidosis comprobamos asociación entre determinados polimorfismos y citología del LBA.

**Conclusiones.** En los pacientes diagnosticados de Sarcoidosis, parece existir una relación entre el polimorfismo COX2.8473 y el cociente CD4/CD8 del LBA.

## IF-4

**POLIMORFISMOS DE LA CICLOOXIGENASA-2: VALORACIÓN DE SU ASOCIACIÓN CON LA SUSCEPTIBILIDAD Y PRONÓSTICO LA SARCOIDOSIS**

**R. Garrido Rasco<sup>1</sup>, J. López-Campos Bodineau<sup>2</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, P. Montero Benavides<sup>1</sup>, C. González Pulido<sup>1</sup>, D. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, E. Arellano Orden<sup>2</sup> y J. Rodríguez Portal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), <sup>2</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Investigamos la posible relación entre los polimorfismos de las ciclooxigenasa 2 (COX2) y la susceptibilidad y el pronóstico de la sarcoidosis.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo multicéntrico en el que participaron 7 hospitales. Se incluyeron 131 casos (63 hombres; edad: 47 ± 15 años) diagnosticados por biopsia y 159 controles sanos (85 hombres, edad 50 ± 16 años). El genotipado de los 4 polimorfismos de la COX2 (COX2.5909T > G, COX2.8473T > C, COX2.926G > C y COX2.3050G > C) estudiados se realizó a partir de ADN extraído de linfocitos de sangre periférica usando curvas de hibridación fluorescente. El análisis se realizó mediante regre-

sión logística binaria múltiple ajustando por sexo. Los casos se siguieron durante 36 ± 29 meses. La progresión se evaluó en términos clínicos, radiológicos y funcionales.

**Resultados.** El polimorfismo COX2.8473 estuvo significativamente asociado a la presencia de la enfermedad (p = 0,045). Los portadores homocigotos del alelo T tenían un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad (OR: 3,2; IC95% 1,08=9,8) que los portadores homocigotos del alelo C. El resto de los polimorfismos no se asociaron al diagnóstico. Tras el seguimiento, 84% de los casos presentaron una mejoría o remisión completa. Ninguno de los polimorfismos estudiados se asoció significativamente a la progresión de la enfermedad.

**Discusión.** La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida e influida por numerosos factores desencadenantes tanto externos como propios del paciente (determinantes genéticos). La COX-2 es una enzima íntimamente ligada al desarrollo de diferentes procesos inflamatorios. El polimorfismo del gen correspondiente puede ser un factor decisivo en la susceptibilidad y curso de la sarcoidosis por lo que se ha valorado este aspecto en nuestra serie de pacientes. Comprobamos la asociación entre determinados polimorfismos y susceptibilidad (pero no con el patrón evolutivo).

**Conclusiones.** En nuestra muestra, los portadores homocigotos del alelo T del polimorfismo COX2.8473 tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Ningún polimorfismo se ha asociado con el pronóstico de la misma.

## IF-5

**PERICARDITIS AGUDAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**J. Cabrerizo García, Á. Cecilio Irazola, J. Valle Puey, P. Martín, L. Clavel y M. Iguzquiza**

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** El objetivo del estudio es ver la evolución en los últimos años de la pericarditis aguda en cuanto a causas, formas de presentación, pruebas complementarias empleadas, novedades terapéuticas.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo tipo serie de casos mediante la revisión de un total de 30 historias clínicas de pacientes ingresados de forma programada o urgente con el diagnóstico de pericarditis aguda en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el período comprendido entre 2002 y 2005. Se han excluido los fallecimientos durante o después de este período debidos a otras causas por no poder realizar seguimiento y pacientes con diagnóstico dudoso no confirmado con pruebas complementarias.

**Resultados.** Se han revisado un total de 30 casos de pericarditis agudas: Idiopáticas 20 casos, epistenoárdica: 4 casos, neoplásica: 2 casos, tuberculosa: 2 casos, post-traumática: 1 caso, y Urémica: 1 caso. La media de edad fue de 50 años y el 90% varones. La forma de presentación fue típica en el 60%. El roce pericárdico se objetivó en 6 casos. El ECG presentaba alteraciones en el 83% de las ocasiones con predominio de elevación difusa del ST y T negativas. El 95% presentaban elevación discreta de los reactantes de fase aguda y el 33% afectación miocárdica. La Rx simple de tórax era normal o con pequeño derrame pleural de predominio izquierdo en el 70% de los casos. El Ecocardiograma mostraba derrame pericárdico ligero o moderado (< 20 mm) en el 55% de las ocasiones y taponamiento con signos de compromiso hemodinámico en dos. Se realizaron siete TC y una RMN. La estancia media fue de 8,8 días y un tercio pasaron por UCI. Las complicaciones fueron por recidivas, afectación miocárdica, hemopericardio o taponamiento con compromiso hemodinámico. Como tratamiento, acetilsalicilato de lisina en dosis de 900-1800 mg/día o Ibuprofeno en dosis de 600 mg/6-8 horas. Al alta la pauta de Ibuprofeno fue variable en función de la clínica. En los casos de recidiva se ha usado colchicina 0,5 mg/12h desde 6 a 12 meses hasta de forma indefinida. El seguimiento se realizó por Atención Primaria y Medicina Interna o Cardiología.

**Discusión.** Las causas más frecuentes continúan siendo la idiopática y viral. La incidencia del origen epistenoárdico ha disminuido tras iniciarse la terapia con trombolíticos y revascularización. El perfil típico de presentación es un varón joven con dolor torácico típicamen-

te pericárdico y cuadro infeccioso respiratorio reciente con una exploración normal, reactivos de fase aguda aumentados, elevación difusa del segmento ST, ecocardiograma normal o mínimo derrame y buena respuesta a AINES. Hasta el 30% de las pericarditis agudas recidivan sobre todo si son de causa inmunitaria. Los derrames severos (> 20 mm) aparecen hasta el 15% de los casos y son más frecuentes en pericarditis metastásicas de cáncer de pulmón o mama y en las tuberculosas o mixedematosas. A veces pueden evolucionar progresivamente hacia la constricción por inflamación crónica. Los AINES siguen siendo el tratamiento de elección además del tratamiento de la patología de base. Es preferible el ibuprofeno a la indometacina por su menor efecto de robo coronario. La colchicina a dosis de 0,5 mg/12 h se administra por intolerancia a AINES o asociada a éstos si hay mala respuesta en la clínica aguda y para prevenir recidivas. Los corticoides se deben restringir y asociar, en caso de mala respuesta, a AINES o colchicina y aplicar en enfermedades del tejido conectivo, urémicas o autorreactivas. La pericardiocentesis está indicada en caso de derrames mayores de 20 mm en diástole y en pequeños con fines diagnósticos. La pericardiectomía por toracotomía media se reserva para la constricción en pacientes candidatos. **Conclusiones.** El origen más frecuente de la pericarditis aguda sigue siendo el idiopático-viral. La base del diagnóstico continúa siendo la clínica y pruebas complementarias básicas. Existe un exceso de hospitalización. La base del tratamiento continúa siendo los AINES, preferiblemente ibuprofeno. La colchicina queda con segunda opción.

#### IF-6 DISFUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. ESTUDIO PROSPECTIVO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**E. Chinchilla Palomares, M. Castillo Palma, F. García Hernández, R. González León, P. Montero Benavides, R. Garrido Rasco, C. Ocaña Medina y J. Sánchez Román**  
Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La patología tiroidea (PT) es más frecuente en los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) que en la población general aunque no está bien establecida la frecuencia de esta asociación, su causa ni si el tratamiento con prostaciclina juega algún papel. El objetivo de este trabajo es cuantificar y analizar la incidencia y características de la (PT) en una cohorte de pacientes con HAP (idiopática o asociada, preferentemente a enfermedades sistémicas) y revisión de la literatura.

**Material y métodos.** Se estudiaron 58 pacientes con HAP prospectivamente, según protocolo preestablecido (incluido cateterismo cardiaco derecho), y se cuantificó TSH, T4 y anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa. Se definió la PT como alteración de la TSH y/o elevación de cualquiera de los dos anticuerpos antitiroideos (AcATs). Se compararon variables epidemiológicas, clínicas, biológicas y hemodinámicas entre los grupos con y sin PT.

**Resultados.** Se detectó PT en 30 pacientes (51%): elevación de TSH en 21 (36,21%); hipertiroidismo en 2 (3,45%); elevación de AcATs en 16 de 54 (27,59%) 7 de los cuales eran eutiroides. No se encontraron diferencias entre los grupos con y sin PT en cuanto a edad, sexo, tipo de HAP (asociada o idiopática), frecuencia de anticuerpos antinucleares o antifosfolípidos ni fenómeno de Raynaud. En el grupo de pacientes con PT el tiempo de evolución de la enfermedad (HAP) fue más largo (4,36 vs 2,16 años;  $p = 0,007$ ), había más pacientes en clase funcional IV (11; 36,7% vs 5; 15,8%,  $p = 0,046$ ), el gasto cardiaco era menor ( $p = 0,032$ ) y fue más frecuente el tratamiento con epoprostenol (14;46,6% vs 4;14,3%,  $p = 0,008$ ).

**Discusión.** La frecuencia de PT detectada en esta cohorte de pacientes con HAP alcanza un 51%. Este grupo no tiene datos clínicos ni biológicos (incluidos autoanticuerpos) diferentes de los que no presentan PT, pero sí un tiempo más largo de evolución de la enfermedad y peor situación hemodinámica. El epoprostenol se utilizó con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con PT aunque el diseño de este estudio no permite afirmar con seguridad si tiene algún papel en el desencadenamiento de la disfunción tiroidea o si, por el contrario, la necesidad de utilizar este fármaco es mayor por ser pacientes más evolucionados y en peor situación hemodinámica.

**Conclusiones.** 1.- La frecuencia de PT en esta cohorte de pacientes con HAP es del 51%. 2.- La PT solo se relacionó con mayor tiempo de evolución de la enfermedad y peor situación hemodinámica. 3.- Los datos del presente estudio, junto con lo previamente descrito en la literatura, aconsejan incluir el estudio de PT en todo protocolo de diagnóstico y seguimiento de HAP.

#### IF-7 ANGIOEDEMA HEREDITARIO Y ADQUIRIDO: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

**E. Rodríguez Avila, E. Fonseca Aizpuru, I. Arias Miranda, A. Álvarez Uría, F. Nuño Mateo, J. Ferreiro Fernández, R. Fernández-Madera Martínez<sup>1</sup> y R. Fernández Regueiro**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y evolución de los pacientes diagnosticados de angioedema hereditario (AEH) o adquirido (AEA) en un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de AEH o AEA, en el hospital de Cabueñes (grupo 2 del SESPA), que atiende a una población de 300.000 habitantes, entre enero de 1991 y diciembre 2007.

**Resultados.** Se identificaron 7 pacientes con AEH pertenecientes a 4 familias, y 1 caso de AEA. Hay 5 hombres y 3 mujeres, la edad media al diagnóstico es de 23 años. Las manifestaciones clínicas predominantes son edema facial, en partes acras, genitales y episodios de dolor abdominal. 3 pacientes han tenido afectación laríngea con compromiso respiratorio que ha precisado tratamiento con C1-inhibidor. En la actualidad se realiza profilaxis a largo plazo con andrógenos en 2 y antifibrinolíticos en 2 con buena respuesta y tolerancia. 2 casos no han precisado profilaxis. La evolución es buena salvo 1 paciente que requiere infusiones periódicas de C1-INH, por mal control de los síntomas, e ineficacia de otros tratamientos. Se ha producido un exitus por causa no relacionada.

**Discusión.** El AE es una enfermedad rara, se estima una prevalencia en España de 1,09 por 100.000 habitantes, y posiblemente infradiagnosticada por la ausencia de estudios epidemiológicos significativos y el desconocimiento entre los profesionales. Se caracteriza por la disfunción del C1-inhibidor. Se traduce en episodios de angioedema o hinchazón mucoso o submucoso a diferentes niveles. La afectación laríngea puede ser mortal. Puede ser hereditario o adquirido, según niveles descendidos de C4, C1-inh o C1-función e historia familiar. El AEH se presenta en pacientes jóvenes, la mayoría pertenecen al tipo I, el tipo II representa < 20% de los casos. El AEA debuta en edades más avanzadas, presenta también niveles descendidos de C4 y C1-inhibidor, pero sin historia familiar. Las manifestaciones clínicas son las descritas en la literatura, brotes de angioedema autolimitados con afectación a múltiples niveles. La afectación laríngea con compromiso respiratorio es infrecuente. La profilaxis a largo plazo en aquellos pacientes con al menos 1 episodio cada 3 meses, se realiza con andrógenos atenuados o antifibrinolíticos. Es una medicación bien tolerada, aunque precisa de controles periódicos de función hepática y CPK respectivamente. La evolución en general es aceptable, aunque hay casos que no responden a la terapia convencional y precisan infusiones semanales de C1-inhibidor.

**Conclusiones.** 1. Recordar el diagnóstico de deficiencia de C1 en pacientes con episodios de angioedema recurrente, dolor abdominal, edema laríngeo o en otras localizaciones y preguntar por antecedentes familiares. 2. Solicitar determinación de C4 como método de detección inicial, por su rapidez y fácil acceso.



**IF-9****SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA SERIE DE 317 PACIENTES CON ESCLERODERMIA**

**V. Fonollosa Pla<sup>1</sup>, C. Simeón Aznar<sup>1</sup>, M. Campillo Grau<sup>2</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, R. Solans Laqué<sup>1</sup>, J. Lima Ruiz<sup>1</sup>, M. Villar Casares<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron-Área General. Barcelona. <sup>2</sup>Lab. de Medicina Computacional. Unidad de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

**Objetivos.** Establecer la supervivencia y analizar los factores pronósticos que influyen en la evolución clínica de los pacientes con esclerodermia.

**Material y métodos.** Se estudiaron 317 pacientes diagnosticados de esclerodermia. Los enfermos fueron clasificados según los criterios del American College of Rheumatology y se dividieron según la extensión de la afección cutánea, las manifestaciones clínicas, las alteraciones inmunológicas y la capilaroscopia-, en cuatro formas clínicas: pre-esclerodermia, forma difusa, forma limitada y esclerodermia sine esclerodermia. Se valoraron las diferentes manifestaciones clínicas (cutáneas, osteomusculares, digestivas, pulmonares, cardíacas y renales). Se establecieron dos patrones capilaroscópicos (lento y activo) y en los análisis del laboratorio se incluyeron parámetros generales y anticuerpos antinucleares (anti-Scl 70; anticentrómero). La supervivencia acumulada a los 10, 15 y 20 años del comienzo de la enfermedad fue estimada por el método de Kaplan-Meier y el método de Cox fue el utilizado para identificar los factores pronósticos.

**Resultados.** La relación varón/mujer fue de 9:1. La edad de inicio fue 43,23 ± 16 años y la edad del diagnóstico de 51,69 ± 15 años. La formas clínicas se distribuyeron en: 24 (7,5%) de pre-esclerodermia; 64 (20%) forma difusa; 185 (58%) forma limitada, y 44 (14%) esclerodermia sine esclerodermia. La supervivencia a los 10 años fue del 93%, a los 15 años del 86% y a los 20 años del 78%. Según el subtipo clínico, la estimación de la supervivencia fue de: forma limitada a los 10 años: 96%, a los 15: 90%, a los 20: 82% y a los 25: 79%; para la forma difusa, la supervivencia se estableció a los 10 años: 83%, a los 15: 74%, a los 20: 60% y a los 25: 55%. Según el análisis multivariable los factores independientes de mal pronóstico fueron: la forma difusa, la edad de comienzo (> 60 años), la presencia de fibrosis o hipertensión pulmonares, y el desarrollo de una crisis renal esclerodérmica.

**Discusión.** La esclerodermia es una enfermedad que se caracteriza por una marcada heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas, su evolución y el pronóstico. Los estudios de supervivencia realizados difieren en sus resultados debido, precisamente, a la variable expresión clínico-biológica de los enfermos y también a las diferencias observadas en la metodología de los trabajos (de un 65 al 100% a los 10 años, según las series). Nuestros resultados, en cuanto a la supervivencia, son parecidos a los señalados por la mayoría de las series estudiadas. También hay variedad en los factores pronósticos, sin embargo hay pocas en dudas en aceptar que las variables establecidas en la presente serie tienen, al igual que en otras cohortes, una influencia decisiva en la supervivencia de la enfermedad.

**Conclusiones.** Los factores pronósticos independientes que tienen consecuencias significativas en la evolución y supervivencia de la esclerodermia son: la forma difusa, la edad de comienzo, la afección pulmonar y la crisis renal.

**IF-10****EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: RESUMEN DE ACTIVIDAD EN UN AÑO**

**L. Sáez Comet<sup>1</sup>, P. Casanova Esteban<sup>2</sup>, N. Guiral Fernández<sup>2</sup> y J. Velilla Marco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Presentar los datos de actividad anual de la consulta externa de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del

Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

**Material y métodos.** Se revisan las primeras visitas y revisiones recogidas en la base de datos informatizada de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas entre el 1-07-2007 y 1-07-08, analizando las características demográficas y clínicas.

**Resultados.** Se realizaron un total de 305 primeras visitas, con edad media de 49,83 años y predominio de mujeres (80,5%). El Servicio de origen fue Medicina Interna (21,1%), Cirugía Vasculuar (12,7%), Atención Primaria (8,7%), Dermatología (7,49%), Neurología (5,03%) y Urgencias (4,4%). Los motivos de estudio más frecuentes fueron las lesiones cutáneas (54 pacientes), trombofilia (47), Raynaud (46), artritis/artralgias (17), síndrome seco (14), alteraciones neurológicas (11), vasculitis (11), aftas (10), citopenias (9), mialgias/CPK (9), ANA+ (7), fiebre (6), AAF+ (6), uveítis (6), otros (42). La sospecha inicial fue de conectivopatía en más de la mitad de los casos (LES 17,7%, SAF 17,3%, EITC 10,49%, Sjögren 6,89%, esclerodermia 5,90%). Se contabilizaron 108 ingresos: 68 (62,9%) el Hospital de Semana (53 para tratamientos IV y 15 para estudio), 13 (12,04%) en Medicina Interna, 3 (2,78%) en Hospital de Día, 1 (0,93%) en UCI y 23 (21,3%) en otros servicios. Se atendieron 1255 revisiones tanto programadas (1168, 93,07%) como urgentes (87, 6,93%). Las patologías que generaron más revisiones fueron el LES (414), SAF (280), Sjögren (154), esclerodermia (135), EITC (124), vasculitis (78), ACG/PMR (50), Behçet (47), miopatías (38), EMTC (29), VANCA+ (27). Se dieron un total de 54 altas definitivas de la consulta. La mortalidad fue del 2,3% (7 pacientes: 2 esclerodermias, 1 vasculitis ANCA+, 1 neumonitis lúpica, 1 sarcoidosis con traqueomalacia, 1 sarcoidosis con neoplasia pulmonar y 1 causa desconocida). Se realizaron además 111 capilaroscopias en el periodo estudiado, 75 de ellas con patrón inespecífico, 20 compatibles con conectivopatía, 9 con esclerodermia y 7 dudosas.

**Discusión.** Medicina Interna, Cirugía Vasculuar (trombofilia y fenómeno de Raynaud) y Atención Primaria son las principales fuentes de pacientes para la Unidad. Otros motivos de consulta frecuentes son las lesiones cutáneas, artritis y artralgias, síndrome seco, alteraciones neurológicas, vasculitis y aftosis. Son relativamente poco frecuentes los pacientes enviados por ANA+ o AAF+. Las conectivopatías suponen la mitad de las sospechas diagnósticas iniciales. El resto se reparten entre vasculitis y otras conectivopatías menos frecuentes como la esclerodermia y las miopatías. Un elevado número de pacientes precisan ingreso hospitalario, la mayoría de ellos para tratamientos programados. La mortalidad y el número de altas definitivas de la Unidad es bajo.

**Conclusiones.** Las enfermedades autoinmunes sistémicas suponen una importante carga de trabajo para un servicio de Medicina Interna. Generan un número importante de primeras visitas anuales, revisiones, ingresos y visitas urgentes. Son patologías con baja mortalidad pero elevada morbilidad, precisando un seguimiento estrecho y con pocas altas definitivas de la consulta. ABREVIATURAS: LES: lupus eritematoso sistémico. SAF: síndrome antifosfolípido. EITC: enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. ESP: esclerosis sistémica progresiva. ACG/PMR: arteritis células gigantes/gigantocelular reumática. EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo. VANCA+: vasculitis ANCA+. ANA: anticuerpos antinucleares. AAF: anticuerpos antifosfolípido. CPK: creatin-fosfoquinasa.

**IF-11****APNEAS OBSTRUCTIVAS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA**

**A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, G. Sampedro<sup>2</sup>, O. Romero<sup>3</sup>, P. Lloberes<sup>2</sup>, E. Trallero Araguás<sup>1</sup>, C. Simeón Aznar<sup>1</sup>, R. Solans Laqué<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Pneumología, <sup>3</sup>Servicio de Neurofisiología clínica. Hospital General Vall d'Hebron-Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Las apneas obstructivas durante el sueño debido a la afección de la musculatura de la vía aérea superior se han descrito en pacientes con diversos tipos de miopatías. No existen sin embargo estudios en pacientes con miopatía inflamatoria. Se estudia la prevalencia de apneas obstructivas durante el sueño en pacientes con mio-

patía inflamatoria.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y observacional de una cohorte de pacientes adultos con miopatía inflamatoria seguidos regularmente en una consulta externa especializada. Se evaluaron 16 pacientes de forma consecutiva mediante la Epworth Sleepiness Scale (ESS) y estudio polisomnográfico completo. La actividad y gravedad de la enfermedad se evaluó mediante la Myositis Disease Activity Assessment Tool (MDAAT) y el Myositis Damage Index (MDI), respectivamente. La asociación entre distintos parámetros del sueño y otros factores se calculó mediante la prueba de la ji al cuadrado, el test exacto de Fisher y los tests de U Mann Whitney y Wilcoxon. Se determinó el sistema HLA y un perfil de autoanticuerpos en todos los pacientes estudiados.

**Resultados.** Catorce pacientes (87%) presentaron un índice de apnea-hipopnea > 5, con una media de 28,7 (23,8). Once (68%) pacientes referían ser roncadores habituales y 3 (19%) somnolencia diurna excesiva (ESS > 10). A 7 pacientes se les ofreció tratamiento con CPAP; 4 toleraron el tratamiento adecuadamente y refirieron una clara mejoría en la calidad del sueño, bienestar físico y disminución de la sensación de fatiga; 5 de los 7 pacientes fueron positivos para al menos uno de los antígenos HLA asociados con la apnea del sueño (A2, B65, y DR3), los cuales también se han relacionado con la miopatía inflamatoria. No se apreció asociación significativa entre el índice de apnea-hipopnea y los diferentes grupos clínicos o inmunológicos. Tampoco se encontró asociación entre la disfagia, la actividad de la enfermedad o su gravedad y los parámetros del sueño.

**Discusión.** En la miopatía inflamatoria, pueden verse afectos distintos grupos musculares, siendo los más frecuentes los de la cintura proximal escapular y pelviana y flexores del cuello. Aunque con menos frecuencia, la musculatura de la vía aérea superior, cuyo tono es de gran importancia para mantener el flujo del aire en las fases de sueño profundo y de máxima relajación, también puede afectarse. Los resultados aquí presentados demuestran una elevada prevalencia de apneas durante el sueño, lo que hasta cierto punto podría explicar la persistencia de un cierto grado de debilidad y fatiga que experimentan estos pacientes incluso en los casos que se aprecia una buena respuesta terapéutica.

**Conclusiones.** La prevalencia de apneas obstructivas durante el sueño es elevada en los pacientes con miopatías inflamatorias. No debería descartarse la posibilidad de que estas alteraciones desempeñen un papel en la fatiga que en ocasiones persiste en estos pacientes.

## IF-12

### EFICACIA DEL TRATAMIENTO SECUENCIAL INFLIXIMAB-ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD DE BEHÇET GRAVE: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**A. Martínez Berriotxo, I. Ruiz Arruza, G. Ruiz Irastorza y M. Eguibide Arberas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** Descripción de la respuesta clínica de dos pacientes con Enfermedad de Behçet (EB) grave, con mala respuesta al tratamiento inmunosupresor convencional, tratados con bloqueo TNF-alfa secuencial infliximab-adalimumab.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de dos casos de EB grave tratados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces.

**Resultados.** Caso 1: varón diagnosticado de EB en 2003, a la edad de 26 años, por aftas orogenitales, uveítis anterior y orquiepididimitis. Entre enero de 2005 y mayo de 2006 ingresó en seis ocasiones por brotes consistentes en orquiepididimitis grave, meningitis aséptica (tres episodios, dos con ingreso en UCI), vasculitis de retina y orquiepididimitis asociada a uveítis anterior. No se consiguió un control adecuado de la enfermedad a pesar de tratamiento con corticoides (metilprednisolona en pulsos IV, prednisona oral a dosis medias-altas) e inmunosupresores convencionales (ciclosporina, azatioprina + ciclosporina, ciclofosamida IV y micofenolato de mofetilo). Inició tratamiento en mayo de 2006 con infliximab (5 mg/kg IV, semanas 0, 2, 6 y 14) y metotrexato, con desaparición de la sintomatología. Presentó nuevo brote 16 semanas después de la cuarta infusión de infliximab, con erupción cutánea, aftosis oral y orquiepididimitis, sin

precisar ingreso, reiniciándose tratamiento con infliximab (5 mg/kg IV cada 8 semanas), consiguiéndose nuevamente la remisión completa. En febrero de 2008 se sustituyó infliximab por adalimumab (40 mg SC cada 2 semanas), manteniéndose la remisión completa. Caso 2: varón diagnosticado de EB en 2000, a la edad de 23 años, por aftas orogenitales y uveítis anterior. En 2005 presentó episodio de vasculitis de retina con hemorragia vítrea en ojo izquierdo, que precisó de vitrectomía y con disminución permanente de agudeza visual a 0.2 como secuela. Entre diciembre de 2006 y marzo de 2007 ingresó en cuatro ocasiones (tres episodios de desorientación y convulsiones, y un episodio de fiebre, poliartritis, erupción cutánea y vasculitis de retina). Durante el curso de la enfermedad fue tratado con corticoides (metilprednisolona en pulsos IV, prednisona oral a dosis medias-altas) e inmunosupresores convencionales (azatioprina, ciclosporina y ciclofosamida IV), con mal control de las manifestaciones clínicas. Inició tratamiento en marzo de 2007 con infliximab (5 mg/kg IV, semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas) y metotrexato, consiguiéndose la remisión completa. En abril de 2008 se sustituye infliximab por adalimumab (40 mg SC cada 2 semanas), manteniéndose la remisión completa.

**Discusión.** La EB con afección grave de segmento ocular posterior (uveítis posterior, vasculitis de retina) y/o afección neurológica y mala respuesta al tratamiento convencional es una situación clínica infrecuente y grave, más común en varones jóvenes y con riesgo de secuelas permanentes. Adalimumab ofrece una serie de ventajas respecto a infliximab (administración más cómoda, menor incidencia de efectos adversos), que hacen que su uso como terapia anti-TNF a largo plazo resulte atractivo. No existen datos suficientes para evaluar la eficacia del tratamiento con adalimumab en la obtención de la remisión de la EB, aunque existen comunicaciones puntuales sobre su eficacia en el mantenimiento de la remisión obtenida con infliximab. En los dos casos que presentamos, el tratamiento con infliximab fue útil tanto para la inducción de la remisión como para el mantenimiento de la remisión de la enfermedad, posibilitando la reducción a dosis bajas de la prednisona oral y evitando los ingresos hospitalarios, y el tratamiento con adalimumab ha sido eficaz en el mantenimiento de la remisión. No existen estudios controlados que permitan establecer la pauta más adecuada para el tratamiento con infliximab o adalimumab en la EB, así como su eficacia y seguridad a largo plazo.

**Conclusiones.** El tratamiento secuencial infliximab-adalimumab parece eficaz en pacientes con EB y afección grave ocular y/o del sistema nervioso central, en los que el tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresores (incluyendo ciclofosamida) no haya resultado efectivo.

## IF-13

### PERFIL CLÍNICO E INMUNOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN PRIMARIO QUE DESARROLLAN LINFOMA DE CÉLULAS B. ANÁLISIS EN 1.010 PACIENTES (COHORTE GEMESS)

**M. Ramos Casals<sup>1</sup>, R. Solans<sup>2</sup>, M. Camps<sup>3</sup>, A. Gil<sup>4</sup>, J. Jiménez Alonso<sup>5</sup>, M. Mico<sup>6</sup>, J. Del Pino<sup>7</sup> y L. Pallares<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes Josep Font, IDI-BAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron-Área General. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna.

Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas relacionadas con el desarrollo de linfoma de células B (LB) en un gran cohorte de pacientes españoles con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** El Grupo de Estudio GEMESS se formó en 2005 con el objetivo de reunir una gran serie nacional de pacientes con SS primario, y lo constituyen doce centros de referencia espa-

ñol con una importante experiencia en el manejo de pacientes con SS. En marzo de 2007, la base de datos incluía 1.010 pacientes consecutivos, reclutados desde 1994.

**Resultados.** La cohorte consta de 1.010 pacientes, 937 (93%) mujeres y 73 (7%) hombres (mujeres: hombres, 13:1), con una edad media al diagnóstico de 53,0 + 0,48 años (rango, 14-88) y de 58,7 + 0,46 años (rango, 16-94) en el momento de su inclusión en el Registro. Veintiséis (2,57%) pacientes desarrollaron LB, 22 (85%) mujeres y 4 (15%) hombres, con una edad media al diagnóstico de linfoma de 59 años y un tiempo de evolución del SS de 6 años hasta el diagnóstico de linfoma. Los pacientes con LB presentaron una mayor prevalencia de vasculitis (23% vs 9%, p = 0,024), afectación pulmonar (31% vs 11%, p = 0,005), anemia (38% vs 17%, p = 0,015), leucopenia (38% vs 15%, p = 0,004), plaquetopenia (42% vs 12%, p < 0,001) y disminución de los niveles de C3/C4 (42% vs 13%, p = 0,001) en comparación con los pacientes sin linfoma. El análisis multivariante, ajustado por edad, sexo y tiempo de evolución del SS identificó la afectación pulmonar (p = 0,022), la trombocitopenia (p < 0,001) y la disminución de los niveles de C3/C4 (p = 0,004) como variables significativas independientemente asociadas al linfoma de células B.

**Conclusiones.** Los pacientes con SS primario que desarrollan linfoma de células B presentan un determinado perfil clínico e inmunológico (vasculitis, afectación pulmonar, citopenias y hipocomplementemia). El modelo multivariado ajustado confirmó la estrecha asociación con la hipocomplementemia C3/C4 (ya confirmada en estudios anteriores) e identificó como nuevos factores asociados al desarrollo de linfoma la afectación pulmonar y la plaquetopenia.

**IF-14**

**USOS FUERA DE FICHA TÉCNICA DE NUEVAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PATOLOGÍA CUTÁNEA**

**D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, M. Fernández Pugnaire<sup>2</sup>, M. Gutiérrez Salmerón<sup>2</sup>, J. De la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Describir la respuesta al uso fuera de ficha técnica de efalizumab y omalizumab en el lupus cutáneo subagudo (LCSA) y la urticaria vasculitis (UV), respectivamente.

**Material y métodos.** Se administró efalizumab (100 mg subcutáneos semanales) a 2 pacientes con LCSA y omalizumab (300 mg subcutáneos semanales) a otras 2 pacientes con UV, como uso compasivo en un intento de controlar su enfermedad refractaria a tratamiento estándar, apoyado en casos o series de casos de la literatura. Las 4 pacientes estaban en seguimiento conjunto por nuestra Unidad y el Servicio de Dermatología.

**Resultados.** Las características de las 4 pacientes así como su respuesta al tratamiento recibido se resumen en la tabla 1.

**Discusión.** Las nuevas terapias biológicas han proporcionado nuevas opciones terapéuticas en casos refractarios de distintas patologías, como el LCSA y la UV. Efalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado dirigido contra el CD11, una subunidad del antígeno 1 asociado a la función leucocitaria, bloqueando así la activación y migración de los linfocitos T. Su uso está aprobado para el tratamiento de la psoriasis, pero se han comunicado casos de empleo con éxito en diversas patologías cutáneas en las que los lin-

focitos T desempeñan un papel fundamental en su fisiopatología, como es el caso de diferentes formas de lupus cutáneo. Llama la atención, sin embargo, la descripción del desarrollo de LCSA en pacientes con líquen plano oral erosivo tratados con efalizumab. Por otro lado, omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que neutraliza la IgE mediante su fijación al dominio C3 de la cadena pesada de la misma. Está aprobado para su empleo en el asma persistente moderado a grave, aunque también se han comunicado su utilidad en diversas formas de urticaria. 3 de las 4 pacientes alcanzaron remisión completa de su patología, mientras que 1 de ellas tuvo una respuesta parcial recayendo a los 2 meses y suspendiéndose finalmente efalizumab a los 4 meses.

**Conclusiones.** Efalizumab y omalizumab se presentan como una posible alternativa en algunos casos de patología cutánea autoinmune resistente al tratamiento convencional, si bien aún quedará por determinar su verdadero papel.

**IF-15**

**HIDROXICLOROQUINA: UNA PIEZA CLAVE EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS**

**G. Ruiz Irastorza<sup>1</sup>, M. Ramos Casals<sup>2</sup>, P. Brito Zeron<sup>2</sup> y M. Khamashta<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>2</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Barcelona. <sup>3</sup>Lupus Research Unit. St Thomas' Hospital, London, UK.

**Objetivos.** Análisis de la evidencia científica referente al impacto de la terapia antipalúdica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos.** Revisión sistemática de los artículos publicados entre enero de 1982 y diciembre de 2007 en PubMed. La búsqueda en Medline se realizó a partir de artículos publicados en inglés y las palabras claves empleadas en la búsqueda fueron: "antimalarials", "chloroquine", "hydroxychloroquine", "lupus" y "systemic lupus erythematosus". Se incluyeron adicionalmente artículos identificados a partir de las referencias de los trabajos seleccionados.

**Resultados.** Estudios randomizados y observacionales han demostrado que, en los pacientes con LES, los antipalúdicos disminuyen la actividad de la enfermedad, incluyendo la nefropatía lúpica. En estudios trasversales se ha observado un efecto beneficioso de los antipalúdicos en la reducción de los niveles de VLDL y colesterol total. A pesar de que en la mayor parte de los trabajos no se ha encontrado un efecto preventivo sobre la aterosclerosis subclínica, en estudios de cohorte se ha observado un efecto protector frente los eventos trombóticos. Por otro lado, los resultados obtenidos a partir de estudios observacionales sugieren un efecto protector frente al cáncer. Dos estudios prospectivos de cohorte han demostrado que la mortalidad a largo plazo es menor en los pacientes con LES tratados con antipalúdicos, observándose en uno de ellos, una menor mortalidad por enfermedad cardiovascular. En relación con los efectos adversos, la hidroxycoloroquina es más segura que la cloroquina, y los principales efectos adversos son muy infrecuentes a las dosis recomendadas. La tasa de incidencia de toxicidad retinal para hidroxycoloroquina es de 1 caso por 1.000 paciente-año. El empleo de hidroxycoloroquina es seguro también en el embarazo y su interrupción conduce a un mayor riesgo de brotes durante el embarazo.

**Conclusiones.** La hidroxycoloroquina se debería emplear en todos los

Tabla 1. (IF-14).

Edad (años)	Sexo	Diagnóstico	Evolución (años)	Tratamientos previos	Seguimiento (meses)	Respuesta	Reacciones adversas
31	Mujer	LCSA	10	AP, DP, PD, MTX, AZA, IGIV, RTX	12	Completa	Fiebre y cefalea con primeras dosis
30	Mujer	LCSA	8	AP, DP, PD, MTX, AZA, IGIV	4	Incompleta (recaída a los 2 meses)	Febrícula con primera dosis
60	Mujer	UV	5	AH, AP, AL, MTX, CSP, IGIV	4	Completa	Ninguna
30	Mujer	UV	3	AH, AP, AL, MTX, CSP, IGIV	3	Completa	Ninguna



pacientes con LES desde el momento del diagnóstico, con independencia de la gravedad de enfermedad y sin interrumpir el tratamiento en caso de embarazo.

#### IF-17

### VALOR PRONÓSTICO DE LA GAMMAGRAFÍA PAROTÍDEA REALIZADA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: ASOCIACIÓN CON NEOPLASIA HEMATOLÓGICA Y SUPERVIVENCIA

P. Brito Zeron<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, M. Blanco<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, A. Bove<sup>1</sup>, A. Siso<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>CAP Les Corts. GESCLINIC, Barcelona.

**Objetivos.** Analizar el valor pronóstico de la realización de la gammagrafía parotídea en el momento del diagnóstico en una amplia cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp).

**Material y métodos.** Se incluyeron 436 pacientes con SSp a los que se realizó gammagrafía parotídea en el momento del diagnóstico. La afección de las glándulas parotídeas se evaluó de acuerdo a la clasificación propuesta por Schall en 1971 y se categorizó de acuerdo a los criterios clasificatorios de SS (1993 y 2002).

**Resultados.** De los 436 pacientes, 297 (68%) presentaron una gammagrafía parotídea grado 3 o 4 (alteración incluida en los actuales criterios clasificatorios de 2002) en el momento del diagnóstico. Ciento veinte pacientes (28%) presentaron una afección parotídea bilateral de grado moderado (grado 2). Respecto a los pacientes con gammagrafía grado 2 o inferior, los pacientes con grado 3 o 4 presentaron una mayor frecuencia de afección extraglandular sistémica (28% vs 19%,  $p = 0.035$ ), especialmente vasculitis (8% vs 3%,  $p = 0.034$ ). Además, la existencia de una gammagrafía 3-4 al diagnóstico se correlacionó con la presencia de los principales autoanticuerpos, incluyendo FR+ (44% vs 33%,  $p = 0.015$ ), anti-Ro/SS-A (37% vs 25%,  $p = 0.011$ ) y anti-La/SS-B (25% vs 17%,  $p < 0.001$ ). En el seguimiento, los pacientes con gammagrafía 3-4 presentaron una mayor frecuencia de neoplasias (11% vs 4%,  $p = 0.028$ ), neoplasias hematológicas (5% vs 1%,  $p = 0.04$ ), y una mayor mortalidad (11% vs 4%,  $p = 0.004$ ). El análisis específico de los pacientes con alteración gammagráfica grave (grado 4) en el momento del diagnóstico de su enfermedad evidenció una estrecha relación con la aparición de neoplasias hematológicas ( $p = 0.007$ , OR 4.92, IC95% 1.37-15.88) y la mortalidad ( $p = 0.003$ , OR 4.55, IC95% 1.54-12.38).

**Conclusiones.** La realización de la gammagrafía parotídea en el momento de la evaluación inicial del paciente con SSp no solo contribuye a la evaluación del cumplimiento de los actuales criterios clasificatorios. El hallazgo de un grado de afección 3-4 en el momento del diagnóstico confiere un peor pronóstico, al estar asociado al desarrollo de vasculitis y neoplasias (especialmente hematológicas) y a una menor supervivencia.

#### IF-18

### ¿QUÉ UTILIDAD TIENE DETERMINAR EL FACTOR REUMATOIDE EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO?

M. Blanco, I. Jiménez, P. Brito Zeron, M. Soto, M. Pérez de Lis, A. Bove, M. Akasbi y M. Ramos Casals

Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** El factor reumatoide (FR) fue eliminado en la última revisión de los criterios clasificatorios del síndrome de Sjögren primario (SSp) propuesta en 2002. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia y relevancia clínica de la existencia de FR positivo en una amplia serie de pacientes con SSp.

**Material y métodos.** Se incluyeron 476 pacientes consecutivos diagnosticados de SSp entre 1980 y 2007 de acuerdo a los criterios Europeos de 1993. Ninguno de los pacientes presentaba infecciones víricas crónicas ni cumplía los criterios clasificatorios de artritis reu-

matoide ni de otras enfermedades autoinmunes sistémicas. Se consideró como valor positivo una cifra  $> 30$  UI/L (nefelometría).

**Resultados.** De los 476 pacientes, 200 (el 42%) presentaban FR positivo: un 39% de estos pacientes presentaba valores  $> 100$  UI/L y solo un 8% valores  $> 500$  UI/L. La presencia de FR no modificó la presentación clínica del síndrome seco ni se asoció a una distinta prevalencia en la positividad de las distintas pruebas diagnósticas, excepto en el caso de positividad de la biopsia de glándulas salivares (79% vs 66% en los pacientes sin FR,  $p = 0.041$ ). Sí que se observó una estrecha relación entre la presencia de FR y diversas manifestaciones extraglandulares, con una mayor frecuencia de fenómeno de Raynaud (18% vs 12%,  $p = 0.044$ ), afección articular (59% vs 39%,  $p < 0.001$ ) y vasculitis (12% vs 4%,  $p = 0.002$ ) respecto a los pacientes con FR negativo. En cambio, los pacientes con FR+ presentaron una menor frecuencia de afección del SNC (1% vs 4%,  $p = 0.027$ ). Finalmente, la presencia de FR positivo se correlacionó con la presencia de los principales marcadores inmunológicos, incluyendo ANA+ (93% vs 76%,  $p < 0.001$ ), anti-Ro/SS-A (62% vs 16%,  $p < 0.001$ ), anti-La/SS-B (46% vs 9%,  $p < 0.001$ ), niveles bajos de C4 (20% vs 9%,  $p = 0.001$ ) y crioglobulinas positivas (15% vs 6%,  $p = 0.002$ ).

**Conclusiones.** Más del 40% de nuestros pacientes con SSp presenta FR positivo. Su detección se asocia a la presencia de los principales alteraciones de la enfermedad incluyendo la biopsia salivar, la afección extraglandular, la presencia de otros autoanticuerpos y a la de los dos principales marcadores pronóstico (hipocomplementemia y crioglobulinemia). Los resultados apoyan con fuerza la re-inclusión del FR en los criterios clasificatorios del SSp.

#### IF-19

### ESTUDIO EVOLUTIVO DEL PERFIL INMUNOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ¿CAMBIAN LOS AUTOANTICUERPOS A LO LARGO DEL SEGUIMIENTO?

I. Jiménez, M. Blanco, P. Brito Zeron, M. Pérez de Lis,

M. Soto, M. Akasbi, A. Bove y M. Ramos-Casals

Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la evolución de los valores de los principales autoanticuerpos utilizados en el diagnóstico del síndrome de Sjögren primario (SSp).

**Material y métodos.** Se incluyeron 257 pacientes con SSp de los que se disponía de los valores evolutivos de los siguientes autoanticuerpos en el período 2001-2008: anticuerpos antinucleares (ANA, técnica IFI en triple tejido), factor reumatoide (FR, técnica nefelometría), anticuerpos anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B (ELISA). Se analizó el cambio en el resultado global (negativización o positividad) así como el cambio substancial en la titulación de los ANA (variación de al menos dos diluciones) y del valor del FR (variación de al menos el 50% del valor inicial).

**Resultados.** Respecto al resultado inicial, se observó una variación significativa (tanto en resultado global como en titulación) de los ANA en 57 (22%) pacientes, del FR en 43 (17%), de los anti-Ro/SS-A en 3 (1.2%) y de los anti-La/SS-B en 11 (2.2%) pacientes. Se observó un cambio substancial de los títulos de ANA ( $\pm$  dos diluciones) en solo 20 (8%) pacientes, mientras que solo 10 (4%) pacientes negativos se positizaron y 47 (18%) negativizaron el resultado positivo inicial. El análisis detallado de los que negativizaron los ANA mostró que el 64% presentaban un título inicial de 1/40, el 27% un título de 1/80 y solo un 9% un título inicial igual o superior a 1/160. Respecto al valor inicial del FR, solo un paciente presentó un aumento significativo, 35 (14%) pacientes negativizaron un valor positivo inicial y solo 8 (3%) se positizaron. De los 35 pacientes que negativizaron el FR, 30 (86%) presentaban valores  $< 60$  UI/L. Finalmente, solo 14 (5%) pacientes presentaron un cambio en el resultado de los anticuerpos anti-Ro/La, siendo más frecuente la positividad (en 9 casos) que la negativización (solo en 3). La presencia de los 4 autoanticuerpos positivos se observó en 44 pacientes y se asoció a una mayor frecuencia de positividad en la biopsia de glándulas salivares menores (100% vs 66%,  $p = 0.015$ ).

**Conclusiones.** Cerca del 80% de nuestros pacientes con SSp pre-

sentan en el seguimiento inmunológico de los principales autoanticuerpos (ANA, FR, Ro y La) los mismos resultados al inicio que al final del seguimiento. Destaca que el mayor grado de variación se encuentra en los pacientes con títulos iniciales de ANA < 1/80 y de FR < 60 UI/L, valores que se negativizan en más del 80% de casos. A diferencia de otras enfermedades como el LES, el curso evolutivo inmunológico del SSp es mucho más estable. El significado clínico de la existencia al diagnóstico de títulos bajos de ANA y FR no es conocido y debe evaluarse si estos pacientes tienen una evolución clínica diferente al resto.

**IF-20**  
**PAPEL DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN EL EFECTO ANTIINFLAMATORIO Y CARDIOPROTECTOR DE LA L-CARNITINA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**  
**O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Miguel Carrasco<sup>2</sup>, A. Mate Barrero<sup>2</sup>, M. Monserrat García<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup> y C. Vázquez Cueto<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Dpto. Fisiología y Zoología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar el efecto cardioprotector de la L-carnitina (LC) en la hipertensión arterial, evaluando algunos mecanismos de acción implicados en el proceso inflamatorio que acompaña a este desorden y estudiando el papel del sistema renina-angiotensina (SRA).

**Material y métodos.** Se han empleado cuatro grupos de ratas Wistar: 1) controles normotensas; 2) ratas tratadas con LC; 3) ratas con hipertensión inducida con L-NAME y 4) ratas tratadas con L-NAME más LC. Todos los tratamientos se mantuvieron durante 12 semanas. Transcurrido dicho período, se obtiene plasma y se extrae el corazón, aislando el ventrículo izquierdo para la extracción de ARN total. El plasma y el ARN se usan para la determinación plasmática y expresión génica (mediante PCR en tiempo real) de los marcadores inflamatorios: factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), interleucina-1 (IL-1) e interleucina-6 (IL-6). Para el estudio del SRA, procedemos al estudio cardíaco de la expresión génica, por PCR a tiempo real, de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y del receptor tipo I de la angiotensina II (ATR1).

**Resultados.** La administración crónica de LC a las ratas con hipertensión inducida por L-NAME provocó un descenso significativo de los valores de presión arterial sistólica y diastólica (23 mmHg y de 25 mmHg, respectivamente). Los niveles plasmáticos de IL-1 e IL-6, que están aumentados en las ratas hipertensas, se normalizan tras el tratamiento con LC. La cantidad de ARNm para la IL-1, IL-6 y TNF- $\alpha$ , aumentada en las ratas hipertensas con respecto a las normotensas, disminuye tras la administración crónica de LC, aunque sin llegar a normalizarse completamente. Se observa un aumento en la expresión génica de ECA y ATR1 en las ratas hipertensas, aumento que revierte tras el tratamiento crónico con LC. Por otro lado, la administración de LC a las ratas normotensas no altera ninguno de los parámetros analizados con respecto a los observados en el grupo control.

**Discusión.** Nuestro estudio demuestra, por primera vez, un efecto hipotensor de la LC unido a su efecto anti-inflamatorio y cardioprotector de la misma. Nuestros resultados coinciden con estudios previos que indican un aumento en los niveles circulantes de citocinas proinflamatorias en la hipertensión arterial, así como un incremento de marcadores inflamatorios en el corazón de ratas hipertensas, responsables, en parte, del remodelado cardíaco asociado a la hipertensión. El tratamiento con LC mejora el estado inflamatorio asociado a la hipertensión arterial y protege al corazón, todo ello unido a una menor producción y actuación de la angiotensina II, lo que demuestra el papel mediador del SRA.

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran una reducción en los valores de presión arterial en ratas hipertensas tras la administración crónica de LC, unido a un efecto antiinflamatorio de la misma en el daño miocárdico asociado a la hipertensión arterial, efectos ambos mediados por el SRA. Agradecimientos: Financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS, PI051026).

**IF-21**  
**ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES) EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS Y DIFERENCIAS CON ADULTOS MENORES DE 65 AÑOS**

**M. Pérez Bocanegra, R. Solans Laqué, C. Simeón Aznar, J. Prieto Toribio, N. Iriarte De Garay, A. Selva O'Callaghan, V. Fonollosa Pla y M. Vilardell Tarrés**  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron-Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar las características de pacientes mayores de 65 años con ES diagnosticados en nuestro hospital y las diferencias con pacientes de menor edad.

**Material y métodos.** De un total de 319 pacientes con ES se identificaron 67 (21%) que habían sido diagnosticados con 65 o más años. De todos los pacientes se cumplimentó un protocolo clínico. A todos los pacientes se les realizó una analítica completa, radiografía de tórax y capilaroscopia, así como las exploraciones complementarias indicadas en cada caso. Para la comparación de variables categóricas se aplicó el test exacto de Fisher, para comparar en los subgrupos las diferencias entre variables continuas se utilizó el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney.

**Resultados.** La edad media de los pacientes de 65 años o más en el momento del diagnóstico era 71.7 años, 61 (91%) eran mujeres. Respecto a los subtipos de ES, 50 (74.6%) eran limitadas, 5 (7.5%) difusas, 11 (16.4%) ES sine esclerodermia y 1 (1.5%) pre-esclerodermia. Respecto a la afección sistémica: 29 (43.3%) tenían afección esofágica; 58 (86.6%) tenían afección pulmonar; 43 (64.2%) enfermedad intersticial (EPI) y 19 (28.4%) hipertensión arterial pulmonar (HAP); 47 (70.1%) pacientes mayores de 65 años presentaron afección cardíaca; 4 (6%) afección renal; y, 25 (37.3%) síndrome seco. En 62 (92.5%) pacientes había anticuerpos antinucleares (ANAs), en 28 (45.2%) anticuerpos anticentrómero y en 6 (10.2%) pacientes anti-Scl 70. La mortalidad de este grupo de pacientes durante el seguimiento fue del 35.8%. Las causas fueron insuficiencia cardíaca en 9 pacientes, afección pulmonar en 8, enfermedad renal en 2, cardiopatía isquémica en 1 y neoplasia en 1 paciente. La supervivencia media fue de 12.3 (1.5) años. Cuando comparamos el grupo de pacientes mayores con los jóvenes encontramos diferencias respecto a: 1- Los subtipos de SSc (p = 0.002), siendo más frecuente en los mayores la forma limitada (p = 0.001). 2- Las afecciones orgánicas; la esofágica (43,3% vs. 57,5%, p = 0.040); la pulmonar (86,6% vs. 73,8%, p = 0.034), tanto en la EPI (p = 0.002), como en la HAP (p = 0.036); la afección cardíaca (70,1% vs. 49,6%, p = 0.004); y, el síndrome seco (37,3% vs. 20,6%). 3- El momento de aparición de las afecciones orgánicas desde el diagnóstico de la SSc, con aparición más precoz en los mayores. Cuando analizamos la aparición de estas manifestaciones en los primeros 6 meses tras el diagnóstico, aparecen más precozmente de forma significativa la EPI (p = 0,001), la HAP (p = 0.003) y, las manifestaciones cardíacas (p < 0.0005). 4- La mortalidad durante el período de seguimiento (35,8% vs. 19%, p = 0.005), así como las causas de muerte (p = 0,001).

**Discusión.** En nuestros pacientes, en el 21% se diagnosticó la enfermedad con 65 años o más. Nosotros hemos encontrado mayor frecuencia de ES limitada en pacientes ancianos, aunque no hay acuerdo respecto a esto en la literatura. La afección pulmonar, tanto la EPI como la HAP, fueron más frecuentes en pacientes mayores. Asimismo en nuestra serie fue más frecuente la afección esofágica en pacientes mayores. En nuestros pacientes la afección cardíaca fue más frecuente que lo referido por otros autores (54 vs. 20-25%), y fue significativamente mayor en los de edad avanzada. Cabe destacar también que en pacientes mayores las manifestaciones sistémicas ocurren más precozmente tras el diagnóstico que en los de menor edad, concretamente la afección pulmonar y cardíaca en los 6 primeros meses tras el diagnóstico.

**Conclusiones.** 1. En pacientes mayores con ES es más frecuente la forma limitada. 2. La afección pulmonar y cardíaca son más frecuentes en pacientes mayores, y estas manifestaciones aparecen más precozmente en este subgrupo de pacientes. 3. La ES se puede diagnosticar en pacientes de edad avanzada, y el conocimiento de sus características y la comparación con pacientes de menor edad puede ayudar a mejorar el manejo de la enfermedad, así como su morbimortalidad.

## IF-22

**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON EPOPROSTENOL EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR**

**R. Garrido Rasco, F. García Hernández, R. González León, P. Montero Benavides, E. Chinchilla Palomares, C. Ocaña Medina, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román**

Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar (Servicio de Medicina Interna) Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad con curso fatal (supervivencia media de 2,5 años). El tratamiento con epoprostenol (EPP) ha demostrado mejorar la supervivencia. Comunicamos nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con HAP con EPP.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con HAP tratados con EPP iv a lo largo de 10 años. Todos se sometieron a estudio protocolizado y el diagnóstico definitivo se estableció mediante cateterismo derecho. Todos los pacientes se controlaron periódicamente y se recogieron de forma protocolizada los datos clínicos relacionados con la HAP, la clase funcional (CF) y la respuesta a la prueba de marcha de seis minutos. La dosis inicial de EPP fue de 1 a 2 ng/kg/minuto con ascenso progresivo hasta observar una buena respuesta clínica y modificaciones subordinadas a la evolución del paciente. Análisis estadístico: Las variables cuantitativas continuas se expresan como media  $\pm$  desviación estándar (DE). Las diferencias entre variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher. La supervivencia se calculó mediante el método Kaplan-Meier. Se realizó una comparación entre la curva de supervivencia "real" de los pacientes con la curva "teórica" obtenida a partir de la fórmula de D'Alonzo (comparaciones mediante el método "long rank").

**Resultados.** Desde marzo de 1998 hasta diciembre de 2007, se trataron 19 pacientes (con posterioridad se añadieron 3 nuevos pacientes que no hemos incluido en el análisis dada su corto seguimiento). Once con formas asociadas: 9 con colagenosis (5 con LES y 4 con ES); 2 con cardiopatía congénita (CIA). Ocho con forma idiopática. Ninguno fue "respondedor" en el test vasodilatador agudo. El tiempo de seguimiento fue de  $37.2 \pm 36$  meses. EPP constituyó el tratamiento inicial en 13 pacientes. Se utilizó tratamiento combinado en 16. Durante el seguimiento murieron 10 pacientes (52,6%): 9 por insuficiencia cardíaca; 1 por causas desconocidas. Cuatro abandonaron el tratamiento: 2 por problemas con el catéter; 2 por mejoría; ninguno se sometió a trasplante pulmonar. Sobreviven 9 pacientes (6 mantienen EPP). Supervivencia a 1, 3 y 5 años: 84, 74.85 y 64.16%, respectivamente (teórica: 69, 48 y 37%) con diferencias significativas ( $p = 0,027$ ). Mediana de supervivencia: 89.28 meses (teórica 42). La supervivencia fue menos favorable en pacientes en CF-IV. No hubo diferencias de supervivencia entre pacientes con formas idiopáticas y asociadas ( $p = 0,9$ ).

**Discusión.** La HAP es, dejada a su libre evolución, un proceso con una mortalidad del 50%, tras el diagnóstico, en un plazo inferior a 3 años. El empleo de fármacos vasodilatadores específicos, tales como epoprostenol, ha modificado drásticamente dicho pronóstico, especialmente en pacientes en clase funcional IV. En nuestro análisis, obtenemos unas curvas de supervivencia muy favorable independientemente de las variantes de clasificación de los pacientes dentro del grupo de HAP.

**Conclusiones.** EPP fue, en nuestra serie, un fármaco muy eficaz para mejorar la supervivencia de pacientes con HAP tanto idiopática como asociada.

## IF-23

**BOSENTAN: INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (IDIOPÁTICA O ASOCIADA)**

**R. Garrido Rasco, F. García Hernández, R. González León, E. Chinchilla Palomares, P. Montero Benavides, C. González Pulido, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román**

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enferme-

dad con curso fatal (supervivencia media de 2,5 años). Bosentán (BST) ha demostrado previamente su utilidad en estos pacientes. Comunicamos nuestra experiencia con dicho tratamiento en HAP. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con HAP tratados con BST en una cohorte seguida a lo largo de 10 años. Todos se sometieron a estudio protocolizado y el diagnóstico definitivo se estableció mediante cateterismo derecho. Se controlaron periódicamente y se recogieron de forma protocolizada datos clínicos relacionados con HAP, clase funcional (CF) y respuesta a la prueba de marcha de 6 minutos (PM6M). La dosis inicial de BST fue de 62,5 mg/12 horas con ascenso a 125 mg/12 horas al cabo de 4 semanas vigilando la presencia de efectos adversos. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como media  $\pm$  desviación estándar (DE). La supervivencia se calculó por el método Kaplan-Meier. Se realizó una comparación entre la curva de supervivencia "real" de los pacientes con la "teórica" según fórmula de D'Alonzo ("log rank").

**Resultados.** En una cohorte de pacientes seguidos entre marzo-1998 hasta marzo-2008, se trataron 46 con BST. Veintisiete con formas asociadas (HAPA): 20 con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS): 6 LES, 1 AR, 1 DM/PM, 1 Sjögren y 11 ES; 3 con cardiopatía congénita (CIA), 2 con VIH, 1 tromboembólica y 1 con patología portopulmonar; 19 con forma idiopática (HAPI). Ninguno fue "respondedor" en el test vasodilatador. Tiempo medio de seguimiento: 46.44 meses. BST fue el tratamiento inicial en 27. Se utilizó tratamiento combinado en 29. Durante el seguimiento murieron 16 (34,78%), 6 por insuficiencia cardíaca, 2 por infección respiratoria, 1 tras trasplante hepático y 7 por causas desconocidas. Sobreviven 30 pacientes (20 con BST; 11 de ellos en monoterapia). Supervivencia acumulada a 1, 3 y 5 años: 84,1; 73,3 y 64,7% respectivamente (teóricas de 73, 53 y 42%). La supervivencia fue menos favorable en pacientes en CF-IV (75, 60 y 53.8%) que en los de clase II-III (85, 80 y 72%). No hubo diferencias de supervivencia entre pacientes con HAPI y HAPA ( $p = 0,7$ ). Efectos secundarios: hepatotoxicidad reversible en 4 pacientes.

**Discusión.** Observamos una respuesta muy favorable al tratamiento con BST en nuestra serie de pacientes con HAP (tanto HAPI como HAPA) Tradicionalmente, los pacientes con HAPA a EAS, tenían una supervivencia mucho peor que los pacientes con HAPI, tanto en ausencia como en presencia de tratamiento. Oros autores como Mukerjee comprueban que la supervivencia pacientes con HAPA a ES es semejante a la de los pacientes con HAPI, cuando se tratan activamente. Al igual que otros autores, no apreciamos diferencias en la supervivencia entre formas HAPI y HAPA. Esta observación, limitada por el pequeño número de nuestra muestra, se refuerza por una conclusión idéntica al analizar el total de nuestra serie de 107 pacientes con HAP (incluidos los valorados aquí). Carrington, en un estudio publicado en 2008 acerca de la variación en el pronóstico de la HAP en los últimos 20 años, concluyen que la tasa anual de letalidad por dicha causa, ha disminuido progresivamente en los pacientes con EAS incluso por debajo de la de pacientes con HAPI. Aluden al hecho de que, en grupos de riesgo, la realización sistemática de cribajes permite diagnosticar a estos pacientes en fases más precoces del proceso e instaurar tratamientos de forma también más precoz.

**Conclusiones.** BST, en nuestra serie, se comportó como un fármaco muy eficaz para mejorar la supervivencia de pacientes tanto con HAPI como con HAPA.

## IF-24

**ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 79 PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIANTES CONFIRMADA POR BIOPSIA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**J. Pérez, G. Bejarano, B. Mari, M. Monteagudo, A. Casanovas, R. Jordana, C. Tolosa y J. Oristrell**  
Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Descripción de las características epidemiológicas, clínicas, respuesta al tratamiento y complicaciones de una serie de 79 pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) confirmada por biopsia de arteria temporal (BAT).



**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes a los que se les realizó una BAT entre 1989 y diciembre 2007 en nuestro centro. Se recogieron los datos epidemiológicos y las variables clínicas iniciales y en el momento del diagnóstico junto con las variables analíticas previas a la realización de la BAT y antes del tratamiento corticoideo.

**Resultados.** Se realizaron 278 BAT en el período estudiado, 79 de ellas fueron positivas para ACG (28.4%). La edad media al diagnóstico fue de 75 años (rango 60-90). Eran mujeres 61 casos (77.2%). La mediana de tiempo entre inicio de la clínica y diagnóstico fue de 92 días (rango 12-498). El debut clínico más frecuente fue la afectación craneal con otra sintomatología acompañante (sistémica, polimialgia reumática -PMR- o ambos) en 54 de los pacientes (68.4%), la clínica craneal aislada en 15 (19%) y en ausencia de afectación craneal (con PMR o síntomas sistémicos) en 10 (12.7%). El síntoma principal fue cefalea en 67/78 (85.9%), seguido de síntomas sistémicos en 54/78 (69.2%), PMR en 39/76 (51.3%), claudicación mandibular en 30/72 (41.8%), trastornos visuales en 22/75 (29.3%) y manifestaciones isquémicas en 10/76 (13.2%), 7 cerebrales, 2 coronarias, 1 digestiva. Se detectó algún tipo de alteración de la palpación de la arteria temporal en 55/75 (73.3%). Dentro de las variables analíticas a destacar la presencia de VSG inferior a 50 mm en 13/79 (16.5%), Hb < 11 g/L en 47/77 (61%) y trombocitosis > 450.000 en 15/77 (19.5%) de los casos. La mediana del tamaño de la muestra de BAT fue de 1 cm (rango 0.20-2.40 cm). En el 100% de los casos se cumplían  $\geq 3$  criterios de clasificación de la ARA. 78 de los 79 pacientes con BAT positiva recibieron tratamiento con corticoides. La dosis de inicio de prednisona entre 40 y 60 mg/día se administró a 68/78 de los casos (88%). El tiempo de reducción a la mitad de dosis fue entre 2 y 5 meses en 48/68 (71.3%). De 42 rebrotes, 22 (52.4%) no tomaban tratamiento corticoideo, 13 (31%) estaban con dosis entre 1.25 y 7.5 mg/día. 3 pacientes (5.1%) presentaron rebrote con  $\geq 20$  mg de prednisona. Se observaron complicaciones secundarias al tratamiento en 31/68 (45.6%), las más frecuentes fueron aplastamiento vertebral 8 (25.8%), cataratas 8 (25.8%), infecciones 5 (16.1%), y desarrollo de diabetes mellitus 4 (12.9%). Con menor frecuencia infarto de miocardio tras inicio de tratamiento, miopatía esteroidea y pancreatitis. 11 de los pacientes fallecieron, 6 por patología cardiovascular (AVC, cardiopatía isquémica, isquemia intestinal, aneurisma disecante). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en las variables clínicas y analíticas excepto en la presencia de trombocitosis 15/77 que en todos los casos fueron mujeres ( $p < 0,015$ ).

**Discusión.** No existen diferencias en ninguna de las variables clínicas ni analíticas entre sexos a excepción de la presencia de trombocitosis que se halló exclusivamente en mujeres. En relación con los síntomas clínicos, la forma de presentación más frecuente en nuestra serie fue la presencia de síntomas craneales junto con sintomatología sistémica y/o PMR. La alteración de la palpación de la arteria temporal a la exploración física estaba presente en un alto porcentaje de casos. Las alteraciones analíticas en la ACG son inespecíficas en relación con la presencia de reactantes de fase aguda destacando en nuestra serie hasta en un 16% de los casos en las que la VSG era inferior a 50 mm.

**Conclusiones.** Un 28% de las biopsias de la arteria temporal realizadas en nuestro centro son positivas para ACG. Los resultados de nuestra serie no difieren de otras descritas previamente en la literatura en cuanto a las manifestaciones clínicas y analíticas. Como en otras series, existe un claro predominio en el sexo femenino. La patología cardiovascular fue la causa más frecuente de muerte en los pacientes de nuestra serie que fallecieron.

## IF-25 DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN GALICIA

J. Larrañaga<sup>1</sup>, M. Pérez<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>1</sup>, C. García<sup>2</sup>, A. Rivera<sup>1</sup> y S. Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La Enfermedad de Behçet (EB) es una entidad inflamatoria crónica con brotes de agudización caracterizada por úlceras orales/ genitales afectación cutánea y ocular junto a otras múltiples manifestaciones. El sustrato histopatológico de la lesión es una vas-

culitis de vaso fino y su diagnóstico descansa en una serie de criterios clínicos consensuados. Las Vasculitis frecuentemente experimentan cambios arterioscleróticos. La disfunción endotelial se considera la piedra angular del proceso arteriosclerótico. Sabemos que la EB ofrece una enorme variación de expresividad de síntomas y complicaciones según los grupos étnicos y geográficos. Nosotros nos hemos propuesto estudiar la función endotelial de pacientes con EB de nuestra área geográfica (Galicia) con el ánimo de conocer si hay disfunción endotelial como se ha descrito en poblaciones de la Ruta de la Seda.

**Material y métodos.** 25 pacientes con enfermedad de Behçet que cumplían los criterios de Internacional Study Group for Behçet's Disease, dieron su consentimiento informado para el estudio. Las características clínicas del grupo eran recogidas en la tabla 1. Los pacientes con EB: (varones/mujeres 14/11; edad promedio de 44,32 años y un promedio de duración de la enfermedad de 11,13 +7,6 años). Se compararon con igual número de pacientes sanos (grupo control) (varones/mujeres 14/11, edad promedio de 44,96 años) Los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, Diabetes, Hipertensión y tratamiento esteroideo > 1 año, fumadores y hiperlipidemia en los últimos 6 meses (niveles de colesterol total > 250 mg/dl, lipoproteínas de baja densidad (LDL) > 160 mg/dl, triglicéridos > 200 mg/dl) fueron excluidos. El CIM de la carótida era medido con un equipo ecográfico ATL HDI 3,500 Medical Systems, (duplex-doppler color).

**Resultados.** Los 2 grupos eran similares en cuanto a variables demográficas y factores de riesgo cardiovascular. La edad media fue de 44,3  $\pm$  13,2 para los pacientes y de 44,9  $\pm$  13,6 para los controles. El complejo intima media (CIM) prebulbar carótida derecha 0,456  $\pm$  0,07 en EB y 0,348  $\pm$  0,104 en controles, CIM prebulbar carótida izquierda 0,52  $\pm$  0,163 en EB y 0,316  $\pm$  0,05 en controles. CIM medido en mitad de la carótida derecha 0,464  $\pm$  0,075 en EB y 0,324  $\pm$  0,077 en controles. CIM en mitad de carótida izquierda 0,48  $\pm$  0,115 en EB y 0,324  $\pm$  0,077 en controles. Para el estudio estadístico de estos resultados se realizó el CIM agrupado (considerando el valor de las 4 mediciones) y mostró diferencia significativa  $p = 0,011$  entre los pacientes con EB y los controles, así mismo se realizó estadística entre las variables Behçet/control y la presencia de placas de ateroma obteniéndose diferencias significativas  $p = 0,044$ .

**Discusión.** Nuestra área geográfica (Galicia) esta fuera de la Ruta de la Seda clásica pero España en su conjunto esta encuadrada en el área mediterránea y por tanto bajo la influencia del aumento de prevalencia de la EB. Nuestros resultados demuestran que existe una disfunción endotelial similar a la población turca estudiada por Keser y Ozturk en cuanto a un incremento del complejo intima-media a nivel carotideo con significación estadística en relación al grupo control. Hemos tratado de aislar otros factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes y así hemos excluido aquellos con hábito tabáquico, hipertensión, diabetes, toma crónica de esteroides, hiperlipemia y los que habían presentado eventos isquémicos cardiacos, lo cual nos lleva a pensar que la disfunción endotelial en la EB es un factor independiente de arteriosclerosis. No hemos encontrado relación estadística entre disfunción endotelial y prevalencia de manifestaciones comunes en la EB como afectación ocular, cutánea ni genital.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con EB de Galicia tienen incremento del complejo intima media carotideo. 2. Los pacientes con EB de Galicia tienen disfunción endotelial. 3. La disfunción endotelial en la EB parece ser un factor independiente de riesgo cardiovascular.

## IF-26 IMPACTO DE LAS INFECCIONES POR GÉRMEENES OPORTUNISTAS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA AUTOINMUNE QUE INGRESA POR PROCESOS INFECCIOSOS

M. Soto Cárdenas, I. Bonig, C. Fernández, A. Talayero, M. Pérez de Lis, I. Jiménez, M. Blanco y M. Ramos Casals  
Laboratory of Autoimmune Diseases "Josep Font", Department. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Análisis de la prevalencia, características clínicas y evolutivas de las infecciones oportunistas en pacientes con enfermedades

sistémicas autoinmunes (EAS) ingresados por procesos infecciosos en un hospital de referencia.

**Material y métodos.** Entre enero de 2000 y septiembre de 2007, de los 3694 pacientes ingresados en nuestro servicio, en 250 (7%) se consideró que la principal causa que motivó el ingreso fue un proceso infeccioso. Las variables en función de la etiología, localización y evolución de las infecciones fueron revisadas para cada caso. Se analizaron los siguientes factores asociados: datos demográficos (incluyendo edad de diagnóstico de EAS y en edad de diagnóstico de la infección), tipo y actividad de la enfermedad autoinmune subyacente, órgano afecto, tratamiento recibido y evolución del proceso infeccioso.

**Resultados.** De los 250 pacientes con EAS que ingresaron por infección, sólo 18 (7%) presentaron infecciones por patógenos oportunistas (14 mujeres y 4 hombres, con una edad media en el diagnóstico de la EAS de 39 años y de 47 años en el diagnóstico de infección). El tiempo medio de evolución de su EAS fue de 7.6 años (rango: 1- 37). Las EAS incluían 7 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), 4 con vasculitis sistémicas, 3 con esclerosis sistémica, 2 con síndrome antifosfolípido, un síndrome de Sjögren primario y una enfermedad de Behçet. La terapia de las EAS incluía glucocorticosteroides orales en 12 pacientes (67%) y agentes inmunodepresores en 6 (33%), incluyendo ciclofosfamida en 3 casos y micofenolato en 2. Ningún paciente había recibido agentes biológicos. Las infecciones oportunistas confirmadas fueron la tuberculosis pulmonar (3 casos), la estrongiloidiasis (3 casos), legionelosis (3 casos), candidiasis sistémica (3 casos), neumonía por *P. Jirovecci* (1 caso), criptococosis pulmonar (1 caso), toxoplasmosis retiniana (1 caso), aspergilosis (1 caso), neumonía varicelosa (1 caso), listeriosis (1 caso) y sepsis por *S. bovis* (1 caso). Un paciente presentó una infección sistémica causada por múltiples patógenos oportunistas, identificados tras necropsia. Sólo dos pacientes (11%) presentaron un rebrote acompañante de la actividad de su enfermedad autoinmune de base, requiriendo aumento de dosis de glucocorticosteroides. Fallecieron 2 (11%) de los 18 pacientes: una mujer de 32 años con una nefropatía lúpica grave y evolucionada (la necropsia mostró infección sistémica por *Cryptococcus*, candida y estrongiloides) y otra paciente de 59 años con LES que falleció por aspergilosis pulmonar.

**Conclusiones.** En nuestro estudio observamos una baja prevalencia (< el 10%) de infecciones oportunistas como causa de ingreso en los pacientes con EAS, siendo la tuberculosis (1.2%) la infección más frecuente. Las infecciones oportunistas presentaron una respuesta favorable a la terapia antimicrobiana específica, con una mortalidad reducida (11%). En nuestro ámbito, el impacto de las infecciones oportunistas en los pacientes con EAS que ingresan por procesos infecciosos no es especialmente relevante.

#### IF-27

### ELEVACIÓN DE TROPONINA IC EN LA PERICARDITIS AGUDA IDIOPÁTICA

**M. Ferreiro Losada<sup>1</sup>, B. Sopena<sup>2</sup>, J. Vázquez Álvarez<sup>3</sup>, A. Rivera<sup>2</sup>, E. Díaz Sanisidro<sup>1</sup>, I. Vaqueiro<sup>3</sup> y C. Martínez-Vázquez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Área Docente de Medicina familiar y Comunitaria, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>3</sup>Unidad de Trombosis y Vasculitis. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La elevación de la troponina Ic (TnIc) en pacientes con dolor precordial se considera sugestiva de enfermedad coronaria. Sólo 4 estudios (3 retrospectivos) han demostrado que la pericarditis aguda (PA) puede elevar la TnIc.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes adultos ingresados con el diagnóstico de PA en nuestro hospital, que atiende unas 700.000 personas, desde el 1/5/2005 al 25/5/2007. Se incluyeron aquellos que cumplían criterios de PA (Imazio M. et al. JACC 2003;42:2144) y tenían, al menos, una determinación de TnIc.

**Resultados.** Se revisaron 82 historias incluyéndose 62 enfermos con PA, 78,7% de ellos varones. La edad fue de 40 ± 16. Se realizaron TnIc seriadas en 42/62, detectándose TnIc elevada (> 0.2 ng/ml) en 27/62 (43.5%). El grupo de TnIc elevada fue más joven (32 ± 14 vs 47 ± 16; p < 0.05) y tenía CK-MB más alta que el de TnIc normal

(0.28 ± 0.64 vs 40.9 ± 47.5; p < 0,001). La TnIc fue > 1.5 ng/ml en 89% de los casos (20/24) presentando elevación del ST más frecuente e intensa que con TnIc normal (83% vs 50%; p < 0.05). En el 75% de los que elevaron TnIc su valor máximo fue superior a 3.5 ng/ml (media: 15.8 ng/ml). Se realizó cateterismo en 9 pacientes (33.3%) siendo normal en todos. En el seguimiento (promedio 543 ± 318 días) sólo hubo 10 casos de PA recurrente (16%) y ningún evento coronario.

**Conclusiones.** La troponina Ic se elevó en 43% de las PA. La CK-MB alta y la frecuente elevación del ST en los pacientes con elevación de Troponina Ic, sugieren mayor afectación miocárdica que en el grupo de pacientes con Troponina normal.

#### IF-28

### LINFOMA DE CÉLULAS B EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA ASOCIADA A LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: CARACTERIZACIÓN DE 35 CASOS

**M. Soto<sup>1</sup>, S. Muñoz<sup>1</sup>, L. La Civita<sup>2</sup>, S. De Vita<sup>4</sup>, R. Solans<sup>5</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, A. López Guillermo<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Enfermedades Autoinmunes (MR-C, JF),

<sup>2</sup>Servicio de Hematología (AL-G), Institut d'Investigació,

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Internal Medicine Unit (LLC, PF), S. Martino Hospital, Oristano, Italy.

<sup>4</sup>Clinic of Rheumatology (SDV, GdM), DPMSC. University of Udine, Udine, Italy. <sup>5</sup>Departamento de Medicina Interna (RS).

Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Análisis de las características clínicas, inmunológicas e histológicas de los pacientes con enfermedad autoinmune sistémica (EAS) asociada a la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) que desarrollaron linfomas de células B.

**Material y métodos.** Varios centros internacionales de referencia conforman el grupo de estudio multicéntrico HISPAMEC, cuyo objetivo es elaborar un registro internacional de pacientes con EAS y VHC. En este estudio se recogieron de forma específica las variables de los pacientes con EAS e infección crónica por VHC que desarrollaron neoplasia.

**Resultados.** Setenta y cinco pacientes EAS-HCV incluidos en el Registro habían desarrollado neoplasia, de los cuales 52 eran mujeres (69%) y 23 hombres (31%), con una edad media de 52 años en el diagnóstico de EAS, 54 años en el diagnóstico de infección VHC y 56 años en el diagnóstico de neoplasia. Las EAS incluían síndrome de Sjögren (SS) (n = 49), lupus eritematoso sistémico (LES) (n = 7), vasculitis sistémica (n = 6), miopatías inflamatorias (n = 4), sarcoidosis (n = 3) y otras (n = 6). Las neoplasias descritas con mayor frecuencia fueron las hematológicas (42 casos, 35 de los cuales eran linfoma de células B) y el carcinoma hepatocelular (16 casos). Cinco pacientes desarrollaron dos neoplasias. Las principales características inmunológicas observadas fueron la presencia de crioglobulinas en el 65%, factor reumatoide en el 64% e hipocomplementemia en el 61%. En el análisis específico de los 35 pacientes con linfoma B se observa que los subtipos histológicos más frecuentes fueron el linfoma MZL/MALT en 12 casos (34%) y linfoma difuso de célula B grande en 10 (29%). En 21 pacientes (60%) se confirmó una localización primaria extranodal, siendo las más frecuentes la glándula parotida (n = 6), el hígado (n = 5) y el estómago (n = 5). Comparado con los pacientes con que desarrollaron carcinoma hepatocelular, los pacientes con EAS-HCV que desarrollaron linfoma B eran con más frecuencia mujeres (85% vs 43%, p = 0,01) y presentaban SS (82% vs 53%, p = 0.041), presentaron una menor frecuencia de desarrollo de cirrosis (12% vs 53%, p = 0.004) y una mayor frecuencia de neuropatía periférica (39% vs 7%, p = 0.037) y de factor reumatoide positivo (87% vs 38%, p = 0.004).

**Conclusiones.** Más de la mitad de las neoplasias presentes en pacientes con EAS-HCV es de estirpe hematológica, con una proporción linfoma de células B/hepatocarcinoma de 2:1. Los linfomas B se asocian clínicamente a una mayor frecuencia de neuropatía periférica y factor reumatoide positivo, con un predominio de linfoma MZL/MALT y una alta aparición primaria extranodal en órganos en los que el VHC se replica (glándulas exocrinas, hígado y estómago).

## IF-29

**¿CÓMO INFLUYE LA PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AL DIAGNÓSTICO EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DE LA NEFROPATÍA LÚPICA?**

**M. Soto<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup> y A. Coca<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font".

<sup>2</sup>Unidad de Hipertensión, Servicio de Medicina Interna, ICMD.

<sup>3</sup>Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. Barcelona.

**Objetivos.** Análisis de las características clínicas e inmunológicas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y nefropatía confirmada mediante biopsia que presentaban insuficiencia renal en el momento del diagnóstico de nefropatía lúpica (NL).

**Material y métodos.** Entre 1979 y 2007, 206 pacientes fueron diagnosticados de NL en nuestro servicio. Todos los pacientes cumplían los criterios revisados de 1997 del American Rheumatology Collage. Según la clasificación ISN/RPS, la biopsia renal mostró nefropatía tipo I en 8 pacientes (4%), tipo II en 34 (16%), tipo III en 49 (24%), tipo IV en 81 (39%), tipo V en 31 (15%) y tipo VI en 3 (2%). Analizamos las características clínicas de los pacientes en función de la presencia o no de insuficiencia renal (creatinina sérica > 1.5 mg/dL) en el diagnóstico NL.

**Resultados.** 41 (20%) de los 206 pacientes con NL confirmada por biopsia presentaban insuficiencia renal en el momento del diagnóstico (33 mujeres y 8 hombres, edad media al diagnóstico de LES de 29 años y 32 años al diagnóstico de NL). La insuficiencia renal estaba presente en el 33% de la NL tipo IV, el 13% en la tipo V y el 10% en tipo III. Los pacientes con insuficiencia renal eran con más frecuencia varones (20% vs 8%,  $p = 0.041$ ) y presentaban con mayor frecuencia síndrome nefrótico/nepfrítico (93% vs 63%,  $p = 0.001$ ) y una menor tasa de terapia antilúpica previa al diagnóstico de NL (15% vs 30%,  $p = 0.05$ ) en relación con los pacientes con niveles de creatinina normales. Inmunológicamente, la insuficiencia renal se asoció a una menor frecuencia de marcadores positivos, incluyendo anticuerpos anti-dsDNA (87% vs 93%,  $p = 0.021$ ), anticuerpos anti-Sm (3% vs 14%,  $p = 0.05$ ), bajo niveles de C4 (47% vs 70%,  $p = 0.009$ ) y factor reumatoide positivo (0% vs 17%,  $p = 0.014$ ). El análisis multivariante ajustado por la edad, sexo y duración de enfermedad LES, identificó en la presentación clínica de NL como variables significativas independientes asociadas con la insuficiencia renal: el síndrome nefrótico/nepfrítico ( $p = 0.024$ ), bajos niveles de C4 niveles (0.05) y anticuerpos anti-dsDNA (0,014).

**Conclusiones.** El veinte por ciento de los pacientes con NL presenta insuficiencia renal en el momento del diagnóstico, siendo más frecuente en la nefropatía tipo IV (33%). El debut de la NL con alteración en la función renal se asocia a una mayor expresión clínica sintomática (síndrome nefrótico/nepfrítico) pero con una menor expresión inmunológica.

## IF-30

**INFECCIONES VÍRICAS AGUDAS EN EL PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ETIOLOGÍA, PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE 83 CASOS**

**M. Soto<sup>1</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup>, M. Cuadrado<sup>2</sup>, P. Alba<sup>3</sup>, G. Sanna<sup>4</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>2</sup> y M. Khamashta<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font",

<sup>2</sup>Departamento de Enfermedades Infecciosas, Institut d'Investigacions. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

<sup>3</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina.

<sup>4</sup>Department of Rheumatology. Homerton University NHS Foundation Trust, London, UK.

<sup>5</sup>Lupus Research Unit, The Rayne Institute, King's College Lon. Guy's, King's and St Thomas' Hospitals, St Thomas' Hospital. London, UK.

**Objetivos.** Analizar la etiología y las características clínicas de la infección viral aguda en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y su influencia en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del LES.

**Material y métodos.** Se seleccionaron los casos ocurridos en los últi-

mos cinco años a partir de las bases de datos de cuatro grandes hospitales docentes. Las infecciones virales agudas se confirmaron por determinación de anticuerpos IgM específicos y la posterior seroconversión (negativización de IgM y detección de anticuerpos IgG específicos). En los estudios necrópsicos, los hallazgos macroscópicos sugestivos de infección viral fueron confirmados por identificación directa del virus en muestras de tejidos. Adicionalmente se llevó a cabo una búsqueda en Medline de casos similares reportados entre enero de 1985 y diciembre de 2007.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio un total de 83 casos. Se identificaron las siguientes situaciones clínicas: 24 pacientes presentaron un LES (con cumplimiento de al menos 4 de los criterios clasificatorios de 1997) inducido tras la primoinfección por parvovirus humano B19 ( $n = 14$ ), citomegalovirus-CMV- ( $n = 6$ ), virus de Epstein-Barr-EBV- ( $n = 3$ ) y virus de la hepatitis A-HAV- ( $n = 1$ ). Los restantes 59 casos fueron diagnosticados en pacientes con LES conocido. De éstos, 17 pacientes presentaron síntomas relacionados con la infección que simulaban un brote lúpico, 32 presentaron infecciones virales órgano-específicas (neumonitis, colitis, retinitis y hepatitis) y 10 pacientes presentaron una afectación multiorgánica grave similar a la descrita en el SAF catastrófico (5 con un diagnóstico final de síndrome hemofagocítico -SPH- y 5 con una infección viral diseminada). Doce (14%) pacientes fallecieron por infección por CMV ( $n = 5$ ), virus herpes simple ( $n = 4$ ), EBV ( $n = 2$ ) y virus varicela-zoster ( $n = 1$ ). Se realizó necropsia en 9 de estos pacientes, confirmando infección herpética diseminada en 6 pacientes (herpes simple en 4 casos, varicela en uno y CMV en uno) y SPH en los otros 3 casos. Como factores pronóstico asociados a una mayor mortalidad se identificó la presencia de insuficiencia renal (54% vs 21%,  $p = 0.036$ ), SAF (33% vs 7%,  $p = 0.029$ ), tratamiento previo con ciclofosfamida (82% vs 39%,  $p = 0.01$ ) y una menor frecuencia en la instauración de terapia antiviral al diagnóstico del proceso (18% vs 78%,  $p < 0.001$ ).

**Conclusiones.** Los resultados reflejan una compleja interacción en la práctica clínica entre las infecciones víricas agudas y el LES. Casi la mitad de los casos descritos están causados por el CMV, aunque también se han identificado ocho tipos distintos de virus. Esta interacción origina un amplio espectro de situaciones clínicas que van desde el desencadenamiento de un LES, la simulación de un brote lúpico o la aparición de un cuadro clínico grave que puede conducir a la muerte. La falta de protocolización en el estudio de las infecciones víricas en el LES puede motivar que un importante número de infecciones no sean identificadas y tratadas.

## IF-31

**ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL EMPLEO DE RITUXIMAB EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO REFRACTARIO: REVISIÓN DE 188 CASOS**

**M. Soto<sup>1</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup>, J. Giron González<sup>3</sup>, M. Cuadrado<sup>2</sup> y M. Khamashta<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Lupus Research Unit. St. Thomas' Hospital. London. UK.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Análisis de la evidencia existente en la utilización de rituximab (RTX) en pacientes con lupus eritematoso sistémico. (LES).

**Material y métodos.** La selección de la literatura se realizó a partir de artículos originales publicados e incluidos en Pubmed entre enero de 1998 y diciembre de 2007. Para la búsqueda utilizamos como palabras clave "systemic erythematosus lupus", "rituximab" y "anti-CD20". Para su inclusión en nuestro estudio los trabajos requerían poseer información suficiente en términos de respuesta terapéutica y seguridad. Analizamos las variables referentes a las características clínicas, respuesta terapéutica y los efectos adversos descritos.

**Resultados.** Ciento ochenta y ocho pacientes con LES tratados con rituximab (178 mujeres y 10 hombres, edad media de 33 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10 años) fueron identificados en 9 estudios no controlados de series de casos y 23 casos clínicos aislados. Todos los pacientes presentaban enfermedad grave con fracaso terapéutico al tratamiento estándar (glucocorticoides e



inmunosupresores, incluyendo la ciclofosfamida (CFM) en 105 pacientes-56%). En 97 pacientes (51,6%) se administró junto a RTX tratamiento concomitante con CFM endovenosa. De los 188 pacientes, 171 (91%) respondieron al tratamiento con RTX, observándose los siguientes porcentajes de respuesta según el órgano afecto: a) serositis: 85% (29/34); b) cutáneo-mucosa: 89% (79/88); SNC: 89% (26/29); c) articular: 91% (92/101); d) renal: 91% (94/103); e) hematológica: 94% (50/53); f) cardio-pulmonar: 100% (12/12). La respuesta terapéutica observada fue mayor en los pacientes que recibieron tratamiento concomitante con pulsos de ciclofosfamida (98% vs 82%,  $p < 0,001$ ). El tiempo medio de seguimiento fue de 17 meses y se observó recidiva de la enfermedad en 46 pacientes (26%) tras un período medio de 12 meses posterior al tratamiento con RTX. 4 de los 188 pacientes fallecieron (2.1%), 3 pacientes por progresión de la enfermedad y una paciente por leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP). En 44 pacientes (23%) se observaron efectos adversos, siendo los más frecuentes los procesos infecciosos (31 casos-19%), causados por microorganismos bacterianos comunes en la mayoría de los casos. Todos los pacientes evolucionaron de forma favorable al tratamiento antibiótico específico, salvo una paciente que falleció por LMP diagnosticada 12 meses después de la última administración de RTX.

**Conclusiones.** A pesar de que actualmente rituximab no cuenta con indicación aprobada para su uso en pacientes con LES, la experiencia reflejada en la literatura muestra que es un fármaco que ofrece una alternativa eficaz y aceptablemente segura para aquellos pacientes con LES grave y refractario al tratamiento estándar.

### IF-32

#### EVOLUCIÓN CRÓNICA E INSIDIOSA DE LA AFECTACIÓN PULMONAR EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: ANÁLISIS DE 61 CASOS

M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, R. Belenguer<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Akasbi<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, J. Girón<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Análisis de la prevalencia, características clínicas y evolución de la afectación pulmonar en una amplia cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp)

**Material y métodos.** Cuatrocientos noventa y ocho pacientes consecutivos diagnosticados de SSp fueron evaluados. La afectación pulmonar fue definida por la presencia de signos y síntomas sugestivos de afectación pulmonar y alteraciones en al menos uno de los siguientes estudios: Radiografía simple de tórax, tomografía computarizada (TC) torácica y pruebas funcionales respiratorias (PFR) (espirometría y capacidad de difusión del pulmón de monóxido de carbono-DLCO). Los pacientes con enfermedad pulmonar no atribuible al SSp (neoplasias, infecciones o EPOC) fueron excluidos.

**Resultados.** Sesenta y un pacientes (12%) con SSp tenían afectación pulmonar. Cincuenta y siete (93%) eran mujeres y cuatro hombres (7%), con una edad media al diagnóstico de SSp de 59.4 años (DS: 11.9) y de 63.5 años (DS: 11.1) al diagnóstico de enfermedad pulmonar, con un seguimiento medio de SSp de 10.7 años (SD: 5.8). El 82% presentaban disnea y tos en el 79%. Las PFR se realizaron en 49 pacientes con hallazgos patológicos en 32 de ellos (65%) (patrón predominante restrictivo en 21/32-65%). La DLCO se encontraba reducida en el 70% de los pacientes. Las pruebas radiológicas mostraron bronquiectasias en 35 pacientes y afectación intersticial en 21 (imágenes en vidrio delustrado en 15 y fibrosis pulmonar en 13). Sólo 15 pacientes (24%) presentaron la progresión clínica y/o radiológica de la enfermedad pulmonar y 13 pacientes (21%) requirieron hospitalización por reiterados episodios (> 3 episodios) de infecciones respiratorias durante el seguimiento. Siete pacientes (11%) fallecieron, debido a neoplasia hematológica (n = 4) y debido a la afectación pulmonar (n = 3; 5%). Los pacientes con enfermedad intersticial pulmonar predominante tenían menor tiempo medio de evolución del SSp (9.7 años vs 12.1 años,  $p = 0,022$ ) y una mayor frecuencia de anti-Ro/SSA (48% vs 15%,  $p = 0,03$ )

**Conclusiones.** La prevalencia de la afectación pulmonar en una amplia cohorte de pacientes con SSp fue del 12%, siendo las bronquiectasias la manifestación identificada con mayor frecuencia. La aparición de la afectación intersticial es más precoz y se asoció a la presencia de anti-Ro. Después de una media de seguimiento de 10 años, sólo el 24% de los pacientes mostraron progresión de la enfermedad con una baja mortalidad (5%), sugiriendo una evolución crónica e insidiosa en contraste con la participación pulmonar en otras enfermedades sistémicas autoinmunes como la esclerosis sistémica.

### IF-33

#### AFECCIÓN NEUROLÓGICA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE 482 PACIENTES

M. Akasbi<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, M. Ramírez<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, A. Siso<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", IDIBA, <sup>2</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia y características clínicas de la afectación neurológica en una amplia serie de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp).

**Material y métodos.** El estudio transversal incluyó 482 pacientes (446 mujeres y 36 hombres, edad al diagnóstico de SS de 54 años) diagnosticados de SS primario en nuestro Servicio entre 1990 y 2006. La afectación neurológica fue definida como la presencia de alteraciones en al menos uno de los siguientes estudios: electromiografía, estudios de imagen (TC o RM neurológicas), biopsia de nervio periférico, electroencefalograma, potenciales evocados y/o punción lumbar. Los pacientes con trastornos neurológicos no relacionados con el SS (traumatismos, malformaciones, la artrosis, causas metabólicas o tóxicas) fueron excluidos.

**Resultados.** Noventa y ocho (20%) pacientes presentaban afectación neurológica, incluyendo afectación del sistema nervioso periférico en 64 (13%) pacientes, afectación del sistema nervioso central (SNC) en 55 (11%) y afectación del sistema nervioso autónomo en 3 (1%). Las principales manifestaciones neurológicas fueron las lesiones isquémicas asintomáticas del SNC en 29 (6%) pacientes, la neuropatía periférica compresiva en 22 (5%), la polineuropatía axonal mixta en 17 (4%), la neuropatía sensorial pura en 15 (3%), las lesiones de sustancia blanca similares a la esclerosis múltiple (EM-like) en 13 (3%) y el accidente cerebrovascular en 10 (2%). Los pacientes con alteraciones neurológicas presentaron unas características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas diferentes a los pacientes sin afectación neurológica, incluyendo una mayor frecuencia de varones (12% vs 6%,  $p = 0,041$ ), una mayor edad media (57,5 vs 53,1 años,  $p = 0,01$ ), una mayor prevalencia de positividad en la biopsia de glándula salival (91% vs 76%,  $p = 0,026$ ) y una mayor frecuencia de vasculitis (12% vs 5%,  $p = 0,012$ ), afectación pulmonar (14% vs 8%,  $p = 0,048$ ) y anemia (40% vs 20%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** El veinte por ciento de nuestros pacientes con SS primario presenta afectación neurológica evidenciada por pruebas objetivas. La polineuropatía axonal fue la afectación más frecuente del sistema nervioso periférico y las lesiones isquémicas cerebrales asintomáticas, la afectación del SNC más frecuente. Las alteraciones neurológicas fueron más frecuentes en varones, en pacientes de mayor edad y se asociaron con la presencia concomitante de otras manifestaciones sistémicas como vasculitis o enfermedad pulmonar.

### IF-34

#### USO DE RITUXIMAB EN 24 PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN (PROYECTO EURORISS): TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN SISTÉMICA GRAVE

M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup>, S. Steinfeld<sup>2</sup>, A. A. Dross<sup>3</sup>, L. La Civita<sup>4</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup> y S. De Vita<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Clinique Saint-Jean. Brussels, Belgium. <sup>3</sup>Reumatología Clínica, Departamento de Medicina Interna. University of

Ioannina. Ioannina, Greece. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. S. Martino Hospital, Oristano, Italy. <sup>5</sup>Clinic of Rheumatology, DPMSC. University of Udine. Udine, Italy.

**Objetivos.** Analizar la seguridad y la eficacia del uso de rituximab en pacientes con síndrome de Sjögren (SS) con afección sistémica grave y/o linfoma de células B.

**Material y métodos.** En 2007, varios centros de referencia en el manejo de la SS crearon un grupo de estudio multicéntrico para el registro europeo de pacientes con SS tratados con rituximab. Los datos presentados incluyen los pacientes incluidos en el Registro a fecha 31 de diciembre de 2007.

**Resultados.** Se analizan los resultados de 24 pacientes con SS tratados con rituximab (21 mujeres y 3 varones, edad media 51,1 años). Todos los pacientes presentaban un SS primario a excepción de dos en los que el SS se asociaba a infección por el VHC. Veintiún pacientes recibieron cuatro infusiones semanales de 375 mg/m<sup>2</sup> de rituximab y tres dos infusiones quincenales de 1000 mg. El seguimiento medio fue de 39,1 meses (rango de 2 a 80). Rituximab fue prescrito en 14 pacientes con linfoma de células B y en 11 pacientes con manifestaciones extraglandulares graves/refractarias (un paciente tenía linfoma y vasculitis). Las principales manifestaciones sistémicas incluyeron artritis refractaria (n = 5), polineuropatía grave refractaria (n = 4), vasculitis cutánea grave (n = 3), afectación pulmonar (n = 2), trombocitopenia grave (n = 1), enteropatía pierde proteínas (n = 1) y angioedema asociado a deficiencia de C1 inhibidor (n = 1). Dos (8%) pacientes presentaron efectos adversos: un paciente desarrolló una reacción alérgica leve y en otro se diagnosticó un cáncer de pulmón cuatro años después de la terapia con rituximab por linfoma. Se observó respuesta terapéutica en 11 (79%) de los 14 pacientes con linfoma y en 9 (82%) de los 11 pacientes con manifestaciones sistémicas. Se produjo una recaída en 7 (29%) pacientes tras un seguimiento medio de 11 meses; todos los pacientes fueron retratados, con una eficacia terapéutica del 87% y sin eventos adversos significativos.

**Conclusiones.** Aunque el SS no está dentro de las indicaciones aprobadas para el uso de rituximab, su uso muestra buenos resultados de eficacia y tolerancia en el paciente con SS y afección sistémica grave y/o refractaria. Casi el 30% de los pacientes presentaron una recaída tras el tratamiento de inducción, aunque la administración de un segundo ciclo de rituximab alcanzó un porcentaje similar de eficacia al obtenido con la terapia inicial.

### IF-35

#### CICLOFOSFAMIDA COMO TERAPIA DE INDUCCIÓN DE LA NEFRITIS LÚPICA PROLIFERATIVA DIFUSA: 25 AÑOS DE EXPERIENCIA (COHORTE JOSEP FONT)

M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, M. Akasbi<sup>1</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup> y A. Coca<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", Servic, <sup>2</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC, <sup>3</sup>Unidad de Hipertensión, Servicio de Medicina Interna, ICMD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar los resultados del tratamiento de inducción con ciclofosfamida (CYC) de la nefropatía lúpica proliferativa difusa (tipo IV) en un hospital universitario durante los últimos 25 años.

**Material y métodos.** Entre 1979 y 2007, 206 pacientes fueron diagnosticados de nefropatía lúpica (NL) en nuestro Hospital. De acuerdo a la clasificación ISN/RPS, 81 (39%) pacientes fueron diagnosticados de NL tipo IV. Todos los pacientes recibieron prednisona (1 mg/kg/d) y agentes inmunodepresores. Sesenta y dos pacientes recibieron CYC de acuerdo a los siguientes regímenes terapéuticos: protocolo NIH (27 pacientes), protocolo MAINTAIN -MNT- (7 pacientes), CYC oral (13 pacientes), y pautas incompletas por diversas causas (en los restantes 15). Se definió como inducción de la remisión la normalización de los valores de creatinina sérica, análisis de orina inactivos y proteinuria de 24 horas < 500 mg en dos ocasiones, separadas por al menos un mes.

**Resultados.** Se alcanzó la remisión completa en el 85% de los pacientes que recibieron la pauta NIH, en el 71% de los que recibieron la pauta MNT, en el 50% de aquellos tratados con CYC oral y en el 36% de los pacientes que recibieron pautas incompletas (p =

0,013). Se observó una menor tasa de recaída en los pacientes tratados con pauta NIH (23%) en comparación con aquellos tratados con pauta MNT (60%), pautas incompletas (40%) y CYC oral (60%). El tiempo de recaída renal fue más prolongado en el grupo NIH (media 78 meses) en comparación con los otros grupos (35 meses en el grupo MNT, 33 en el de pautas incompletas y 38 en la CYC oral). Las curvas de Kaplan-Meier mostraron un menor tiempo en alcanzar la remisión para los pacientes que completaron las pautas de CYC endovenosa (NIH y MNT) (Log Rank = 0.008). Al comparar los pacientes que completaron las pautas de CYC endovenosa (NIH o MNT) con los pacientes que no completaron pautas y los que recibieron CYC oral, se observó una menor frecuencia en el desarrollo de insuficiencia renal terminal (0% vs 7% vs 15%, p = 0,043), procesos infecciosos (18% vs 33% vs 54%, p < 0,001) y mortalidad (0% vs 13% vs 23%, p = 0,023).

**Conclusiones.** Los resultados muestran que en la experiencia acumulada en los últimos 25 años en nuestro Hospital, el uso de CYC endovenosa como terapia de inducción para la LN proliferativa difusa en pacientes con LES de raza blanca ofrece mejores resultados en comparación con la CYC oral, y que la realización de pautas incompletas ensombrece el pronóstico. Hasta ahora, la pauta NIH es la que cuenta con la mayor solidez respecto a resultados y experiencia acumulada, aunque la reciente aparición de nuevos fármacos motivará, posiblemente, una reducción en la duración del tratamiento de inducción debido a la instauración del tratamiento de mantenimiento.

### IF-36

#### RITUXIMAB ASOCIADO A CICLOFOSFAMIDA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LOS 4 PRIMEROS AÑOS DE APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO PROSPECTIVO

E. Chinchilla Palomares, F. García Hernández, R. Garrido Rasco, R. González León, P. Montero Benavides, C. Ocaña Medina, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de rituximab (RTX) asociado a ciclofosfamida (CF) en el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con manifestaciones refractarias a otros tratamientos. **Material y métodos.** Pacientes y método. Estudio prospectivo abierto con valoración protocolizada basal y 1, 6 y 12 meses después del tratamiento. Criterios de respuesta renal: remisión completa si normalización de creatinina, proteinuria ≤ 500 mg/día y sedimento urinario inactivo, y remisión parcial si mejoría ≥ 50% de los parámetros renales alterados. Criterios de repuesta de afección de otros órganos: remisión completa si normalización de las alteraciones, y remisión parcial si mejoría ≥ 50%.

**Resultados.** Hasta el 15 de junio de 2008 se había tratado con RTX y CF a 46 pacientes, que recibieron 61 ciclos de tratamiento. Su edad media era 32'7 (10'2) años y el tiempo medio desde el diagnóstico 9'2 (7'3) años. Las manifestaciones clínicas que se registraron al inicio del tratamiento eran: nefritis (57'4%), hematológica (39,3%), general (21'3%), cutaneomucosa (19'7%), serositis (13'1%), articular (13'1%), neuropsiquiátrica (4'9%), cardíaca (4'9%), digestiva (3'3%), ganglionar (1'6%) y muscular (1'6%). Se cumplimentó la evaluación a los 1, 6 y 12 meses en el 91'8, 70'5 y 37'7% de ciclos, respectivamente. Se obtuvo remisión parcial o completa en el 62'5, 76'7 and 65'2% de ciclos evaluados a los 1, 6 y 12 meses, respectivamente, sin diferencias significativas entre pacientes con y sin nefritis. La puntuación media basal del índice SLEDAI fue 12'3 (8'3), y se redujo a 8'3, 7'2 y 5'8 tras 1, 6 y 12 meses de seguimiento, respectivamente (diferencia significativa en todos los puntos). La cifra media basal de linfocitos B (CD19+) fue 106'1 (135'1), y se redujo a 1'2, 54 y 172'7 tras 1, 6 y 12 meses de seguimiento, respectivamente (diferencia significativa tras 1 y 6 meses). Los únicos eventos adversos observados fueron un caso de colitis grave que precipitó la evolución a insuficiencia renal terminal y cuya causa no se aclaró, y un caso de hipertensión arterial durante la infusión de RTX que se resolvió al reducir la velocidad de infusión.

**Discusión.** El tratamiento de los pacientes con LES supone un reto, sobre todo cuando tienen manifestaciones clínicas refractarias al tratamiento convencional. RTX es un anticuerpo monoclonal quimérico

co dirigido contra CD20 que induce una depleción transitoria de linfocitos B. El mecanismo de acción es múltiple: citotoxicidad dependiente del complemento, citotoxicidad dependiente de anticuerpos, e inducción de apoptosis. Los linfocitos B tienen otras funciones importantes aparte de la producción de anticuerpos: actúan como eficientes células presentadoras de antígenos; regulan la activación, diferenciación y anergia de los linfocitos T; y producen citocinas relevantes para la reacción inflamatoria. La experiencia en el tratamiento del LES con RTX es limitada. Nuestros datos, recogidos de forma prospectiva, apoyan la eficacia de RTX entre pacientes con LES con manifestaciones clínicas muy variadas pero refractarias en todo caso a los tratamientos ensayados con anterioridad.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la asociación de RTX y CF resultó eficaz en el tratamiento de pacientes con LES con manifestaciones resistentes a otros tratamientos. El perfil de seguridad fue favorable.

**IF-37**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA. DIAGNÓSTICO PRECOZ MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO**

**E. Chinchilla Palomares<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, R. Garrido Rasco<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup>, J. López Haldón<sup>2</sup>, A. Martínez Martínez<sup>2</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), <sup>2</sup>Servicio de Cardiología (Unidad de Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación grave de la esclerodermia (ES) y representa uno de los principales factores pronósticos. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar un cribaje periódico para instaurar un tratamiento adecuado lo más tempranamente posible. La hipertensión pulmonar al esfuerzo suele preceder a su detección en reposo. Nuestro objetivo fue valorar la utilidad del ecocardiograma-Doppler (eco-D) durante el esfuerzo en la detección de valores elevados de presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) en un grupo de pacientes con ES con valor normal en reposo.

**Material y métodos.** Se evaluó a 20 pacientes con ES controlados por una unidad especializada y con valor normal de PAPs en la eco-D basal en reposo. La PAPs elevada se definió a partir del gradiente pico de la insuficiencia tricúspide (IT), cuyo valor se consideró patológico cuando era superior a 30 mmHg. La eco-D de esfuerzo se realizó sobre una bicicleta ergométrica dinámica, adaptable a posición de decúbito lateral sin suspender el ejercicio. Se realizó test de esfuerzo con incremento progresivo de la carga de trabajo hasta alcanzar el 85% de la frecuencia cardíaca máxima. Se definió la aparición de una elevación patológica de la PAPs con el esfuerzo en función del análisis del incremento proporcional o no del gasto cardíaco. También se extrajeron muestras para medir NT-proBNP en reposo y al máximo esfuerzo.

**Resultados.** La edad media de los pacientes era 52,5 ± 12,4 y el tiempo medio desde el diagnóstico 7,6 ± 3,6 años. El 90% de pacientes (18/20) eran mujeres, y el 95% (19/20) refería algún grado de disnea (clase funcional-CF- II de la NYHA). Se detectó un aumento patológico de la PAPs durante el esfuerzo en 6 pacientes (30%), con elevación paralela en todos ellos de los valores de NT-proBNP y reproducción de la disnea. Se realizó nuevo eco-D en reposo durante el seguimiento, y se detectó la aparición de un valor elevado de PAPs en reposo en el 84% de los pacientes en los que previamente se había detectado con el esfuerzo, mientras que el valor de la PAPs de reposo se mantuvo en límites normales en todos los pacientes con estudio de esfuerzo previo normal.

**Discusión.** La ES es la enfermedad sistémica más frecuentemente asociada a HAP. Su prevalencia estimada es muy variable y depende, entre otros factores, del método empleado para el diagnóstico y del punto de corte escogido para la presión pulmonar. Hachulla et al, empleando un algoritmo que combina datos clínicos, de función respiratoria, ecocardiográficos y hemodinámicos, observan una prevalencia de HAP de 7,85% en un estudio multicéntrico sobre 599 pacientes con ES. Nosotros, tras la aplicación de una sistemática de estudio semejante a la de Hachulla et al sobre una serie de pacientes

con ES no diagnosticados previamente de HAP, comprobamos su presencia en el 12,5% de ellos. La presencia de disnea no explicada por otras causas debe hacer sospechar la existencia de HAP, incluso aunque no sea demostrable mediante eco-D en reposo. En estas circunstancias se ha aconsejado la realización de eco-D de esfuerzo. En nuestra propia experiencia, según se recoge en el presente estudio, se detectó un incremento patológico del valor de la PAPs en relación con el esfuerzo en el 30% de pacientes estudiados con ES, disnea de esfuerzos y un valor de PAPs de reposo normal. Es más, durante el seguimiento se comprobó la elevación del valor de la PAPs en reposo en 5 (84%) de estos 6 pacientes.

**Conclusiones.** La eco-D de esfuerzo es una técnica útil para la detección precoz de HP en pacientes con ES. El análisis del NT-proBNP ayuda al diagnóstico diferencial de la disnea secundaria a HP.

**IF-38**

**CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO ANTI PR3 Y ANTI MPO**

**M. Moreno Azofra<sup>1</sup>, L. Hurtado Carrillo<sup>1</sup>, R. Daroca Pérez<sup>1</sup> y M. Muruzabal Sitges<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Conocer la validez diagnóstica de los anticuerpos anticito-plasma de neutrófilo (ANCA) con especificidad antiproteinasa 3 (PR3) y antimieloperoxidasa (MPO) en el diagnóstico de vasculitis y glomerulonefritis (GN) asociada a ANCA: Granulomatosis de Wegener (GW), poliangeitis microscópica (PAM), síndrome de Churg-Strauss y GN paucimune. Analizar las características de los pacientes con positividad de estos anticuerpos y sin diagnóstico de vasculitis y glomerulonefritis (GN) asociada a ANCA.

**Material y métodos.** Se analizaron los registros de laboratorio de nuestro hospital con positividad para los anticuerpos antiPR3 y antiMPO determinados por ELISA/ELIA desde enero de 2006 a julio de 2007. Se analizaron las historias clínicas de estos pacientes y se catalogaron en 4 grupos: 1) vasculitis y glomerulonefritis (GN) asociada a ANCA 2) otros procesos autoinmunes e infecciosos; 3) ANCA asociado a fármacos; 4) otros procesos.

**Resultados.** En el período estudiado se registraron 27 pacientes con antiPR3 o antiMPO + con la siguiente distribución: grupo 1: 19 pacientes; grupo 2: 3 pacientes: LES (1), artritis reumatoide seropositiva (1), proceso autoinmune indiferenciado (1), tuberculosis/infección VIH (1), celulitis (1); grupo 3 ninguno; grupo 4: 3 pacientes: carcinoma epidermoide de pulmón (1), asma (1), polineuropatía axonal idiopática (1), (detalles en tabla 1).

**Discusión.** Los ANCA suponen un importante apoyo al diagnóstico de las vasculitis sistémicas. Otras enfermedades pueden mostrar ANCA+ pero generalmente con especificidad distinta a PR3 y MPO (elastasa, BPI, lactoferrina, lisozima...) Encontramos en nuestra serie casos de procesos autoinmunes e infecciones con positividad para PR3 y MPO, así como enfermedades sin ninguna relación aparente con estos procesos (la mayoría a títulos bajos). Esto supone una disminución en la especificidad de estas pruebas.

**Conclusiones.** Procesos distintos a las vasculitis y GN pueden originar ANCA+ con especificidad antiPR3 y antiMPO, lo que disminuye el rendimiento diagnóstico de estas pruebas. Estas determinaciones deben ser tenidas en cuenta solo en el contexto clínico.

Tabla 1. Diagnósticos y especificidad antigénica de pacientes con anticuerpos antiPR3 y antiMPO (IF-38).

Diagnóstico	n	Especificidad antigénica
PAM	9	MPO (9)
GW	8	PR3 (8)
GN proliferativa	2	PR3 (1), MPO (1)
Otras enf. autoinmunes	3	PR3 (3)
Infecciones	2	PR3 (1), MPO (1)
Grupo 4	3	PR3 (2), MPO (1)



**IF-39**

**COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ARA DE 1980 Y DE LEROY-MEDSGER PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD**

**L. Sáez Comet<sup>1</sup>, L. Mahulea<sup>2</sup> y J. Velilla Marco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Comparar la eficacia diagnóstica de los criterios de LeRoy y Medsger frente a los criterios de clasificación de la ARA para el diagnóstico de esclerodermia en pacientes con fenómeno de Raynaud.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo histórico en el que se revisan las historias clínicas de pacientes con fenómeno de Raynaud, con capilaroscopia periungueal en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, entre 1996 y 2008. Se recogen las manifestaciones clínicas correspondientes a los criterios de la ARA y de LeRoy-Medsger, y como gold-standard, el diagnóstico clínico de los pacientes a final del periodo de estudio. Se evalúan la sensibilidad, especificidad, cociente de probabilidad positiva y probabilidad postprueba positiva para ambos criterios y para los anticuerpos anticentrómero y anti-Scl70, para el diagnóstico general de esclerodermia y para sus formas limitada y difusa.

**Resultados.** Se revisan 185 pacientes, 142 (76,8%) pacientes eran mujeres y 43 (23,2%) varones, con la edad comprendida entre 17 y 90 años (media de 50,46 años). 33 pacientes (17,8%) tenían diagnóstico clínico de esclerodermia. Los resultados de la capacidad diagnóstica de ambos criterios se recogen en la tabla 1.

**Discusión.** En nuestro trabajo los criterios diagnósticos de LeRoy-Medsger son más sensibles pero menos específicos que los criterios clásicos de la ARA, para el diagnóstico de esclerodermia y sus dos formas clínicas, limitadas y difusas. Podrían diagnosticar la enfermedad en fases más precoces, ya que 68 pacientes cumplen criterios de LeRoy-Medsger y sólo 20 de la ARA. Prolongando el estudio en el tiempo, sería esperable que de esos 68 pacientes un cierto número llegara a cumplir criterios de la ARA. Los criterios de LeRoy-Medsger son criterios diagnósticos, mientras que los criterios de la ARA son de clasificación, útiles para investigación y no tanto para el diagnóstico. Son necesarios más estudios, prospectivos y que incluyan una mayor muestra poblacional y un mayor tiempo de seguimiento, para valorar si los casos detectados positivos con los criterios de LeRoy-Medsger sin tener esclerodermia clínica evolucionan posteriormente o no hacia esta enfermedad.

**Conclusiones.** Los criterios de LeRoy y Medsger muestran una mayor sensibilidad pero una menor especificidad para el diagnóstico de esclerodermia y de sus formas limitada y difusa que los criterios "clásicos" de la ARA. Estos últimos tienen un mayor cociente de probabilidad positivo y probabilidad postprueba positiva. Los anticuerpos anti-centrómero y anti-Scl70 confirman su utilidad para el diagnóstico de las formas limitada y difusa de esclerodermia respectivamente.

**IF-40**

**ECOCARDIOGRAMA-DOPPLER DE ESFUERZO COMO FACTOR PREDICTOR DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

**J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, P. Martín de la Fuente<sup>2</sup>, E. Moreno Escobar<sup>2</sup>, D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, J. Pomares Mora<sup>3</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Cuidados Intensivos. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Valorar los cambios en la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) mediante ecocardiograma-Doppler durante el seguimiento clínico de una cohorte de pacientes con ES sin HAP ecocardiográfica conocida. Estudiar los parámetros ecocardiográficos, bioquímicos y funcionales respiratorios relacionados con el desarrollo ecocardiográfico de HAP en el seguimiento.

**Material y métodos.** 38 pacientes con ES sin criterios ecocardiográficos basales de HAP (PSAP < 40 mm) con seguimiento ecocardiográfico. En el estudio basal se practicó ecocardiograma-Doppler en reposo y en esfuerzo mediante cicloergómetro supino. Se determinaron niveles de BNP y pruebas funcionales respiratorias con DLCO.

**Resultados.** La edad media fue de 53,8 años. El tiempo medio entre los 2 estudios ecocardiográficos fue de 20,6 meses (12-35 m). En el ecocardiograma basal, la PSAP en reposo fue inferior 40 mmHg en todos los casos y la PSAP con esfuerzo fue 45,3 mmHg (25-85). En el seguimiento, 8 pacientes presentaron una PSAP > 40 mmHg; este grupo presentó de forma significativa mayor PSAP de esfuerzo basal (64,5 vs 40,2 mmHg; p < 0,05), mayor diferencia entre PSAP esfuerzo y reposo (27,6 vs 10,7 mmHg; p < 0,05), y niveles significativamente mayores de BNP (161,6 vs 55,4 ng/ml; p < 0,05) y menores niveles de DLCO (68,2 vs 89,1; p < 0,05).

**Conclusiones.** Una PSAP mayor en el esfuerzo podría ser, por tanto, marcador predictivo del desarrollo de HAP en los pacientes con ES.

**IF-41**

**UTILIDAD CLÍNICA E IMPLICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA REBIOPSIA EN 206 PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA**

**M. Ramos Casals<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup> y M. Plasín<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", <sup>2</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC, Barcelona. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Análisis de las características clínicas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y nefropatía confirmada mediante biopsia, en función de las indicaciones para la realización de biopsia de repetición, su utilidad clínica y cambios derivados en la actitud

Tabla 1. Evaluación diagnóstica criterios y anticuerpos de esclerodermia (IF-39).

	Sensibilidad	Especificidad	CPP+	PPP+
ARA80 para ESP	48,48%	97,37%	18,42	80%
ARA80 para difusa	63,64%	92,53%	8,52	35%
ARA80 para limitada	40%	92,73%	5,50	40%
LeRoy para ESP	81,82%	72,85%	3,01	39,71%
LeRoy para difusa	81,82%	61,9%	2,4	13,24%
LeRoy para limitada	85%	68,9%	2,73	25%
Scl70 para difusa	63,64%	95,93%	15,64	50%
Centrómero para limitada	42,11%	98,78%	34,53	80%

terapéutica.

**Material y métodos.** Entre 1979 y 2006, 319 biopsias renales fueron realizadas en 218 pacientes consecutivos con sospecha de neuropatía lúpica (NL). Todos los pacientes cumplían los criterios de LES de 1997 del American Rheumatology Collage.

**Resultados.** De los 218 pacientes biopsiados, en 5 casos la muestra histológica fue insuficiente para su estudio y 7 pacientes mostraban datos de otros procesos renales no relacionados con LES. Los 206 pacientes restantes fueron diagnosticados de NL. Según la clasificación ISN/RPS, la primera biopsia renal mostró nefropatía tipo I en 8 pacientes (4%), tipo II en 34 (16%), tipo III en 49 (24%), tipo IV en 81 (39%), tipo V en 31 (15%) y tipo VI en 3 (2%). Una segunda biopsia fue realizada en 76 pacientes, tercera biopsia en 20 y una cuarta biopsia en 5 casos, motivada por empeoramiento de parámetros renales (77 casos) o para una re-evaluación terapéutica (24 casos). De las 77 biopsias realizadas por empeoramiento de variables renales, 32 (41%) mostraron una progresión histológica hacia un tipo de nefropatía con mayor proliferación (30 a la clase IV y 2 a la clase III) y 29 (el 38%) mostró el mismo tipo histológico pero con mayor índice de cronicidad. De las 24 biopsias realizadas por re-evaluación terapéutica, 18 mostraron cambios hacia un tipo histológico menos proliferativo (de la neuropatía tipo IV a una tipo II/III después de terapia de inducción con ciclofosfamida endovenosa) y los 6 restantes tenía el mismo tipo ISN/RPS. Las complicaciones derivadas de la biopsia renal se observaron en 4 de los 319 pacientes (1.25%), incluyendo tres casos de hematoma renal y un paciente con fiebre auto-limitada.

**Conclusiones.** El principal motivo para la realización de una nueva biopsia renal fue el empeoramiento de los parámetros renales, principalmente por aumento de la proteinuria. El resultado de la rebiopsia llevó a la modificación del tratamiento en más del 80% de los pacientes rebiopsiados. La realización de la rebiopsia renal es un procedimiento seguro y útil, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

decisiones diagnóstico-terapéuticas El tratamiento con bosentan y/o sildenafil parece que protege de esta caída Es probable que mecanismos de vasoespasmo pulmonar y/o de remodelado influyan en estas variaciones.

#### IF-42

#### INFLUENCIA ESTACIONAL SOBRE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTEMÍCA

J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, E. Moreno Escobar<sup>2</sup>, P. Martín de la Fuente<sup>2</sup>, J. De la Higuera-Torres<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Conocer la influencia estacional en las pruebas funcionales respiratorias en pacientes con esclerodermia sistémica (ES)-identificar los factores clínicos relacionados.

**Material y métodos.** Pacientes diagnosticados de ES en seguimiento en nuestra Unidad que tuvieran 2 bodypletiografías consecutivas realizadas en 2 periodos distintos del año-consideramos "invierno" el periodo comprendido entre octubre y marzo, ambos inclusive-consideramos "verano" el periodo comprendido entre abril y septiembre, ambos inclusive-se consideró fenómeno de Raynaud grave cuando requirió tratamiento con bosentan y/o sildenafil para su control por desarrollo de úlceras y/o lesiones isquémicas.

**Resultados.** 40 pacientes con ES, 85% forma limitada. Edad media 59,2 a (37-78), 15% con alveolitis fibrosante y 15% con hipertensión arterial pulmonar (HAP). Catorce pacientes (35%) seguían tratamiento con bosentan y/o sildenafil. La DLCO (% del predicho) media en verano fue de 78,03 ± 15.06 (42-111,2) y en invierno de 77,26 ± 15,28 (38-115). Veintiséis (65%) de los pacientes presentaron caída de la DLCO entre ambos periodos, con una media de 7 (3-31), siendo la DLCO basales significativamente más bajas (70 vs 83; p = 0,009). De los 14 pacientes en tratamiento con bosentan y/o sildenafil, sólo en 3 se observó caída de la DLCO en invierno; hubo una tendencia aunque sin alcanzar significación estadística a una menor caída media en este grupo (4,1%) que en los pacientes no tratados (7,4%).

**Discusión.** En los pacientes con ES se observa una caída en la DLCO en los estudios realizados en época fría del año; el conocimiento de esta eventualidad puede ser interés a la hora de tomar

# COMUNICACIONES PÓSTERS (continuación)

## IF-43

### CARACTERÍSTICAS DEL ERITEMA NODOSO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA. DIFERENCIAS ENTRE LA FORMA IDIOPÁTICA Y SECUNDARIA

C. Piqueras Serrano<sup>1</sup>, M. López Dupla<sup>1</sup>, A. Díaz Coimbra<sup>2</sup>, E. Castellar Otín<sup>1</sup>, F. Vidal Marsal<sup>1</sup>, T. Auguet Quintillà<sup>1</sup>, M. Ruiz Gamitea<sup>1</sup> y C. Richart Jurado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del Vendrell. Vendrell (El) (Tarragona).

**Objetivos.** 1. Estudiar las características clínicas, etiológicas y pronósticas del eritema nodoso (EN) en el área de influencia del hospital universitario Joan XXIII de Tarragona 2. Comparar las formas de EN idiopático y secundario.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente los casos de EN diagnosticados clínica y/o histopatológicamente en nuestro hospital entre los años 1996 y 2007. Se consideró EN idiopático aquel en el que no se encontró ninguna condición predisponente y EN secundario en aquellos casos en los que se demostró relación temporal con un factor desencadenante. Se analizaron las manifestaciones clínicas y analíticas, el tratamiento recibido, y la evolución. El estudio estadístico se realizó mediante el test de  $\chi^2$  y el test de la U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Se incluyeron 49 pacientes con EN con predominio del sexo femenino (2:1). La edad media fue 40 años, siendo ésta algo inferior en la forma idiopática (44.95  $\pm$  18.55 versus 37.8  $\pm$  12.6). EL EN secundario fue más frecuente (55%), en especial asociado a fármacos (7 casos), siendo los anticonceptivos orales los más frecuentes. Otras asociaciones fueron: sarcoidosis (6 casos), enfermedad inflamatoria intestinal (6 casos), síndrome de Sweet (4 casos), enfermedad de Behçet (1 caso), lupus eritematoso sistémico (1 caso) y tuberculosis (1 caso). La localización más frecuente fue en las extremidades inferiores (95.9%), siendo bilateral en el 77.6%. El 63.3% de los pacientes recibió tratamiento con AINES, el 28.6% corticoterapia, y el 8% yoduro potásico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fiebre (51%), artralgias (35%) y astenia (22.4%). La VSG estaba elevada en el 72.5%. Todos los pacientes respondieron al tratamiento administrado, y 6 pacientes recidivaron. Las dos formas de EN presentaron manifestaciones clínicas generales, localización de las lesiones, datos analíticos inflamatorios, evolución, y tratamientos recibidos similares. Únicamente las manifestaciones específicas como las úlceras orales y la diarrea se presentaron en el EN secundario. Se evidenció una mayor frecuencia de varones en la forma idiopática (45.5% versus 11.1%;  $p = 0.007$ ).

**Discusión.** Las etiología asociada al EN varía en función de las poblaciones estudiadas. En nuestro estudio, el EN asociado a fármacos fue el más frecuente como en otras series occidentales. La sarcoidosis fue la enfermedad más común asociada al EN. El síndrome de Sweet es un factor predisponente poco frecuente. En nuestro estudio, se encontraron 4 casos asociados a la aparición de EN confirmado por biopsia cutánea. Ambas entidades, EN y síndrome de Sweet, podrían responder a un mecanismo fisiopatológico común. Discriminar entre el EN idiopático y secundario, cuando éste no presenta las manifestaciones propias de las enfermedades asociadas, es difícil. Algunos autores han manifestado que la asociación de fiebre, artritis y radiografía de tórax patológica se asocia frecuentemente a

EN secundario. En nuestro estudio, la edad media de los pacientes con EN idiopático fue algo mayor que en el secundario, igual que en otros trabajos. Se encontró una mayor frecuencia de varones en el grupo idiopático que en el secundario, circunstancia no compartida en otras series. Sin embargo, no se encontraron diferencias respecto a la localización de las lesiones, manifestaciones clínicas generales, parámetros analíticos y evolución. En otras series, las recidivas fueron más frecuentes en el EN idiopático.

**Conclusiones.** El EN secundario fue más frecuente que el idiopático. Las causas principales fueron los fármacos y la sarcoidosis. Únicamente las manifestaciones clínicas específicas sirvieron para diferenciar entre las formas primaria y secundaria de EN.

## IF-44

### CARACTERÍSTICAS CLINICOINMUNOLÓGICAS DE UNA SERIE DE 45 ENFERMOS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA SINE ESCLERODERMA

L. Gabarró<sup>1</sup>, C. Simeon<sup>2</sup>, C. Tolosa<sup>1</sup>, V. Fonollosa<sup>2</sup>, S. Bujan<sup>2</sup>, F. Martínez Valle<sup>2</sup>, J. Oristrell<sup>1</sup> y M. Vilardell<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron- Àrea General. Barcelona.

**Objetivos.** Descripción de las características de una cohorte de enfermos afectados de esclerosis sistémica sine escleroderma [ESE].

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con ESE diagnosticados en el Hospital Vall d'Hebron desde 1980 a 2007. Se analizan datos epidemiológicos, tipo de afección sistémica, causas de muerte, parámetros inmunológicos y capilaroscópicos registrados en una base de datos Access donde se incluyen 317 enfermos con esclerosis sistémica [ES].

**Resultados.** Se han evaluado 45 enfermos afectados de ESE (42 mujeres y 3 hombres) con una edad media de 54.7 años. El tiempo de evolución de la enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 8.6 años. El 13.3% (6) de los pacientes cumplían los criterios de clasificación de la ARA. El fenómeno de Raynaud estuvo presente en un 95.5% de los pacientes (43) y las úlceras digitales [UD] en un 15.5% (7). La afección osteomuscular se documentó en un 57.7% (26) de casos, en 16 ya presente al diagnóstico. La afección digestiva apareció en un 71% (32) y la hepática en un 11.1% (5) a los 11.5 meses y a los 5 años respectivamente de media desde el diagnóstico. El 84.4% (38) tuvieron afectación respiratoria (6 enfermedad pulmonar intersticial difusa [EPID], 3 Hipertensión arterial pulmonar [HTAP] y 10 EPID con HTAP) a los 3.13 años de media desde el diagnóstico. La afectación cardíaca se registró en un 57.7% (26) de los casos y la renal en 2 (1 de ellos presentó crisis renal esclerodérmica). Presentaron síndrome seco el 13.3% (6) y neoplasia asociada el 8.8% (4) (1 de mama, 1 pulmonar, 1 colónica, 1 tiroidea). Los ANA fueron positivos en el 91.1% (41) con los siguientes patrones de IFI: 12 centromérico, 2 homogéneo, 17 moteado, 5 nucleolar, 1 nucleolar/moteado, 4 no determinado. Los anticuerpos anticentromero se analizaron en 43 casos siendo positivos en el 46.5% (20), mientras que los anti-Scl-70 se realizaron en 42, resultando positivos en el 7.14% (3). La capilaroscopia se realizó en 41 casos, presentando la siguiente distribución por patrones:



lento en 33, activo en 1, sin alteraciones en 7. Se registraron 5 muertes (2 por cardiopatía isquémica, 1 por neoplasia, 1 por HTAP aislada y 1 por HTAP asociada a EPID) pasados 7.6 años de media desde el diagnóstico.

**Discusión.** El grupo de enfermos con ESE se caracteriza por tener las características clínicas e inmunológicas de la ES a excepción de la esclerosis cutánea, por ese motivo, un alto porcentaje de enfermos no cumplen los criterios de clasificación de la ACR pero en cambio, en todas las propuestas actuales de clasificación de ES se considera el grupo ESE. En las series descritas hasta la actualidad los enfermos con ESE tienen afección visceral, alteraciones inmunológicas y pronóstico similar al subtipo con esclerodermia limitada [ESL]. La serie que describimos de 45 casos de ESE es la segunda en número de enfermos descrita hasta la actualidad. El fenómeno de Raynaud es frecuente pero en cambio el porcentaje de pacientes que presentaron a lo largo de su evolución UD es bajo lo que las diferencia del grupo con ESL. En cuanto a la afección osteomuscular y a la digestiva se han presentado de forma precoz en un elevado número de casos. La afección respiratoria es muy frecuente tanto en forma de EPID como de HTAP. Los anticuerpos antinucleares han sido positivos en la mayoría de pacientes predominando el patrón moteado y la especificidad anticentrómero y el patrón capilaroscópico más frecuente ha sido el lento. Estos resultados concuerdan con lo descrito previamente en la literatura.

**Conclusiones.** La serie de ESE que describimos tiene un perfil clínico, inmunológico y capilaroscópico similar al grupo con ESL a excepción de la baja prevalencia de UD.

#### IF-45 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO (1988-2006)

M. Arias Núñez<sup>1</sup>, J. Llorca<sup>2</sup>, T. Vázquez Rodríguez<sup>3</sup>, J. Miranda Filloy<sup>3</sup>, I. Gómez Acebo<sup>2</sup>, J. Martín<sup>4</sup>, C. González Juanatey<sup>5</sup> y M. González Gay<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo (Lugo). <sup>4</sup>Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Universidad de Cantabria, Santander (Cantabria). <sup>5</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Granada.

**Objetivos.** Determinar la incidencia, prevalencia, manifestaciones clínicas y supervivencia de los pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (ES) en el área de influencia del Hospital Xeral-Calde de Lugo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de ES en el período 1988-2006 en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Se emplearon los criterios propuestos por LeRoy y Medsger y/o los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR) de 1980.

**Resultados.** En el período de estudio se diagnosticaron 78 pacientes de ES, 23 (29.5%) eran formas difusas (ESd) y 55 (70.5%) formas limitadas (ESl). Solo 44 (56%) cumplían los criterios ACR. La media de edad en el momento del diagnóstico fue de  $59 \pm 13.3$  años. Los pacientes con ESl tenían mayor demora diagnóstica ( $10.2 \pm 12.0$  años) que aquellos con ESd ( $3.7 \pm 3.2$  años) ( $p < 0,001$ ). Basándonos en los criterios propuestos por LeRoy y Medsger y/o los criterios ACR, la incidencia anual global ajustada por la edad y el sexo durante los 19 años de seguimiento fue de 2.3 (intervalo de confianza [IC] 95%:1.6-2.5) por cada 100.000 habitantes mayores de 14 años (mujeres: 3.5 [IC 95%:2.3-3.9]; hombres:1.0 [IC 95%:0.5-1.4];  $p < 0,001$ ). Empleando solo los criterios ACR, la incidencia anual ajustada fue de 1.2 (IC 95%:0.9-1.6) por cada 100.000 habitantes mayores de 14 años (mujeres: 1.8 [IC 95%:1.2-2.5]; hombres: 0.7 [IC 95%:0.3-1.2];  $p < 0,001$ ). La incidencia fue significativamente mayor en la población mayor de 45 años. Observamos un progresivo incremento de la incidencia anual de ES a lo largo del estudio ( $p < 0,001$ ) que fue debido principalmente a un aumento progresivo de la incidencia de ES en mujeres entre los años 1993 y 2002. Basándonos en los criterios propuestos por LeRoy y Medsger y/o los criterios ACR, la prevalencia global de la ES el 31/12/2006 fue de 27.7 (IC 95%:21.1-35.84) por 100.000 habitantes mayores

de 14 años. Las complicaciones cardio-pulmonares fueron la principal causa de mortalidad (13 de 20 casos). Comparado con la población general, la supervivencia en Lugo de los pacientes con ES estaba significativamente reducida ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La incidencia y la prevalencia de la ES en nuestra área es similar a la observada en Grecia y en regiones de los Estados Unidos. Nuestros datos confirman también la menor supervivencia de los pacientes con ES.

#### IF-46 SÍNDROME NEFRÓTICO POR LESIONES GLOMERULARES MÍNIMAS EN 3 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Pac, I. Moga, M. Rubio, O. Capdevila, M. Silla y A. Simonetti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Descripción clínica e histológica de 3 pacientes con LES y síndrome nefrótico por lesiones glomerulares mínimas.

**Material y métodos.** Revisamos retrospectivamente las biopsias renales de 142 pacientes con nefritis lúpica desde 1977 a 2008 y seleccionamos a aquéllos con lesiones glomerulares mínimas.

**Resultados.** Las 3 eran mujeres de 46,32 y 29 años. En los 2 primeros casos el motivo de consulta fueron edemas y el síndrome nefrótico coincidió con el diagnóstico de LES. El caso n° 3 fue diagnosticado 14 años antes de dermatomiositis, siendo ANA, antiJo, antiRNP y antiDNA negativos. Posteriormente presentó poliartritis con ANA y antiRo positivos. Meses antes de presentar por vez primera proteinuria de rango nefrótico se positivizaron los antiDNA y se mantuvieron altos 4 años. En el caso n° 1 el diagnóstico de LES se realizó por presentar lupus discoide, fotosensibilidad, ANA y antiRo positivos y 6 años más tarde poliartritis. Los antiDNA siempre han sido negativos y el complemento normal. En el caso n° 2 el diagnóstico se basó en la presencia de aftas orales, fotosensibilidad, linfopenia, ANA y antiDNA altos y descenso de C4. Los antiRo fueron positivos. El caso n° 3 podría corresponder a un síndrome overlap pero la aparición de proteinuria coincidiendo con la positivización de los antiDNA hace relacionar la nefropatía con el LES. La función renal en todas ha sido normal al inicio y en el seguimiento. La paciente n° 2 presentó microhematuria y el sedimento fue normal en las otras 2. Las 3 han permanecido normotensas. La biopsia renal en las 3 pacientes se informó de lesiones glomerulares mínimas. La inmunofluorescencia en el caso n° 1 mostró escasos depósitos de IgG, IgA, IgM y C3 y de débil intensidad en mesangio y fue negativa en los otros 2 casos. En 2 casos la muestra remitida a microscopía electrónica no contenía glomérulo. Las 3 fueron tratadas sólo con corticoides. La paciente n° 1 fue resistente y presentó remisión espontánea 1 año después. Las otras 2 pacientes tuvieron buena respuesta. La paciente n° 2 recayó al retirar los corticoides respondiendo de nuevo al reintroducirlos. El tiempo de seguimiento ha sido de 16 años en las 2 primeras y 8 en la segunda, sin presentar en este tiempo nuevo brote.

**Discusión.** En la literatura médica encontramos escasas referencias a la glomerulonefritis por lesiones mínimas asociada a LES dada su rareza. Incluso no está reflejada en la clasificación de las glomerulonefritis lúpicas. Por nuestra experiencia podemos superponer los hallazgos histológicos a los de la glomerulonefritis primaria por cambios mínimos. El tratamiento y su pronóstico evolutivo son también

Tabla 1. Histología de las biopsias renales de nuestra serie (IF-46).

Glomerulonefritis lúpica	Nº de pacientes
Tipo I	6 (4,2%)
Tipo II	25 (17,6%)
Tipo III	21 (14,7%)
Tipo IV	62 (43,6%)
Tipo V	25 (17,6%)
Lesiones mínimas	3 (2,11%)

similares. El tratamiento se basa en corticoides, sin requerir otro tratamiento inmunosupresor. El pronóstico por nuestra experiencia es excelente, pues tras 8-16 años de seguimiento el 100% de las pacientes está en remisión, sin tratamiento y sin secuelas renales.

**Conclusiones.** La GMN por lesiones mínimas es muy rara en el LES. Su pronóstico es bueno. Responde a corticoides sin requerir inmunosupresores.

#### IF-47

### UTILIDAD DEL ECODOPPLER DE LAS ARTERIAS TEMPORALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: DESCRIPCIÓN DE DOS FALSOS NEGATIVOS CON BIOPSIA POSITIVA

A. Navarro Martínez<sup>1</sup>, L. Fernández-Clemente Martín-Orozco<sup>3</sup>, M. Galindo Andugar<sup>1</sup>, G. López Larramona<sup>1</sup>, A. Martín<sup>1</sup>, A. Cuenca Lloret<sup>2</sup>, P. García Mas<sup>3</sup> y J. Solera Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real). <sup>2</sup>Farmacia. Wyeth-Farma (Albacete). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Conocer la utilidad del eco doppler de la arteria temporal, en nuestro medio, para el diagnóstico de arteritis de arterias gigantes.

**Material y métodos.** A dos pacientes en estudio por fiebre prolongada de origen desconocido, además de otras exploraciones, se les pidió un eco-doppler de las arterias temporales, realizado en ambos casos por un neurólogo experto y especialmente formado para la realización de dicha exploración. Se decidió realizar una biopsia de las arterias temporales si la biopsia fuese positiva y, en caso de encontrar un ecodoppler normal, cuando existiera una sospecha clínica razonable de vasculitis de la temporal. CASO 1: Varón de 64 años con antecedentes de crisis parciales complejas. Consulta por un cuadro de fiebre, astenia, anorexia y pérdida de peso de 3 meses de evolución, sin pérdida de fuerza ni claudicación mandibular. Exploración física: 38 °C y engrosamiento de las temporales, sin otros hallazgos. En las determinaciones analíticas destaca Hb 10,3, con aumento de ferritina. VSG 120. Las hormonas tiroideas fueron normales y diversas serologías negativas. Se realizaron endoscopias y un TAC tóracoabdominal, normales. El ecodoppler de las arterias temporales fue normal (sensibilidad 70%, especificidad de 90%) CASO 2: Mujer de 36 años, médico, que consulta dolor osteomuscular generalizado y fiebre desde hace 6 meses. La exploración física fue anodina. Se descartaron todo tipo de infecciones, incluida la TBC. Tenía una VSG de 96, PCR 156,2, FR +, HLAB 27+. Un TAC torácico mostró un trombo mural concéntrico que englobaba la aorta ascendente. El ecodoppler de arterias temporales fue normal. **Resultados.** Paciente nº 1: Ecodoppler de temporales normal, realizado por un neurólogo experto. Biopsia de arteria temporal: arteritis de células gigantes Paciente nº 2: Ecodoppler de arterias temporales normal, igualmente realizado por un experto. Biopsia de arteria temporal: vasculitis de células gigantes. Ambos pacientes recibieron tratamiento corticoideo inicialmente a dosis de 1 mg/kg/día, con desaparición de la fiebre, mejoría clínica y normalización de la analítica. En el caso del médico, con Mantoux positivo, se administró profilaxis antituberculosa concomitantemente. Ambos recibieron calcio y vitamina D. Actualmente ambos se encuentran sintomáticos, en seguimiento en las consultas de Medicina Interna, con dosis mínimas de esteroides.

**Discusión.** Actualmente se propugna la realización del doppler de arterias temporales como paso previo a la biopsia en el diagnóstico de la arteritis de la temporal. Como hallazgos positivos destacan el signo del halo y la presencia de oclusión (sensibilidad 70%, especificidad 90%). Cuando aparece el halo, es muy específico de arteritis de la temporal, pero una exploración normal no excluye dicha entidad, pues la sensibilidad puede dejar sin diagnóstico 1/3 de los casos. Un ecodoppler negativo puede erróneamente, con una clínica y datos de laboratorio compatibles, llevar a retrasar la biopsia y a realizar múltiples exploraciones innecesarias en la búsqueda del origen de la fiebre prolongada.

**Conclusiones.** El ecodoppler de la temporal es una técnica útil en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes, sobre todo cuando es

positivo. Un resultado normal no excluye la enfermedad cuando existe sospecha clínica, por lo que recomendamos la realización de la biopsia de la arteria temporal en estos casos.

#### IF-48

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO EN LA ARTERITIS TEMPORAL: ANÁLISIS DE MORTALIDAD

M. Vares González<sup>1</sup>, L. Sande Sardina<sup>2</sup>, C. Barbagelata López<sup>1</sup>, P. Asensio Hernández<sup>1</sup>, J. Lorenzo Álvarez<sup>1</sup>, C. Guillen Blanco<sup>1</sup>, J. Juega Puig<sup>1</sup> y L. Ferreira González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de la Arteritis de la temporal en el área sanitaria del CHUJC, manifestaciones clínicas, de laboratorio y análisis de la mortalidad.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de los enfermos diagnosticados de Arteritis de la temporal con biopsia positiva en el período de enero 2000-diciembre 2007 en el área sanitaria del CHUJC.

**Resultados.** Se estudió una muestra de 220 pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal, presentando 90 de ellos biopsia positiva. De estos 90 pacientes, el 37% eran hombres y el 63% mujeres con una edad media de 75 años (rango 51-90 años). La clínica más frecuente fue cefalea 75%, fatiga-malestar general 48%, polimialgia reumática 42%, síntomas visuales 30% y claudicación mandibular 30%. Otras menos frecuentes fueron pérdida de peso 23%, fiebre mayor de 37,5 °C 16,7%, otros síntomas musculoesqueléticos 10%, vértigo 4%, accidente cerebrovascular 7%, tos 3%, hipoacusia y disfagia 1%. La presentación fue aguda en el 40% y larvada el 59%. Presentaron síntomas visuales 27 pacientes, con amaurosis fugax el 33%, diplopia 15% y disminución de agudeza visual 70%, persistiendo disminución de la misma de forma permanente en el 47%. El valor medio de los parámetros de laboratorio fue: Hb 11,4, Leucocitos 11755, plaquetas 452.000, VSG 85, PCR 11, FA 216, GOT 24, GPT 30, GGT 47, Albumina 3,3. El 88% de los pacientes presentaron cifras de VSG > 50 y el 90% cifras de PCR > 1 (70% > 5). La exploración de las temporales fue anormal en el 79%, latido ausente en el 37%, engrosadas 32% y dolorosas 16%. En el período de un año tras el diagnóstico fueron éxitos el 5,6%; con una edad media de 83 años, siendo las infecciones la principal causa de mortalidad. En este grupo de pacientes la cifra media de VSG fue mayor respecto a los no fallecidos.

**Discusión.** En esta revisión de pacientes con Arteritis de la temporal con biopsia positiva se confirman las características clínicas descritas en la literatura: predominio en mujeres, cefalea como síntoma más frecuente, seguido de polimialgia reumática, síntomas visuales y fatiga o malestar general y así mismo la baja frecuencia de fiebre alta. El 21,1% de los pacientes presentaron pérdida de agudeza visual siendo permanente en el 47% de los mismos. Los datos de laboratorio también confirman la presencia de anemia leve, trombocitosis y elevación de VSG o PCR, no detectándose anomalías reseñables en la función hepática tras eliminar del análisis los casos con patología hepato biliar previa. Así mismo el 90% de los pacientes presentan VSG y PCR elevadas. Respecto a la exploración física un alto porcentaje de pacientes presentan anomalías a la palpación de las arterias temporales (79%) siendo la disminución de latido la manifestación más frecuente. Por último se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad elevada y la mortalidad (edad media de los éxitos 83 años). La principal causa de éxitos fueron las complicaciones infecciosas asociadas al tratamiento esteroideo.

**Conclusiones.** 1.- Aunque los síntomas visuales aparecen en un bajo porcentaje de pacientes, la disminución permanente de agudeza visual se produce prácticamente en el 50% de los mismos por lo que es preciso iniciar tratamiento corticoideo de forma precoz. 2.- En la exploración física la anomalía en el latido temporal es la manifestación más frecuente (79%). 3.- En los datos de laboratorio solo el 11,1% tiene la VSG < 50 y el 9% la PCR < 1, por lo que destacamos el alto porcentaje (90%) de pacientes con arteritis de la temporal y biopsia positiva que presentan elevación de la cifra de VSG o PCR. 4.- Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad elevada y la mortalidad. La principal causa de éxitos

fueron las complicaciones infecciosas asociadas al tratamiento esteroideo. Por ello concluimos que debería hacerse un esfuerzo en optimizar el tratamiento ajustando la dosis y duración del mismo en este subgrupo de pacientes.

#### IF-49

##### ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO EN EL ÁREA DE SALUD DE CARTAGENA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 8 CASOS

**A. Rodríguez Pavía, B. Alcaraz Vidal, N. Cobos Trigueros, E. Peñalver González, G. Tornel Sánchez, M. Artero Castro, G. García Parra y R. Vilaplana García**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).*

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados de Enfermedad de Still del Adulto en el área de salud de Cartagena en los últimos 15 años (período 1993-2008). **Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo de 8 casos diagnosticados entre los años 1993-2008; se ha valorado el cumplimiento de los criterios clínicos de Yamaguchi, duración media de la estancia hospitalaria, datos epidemiológicos de los pacientes, datos analíticos presentados por los pacientes y tratamiento utilizado para control de los síntomas. Se realizó una búsqueda de aquellos pacientes que presentaron fiebre y artralgias al ingreso y entre ellos se seleccionaron 8 casos diagnosticados de Enfermedad de Still del Adulto.

**Resultados.** Se identificaron 8 casos, 5 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, con edades entre los 22 y 68 años (media 38,5, mediana 36). El motivo de consulta al ingreso fue fiebre en el 100% de los casos. En todos se descartó la presencia de proceso infeccioso, autoinmune o tumoral que justificara la clínica. 5 pacientes habían consultado previamente por cuadros de similares características antes del diagnóstico. En 4 de ellos se cumplían los cuatro criterios mayores establecidos por Yamaguchi (fiebre, leucocitosis > 10.000, eritema, artralgias) estableciéndose un diagnóstico de certeza. En los 4 restantes el diagnóstico fue de probabilidad presentando fiebre, artralgias, leucocitosis > 10.000 más uno o varios criterios menores (odinofagia, linfadenopatía o esplenomegalia, disfunción hepática, factor reumatoide y anticuerpos antinucleótido negativos y artritis). El 100% de estos pacientes presentaba FR y ANA negativos. Se analizó la afectación articular siendo más frecuente la afectación simultánea de miembros superiores e inferiores y entre ellos, las más frecuentes en orden descendente: rodillas, tobillo, hombro, carpo. 5 pacientes presentaron el eritema típico, evanescente, asalmonado, levemente pruriginoso siendo la localización más frecuente el tronco. La odinofagia se presentó en 7 de los 8 casos. 7 pacientes presentaron datos de disfunción hepática; los valores de ferritina fueron superiores a 400 ng/mL en 4 casos. El 100% presentó elevación marcada de los reactantes de fase aguda VSG y PCR. El 100% de los pacientes precisó tratamiento esteroideo a dosis altas (1- 1,5 mg/kg/día). De ellos en 4 casos se consiguió el control de los síntomas con corticoides, los 4 restantes precisaron tratamiento inmunosupresor para su control: ciclofosfamida (1), metotrexate (1), azatioprina (2).

**Discusión.** La Enfermedad de Still del Adulto es un proceso inflamatorio de etiología desconocida; se ha planteado la posibilidad de que algún agente infeccioso esté relacionado en su desarrollo. También se ha sugerido la posibilidad de influencia de factores genéticos como determinados complejos de histocompatibilidad aunque esto no ha podido demostrarse. El diagnóstico se realiza por exclusión; solo puede realizarse tras haber descartado la presencia de un proceso infeccioso, autoinmune o tumoral que justifique el cuadro clínico. No existe ningún parámetro analítico ni técnica que sea diagnóstica en esta enfermedad, aunque se ha sugerido la relación de este proceso con valores elevados de ferritina, sin poder demostrarse. Presenta afectación articular, eritema, odinofagia, pudiendo presentar complicaciones sistémicas como cuadros de pleuritis, pericarditis, meningitis y meningoencefalitis. Inicialmente se puede tratar con AINES, la mayoría de los casos precisa para su control tratamiento esteroideo, y en ocasiones terapias más agresivas con inmunosupresores. Se están ensayando también terapias biológicas con anakinra, etaner-

cep y rituximab.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes cumplían los criterios de Yamaguchi. 2 Los síntomas predominantes fueron fiebre prolongada y artralgias. 3. Los niveles de ferritina no se correspondieron con la gravedad de los síntomas. 4. En todos los casos fue necesario utilizar tratamiento esteroideo; en la mitad además terapia inmunosupresora.

#### IF-50

##### MANIFESTACIONES INICIALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO DE UNA SERIE DE CASOS

**M. Gómez Munuera, L. Alvela Suárez, G. De Francisco Jiménez, A. Vega Suárez, V. Ehegaray Knigh, V. Ramírez Castro, V. Chimpén Ruiz y M. Becares Lozano**

*Servicio de Medicina Interna III. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.*

**Objetivos.** Estudio de las manifestaciones iniciales del lupus eritematoso sistémico.

**Material y métodos.** Se analizan las historias clínicas de pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitarios de Salamanca durante los años 2003 al 2008 con un protocolo previamente confeccionado. Se admitieron los que cumplían al menos cuatro criterios de diagnóstico emitido por el Comité de diagnóstico y terapéutica del American College of Rheumatology, corregido en 1992.

**Resultados.** 123 enfermos fueron sospechosos de padecer o fueron diagnosticados de LES, 59 cumplían criterios de diagnóstico y correspondieron al 67.80% de mujeres y al 32.20% de varones con una edad media de 45.87 años. La manifestación inicial más frecuente fueron las artralgias o artritis en el 71.18%; acompañado o no de otras manifestaciones, predominando las mujeres en el 54.24% de los enfermos. Las lesiones cutáneas fue la segunda en frecuencia en el 8.47%, con la misma predilección por el sexo femenino (60%). Fueron diagnosticados en su primera consulta o ingreso el 32.20% de los enfermos. El tiempo medio entre la primera manifestación clínica y la aparición de otra que permitiera el diagnóstico osciló entre 6 meses y dos años en el mismo número de casos. Respecto al tratamiento, los corticoides se usaron con más frecuencia en 57.63% de los pacientes, seguidos de los AINES en el 27.12%, la mayoría asociados a un inmunosupresor. Evolución: el 67,8% experimentaron mejoría, el 18,6% presentaron evolución tórpida y el 6,7% fueron éxitos por sepsis o shock séptico.

**Discusión.** Nuestros resultados concuerdan con los de la literatura en cuanto a edad de presentación y predominio por el sexo femenino. Las artralgias se han señalado como una manifestación inicial y crónica como sucede en nuestros casos, solo un paciente presentó deformidad en articulaciones pequeñas de las manos, esto suele ocurrir en al menos el 20% de los casos. Las lesiones cutáneas ocupan el segundo orden de frecuencia (8.47%), cifras algo inferior del 30% que se ha señalado. En cualquier caso son las mujeres las que padecen más que los hombres cualquier tipo de localización. Merece señalar un ileo gastrointestinal que afectaba desde estomago hasta colon asociado a hidronefrosis derecha.

**Conclusiones.** -Las manifestaciones clínicas de inicio del LES, en nuestros casos, no difiere a lo manifestado en los diversos trabajos.- Las lesiones cutáneas aunque en nuestra casuística ocupa el segundo lugar, son menos frecuentes de los que se señala en la literatura.- Si bien se ha logrado disminuir la mortalidad de la enfermedad, no hay que olvidar que el tratamiento inmunosupresor conlleva riesgo de complicaciones.- La mortalidad por sepsis o shock séptico debemos tenerla presente en este tipo de pacientes.

#### IF-51

##### EFFECTO PROTECTOR DE LOS ANTIPALÚDICOS FRENTE A LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES CON LES

**I. Ruiz Arruza, G. Ruiz Irastorza, N. Olivares, A. Martínez Berriotxo, M. Egurbide y C. Aguirre**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** Las infecciones complican frecuentemente el curso del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y son una de las principales cau-



sas de morbimortalidad. Los antipalúdicos (cloroquina-CQ e hidroxicloroquina-HCQ), empleados comúnmente en el tratamiento del LES, poseen amplios efectos antimicrobianos. Han demostrado actividad *in vitro* frente a bacterias (*S. aureus*, *E. coli*), virus (VIH) y hongos (*C. Neoformans*, *A. Fumigatus*). Nuestro objetivo es definir el efecto clínico de los antipalúdicos sobre las infecciones en los pacientes con LES.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles obtenidos de la cohorte prospectiva observacional de pacientes con LES del H. Cruces. El evento final se ha definido como la aparición de infección grave, entendiendo como tal infecciones diseminadas, que afecten a órganos profundos, requieran de tratamiento hospitalario o causen la muerte. Los casos son pacientes que padecen una infección grave. Se han seleccionado 2 controles con LES para cada caso ajustándolos por el tiempo de seguimiento hasta el evento y la edad al diagnóstico. Para el análisis de los datos hemos utilizado los test del  $\chi^2$  las curvas de Kaplan-Meier con long-rank y modelos de regresión logística.

**Resultados.** En el momento del estudio 284 pacientes formaban la cohorte, de los cuales 249 (83 con infección y 166 sin infección) fueron seleccionados para el estudio de casos y controles. La cohorte y el subgrupo eran similares en cuanto a edad, sexo, raza, nivel de daño irreversible y proporción de pacientes con antipalúdicos, prednisona o inmunosupresores (azatioprina, metotrexate, ciclofosfamida o micofenolato). Analizando los pacientes de la cohorte tratados con antipalúdicos, se observó que eran más jóvenes ( $p < 0,001$ ) y acumulaban menor daño irreversible ( $p < 0,001$ ); sin embargo, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de leucopenia, tratamiento con prednisona o inmunosupresores. De las 83 infecciones mayores que se registraron, la mayoría (> 60%), fueron neumonías y bacteriemias. La supervivencia acumulada libre de evento en la cohorte fue del 0.5 para los tratados con CQ/HCQ en algún momento del seguimiento vs 0.24 para los que nunca lo recibieron ( $p < 0.0082$ ). En el análisis univariante los antipalúdicos se correlacionaron de forma inversa con la presencia de infección (tabla 1). Se identificaron como factores predictores significativos e independientes de infección grave el tratamiento con antipalúdicos en el momento del evento (OR 0.08; IC 95% 0,042-0.15), la presencia de leucopenia durante el seguimiento (OR 2.5; IC 95% 1.3-4.5) y el tratamiento en algún momento de la enfermedad con antipalúdicos (OR 0.29; IC 95% 0.15-0.54), prednisona (OR 4.1; IC 95% 1.1-15.3) o inmunosupresores (OR 2.04; IC 95% 1.09-3.81). **Conclusiones.** Los antipalúdicos protegen a los pacientes con LES de infecciones mayores. Este es un motivo añadido para recomendar el tratamiento con antipalúdicos de forma universal en los pacientes con LES.

Tabla 1. Tratamiento en el momento de la infección grave (IF-51).

Tratamiento	Casos (n = 83)	Controles (n = 166)	p valor
Antipalúdicos	18/83 (21%)	128/166 (77%)	< 0.001
Prednisona	62/83 (74%)	128/166 (77%)	0.79
Inmunosupresores	28/83 (34%)	62/166 (37%)	0.67

**IF-52**

**LESIONES CUTÁNEAS ESPECÍFICAS (GRANULOMATOSAS) EN LA SARCOIDOSIS. CORRELACIONES CON LA ENFERMEDAD SISTÉMICA**

**J. Mañá<sup>1</sup>, M. Rubio<sup>1</sup> y J. Marcoval<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Las lesiones cutáneas granulomatosas de la sarcoidosis se observan entre un 9-37% de los pacientes. El objetivo del presente estudio fue analizar la frecuencia y tipos de dichas lesiones cutáneas y su relación con la afectación sistémica en una serie amplia de pacientes con sarcoidosis.

**Material y métodos.** Se identificaron 86 pacientes (17%) con lesio-

nes cutáneas granulomatosas (confirmadas por biopsia) de un total de 507 pacientes con sarcoidosis sistémica: 19 hombres, 67 mujeres, edad media 47 años. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 2 años.

**Resultados.** La afectación cutánea ocurrió previa o simultáneamente al diagnóstico de la sarcoidosis sistémica en el 80% de los casos. Las lesiones cutáneas se clasificaron como máculo-papulares: 28 pacientes, placas: 31, lupus pernio: 6, infiltración de cicatrices: 7, nódulos subcutáneos: 14. Treinta (35%) pacientes mostraron eritema nodoso concomitante. Los estadios radiológicos fueron los siguientes: estadio 0: 8 pacientes, I: 48, II: 24, III: 5, IV: 1. La ECA sérica al inicio se hallaba elevada en el 59% de los pacientes. 49% de los pacientes requirieron tratamiento con corticoides por la afectación sistémica. Las lesiones máculo-papulares y los nódulos subcutáneos se asociaron con estadio radiológico I, presencia de eritema nodoso y remisión de la actividad de la sarcoidosis sistémica a los 2 años. Las placas y lupus pernio se asociaron a estadios radiológicos II y III, necesidad de corticoterapia y cronicidad de la enfermedad.

**Discusión.** El hecho de que en la mayoría de los casos las lesiones cutáneas granulomatosas de la sarcoidosis estén presentes al inicio de la enfermedad, puede facilitar el diagnóstico histológico de la misma mediante la práctica de una biopsia cutánea. Los distintos tipos de afectación cutánea muestran correlaciones con diferentes manifestaciones sistémicas de la enfermedad, tanto intratorácica como extratorácica, así como con sus aspectos evolutivos.

**Conclusiones.** 1) Las lesiones cutáneas granulomatosas de la sarcoidosis se hallan generalmente presentes en el momento del diagnóstico; 2) El tipo de afectación cutánea puede proporcionar información sobre el pronóstico de la enfermedad; 3) Las lesiones máculo-papulares y los nódulos subcutáneos se asocian con estadio radiológico I, eritema nodoso y mejor pronóstico; 4) Las placas y el lupus pernio se asocian con estadios radiológicos II y III, requerimiento de tratamiento con corticoides y peor pronóstico.

**IF-53**

**MODIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL POSTPRANDIAL EN ENFERMOS CON SÍNDROME METABÓLICO CON DIFERENTES TIPOS DE DIETAS**

**M. Moreno Conde, N. Delgado Casado, J. García Quintana, F. Martín Martos, M. Gómez, P. Pérez Martínez, F. Pérez Jiménez y J. López Miranda**

Unidad de lípidos. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Evaluar, en pacientes con síndrome metabólico, el efecto del consumo de diferentes modelos de alimentación sobre la función endotelial durante el estado postprandial.

**Material y métodos.** Se randomizaron a 75 enfermos afectados de síndrome metabólico para recibir uno de los cuatro modelos de intervención dietética durante 12 semanas: a) dieta rica en grasa saturadas; b) dieta rica en grasa monoinsaturada; c) dieta pobre en grasa y rica en hidratos de carbono y e) dieta pobre en grasa y rica en hidratos de carbono con 1 g/d de polinsaturados n-3. Al final de cada período de intervención dietética se realizó un estudio de lipemia postprandial con el mismo tipo de grasa del período que termina. Se realizaron extracciones de sangre en los tiempos 0, 2 y 4 h y se estudió la función endotelial mediante el Laser Doppler. Se determinaron las concentraciones de plasmáticas de nitritos/nitratos y de la sintetasa de óxido nítrico (NOS) por métodos colorimétricos, así como los s-VCAM, s-ICAM y P-Selectina mediante ELISA.

**Resultados.** Los enfermos que tomaron la dieta rica en grasas monoinsaturadas registraron una mayor vasodilatación dependiente de endotelio ( $p < 0,05$ ), con mayor respuesta de NOS ( $p < 0,05$ ) y una menor respuesta de de s-ICAM ( $p < 0,05$ ) en el estado postprandial al compararlo con los enfermos que consumieron los otros modelos de alimentación. No se observaron diferencias en el resto de parámetros.

**Conclusiones.** En pacientes con síndrome metabólico el consumo de una dieta rica en grasa monoinsaturadas mejora la disfunción endotelial al favorecer la vasodilatación dependiente del endotelio y disminuir las moléculas de adhesión en el período postprandial.

## IF-54

**NIVELES DE VITAMINA D Y ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, C. López Robles<sup>1</sup>, E. Moreno Escobar<sup>2</sup>, P. Martín de la Fuente<sup>2</sup>, D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, J. De la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** La arteriosclerosis acelerada es un problema emergente en los pacientes con LES que, por otra parte, son también proclives a tener una mayor prevalencia de hipovitaminosis D. Esta última favorecida por la protección solar, la utilización de algunos fármacos, o la afectación renal, entre otros. La vitamina D es fundamental para la mineralización ósea, pero también ejerce efectos beneficiosos sobre la coagulación, el perfil lipídico o la regeneración endotelial. Nuestra hipótesis fue que el déficit de Vitamina D pudiera favorecer también el desarrollo de arteriosclerosis subclínica. Con este objetivo queremos valorar la relación entre los niveles de vitamina D y la afectación cardiovascular subclínica en pacientes con LES.

**Material y métodos.** Estudio piloto transversal en un grupo de pacientes con LES atendidos de forma consecutiva en nuestra Unidad. Los niveles de 25 Vitamina D se determinaron mediante un kit comercial y la afectación cardiovascular se valoró mediante la realización del índice tobillo-brazo (ITB), eco-doppler carotídeo y estudio de vasoreactividad braquial. Análisis estadístico mediante estudio de correlación y comparación de medias con el paquete SPSS 15,0 para Windows.

**Resultados.** Se estudiaron un total de treinta y dos pacientes (27 mujeres; 84.38%) con una mediana de edad de 48,50 años (37.75-59.75) cuyos datos clínico-demográficos se adjuntarán en la oportuna tabla. La media de vitamina D era de 28.84+16.5. Las concentraciones de vitamina D se correlacionaron significativamente con el ITB ( $r = -0.450$ ;  $p < 0.031$ ), y de forma inversa con el espesor íntima-media ( $r = -0.399$ ;  $p < 0.035$ ). No se halló correlación con el diámetro ni la velocidad de flujo braquial, basal ni tras la administración de nitroglicerina. Sólo 6 pacientes tenían placas carotídeas. Se compararon los niveles de vitamina D de los pacientes sin placas (30.41 + 18.87) con los pacientes con placas (26.75 + 8.58), no siendo significativo.

**Discusión.** La arteriosclerosis acelerada es uno de los principales problemas actuales en los pacientes con LES. Sus causas exactas son desconocidas y se sabe que van más allá de los factores de riesgo cardiovascular clásicos. La insuficiencia de Vitamina D es otro problema cada vez mejor conocido que se ha relacionado no solo con una menor masa ósea, sino también con síntomas inespecíficos y prevalentes como mialgias o cansancio y, recientemente, con mayor mortalidad por problemas cardiovasculares, en la población general. Este estudio piloto demuestra una asociación negativa entre los menores niveles de Vitamina D y la presencia de arteriosclerosis subclínica lo que sugiere un posible factor patogénico.

**Conclusiones.** Nuestros resultados sugieren que la vitamina D pudiera ejercer un factor protector a nivel endotelial, impidiendo el desarrollo de arteriosclerosis en pacientes con LES. Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes y de carácter prospectivo a fin de confirmar este hecho.

## IF-55

**CRIOGLOBULINEMIA ASOCIADA AL VIRUS DE LA HEPATITIS C**

**P. Pérez Guerrero, M. Montes de Oca Arjona, P. Romero Cores, M. Soto Cárdenas, M. Sancha Díez, I. Tinoco Racero y J. Girón González**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Análisis de parámetros analíticos, clínicos y serológicos entre pacientes con diagnósticos de vasculitis crioglobulinémica asociada a infección crónica por Virus de la Hepatitis C (VHC) tratados y no tratados con interferon+ rivabirina/interferon-pegilado+ rivabirina.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de enfermos diagnosticados de crioglobulinemia asociada al VHC durante el período de enero 1996-Abril 2006 atendidos en el Hospital Universitario Puerta del Mar. El período de seguimiento fue de 6 meses a partir de la fecha de finalización del tratamiento antiVHC. Las variables de estudio a analizar fueron: a) relativas a la infección por VHC: genotipo y CV VHC, índice de Child-Pugh, niveles de GOT/GPT; c) serológicas: determinación de C3, C4, factor reumatoide (FR) y crioprecipitinas; d) manifestaciones clínicas extrahepáticas: afectación cutánea, articular, neurológica y renal y e) respuesta al tratamiento antiVHC. Los datos clínicos y analíticos se analizaron con una versión profesional del paquete estadístico SPSS (versión 11.5; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

**Resultados.** Durante el período se estudio fueron analizados 18 pacientes, el 66,7% mujeres con una edad media de 60 años. Todos los pacientes tenían serología antiVHC positivo, con una CV media de 938300 copias (21.5000-3120000), predominando el genotipo 1 del VHC (90%). Doce de los 18 pacientes incluidos (67%) presentaban un estadio A de Child-Pugh. Recibieron tratamiento antiVHC 8 de los pacientes (44%), 4 con interferon pegilado+rivabirina y 4 con interferon + rivabirina, siendo la duración media del tratamiento de 43 semanas. Entre los pacientes que recibieron tratamiento, 5 (62,5%) presentaron respuesta viralógica sostenida (RNA-VHC negativo > 6 meses tras finalizar el tratamiento), con una respuesta inmunológica completa (ausencia de crioglobulinas en sangre) en el 37,5% y parcial en el 62,5% de los casos. A diferencia de los no tratados, en estos pacientes se objetivó un aumento de los niveles de C3 (86 basal/105 final de seguimiento) y una disminución del FR (328 basal/31 final de seguimiento). En lo relativo a las manifestaciones extrahepáticas, en el 80% de los tratados hubo una resolución completa de las manifestaciones cutáneas y en el 100% de los casos de la polineuropatía, a diferencia de los no tratados donde no hubo mejoría de las lesiones neurológicas en ningún caso. En cuanto al perfil renal, en el grupo de los tratados se objetivó una mejora de la función renal con disminución de la creatinina sérica (1,6 basal/1,1 final de seguimiento), aumento del aclaramiento (62 basal/71 final de seguimiento), disminución de la hematuria (49 hts/campo basal/13 al final del seguimiento) y de la proteinuria (416 basal /367 final de seguimiento), así como normalización de la tensión arterial en el 75% de los pacientes con HTA atribuible en este grupo, mientras que en los no tratados se objetivó un aumento medio de 1.4 puntos de creatinina y un aumento de hematuria al final del período de seguimiento. La afectación articular sólo se objetivó en un paciente correspondiente con una poliartritis asimétrica que mejoró tras recibir tratamiento. Tres de 18 pacientes fallecieron durante el seguimiento. Las causas de exitus fueron la hepatopatía en dos casos y en un caso por otra causa no relacionada con la hepatopatía y/o nefropatía.

**Discusión.** La vasculitis crioglobulinémica asociada a la infección por VHC es una enfermedad infradiagnosticada que ensombrece el pronóstico de estos pacientes, fundamentalmente por la afectación renal. Además de los efectos beneficiosos a nivel hepático, el tratamiento con interferon pegilado + rivabirina produce una mejoría de las manifestaciones clínicas extrahepáticas y de los parámetros analíticos, aún en ausencia de respuesta virológica sostenida.

**Conclusiones.** Los datos presentados en este estudio, limitado por el número de casos, apoyan el inicio de tratamiento con interferon pegilado+rivabirina de los pacientes con crioglobulinemia mixta asociada a infección crónica por el VHC. Son necesarios más estudios multicéntricos para aumentar el número de casos.

## IF-56

**MEDICINA PERIOPERATORIA. DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA (DFMO) EN SUPERVIVIENTES DE TRATAMIENTO INTENSIVO ("BIOTRAUMA")**

**N. Marín Gámez<sup>1</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>, H. Kessel Sardiñas<sup>2</sup>, J. Moreno Escobar<sup>3</sup>, J. Masegosa<sup>4</sup>, C. Miralles<sup>5</sup>, S. López-Palmero<sup>1</sup> y H. Fornieles Pérez<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna - Cirugía Vascul y Neurológica, <sup>2</sup>Unidad de Geriatría, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Vascul, <sup>4</sup>Servicio de Neurocirugía, <sup>5</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Torrecárdenas. Almería. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna y Media Estancia. Hospital Cruz Roja de Almería. Almería.

**Objetivos.** Fundamento. Los pacientes postcríticos que han sobrevivido tras una larga estancia en intensivos muestran una disfunción multiorgánica persistente o prolongada. Los internistas que trabajan conjuntamente con cirugía en programas de medicina perioperatoria tienen la oportunidad de seguir a estos pacientes como médicos finalistas. Describir los detalles clínicos y los resultados provisionales de un programa de intervención en cirugía compleja, neurocirugía y cirugía vascular mayor, evaluado en dos momentos (2004 y 2008). Proponemos el nombre de DFMO por "Biotrauma" para esta condición médica.

**Material y métodos.** Serie clínica descriptiva. Evaluamos 50 pacientes procedentes de intensivos atendidos en planta hasta el alta y en un segundo tiempo posterior variable (entre 3 y 9 meses). Comunicamos los resultados primarios (mortalidad y morbilidad) y a medio plazo (funcionalidad y discapacidad) de esta cohorte.

**Resultados.** Los pacientes (28 hombres y 22 mujeres) eran jóvenes o de mediana edad (edad media 48,6) y necesitaron de una larga estancia tanto en intensivos (24 días de media, rango 6-53), como en planta (media 42 días, rango 15-71). Los diagnósticos principales más comunes fueron: sepsis de foco variable (17), politraumatismo y trauma craneal complicado (16); neurocirugía por hematoma intraparenquimatoso espontáneo (9), infección (2), o neoplasia (3); revascularización mayor de aorta aneurismática o de eje arterial-miembros inferiores y carótida- (5); cirugía bariátrica tipo Scopinaro (2), o supervivencia post reanimación cardiopulmonar (3). La media de actos quirúrgicos, incluyendo traqueostomía durante el weaning de soporte ventilatorio, fue 2,6. La media de infecciones nosocomiales 2,3 (*staphylococcus* sp, *pseudomona* y *acinetobacter* sp representan el 86% de los aislamientos). Todos los pacientes (100%) mostraron gran debilidad e hipotrofia muscular con fatiga, signos inflamatorios sistémicos (pcr, fibrinógeno, VSG) y desnutrición proteica. Los que recuperaron suficiente contenido de conciencia sufrían grados variables de estrés post-traumático (38 de 42 con capacidad de responder a preguntas). La mayoría (80%) tenían febrícula pese al tratamiento adecuado de las infecciones y algo más de la mitad (54%) reflejaban hiperglucemia en ausencia de diabetes previa. Murieron 9 pacientes (18%). Quedaron con discapacidad significativa para las ABVDs 17 (34%); y 24 (48%) sobrevivieron con baja o ninguna discapacidad.

**Discusión.** En sobrevivientes de enfermedades graves y extensos daños, con larga estancia bajo tratamiento intensivo, observamos un comportamiento clínico que evoca un proceso inflamatorio continuo y sistémico.

**Conclusiones.** Proponemos el concepto de DFMO por "biotrauma" para esta condición. Pensamos que existe un nexo entre la persistencia de este síndrome, las graves secuelas y los resultados clínicos (recuperación, discapacidad y muerte) de los pacientes críticos con DFMO "el día de después".

## IF-57

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DE HEPATITIS AGUDA INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

**B. Batalla Insenser, G. De la Red Bellvís, M. Sánchez Torres, Y. Loza Medrano, C. Chico Chumillas, N. Jove Vidal, M. Javaloyas de Morlius y M. Torres Salinas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas y la evolución de los pacientes ingresados por hepatitis aguda en un servicio de Medicina Interna de un Hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los casos de hepatitis aguda que han ingresado en nuestro Servicio, durante los últimos 15 meses. Se han analizado variables clínicas y epidemiológicas, así como su etiología y evolución.

**Resultados.** Se registraron 14 pacientes con hepatitis aguda y criterios clínicos y biológicos de ingreso hospitalario. 10 fueron varones. La media de edad fue de 42 años. En el 71% el consumo de alcohol fue > 80g/día. 6 ptes (43%) estaban afectados de una hepatopatía crónica de origen enólico (29%), infección por VHB (7%) y por VHC

(7%). El índice de Charlson fue entre 0-1 en el 79%. El 43% presentó fiebre, un 71% postración, un 79% ictericia, y solo un 29% dolor abdominal. En tan sólo 4 pacientes había un desencadenante (conducta sexual de riesgo, consumo de hierbas laxantes, infección grave, y la prescripción de un fármaco hepatotóxico, respectivamente). Todos presentaron colostasis y un 86% tenía signos biológicos de insuficiencia hepática. La hepatitis alcohólica fue la causa más frecuente (6 ptes), seguida de infección por VHB (2 ptes), hepatitis tóxica (2 ptes), infección por CMV (1 pte) y hepatitis A (1 pte). Se realizó PBH en dos ptes, en los cuales el diagnóstico fue de hepatitis tóxica. En dos casos no se llegó al diagnóstico etiológico. En el grupo de hepatitis alcohólica, todos los ptes fueron varones. En el resto la proporción de varones y mujeres fue similar. 2 ptes con hepatitis alcohólica precisaron corticoides (Maddey > 32). Un 14% (2 ptes) presentó una resolución clínica completa, un 64% (9 ptes) mejoró de forma progresiva sin resolución completa, en un 7% (1 pte) se cronicó y 2 ptes fueron exitus (14%), ambos por hepatitis alcohólica sobre una hepatopatía crónica de base y un índice de Maddey superior a 32.

**Conclusiones.** 1. En nuestro medio la causa más frecuente de hepatitis aguda que requirió ingreso hospitalario fue la de origen enólico, que a su vez fue la única etiología asociada a mortalidad. 2. En todos los casos hubo colostasis. La mayoría de pacientes se presentó con criterios biológicos de insuficiencia hepática. 3. Se debe considerar la realización de PBH en los casos no diagnosticados por métodos no invasivos.

## IF-58

### EFFECTOS A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL-ALFA SOBRE LOS NIVELES DE LÍPIDOS SÉRICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA CRÓNICA

**S. Gómez Ramírez<sup>1</sup>, R. García Portales<sup>2</sup>, P. Valdivielso Felices<sup>1</sup>, J. Rioja Villodres<sup>3</sup>, J. Rodríguez Andreu<sup>2</sup> y P. González Santos<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Laboratorio de Lípidos. CIMES, Universidad de Málaga. Málaga.*

**Objetivos.** El factor de necrosis tumoral-alfa (TNF-alfa), citocina clave en la patogénesis de las artritis inflamatorias crónicas (AIC), tiene efectos pro-aterogénicos y puede estar relacionada con la resistencia a la insulina. Los pacientes con AIC presentan un mayor riesgo vascular. Es este trabajo se analiza si el tratamiento con antagonistas del TNF-alfa modifica a corto plazo el perfil de lipídico en pacientes con AIC.

**Material y métodos.** 17 pacientes (10 mujeres, 7 hombres; 45 ± 13 años) con AIC (7 artritis reumatoide, 4 espondilitis anquilopoyética, 6 artritis psoriásica) que iniciaban terapia con antagonistas del TNF-alfa (10 Adalimumab, 5 Etanercept, 2 Infliximab) entraron en este estudio prospectivo. Se realizó hematimetría, proteína C-reactiva (PCR), colesterol total (CT) y fracciones (C-HDL, C-LDL), apolipoproteínas (Apo) b y a1, triglicéridos (TGL), ratios CT/HDL, TGL/HDL y Apo b/Apo a1, glucemia, insulina y HOMA, y se determinaron parámetros antropométricos y presión arterial tanto basales como a los 3 meses de iniciado el tratamiento.

**Resultados.** Globalmente, solo se observó una reducción en la PCR, leucocitos y plaquetas a los tres meses de iniciado el tratamiento con respecto a los valores basales. Sin embargo, en las mujeres se produjo además una reducción significativa del nivel de TGL (Tabla 1) así como un aumento del índice de masa corporal. Se descartó la influencia de modificaciones en la actividad física, consumo de grasas o alcohol. No se observaron cambios en la insulinemia ni el HOMA. \*p < 0,05 frente a hombres, \*\*P < 0,05 frente a basal, \*\*\*P = 0.072 frente a basal (Wilcoxon rank test).

**Discusión.** En nuestro estudio el tratamiento de las AIC con antagonistas del TNF-alfa reduce a corto plazo los niveles de PCR sin afectar al perfil lipídico. Sin embargo, a diferencia de lo descrito por otros autores (1,2), dicho tratamiento reduce también los niveles de TGL y la ratio TGL/C-HDL en mujeres.

**Conclusiones.** El tratamiento con anti-TNF podría contribuir a una reducción del riesgo vascular en mujeres con AIC (3), aunque son



necesarios estudios más amplios para corroborar estos resultados. 1. Spanakis et al. *J Rheumatol* 2006; 33: 2440-6; 2. Soubrier et al. *Joint Bone Spine* 2008; 75: 22-4. 3. Jacobson et al. *Clin Ther* 2007; 29:763-77.

Tabla 1. Tratamiento en el momento de la infección grave (IF-58).

	Hombres		Mujeres	
	Basal	3 meses	Basal	3 meses
CT (mg/dL)	211 ± 34	204 ± 38	201 ± 55	200 ± 41
C-LDL (mg/dL)	142 ± 28	132 ± 32	121 ± 26	121 ± 46
C-HDL (mg/dL)	48 ± 13	48 ± 14	58 ± 12	60 ± 15
TGL (mg/dL)	135 ± 76	150 ± 77	128 ± 82	95 ± 41**
TGL/C-HDL	3.3 ± 2.7	3.7 ± 2.8	2.3 ± 1.6	1.7 ± 0.7***
TC/C-HDL	4.6 ± 0.9	4.5 ± 1.2	3.5 ± 1.0*	3.5 ± 1.0
Apo b/Apo a1	0.9 ± 0.2	0.8 ± 0.2	0.6 ± 0.2*	0.6 ± 0.2
HOMA	4,0 ± 2.6	3.9 ± 1.8	2.9 ± 2.4	2.1 ± 0.7

### IF-59

#### SÍNDROME NEFRÓTICO EN LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

R. González Gallego<sup>1</sup>, L. Vega Valderrama<sup>1</sup>, J. Barbado<sup>1</sup>, S. Herrero Velázquez<sup>2</sup> y A. Jimeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** La proteinuria es un signo de afectación renal característico de las nefropatías primarias o secundarias a enfermedades sistémicas. Desde este rasgo exponemos dos enfermos con un nexo común en cuanto a la enfermedad base que provoca este signo, pero con diagnósticos finales distintos. Aportamos datos no habituales tanto en la clínica de uno de ellos como en la asociación patológica en el otro.

**Material y métodos.** Los dos pacientes que describimos a continuación tienen los siguientes síntomas y signos comunes: presentan desde hace 5-6 meses astenia, anorexia, pérdida de peso, episodios de diarrea líquida y edemas en extremidades inferiores. En sendos análisis de orina se detecta proteinuria por encima de los 4 gramos diarios. El primero es una mujer de 57 años con el antecedente de un cálculo coraliforme en riñón izquierdo. Clínicamente refiere dolor en flanco izquierdo y fenómeno de Raynaud en extremidades superiores, este de años de evolución. En la exploración se detecta una masa palpable en flanco izquierdo. En la bioquímica sanguínea: urea: 76 mg/dl, creatinina: 2.6 mg/dl, proteínas totales: 4.3 g/dl, albúmina: 1.3 g/dl. VSG: 120 mm Sistemático de orina: 8.6 gramos de proteínas en 24 horas. Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo. Radiografía de abdomen: cálculo coraliforme. El segundo es un hombre de 43 años de edad, cuyo único antecedente es padecer desde hace 8 años dolores en columna cervical, lumbar y sacroiliaca. Clínicamente refiere, hemoptisis franca en 4 ocasiones en las últimas 24 horas y dolores en zona sacroiliaca que se exacerban con el reposo y se acompañan de intensa rigidez matutina. En la exploración se objetiva dolor a la palpación en columna cervical, lumbar y sacroiliacas. Hay rectificación de la lordosis lumbar y cervical con limitación en la movilidad a la flexo-extensión y lateralización. En la bioquímica sanguínea: urea: 68 mg/dl, creatinina: 3.6 mg/dl, proteínas totales: 4.7 gr/dl, albúmina: 2 g/dl. VSG: 111 mm Hb: 9 g/dl, Hcto: 28.4%, VCM: 81.6 fl. Sistemático de orina 5.6 gramos de proteínas en 24 horas. Radiografía de columna lumbar: calcificación del ligamento anterior, osteoporosis, rectificación de la lordosis. **Resultados.** A los dos pacientes se les practicó una biopsia rectal donde se observó depósitos, especialmente en pequeños vasos, de material amorfo identificado con rojo congo como material amiloide. Tipo AA. Diagnosticamos a la primera enferma de amiloidosis secundaria relacionada con pielonefritis xantogranulomatosa tras la exéresis del riñón izquierdo. Al segundo enfermo de amiloidosis secundaria relacionada con espondilitis anquilopoyética muy evolucionada. En éste se observó, en una broncoscopia, un nódulo amiloide.

**Discusión.** La amiloidosis secundaria es una entidad relativamente frecuente en la que los procesos infecciosos crónicos y procesos inflamatorios ocupan un lugar destacado. El riñón es el primer órga-

no afectado y se inicia con proteinuria. Con posterioridad se afectan el aparato digestivo, el hígado y las suprarrenales. En los dos casos descritos el nexo común ha sido la proteinuria en rango nefrótico y la afectación digestiva.

**Conclusiones.** No es habitual la asociación entre amiloidosis secundaria a espondilitis anquilopoyética y afectación traqueal, tal y como aparece en el segundo caso. Respecto a los procesos infecciosos crónicos son las infecciones respiratorias que cursan con bronquiectasias, osteomielitis o úlceras crónicas las más habituales. La existencia de una pielonefritis xantogranulomatosa como causa de amiloidosis es un hecho excepcional.

### IF-60

#### UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE VALLADOLID (UEASHCUV): UNA REVISIÓN DE 46 PACIENTES CON LUPUS L. Vega-Valderrama, R. González Gallego, J. Barbado

y A. Jimeno

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Los enfermos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) están sujetos a una cantidad importante de síntomas, complicaciones y procesos inflamatorios que afectan a cualquier órgano. Vamos a describir un grupo de pacientes con Lupus incluidos en la UEASHCUV; y en particular de aquellos con nefropatía lúpica.

**Material y métodos.** Los 46 pacientes objeto de estudio tienen seguimiento en la UEASHCUV creada en el 2006. Consta de consultas externas, dos días a la semana, y una sala de hospitalización con cuatro camas, más una consulta de incidencias diaria. Hasta este mes de junio era atendida por un médico internista al que, desde mediados de junio del 2008, se han incorporado otros dos. Contamos con un núcleo de trabajo en investigación clínica recientemente formado por: los internistas de la unidad, dos reumatólogos, un inmunólogo clínico y un inmunólogo en investigación básica. El trabajo que vamos a exponer consiste en una descripción respecto a variables epidemiológicas y clínicas de los 46 pacientes. Para ello hemos utilizado los estadísticos descriptivos habituales.

**Resultados.** De los 46 pacientes estudiados el 82,61% son mujeres. La edad media al inicio de la revisión es de 43.5 años. La edad media a la cual se diagnosticó la enfermedad es de 31,61 años. La duración media de la enfermedad 117,88 meses. Los criterios de la ACR 1997 en su conjunto por porcentajes fueron: eritema facial en el 58,69%, lupus discoide el 6,52%, fotosensibilidad el 58,69%, úlceras orales el 34,68%, artritis no erosiva el 52,1%, serositis el 10,86%, enfermedad renal el 17,39%, alteraciones neurológicas el 15,21%, alteraciones hematológicas el 37,20%, alteraciones inmunológicas el 77,27%, ANA el 97,72%, anticoagulante lúpico el 42,22%. Se midió la actividad de la enfermedad hasta el mes antes de una revisión para todos los paciente con los siguientes resultados: convulsiones en el 2,54%, psicosis en el 2,72%, alteraciones visuales en el 2,72%, alteraciones de pares craneales en el 2,72%, cefalea en el 31,81%, accidente cerebrovascular agudo en el 2,72%, vasculitis en el 2,72%, artritis en el 42,45%, miositis el 6,81%, aparición de cilindros urinarios el 9,30%, hematuria el 30,23%, proteinuria el 18,60%, piuria el 37,20%, rash el 31,81%, alopecia el 36,36%, úlceras mucosas el 25%, pleuritis el 2,72%, pericarditis el 2,72%, descenso del complemento en el 47,72%, aumento de anticuerpos anti DNA en el 30%, fiebre el 9,09%, trombocitopenia el 9,09%, leucopenia el 13,63%. De los 46 pacientes 8 padecen enfermedad renal grave. Han recibido tratamiento con pulsos de corticoides y ciclofosfamida por brote lúpico con proteinuria en rango nefrótico los ocho pacientes, todos ellos en más de una ocasión. Uno de ellos, en un nuevo brote, se hizo la remisión y posterior mantenimiento con micofenolato obteniendo excelentes

**Resultados.** Seis tienen de mantenimiento micofenolato con el resultado de proteinuria por debajo de 0,5 gramos en 24 horas. Los otros dos no reciben tratamiento inmunosupresor.

**Discusión.** Los síntomas y signos de actividad más frecuentes en esta serie han correspondido a alteraciones en el sedimento urinario, afectación dermatológica, de mucosas y artritis, acompañados del descenso del complemento y aumento de los anticuerpos anti DNA.

La enfermedad renal grave (nefropatía tipo IV) correspondió a un 17% del total. Estos pacientes antes de ingresar en la Unidad habían presentado uno o más brotes lúpicos con nefropatía que fueron tratados con ciclofosfamida, y ya formando parte de los pacientes tratados en la unidad volvieron a tener otro brote. Se utiliza el micofenolato tanto para la remisión del brote como para el mantenimiento.

**Conclusiones.** En los brotes de LES la nefropatía ha jugado, como era de esperar, un importante papel. La introducción de micofenolato en el tratamiento de mantenimiento e incluso en la remisión ha supuesto para nuestros enfermos una importante ayuda.

#### IF-61

### DIFERENTE PERFIL DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS E INMUNOMODULADORAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE AUTOANTICUERPOS ANTI-RO

**M. Soto Cardenas<sup>1</sup>, R. Baturone<sup>2</sup>, M. Márquez<sup>1</sup>, M. Montes de Oca Arjona<sup>1</sup>, A. Fernández Deudero<sup>1</sup>, I. Macías<sup>2</sup>, S. Pérez García<sup>2</sup> y J. Girón González<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Analizar diferencias de los niveles séricos de citocinas proinflamatorias y citocinas linfocitarias Th1/Th2 en el Síndrome de Sjögren primario (SSp) en función de la presencia o ausencia de autoanticuerpos.

**Material y métodos.** Incluimos en el estudio a 37 pacientes consecutivos y 20 controles sanos. Todos los pacientes cumplían 4 o más de los criterios europeos diagnósticos para SSp y fueron agrupados en función de la presencia o ausencia de anticuerpos anti-Ro. Fueron analizados los niveles séricos de IL-1 $\alpha$ , IL-6, factor de necrosis tumoral (TNF)- $\alpha$ , IL-10, IL-12, interferon-gamma (INF- $\alpha$ ) e IL-4.

**Resultados.** Los pacientes con anticuerpos anti-Ro comprendieron el 78% de la serie (n = 29). Los niveles séricos de citocinas proinflamatorias e inmunomoduladoras no presentaban diferencias significativas al comparar los pacientes con anti-Ro negativo con los controles sanos. En función de la presencia de anti-Ro +, observamos en los pacientes con anti-Ro+, niveles medios más elevados tanto de citoquinas proinflamatorias (IL-1: 25 vs 0; IL-6: 11 vs 0; TNF- $\alpha$ : 21 vs 10; p < 0,05) como de moléculas inmunomoduladoras (IL-12: 42 vs 0; IL-10: 153 vs 19; p < 0,05) en relación con los pacientes sin anti-Ro. Una disminución de la proporción Th1/Th2 en sangre periférica, representado por la relación INF- $\alpha$ /IL-4, fue observada en los pacientes con anti-Ro en relación con los pacientes sin anti-Ro (0,7 vs 1; p < 0,05). Además, observamos una correlación positiva entre las concentraciones séricas de IL4 e inmunoglobulina G, en los pacientes con presencia de anti-Ro (r = 0,448, p = 0,008).

**Conclusiones.** Los pacientes con SSp pueden ser clasificados en dos grupos, en función de la presencia o ausencia de anticuerpos anti-Ro. Los pacientes con anticuerpos anti-Ro muestran un mayor incremento de citocinas proinflamatorias y de moléculas inmunomoduladoras, secretadas principalmente por macrófagos, y una respuesta linfocitaria predominante Th2. La aplicación de estas moléculas podría ser de utilidad como marcadores de diferentes subgrupos de SSp y podría ser de interés en la evaluación de la respuesta a protocolos de tratamiento o en el seguimiento de la enfermedad.

#### IF-62

### EFICACIA DE LA NICOTINAMIDA ADENINA DINUCLEOTIDO ORAL (NADH) EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

**J. Roses<sup>1</sup>, C. Javierre<sup>2</sup>, J. Alegre<sup>1</sup>, V. Ramos<sup>1</sup>, L. Aliste<sup>1</sup>, M. Segundo<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron-Àrea General. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Fisiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** El NADH interviene en el mecanismo quimioosmótico mitocondrial de la fosforilación oxidativa para formar grandes cantidades de ATP. Para ello debe disponerse de suficiente NADH para llevar a cabo esta síntesis de ATP. Por consiguiente, la hipótesis del tratamiento del SFC con NADH se fundamenta en que éste facilitaría la generación del ATP, que puede estar deplecionada en el SFC. El objetivo fundamental fue evaluar la eficacia del NADH oral en pacientes con SFC, fundamentalmente en lo concerniente al síntoma fatiga.

**Material y métodos.** Se realizó un ensayo clínico controlado con placebo, doble ciego, diseño paralelo de dos vías (dos grupos independientes), con asignación aleatoria a tratamiento con NADH oral a la dosis de 20 mg diarios o placebo durante 8 semanas en 77 pacientes (5 varones y 72 mujeres, m 47.1  $\pm$  8.3 años). Basado en los signos y síntomas del SFC, se evaluaron las variables intensidad de la fatiga (EVA), estado funcional (KPS), estado de ánimo (HAD), impacto funcional de la fatiga (FIS), evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), evaluación de la calidad del sueño (PSQI), evaluación de la capacidad al ejercicio y de la reserva funcional (ergoespiometría en cicloergómetro). Por último, se evaluaron la opinión del paciente y del investigador sobre la efectividad del tratamiento.

**Resultados.** No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de tratamiento en las variables intensidad de la fatiga, estado funcional del paciente, impacto del SFC en el paciente, estado de salud percibido y calidad del sueño. Se observó una mejora estadísticamente significativa del nivel de ansiedad en el grupo tratado con el NADH oral en relación con el placebo entre la visita basal y la visita 2 (p = 0,021) y entre la visita 1 y la 2 (p = 0,010); por el contrario, el nivel de depresión aumentó a lo largo del estudio en ambos grupos. En la ergoespiometría, en el grupo tratado con NADH oral se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la visita 1 y la visita 2 en la reducción de la FC máxima (p = 0,020) y de la FC máxima/FC máxima teórica (p = 0,033) en relación con el placebo. No se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables VO<sub>2</sub> máximo teórico, VO<sub>2</sub> máximo, potencia máxima, lactato en sangre y VO<sub>2</sub> máximo/VO<sub>2</sub> máximo teórico en ninguno de los grupos de tratamiento. Los pacientes valoraron el resultado del tratamiento como muy bueno y bueno en 10/36 y 12/39, respectivamente, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Del mismo modo, el investigador calificó como muy bueno y bueno los tratados con NADH y con placebo en 11/36 y 19/39, respectivamente, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Se han registrado dos reacciones adversas, ambas en el grupo placebo y no relacionadas con el tratamiento.

**Discusión.** En el SFC, a diferencia de controles sanos, se registra un aumento de la FC así como de la FC a la carga máxima, lo que comporta una disminución del gasto cardiaco (nivel subóptimo), del flujo sanguíneo cerebral, una disminución de la captación de O<sub>2</sub> tisular, alteraciones respiratorias como la disnea de esfuerzo, con la consiguiente alteración de la oferta de O<sub>2</sub> a los músculos esqueléticos y una alteración de las funciones cognitivas (De Becker et al, 2000; Invar et al, 2001). Por consiguiente, esta disminución de la FC máxima podría comportar un incremento del gasto cardiaco lo que redundará en un efecto metabólico beneficioso no solo a nivel muscular esquelético, sino de la captación máxima de oxígeno a nivel cerebral así como del flujo sanguíneo cerebral. Sin embargo, son necesarios más estudios para confirmar este hecho.

**Conclusiones.** El NADH oral no modifica ninguna de las variables clínicas y de calidad de vida relacionadas con el SFC, excepto con el ítem ansiedad. Sin embargo, en la prueba de esfuerzo, el NADH oral disminuye significativamente la FC máxima así como la FC máxima/FC máxima teórica.

## IF-63

## REACTANTES DE FASE AGUDA: VSG Y PCR

V. Navarro Pérez, F. Jodar Morente, M. Manjón Rodríguez, R. Yeste, M. Muñoz, M. Porrás, J. Navarro y F. Molina  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** Numerosos estudios muestran la utilidad de los reactantes de fase aguda como marcadores de actividad. Dentro de estos reactantes destacan la VSG y la PCR por su uso común en la práctica clínica diaria. La VSG es un marcador muy sensible, pero con la limitación de su falta de especificidad y su dependencia de la edad y el sexo. La PCR es también un reactante de alta sensibilidad, pero al igual que la VSG muy inespecífico, con la ventaja de su independencia de la edad y el sexo. Además su elevación es más precoz. El objetivo del estudio es evaluar la correlación de ambos reactantes según diagnósticos, estableciendo puntos de corte que nos permita orientar hacia un proceso etiológico determinado.

**Material y métodos.** -Realizamos una investigación clínico evaluativa.-Examinamos una cohorte de pacientes atendidos en régimen de hospitalización ingresados en Medicina Interna, Cardiología y Digestivo durante 3 meses consecutivos (abril-junio 08) en un hospital general de especialidades.- Se emplearon métodos informáticos y estadísticos para análisis de los datos obtenidos.-Aquellos pacientes cuyos datos pudieran inducir error fueron descartados.

**Resultados.** De un total de 90 pacientes que fueron atendidos en M. Interna, Cardiología y Digestivo en Compl. Hosp. de Jaén durante abril a junio 2008, la distribución por sexos fue de 49 hombres y 41 mujeres, con una edad media de 68,4 años. La media de toma de fármacos por paciente fue 5,9 con una importante comorbilidad asociada. Dentro de los parámetros estudiados, estos fueron los resultados obtenidos:-Infecciones: VSG 46,75 PCR 90,2-Neoplasias: VSG 29,66 PCR 36,3- Conectivopatías y otras enfermedades inflamatorias: VSG 37,8 PCR 75,2 Dentro de las enfermedades infecciosas: Neumonías (VSG 44; PCR 78,159, infección respiratoria no consolidativa (VSG 46; PCR 58,85); infecciones abdominales (VSG 32,28; PCR 150,53), celulitis (VSG 37,8; PCR 86,3) y otras infecciones (artritis sépticas, mononucleosis): VSG 73,75; PCR 77,425 En cuanto a las enfermedades inflamatorias: Pancreatitis (VSG 27,17; PCR 80,6), EII (VSG 48,5; PCR 69,97) Neoplasias: Hematológicas (VSG 159; PCR 144,5); Tumores sólidos (VSG 29,66; PCR 36,3).

**Discusión.** De los resultados obtenidos, parece que existe una elevación de la PCR mayor en los procesos de etiología infecciosa, y a su vez las infecciones abdominales son las que presentan niveles más elevados. A su vez, dentro de las neoplasias, las de origen hematológico son las que presentan niveles más elevados de VSG y PCR.

**Conclusiones.** A pesar de la inespecificidad de los reactantes VSG y PCR, pensamos que su alta sensibilidad para poner de manifiesto actividad de enfermedad los hacen marcadores útiles para valorar evolución y enfermedad activa.

## IF-64

## SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS ANTICUERPOS FRENTE A PÉPTIDOS SINTÉTICOS CITRULINADOS DE FIBRINA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Gómez-Puerta<sup>1</sup>, G. Espinosa<sup>2</sup>, M. Plasín<sup>2</sup>, I. Cusacovich<sup>2</sup>, M. Pérez<sup>3</sup>, I. Haro<sup>3</sup>, R. Cervera<sup>2</sup> y R. Sanmartí<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Departamento de Química de Péptidos y Proteínas. IIQAB-CSIC Jordi Girona, Barcelona.

**Objetivos.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja, caracterizada por la presencia de múltiples autoanticuerpos, los cuales están directamente relacionados en algunas ocasiones con manifestaciones características de la enfermedad, como los anticuerpos anti-RNP y la afectación del sistema nervioso central, los anticuerpos antifosfolípidicos (AAF) con la trombosis o los anticuerpos anti-DNA de doble cadena (anti-dsDNA) con el compromiso renal. Algunos estudios recientes han relacionado la presencia de los anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP)

con la artritis erosiva y la afectación articular en pacientes con LES (1-2). Objetivo: Determinar la prevalencia y significado clínico de los anticuerpos anti-CCP y los anticuerpos frente a péptidos sintéticos citrulinados de fibrina (péptido cíclico citrulinado quimérico) (anti-PCCQ) en pacientes con LES.

**Material y métodos.** Se incluyeron 119 pacientes consecutivos con LES seguidos en un centro universitario de referencia. Se recogieron las principales características clínicas y serológicas. Los anti-CCP se determinaron mediante un test de ELISA de segunda generación (Eurodiagnostica). Los anti-PCCQ fueron determinados mediante inmunoensayo empleando como antígeno un péptido sintético derivado de fibrina humana (p18-cfc1cy). La síntesis química se realizó por procedimientos de Síntesis de Péptidos en Fase Sólida (3).

**Resultados.** El 93% de las pacientes fueron mujeres. La edad media fue 41 ± 13 años (rango: 19-82) con una duración media de la enfermedad de 10 ± 6 años (rango: 1-30). Las principales manifestaciones acumuladas de la enfermedad fueron la glomerulonefritis en el 38% de los pacientes (la mayoría de ellas de clase IV), la afectación cutánea (53%), la artritis (39%) (en 3 casos con artropatía de Jaccoud) y la serositis (17%). Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en todos los pacientes (en la mayoría a títulos elevados), los anti-dsDNA en un 80%, los AAF en un 40%, los anti-Ro en un 26%, los anti-La en un 13%, los anti-RNP en un 20% y los anti-Sm en un 19% de los pacientes. El factor reumatoide fue positivo en 12/82 (10%) pacientes. Los anti-CCP fueron positivos (> 25 IU/mL) en 23 (19%) pacientes, no obstante sólo 5 pacientes tuvieron títulos elevados (> 50 IU/mL). Los anti-PCCQ fueron positivos (> 0.176 U. D. O) en 25/113 (22%) pacientes. Diez pacientes fueron positivos para ambos anticuerpos citrulinados. Todos estos pacientes tenían historia de artritis (10 vs 0; test exacto de Fisher, p = 0,005). Los anti-CCP se correlacionaron con artritis (18 vs 1;  $\chi^2$  p < 0,0001), mientras que los anti-PCCQ se correlacionaron con historia previa de afectación renal (14 vs 8;  $\chi^2$  p = 0,047) y artritis (16 vs 5;  $\chi^2$  p = 0,05) y se correlacionaron inversamente con la presencia de los anticuerpos anti-Ro (3 vs 20,  $\chi^2$  p = 0,024).

**Conclusiones.** Alrededor de una quinta parte de los pacientes con LES tienen anticuerpos anti-CCP o anti-PCCQ. La prevalencia de dichos anticuerpos es más elevada en pacientes con LES que en la población sana (< 2%), pero mucho menor que en pacientes con AR. En el presente estudio los anti-CCP se correlacionaron con la artritis y los anti-PCCQ con la artritis y la historia previa de afectación renal. Referencias 1. Chan MT et al. J Rheumatol. 2008;35:77-83. 2. Amezgua-Guerra et al. Arthritis Res Ther. 2006;8:R144 3. Pérez ML et al. J Med Chem. 2007 26;50:3573-84.

## IF-65

## ESTUDIO DE LA RNASA L (PROTEINA Y ACTIVIDAD), ACTIVIDAD DE LA ELASTASA Y DE LA PROTEIN-KINASA R EN LOS MONOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA EN EL SFC. A

A. García Quintana<sup>1</sup>, J. García Quintana<sup>1</sup>, C. Javierre<sup>2</sup>, K. De Meirleir<sup>3</sup> y J. Alegre Martín<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona. <sup>2</sup>Laboratorio de Fisiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Departamento de Fisiología Humana. Universidad de Bruselas. <sup>4</sup>Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Hospital General Vall d'Hebron- Àrea General. Barcelona.

**Objetivos.** El SFC es una entidad clínica definida por los criterios diagnósticos internacionales de Holmes y Fukuda. La Rnasa L en monocitos de sangre periférica es un marcador que ha sido utilizado en la diferenciación entre pacientes con SFC, Fibromialgia y Depresión. En la génesis de la Rnasa L es muy importante la proteólisis inducida por la elastasa monocitaria. En el SFC es de gran interés, el estudio de las diferentes vías de activación enzimática inducida por el interferón, tales como la protein-kinasa R (PKR), implicada en la apoptosis celular. OBJETIVO del estudio: Evaluar los marcadores biológicos intramonocitarios en el SFC.

**Material y métodos.** Se incluyeron 303 pacientes diagnosticados de SFC según los criterios de Holmes y Fukuda a los que se practico una



prueba ergométrica durante el ejercicio físico y obteniendo frecuencia cardíaca máxima, potencia muscular máxima en extremidades inferiores y consumo máximo de oxígeno. Los niveles de Rnasa L en los monocitos de sangre periférica se determinaron por Radiolabeled ligand/receptor assay, la actividad de la Rnasa L por enzymatic assay, la actividad de la Elastasa por enzymatic colorimeter assay y de la protein-kinasa R por comparison western blot. Las muestras fueron analizadas en RED Laboratorios de Bélgica. Los análisis estadísticos se realizaron a través del paquete estadístico SPSS. Se estableció la significación estadística a un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 45 hombres y 258 mujeres, la edad media 40 años (R: 14-60). La cuantificación de la Rnasa L fue superior a 0.5 en 273 pacientes (90%). La actividad de la Rnasa L fue superior a 150 en 248 (82%), la actividad de la elastasa superior a 70 en 288 (95%) y la actividad de la PKR superior a 2 en 45 casos (15%). Se constató una correlación significativa entre la actividad de la Rnasa L y la cantidad de Rnasa L ( $r: 1.78$ ) y entre la actividad de la elastasa y la cantidad de Rnasa L ( $r = 0,607$ ). Asimismo los parámetros ergométricos (potencia máxima en piernas, consumo máximo de oxígeno, frecuencia cardíaca máxima y lactato máximo en extremidades inferiores se correlacionaron entre sí) y la actividad de la PKR se correlacionó de forma significativa ( $r = 0,203$ ) con la potencia muscular máxima en extremidades inferiores.

**Discusión.** En nuestra serie el porcentaje de pacientes con unos valores del cociente RnasaL/Rnasa superiores a 0.5 se constató en el 90% de los pacientes, siendo ligeramente superior a las series publicadas que rondaban el 80%. Lo que aboga a que esta vía anómala implicada en la sintomatología del síndrome, esta presente de forma prácticamente universal en todos ellos. La asociación significativa entre la cantidad de la Rnasa L y la actividad de la elastasa, sugiere la implicación de la proteólisis de la Rnasa en la génesis de la Rnasa L por parte de la elastasa monocitaria. Deberán realizarse más estudios para valorar la implicación de la PKR en la patogenia de la disfunción muscular en el SFC.

**Conclusiones.** En los pacientes con SFC la expresión de la Rnasa L fue positiva en el 90% de los casos, existiendo una correlación positiva entre la actividad y la cantidad de Rnasa L.

#### IF-66

#### ESTUDIO DE LA RNASA L, ACTIVIDAD DE LA ELASTASA, PROTEIN-KINASAR, ACTINA Y OXIDO NÍTRICO EN EL SFC

A. García Quintana<sup>1</sup>, J. García Quintana<sup>1</sup>, C. Javierre<sup>2</sup>, K. De Meirleir<sup>3</sup> y J. Alegre Martín<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Centre Médic Delfos, S. A. Barcelona. <sup>2</sup>Laboratorio de Fisiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Departamento de Fisiología Humana. Universidad de Bruselas. <sup>4</sup>Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Hospital General Vall d'Hebron- Área General. Barcelona.

**Objetivos.** El SFC es una entidad clínica definida por los criterios diagnósticos internacionales de Holmes y Fukuda. La Rnasa L en monocitos de sangre periférica es un marcador que ha sido utilizado en la diferenciación entre pacientes con SFC, fibromialgia y depresión, estando implicada en su génesis la proteólisis de la Rnasa L inducida por la elastasa. Se han estudiado parámetros séricos del metabolismo de la Rnasa L, como la actina en suero, para utilizarlos en el screening del paciente con fatiga crónica. En el SFC es de gran interés, el estudio de las diferentes vías de activación enzimática inducida por el interferón, tales como la protein-kinasa R, implicado en la apoptosis celular y uno de los elementos implicados en origen de la sintomatología del SFC, es el oxido nítrico. El objetivo del estudio: Evaluar los marcadores biológicos intramonocitarios y en suero en el SFC.

**Material y métodos.** Se incluyeron 116 pacientes diagnosticados de SFC según los criterios de Holmes y Fukuda a los que se practico una prueba ergométrica en el ejercicio físico y obtuvimos la frecuencia cardíaca máxima, la potencia muscular máxima en extremidades inferiores y consumo máximo de oxígeno. Los niveles de Rnasa L en monocitos de sangre periférica se determinaron por Radiolabeled ligand/receptor assay, la actividad de la Rnasa L se determino por

enzymatic assay, la actividad de la elastasa por enzymatic colorimeter assay y de la protein-kinasa R por comparison western blot). Los niveles de oxido nítrico se obtuvieron por colorimetric assay y la detección cualitativa de actina en suero por automated immunoassay. Las muestras fueron analizadas en RED Laboratorios de Bélgica. Los análisis estadísticos se realizaron a través del paquete estadístico SPSS. Se establece la significación estadística a un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se han incluido 17 hombres y 99 mujeres, la edad media 38 años (R: 14-58). La cuantificación de la Rnasa L fue superior a 0.5 en el 90%, la actividad de la Rnasa L superior a 150 en el 82%, actividad de la elastasa superior a 70 en el 95% y la actividad de la PKR superior a 2 en el 15%. La actina en suero fue detectada en 70 pacientes (60%) y los niveles de oxido nítrico superior a 12 micromoles en 44 casos (38%). Se constató una correlación significativa moderada entre la actividad de la Rnasa L monocitaria, la positividad de la actina en suero ( $r = 0.267$ ) y los niveles séricos de oxido nítrico ( $r = 0.327$ ). Se observó una asociación significativa entre la detección de la actina en suero y los niveles de oxido nítrico ( $r = 0,316$ ).

**Discusión.** El hecho de que la detección de la actina en suero se constató tan sólo en el 60% de los casos de SFC y que su positividad se relacione más con la actividad de la Rnasa L que con la cantidad, abogaría que no sería un buen marcador biológico para utilizar en el screening de la fatiga. E. De otra parte la asociación significativa entre la positividad de la detección de la actina en suero, la actividad de la Rnasa L monocitaria y los niveles de oxido nítrico, abogaría por la importancia del metabolismo de la Rnasa L y el oxido nítrico en la patogénesis de la sintomatología del SFC.

**Conclusiones.** En los pacientes con SFC la detección de la actina en suero (procedente del metabolismo de la Rnasa L) se constató en el 60% de los casos y se relaciono con la actividad de la Rnasa L y no así con la cantidad. La asociación entre la positividad de esta proteína con los niveles de actividad de la Rnasa L y los de oxido nítrico, ambos parámetros bioquímicos implicados en la sintomatología del SFC, abogaría más por ser un marcador de utilidad en la actividad de la Rnasa, que en la detección de la proteína Rnasa.

#### IF-67

#### MANIFESTACIONES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO

B. Sopena<sup>1</sup>, N. Pazos<sup>2</sup>, J. González Carrero<sup>3</sup>, A. Rivera<sup>1</sup>, M. Pérez Rodríguez<sup>2</sup>, J. Lamas<sup>2</sup> y C. Martínez Vázquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Trombosis y Vasculitis (TYV), <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis necrotizante histiocitaria es una entidad rara, habitualmente autolimitada y que cursa con fiebre y adenopatías generalmente cervicales y neutropenia. Aunque algunos autores han sugerido una etiología autoinmune, su asociación con lupus eritematoso sistémico (LES) y tiroiditis ha sido escasamente descrita. Diseñamos el presente estudio con el fin de establecer la frecuencia de asociación de enfermedades autoinmunes con la EKF al inicio o en el seguimiento.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes con EKF diagnosticados en nuestro hospital desde junio de 1994 hasta junio de 2007. El diagnóstico de EKF se hizo en base a los típicos hallazgos histológicos en muestras de biopsia o de punción ganglionar con aguja fina: cambios necróticos con infiltración focal de áreas cortical y paracortical por linfocitos en distintos grados de maduración e histiocitos en ausencia de granulocitos. Todas las muestras fueron evaluadas o revisadas por el mismo patólogo (JGC). En todos se realizaron tinciones especiales para descartar otras etiologías, estudios de autoinmunidad y en algunos se hizo PCR para herpesvirus.

**Resultados.** Se estudiaron 18 pacientes 12 de ellas eran mujeres (67%). La edad media fue significativamente menor entre las mujeres (27.5+7. vs 46.5+19.5;  $p < 0.005$ ). Tuvieron fiebre 11/18 pacientes (61%), en 3 casos prolongada (> 1 mes). Todos tenían adenopatías localizadas a nivel cervical (89%), supraclavicular 22%), axilar (39%) e inguinal (17%), bilaterales en el 61% de los casos y en un

solo territorio en el 39% de los casos. Las PCR para herpesvirus fueron negativas en los 8 pacientes en que se hizo. En cuanto a los datos analíticos un 22% tenía leucocitosis, 45% leucopenia (en 3 casos con neutropenia < 500 cel/mm<sup>3</sup>). Un 44% tenían linfopenia. La VSG estaba elevada en el 67% de los pacientes y 55% tenían hipocomplementemia. Presentaron manifestaciones autoinmunes el 75% de las mujeres (9/12), y ninguno de los varones. En 3 casos padecían un LES ya conocido en el momento del diagnóstico y otra más lo desarrolló en el seguimiento (33%). En 2 pacientes los ANA eran positivos (y se mantuvieron en el tiempo) a títulos significativos pero sin criterios de LES (LES incompleto), otra paciente padecía diabetes tipo-1, otra tiroiditis de Hashimoto y otra gastritis crónica <sup>14</sup> <sup>psklori</sup> negativa. En análisis univariante se correlacionaron con la presencia de LES: Linfopenia, lesiones cutáneas, persistencia de la fiebre y necesidad de corticoides para aliviar los síntomas y la linfadenitis. Una paciente que desarrolló LES presentó una EKF multicéntrica casi-fatal con dos recaídas en el seguimiento.

**Conclusiones.** Las mujeres jóvenes con EKF tienen una elevada frecuencia de manifestaciones autoinmunes. Un tercio de ellas padecen LES en el momento del diagnóstico o en el seguimiento. Cuando aparecen fenómenos autoinmunes el cuadro clínico reviste mayor gravedad.

#### IF-68

##### ARTERITIS DE LA TEMPORAL: RELACIÓN ENTRE VSG Y PCR Y SU ASOCIACIÓN CON LA PÉRDIDA VISUAL TRANSITORIA VS PERMANENTE

L. Sande Sardina<sup>2</sup>, C. Barbagelata López<sup>1</sup>, M. Vares González<sup>1</sup>, J. Lorenzo Álvarez<sup>1</sup>, P. Asensio Hernández<sup>1</sup>, M. Trigas Ferrin<sup>1</sup>, L. Ferreira González<sup>1</sup> y J. Juega Puig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre VSG y PCR y su asociación con la pérdida de visión transitoria o permanente en los pacientes con arteritis de la temporal y confirmación diagnóstica con biopsia positiva.

**Material y métodos.** Se estudiaron las manifestaciones oculares y los valores de VSG y PCR en 90 pacientes ingresados en Hospital Juan Canalejo, durante el periodo 2000-2007 con el diagnóstico de arteritis de la temporal confirmado anatomopatológicamente mediante biopsia positiva. Sobre dicha muestra se realizó un estudio Observacional de prevalencia. Para determinar la correlación entre la VSG y la PCR se calculó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Para la comparación de medias se utilizó el test estadístico T de student o test de Mann Whitney. Para predecir la pérdida de visión permanente se calculan curvas ROC.

**Resultados.** Del total de los 90 pacientes estudiados, un 73,3% no han tenido alteraciones visuales, un 9% han tendido pérdida permanente de visión (9) y un 16,7% (15) pérdida transitoria. La mediana de la VSG y PCR es respectivamente 85 y 7,28, con unos rangos que oscilan entre 131-8 y 125 - 0,10. Entre la VSG y la PCR existe una correlación positiva (Rho de Spearman = 0,681; p = 0,000) Analizando el total de pacientes con patología ocular (amaurosis fúgax, diplopia, pérdida de visión permanente o transitoria) se objetivó unas cifras menores de VSG (patología ocular = 73; sin patología = 90) y PCR (con patología = 5; sin patología = 11), siendo para la PCR el resultado estadísticamente significativo. Sin embargo, se objetivó que los pacientes con pérdida permanente de visión tenían valores más elevados de VSG (83,5 vs 61,8) (p = 0,106) y PCR (6,6 vs 4,5) (p = 0,11) que los que presentaban pérdida transitoria, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El área bajo la curva (ABC) de la VSG para predecir pérdida de visión permanente es de 0,67; el ABC de la PCR para predecir pérdida de visión permanente es de 0,74. Ajustando por VSG y PCR en un modelo multivariado de regresión logística (edad, sexo, temperatura), ninguna de las variables modifica significativamente la probabilidad de pérdida de visión permanente.

**Discusión.** Se comprueba que existe una relación directa entre las cifras de VSG y PCR en los pacientes diagnosticados de arteritis temporal con biopsia positiva, por lo que se puede deducir que la utilidad de ambas para el diagnóstico es similar. Los pacientes que pre-

sentan clínica ocular tienen valores de VSG y PCR menores que los que no las manifiestan. Sin embargo dentro de este grupo la pérdida de visión permanente se asocia a cifras más elevadas de VSG y PCR, presentando en este caso la PCR mayor capacidad para predecir dicha pérdida.

**Conclusiones.** 1. Existe una relación directa entre VSG y PCR en los pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal con biopsia positiva. 2. Los pacientes con clínica ocular presentan cifras menores de VSG y PCR, siendo para la PCR la asociación estadísticamente significativa. 3. Dentro del grupo de los pacientes con clínica ocular, los que presentan pérdida permanente de visión tienen valores más elevados de VSG y PCR. La PCR tiene mayor capacidad que la VSG para predecir pérdida de visión permanente.

#### IF-69

##### ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS ¿GRUPO DE RIESGO DE CELIAQUÍA?

M. Vives<sup>1</sup>, M. Rodríguez Carballeira<sup>1</sup>, M. Mariné<sup>1</sup>, S. Rodríguez<sup>2</sup>, C. González<sup>2</sup>, F. Fernández Bañares<sup>3</sup> y P. Almagro<sup>1</sup>, M. Esteve<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Servicio de Gastroenterología. Hospital Mútua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de enfermedad celíaca (EC) en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica (EAS) a partir de un cribado genético y serológico de EC seguido de biopsia duodenal.

**Material y métodos.** Se incluyeron consecutivamente 171 pacientes de una consulta de EAS, de los que 135 eran mujeres y tenían una edad media de 48 (DE 17) años. Se recogieron datos demográficos, inmunológicos y clínicos. Se realizó estudio serológico (anticuerpos antitransglutaminasa - ELISA- y antiendomio -IFI-) y marcadores genéticos de EC (HLADQ2 y, en caso de negatividad, HLADQ8-PCR). Se obtuvo biopsia intestinal de todos los casos con serología o marcadores genéticos positivos y en algunos pacientes con otra indicación (anemia ferropénica, síntomas digestivos, etc). Se definió enteritis linfocítica (EL) como la presencia de > 25% de linfocitos intraepiteliales. Definimos como dosis altas de corticoides el haber recibido de media > 10 mg/d durante un mínimo 6 meses. Para el estudio estadístico se utilizó el test de t-Student para comparación de medias y  $\chi^2$  o F de Fisher para el estudio bivariado entre variables categóricas.

**Resultados.** Las EAS fueron: LES 48, lupus-like 24, miopatía inflamatoria 8, Sjögren 12, SAF primario 16, sarcoidosis 19, enfermedad mixta del tejido conectivo 6, esclerodermia 17, vasculitis sistémica 10, Behçet 3, overlap 1, 7 diagnosticaron de enfermedad indeterminada de tejido conectivo. En cuanto a los marcadores genéticos de EC: HLA-DQ2 fue positivo en 57 (33%), y HLA-DQ8 en 20 (12%). Un único caso tuvo marcadores serológicos positivos. Se biopsiaron 65 pacientes, 41 (63%) con HLA-DQ2 positivo y 13 (20%) con HLA-DQ8 positivo. Veinte (31%) tenían enteritis linfocítica (EL). La presencia de EL no se asoció a osteoporosis, osteopenia, anemia, presencia de síntomas intestinales (flatulencia, diarrea, distensión abdominal), astenia, Hb, ferritina, VSG ni PCR. Tampoco se relacionó significativamente con la edad ni el tiempo de evolución de la enfermedad; pero sí constatamos que la presencia de EL era menor entre los pacientes que habían recibido corticoides a dosis altas, si bien esta diferencia no alcanzó niveles de significación estadística (30% vs 41%; OR = 1,6, IC95% 0,6-7,9).

**Discusión.** La dificultad del diagnóstico y la prevención de futuras complicaciones en relación a la EC hacen necesario definir poblaciones de riesgo en las que aplicar estrategias de detección de forma sistemática. El cribado genético seguido de biopsia duodenal detecta tres veces más pacientes en poblaciones de riesgo que el estudio serológico sólo. La asociación entre EC y enfermedades autoinmunes órgano-específicas (tiroiditis, DM tipo I), es conocida, pero son escasos los trabajos sobre su incidencia entre las EAS. Nuestro estudio sugiere que estos pacientes no constituyen un claro grupo de riesgo para EC dado que la prevalencia de marcadores genéticos y serológicos es similar a la de la población general. Sin embargo, el estudio histológico duodenal confirma una elevada prevalencia de EL de significado incierto dado que no parece asociarse a síntomas ni alte-

raciones analíticas relevantes. Por otra parte se intuye una relación inversa con la corticoterapia lo que sugiere que este tratamiento puede contribuir al descenso de la EL, lo que podría indicar que está más en relación con la enfermedad autoinmune de base que con hipersensibilidad al gluten.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de marcadores genéticos y serológicos de EC no es significativamente más alta que en la población general, por lo que no podemos considerar que las EAS constituyan un grupo de riesgo. 2. La prevalencia de EL en estos pacientes es alta, sin que ello se asocie a datos clínicos específicos. 3. La etiología de la EL en pacientes con EAS parece estar más en relación con la enfermedad autoinmune subyacente que la exposición a antígenos exógenos.

**IF-70  
EPIDEMIOLOGÍA DE LA SARCOIDOSIS EN EL SUR DE GRAN CANARIA Y FUERTEVENTURA**

**J. López Vega, H. Sterzik, M. Suárez Cabrera, Z. Santos Moyano, A. Mohamad Tubio, M. Jaén Sánchez, J. Pérez Marín y J. Gómez Díaz**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica que se caracteriza por la formación de granulomas no necrotizantes sin que se pueda identificar la causa. La prevalencia y la forma de presentación varían según la región y la raza. En las Islas Canarias no existen, hasta el momento, estudios epidemiológicos sobre esta enigmática enfermedad. Quisimos conocer las características epidemiológicas que presentan los pacientes afectados de sarcoidosis en nuestra área de trabajo.

**Material y métodos.** Realizamos una revisión retrospectiva de todos los casos de sarcoidosis diagnosticados en nuestro hospital en los últimos diez años. En cada caso se recogieron datos demográficos, y sobre la forma de presentación, órganos y sistemas afectados, pruebas diagnósticas y tratamientos realizados, así como evolución posterior.

**Resultados.** En los últimos 10 años se han diagnosticado 16 casos de sarcoidosis en un área de influencia de unos 500.000 habitantes. La edad media fue de 46,5 años en el momento del diagnóstico. El 93,75% eran de raza caucásica y el 80% fueron mujeres. En la mayoría de los casos había transcurrido más de un año desde el inicio de los síntomas hasta el estudio (tabla 1). La afectación pulmonar fue la más frecuente (67%), aunque tan solo un 31% debutó con síntomas respiratorios. Los demás acudieron por afectación extrapulmonar (tabla 2).

**Discusión.** Los datos demográficos se corresponden con lo descrito en la literatura internacional, mientras que nuestra tasa de afectación extrapulmonar es muy alta comparada con un 7 a 22% en estudios

Tabla 1. Datos epidemiológicos (IF-70).

Edad al diagnóstico	46,5 años
Mujer:Varón	80:20
Raza caucásica:negra	94:6
Tiempo medio desde inicio de síntomas	76 semanas
Tiempo medio de estudio hasta diagnóstico	8 semanas
Diagnóstico de certeza	67%
Tiempo hasta remisión	39 semanas

Tabla 2. Afectación orgánica (IF-70).

Afectación	Canarias	EEUU	Milán
Pulmonar	67%	95%	93%
Cutánea	33%	16%	23%
Adenopatías periféricas	27%	15%	23%
Hepática	27%	12%	5,5%
Esplénica	27%	7%	1%
Osteoarticular	20%	0,5%	1%
Nefrolitiasis	7%	1%	11%

retrospectivos y hasta un 35% en estudios prospectivos. Como se ve en la tabla 2 la afectación cutánea, hepaticoesplénica y osteoarticular es mucho más frecuente en Canarias que en estudios realizados en EE.UU. e Italia.

**Conclusiones.** La sarcoidosis se caracteriza en nuestro medio por un perfil de presentación distinto al que se produce en otras regiones del mundo, destacando un alto índice de afectación cutánea, osteoarticular y hepatoesplénica.

**IF-71  
SPECT CEREBRAL BASAL Y POST-ESTIMULACIÓN EN EL ESTUDIO DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA**

**I. Roca Bielsa<sup>1</sup>, G. Cuberas<sup>1</sup>, A. García Burillo<sup>2</sup>, A. García Quintana<sup>3</sup>, J. García Quintana<sup>3</sup> y J. Alegre Martín<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear, <sup>4</sup>Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Hospital General Vall d'Hebron- Área General. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Nuclear, <sup>3</sup>Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

**Objetivos.** El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por una fatiga incapacitante, que persiste en reposo, con intolerancia al ejercicio físico y alteraciones neurocognitivas, persistiendo estos síntomas durante más de 6 meses. La edad al diagnóstico suele ser la tercera o cuarta década de la vida, y la prevalencia varía entre 0,4 y 0,7%. Describir las alteraciones detectadas en el SPECT cerebral en pacientes con SFC comparándolos con una base de datos de controles normales. Comparar los resultados del SPECT cerebral <sup>99m</sup>Tc-ECD obtenidos en condiciones basales y post-esfuerzo (después de ejercicio físico y de un test de estimulación frontal).

**Material y métodos.** Se han estudiado 33 pacientes con SFC (6 varones y 27 mujeres, edad media 45 años) en condiciones basales (SPECT cerebral, <sup>99m</sup>Tc-ECD 740 MBq) y en situación de post-esfuerzo (después de ejercicio físico y de un test de estimulación frontal). Las imágenes se han obtenido en una gammacámara de doble cabezal (Infinia GE, colimador paralelo LE-HR, 30 sec/imagen/3°, 64x64). Se han reconstruido los cortes transversales, coronales y sagitales mediante FBP (Butterworth 0,5;5), con y sin corrección de atenuación (Chang 0,1). Cuantificación: Se ha realizado un análisis de patrones mediante SPM (Statistical Parametric Mapping), para determinar las regiones con diferencias significativas entre una base de datos de controles normales (BDnorm), el grupo de pacientes en condiciones basales (SFCBas) y el grupo de pacientes postestimulación (SFCPos). Además, utilizando la máscara obtenida entre el estudio basal y postestimulación de cada enfermo, se extrajo el número de cuentas medias normalizadas de cada uno de los estudios de cada grupo, determinando las diferencias individuales.

**Resultados.** Comparando SFCBas con BDnorm, se observa una tendencia de grupo a disminución de la actividad en cíngulo anterior y en diversas áreas de ambos lóbulos frontales. Cuando comparamos SFCPos con BDnorm, detectamos las mismas áreas afectadas en condiciones basales, con mayor grado de significación y más extensas (más áreas frontales y extensión al temporal anterior y posterior). Al comparar SFCBas con SFCPos, se observa la aparición de múltiples áreas temporales, frontales y en cíngulo con pérdida de actividad postestimulación, con un alto grado de significación (0,001). En las comparaciones individuales, todos los pacientes registraron una disminución de actividad promedio basal-postestimulación de 4,93% (rango 1-12,9%).

**Discusión.** Se ha encontrado una alta prevalencia de alteraciones corticales en este grupo de 33 pacientes con SFC, localizadas fundamentalmente cíngulo, área prefrontal y giro frontal inferior. Cuando comparamos el SPECT postestimulación tanto con el grupo basal como con la base de datos normal, llama la atención que estas áreas afectadas en condiciones basales pierden más actividad y empeora la actividad metabólica en áreas adyacentes frontales y en áreas extensas (anterior y posterior) del lóbulo temporal.

**Conclusiones.** El SPECT cerebral detecta un patrón típico en los pacientes con SFC, con alteraciones en cíngulo anterior, áreas prefrontal y frontales en condiciones basales. Estas áreas afectas empeoran tras estimulación, extendiéndose la hipometabolismo a extensas zonas frontales y temporales bilaterales.

**IF-72**



**INFECCIONES GRAVES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**I. Cabezas Rodríguez, H. Suárez Casado, L. Trapiella Martínez, L. Caminal Montero, E. García Alcalde y J. Díaz López**

Servicio de Medicina Interna. UEAS. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Analizar las características de las infecciones severas con ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y evaluar el efecto del tratamiento inmunosupresor sobre las mismas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 70 pacientes con LES (4 o más criterios ACR) en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias entre 1974 y 2007. Se realizó un análisis de regresión múltiple, estudiando como variable dependiente las infecciones graves y como independientes: edad, sexo, empleo de corticoides, otros inmunosupresores y lupus grave con repercusión visceral.

**Resultados.** La edad media fue de 47,5 años, 65 pacientes fueron mujeres (93%) y 5 hombres (7%) y el tiempo medio de evolución desde el diagnóstico fue de 9,5 años. Se recopilaron 24 infecciones severas que motivaron el ingreso hospitalario en 15 pacientes (21,4% de la cohorte). Las localizaciones más frecuentes resultaron: respiratorias (10 casos), sepsis/bacteriemia sin foco (6 casos), urinarias (3 casos), piel y mucosas (2 casos), gastrointestinales (2 casos) y sistema nervioso central (1 caso). Se consiguió la identificación microbiológica de los gérmenes responsables en 13 de los 24 episodios (54%), recogidos en la tabla. En el análisis de regresión múltiple se asociaron de forma independiente a las infecciones graves, la administración de bolos de corticoides ( $p = 0,002$ ) y el sexo masculino ( $p = 0,013$ ), no incluyendo en el modelo las otras variables analizadas.

Tabla 1. Localización y microorganismos responsables de las infecciones severas (IF-72).

Respiratorias:	
Neumonía:	5
<i>S. pneumoniae</i> :	1
Desconocido:	4
Bronquitis:	5
<i>P. aeruginosa</i> :	1
Desconocido:	3
Sepsis bacteriemia:	
<i>S. aureus</i> :	2
<i>S. haemolyticus</i> :	1
<i>S. mitis</i> :	1
<i>E. faecalis</i> :	1
<i>C. albicans</i> :	1
Desconocido:	1
Un caso por <i>S. aureus</i> y <i>E. faecalis</i>	
Urinarias:	
Cistitis:	1
<i>P. aeruginosa</i> :	1
Pielonefritis:	1
<i>S. enterica</i> :	1
Orquitis:	1
<i>E. coli</i> :	1
Otras:	
COF:	1
<i>C. albicans</i> :	1
Celulitis:	1
Desconocido:	1
Colecistitis aguda:	1
Desconocido:	1
Gastroenteritis aguda:	1
Desconocido:	1
Meningitis aguda:	1
<i>N. meningitidis</i> :	1

**Conclusiones.** Aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con LES presenta al menos una infección grave que implica su hospitalización y éstas se asocian de forma independiente con la administración de bolos endovenosos de glucocorticoides y con el sexo masculino.

**IF-73**

**UTILIZACIÓN DE INTERNET COMO FUENTE DE INFORMACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS DE DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

**J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, C. Simeón Aznar<sup>2</sup>, A. Barnosi Marín<sup>3</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>3</sup>, V. Fonollosa Pla<sup>2</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de utilización de Internet, para buscar información sobre su enfermedad, por pacientes con diferentes enfermedades autoinmunes de distintas CCAA y analizar los factores relacionados con la misma.

**Material y métodos.** Cumplimentación de un cuestionario realizado al efecto por pacientes atendidos, de forma consecutiva, en las Unidades de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de los Hospitales Clínico de Granda, Vall d'Hebron de Barcelona y Torrecárdenas de Almería, así como afiliados a diferentes Asociaciones de Enfermos.

**Resultados.** Respondieron a la encuesta un total de 184 pacientes (72,8% mujeres), con una edad media de  $47,2 \pm 15,0$  años. El lugar de residencia fue: 41,3% Andalucía, 22,8% Cantabria, 13,6% Cataluña y 22,3% otras CC.CAA. El diagnóstico fue: LES en el 32,1% de los casos, ES en el 16,8%, E de Behçet en el 21,2%, y otras enfermedades en el 21,7%. El tiempo de evolución de la enfermedad fue  $11,9 \pm 11,0$  años. El nivel de estudios: ninguno en el 10,9% de los casos, elemental en el 35,3%, bachiller el 26,1% y superiores en 26,6%. Un 39,1% pertenecía a alguna asociación de enfermos. El 63% disponía de acceso a Internet en su casa; el 50% utilizaba Internet y el 43% el correo electrónico de forma habitual. El 71,8% consideró suficiente la información facilitada por su médico, referente a su enfermedad. No obstante, el 63,6% utilizó Internet para ampliarla. Los aspectos de especial interés fueron: la etiología en el 7,1% de los casos, el pronóstico en el 3,3%, el tratamiento en el 2,2% o todo en general en el 85,9%. El 18,5% accedía a la página de alguna asociación de enfermos. Solo el 31% conocía alguna página web de especial interés para su enfermedad. El 33,2% consideró que el idioma es una barrera para encontrar información de calidad; el 13,6% que la información encontrada es muy interesante, bastante interesante el 39,1%, poco interesante el 14,7% y nada interesante el 16%. El 38% creyó que la información proporcionada por su médico y la que obtiene de Internet son de igual calidad; el 8,7% prefiere la de Internet. Solo el 21,2% de los pacientes que utilizan Internet para buscar información sobre su enfermedad comparten lo hallado con su médico. El 66,8% expresó que le gustaría que se le facilitara información sobre páginas web de calidad y el 57,1% que el correo electrónico podría ser una buena forma de contactar con su médico. Los factores relacionados con el hecho de buscar información en Internet fueron: edad menor de 55 años: OR = 5.0 (IC: 2.5-9.9;  $p = 0.000$ ); considerar insuficiente la información recibida: OR = 3.4 (IC: 1.5-7.5;  $p = 0.003$ ); y utilizar habitualmente Internet: OR = 12.9 (IC: 5.9-28.2;  $p = 0.000$ ). Los residentes en Cataluña y los pacientes con estudios universitarios consultaron con más frecuencia en Internet ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Dos de cada tres pacientes que acuden a consultas de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, en diferentes CCAA del país, han buscado información en la red sobre su enfermedad. Este porcentaje se asemeja al observado en otros países de nuestro entorno y es mayor en los pacientes más jóvenes, más insatisfechos con la información recibida previamente, que utilizan Internet habitualmente y con mayor nivel de estudios. La mayoría de los enfermos no comparten los hallazgos con su médico, y les gustaría que nosotros les proporcionáramos páginas de calidad y poder contactar mediante correo electrónico con nosotros.

**Conclusiones.** Los médicos deberíamos implicarnos en el desarrollo de páginas web de calidad, lo que contribuiría a mejorar la información de nuestros pacientes y, posiblemente, al mejor control de su enfermedad.

**IF-74  
SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA EN ENFERMEDAD AUTOINMUNE. TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**Á. Coto López<sup>1</sup>, A. Igarzábal Jorqui<sup>1</sup>, E. González<sup>1</sup>, C. Fernández-Miranda<sup>1</sup> y E. Enríquez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínicas más relevantes del síndrome de activación macrofágica, la importancia pronóstica y terapéutica de su reconocimiento precoz y revisar las últimas novedades fisiopatológicas y terapéuticas.

**Material y métodos.** Presentamos tres pacientes con Síndrome de Activación Macrofágica (SAM), dos de las cuales estaban diagnosticadas previamente de enfermedad de Still y la otra de lupus eritematoso sistémico (LES). Se revisan las historias clínicas y se comparan con los datos obtenidos de la revisión bibliográfica.

**Resultados.** Se describen las características demográficas, presentación clínica, incluida revisión de los criterios diagnósticos, el tratamiento empleado y la evolución clínica a los 9 meses del diagnóstico (ver tabla 1, ver tabla 2, ver tabla 3).

**Discusión.** Dos de nuestras pacientes padecían Enfermedad de Still y otra LES (las entidades más frecuentemente asociadas a este diagnóstico). En todos los casos se cumplían los criterios diagnósticos tanto de la entidad de base como del SAM. El diagnóstico se estableció precozmente, lo que resulta muy importante para el inicio de un tratamiento adecuado que pueda mejorar el pronóstico.

**Conclusiones.** El SAM es una complicación grave que puede aparecer en cualquier momento de la evolución de una enfermedad autoinmune sistémica. Su diagnóstico es difícil porque su presentación clínica, a menudo, se superpone con síntomas y signos de la enfermedad de base. El reconocimiento precoz y el tratamiento adecuado pueden salvar la vida del paciente.

**IF-75  
HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**I. Pérez Valero, J. Ríos Blanco, R. Barahona, C. Soto Abanades, I. Méndez, A. Robles Marhuenda, A. Gil Aguado y J. Vázquez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la asociación entre hipertensión intracraneal ideopática y el lupus eritematoso sistémico y dilucidar si el desarrollo de esta condición está relacionado con la actividad de la enfermedad. **Material y métodos.** Se realizó una revisión sistemática de todos los artículos publicados en inglés y español entre 1968 y 2008, recogidos en la U. S. National Library of Medicine que contuviesen los términos "Systemic Lupus Erythematosus", "pseudotumor cerebri" or "idiopathic intracranial hypertension". Se descartaron aquellos trabajos que incluyesen trombosis de alguno de los senos venosos craneales.

**Resultados.** Se encontraron 34 casos publicados de hipertensión intracraneal asociados con un LES. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea (82,8%) y alteraciones visuales (45,7%). Manifestaciones neurológicas y renales típicas del LES se observaron en 31,4% y 59,3% de los casos respectivamente. La presencia de marcadores de actividad de la enfermedad fué casi constantes en todos los casos analizados. Todos los pacientes excepto uno recibieron esteroides. El seguimiento de los pacientes mostró una evolución favorable del cuadro, con resolución del episodio inicial en el 85,7% de los casos.

**Conclusiones.** Estos datos sugieren que ambas entidades están relacionadas y que la hipertensión intracraneal en estos casos parece ser consecuencia de la actividad del LES. El tratamiento con corticosteroides parece ser el tratamiento óptimo para manejar los episodios de hipertensión intracraneal asociados al LES.

**IF-76  
GLOMERULONEFRITIS MESANGIAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**I. Moga, M. Pac, O. Capdevila, M. Rubio, A. Simonetti y M. Silla**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Descripción retrospectiva de nuestra serie de pacientes con LES y glomerulonefritis mesangial.

Tabla 1. Características clínicas (IF-74).

	Edad/sexo	Enf. de base	Tiempo evolución	Fiebre > 39 °C	Rash	Adenopatías	Hepato/esplenomegalia
Caso 1	19/M	Still	4 meses	Si	Si	Si	Si/Si
Caso 2	19/M	Still	17 años	Si	Si	Si	No/No
Caso 3	16/M	L. E. S	6 meses	Si	No	No	No/No

Tabla 2. Datos complementarios (IF-74).

	Panцитopenia	Ferritina	LDH	Triglicéridos	Coagulopatía	Hemofagocitosis MO/SP
Caso 1	Si, grave	10.000	1500	900	Si, grave	Si/Si
Caso 2	Si, discreta	1.161	311	76	Si, discreta	Reactiva/no
Caso 3	Si, grave	5665	7000	439	Si, grave	Si/No

Tabla 3. Tratamiento empleado y evolución a los 9 meses (IF-74).

	Esteroides DA	Anakinra	Ciclosp/Etopósido	Estado 9 m	Hemograma/Ferritina (9 m)	LDH/TG (9 m)
Caso1	Si	Si	Si/Si	Bueno	Normal/< 100	Normal/Normal
Caso2	Si	Si	Si/no	Bueno	Normal/26	Normal/Normal
Caso3	Si	No	Si/Si	Bueno	Normal/67	Normal/Normal

**Material y métodos.** Revisamos nuestra serie de 142 pacientes con nefritis lúpica y seleccionamos a los 25 pacientes con nefritis mesangial confirmada con biopsia entre los años 1975 y 2006. Realizamos una revisión clínico-analítica de los mismos.

**Resultados.** Presentamos 25 pacientes con LES y nefritis mesangial diagnosticada por biopsia y con un tiempo de seguimiento de 2 a 29 años. La edad media al diagnóstico fue 32,56 años. Inmunológicamente presentaban antiDNA 23 pacientes (92%), antiRo 10 pacientes (40%), antiLa 2 (8%), antiSm 7 (28%), antiRNP 6 (24%), anticoagulante lúpico 6 (24%), anticardiolipina igG 12 (48%) e igM ninguno de los pacientes. Tres de los pacientes (12%) cumplían criterios de síndrome antifosfolipídico secundario. Presentaron HTA 12 pacientes (48%), insuficiencia renal 3 (12%) y síndrome nefrótico completo 2 (8%). Al inicio del cuadro la proteinuria media fue 1,29 g/24 h y la creatinina media 92,88 micromol/l. Al final del episodio la proteinuria media era 0,49 g/24 h y creatinina media 86,64 micromol/l. Todos los pacientes recibieron corticoides. Administramos azatioprina a 8 pacientes (32%) y micofenolato de mofetil a 3 pacientes (12%) por falta de respuesta. La mediana del tiempo de remisión fue 7 meses (rango 1-192). En 3 pacientes (12%) no se alcanzó la remisión. Los pacientes con insuficiencia renal o proteinuria > 2 g/24 h alcanzaron la remisión más tardíamente o no remitieron, cambiaron de clase con más frecuencia y su mortalidad fue más elevada. Durante el seguimiento fue necesario rebiopsiar a 6 pacientes (24%), siendo reclasificados 5 de ellos (un paciente como tipo III, dos pacientes como tipo IV y dos pacientes más como tipo V). En estos años de seguimiento han fallecido 6 pacientes (24%), siendo el seguimiento medio hasta el fallecimiento de 12,5 años. La muerte de 4 de estos pacientes estuvo relacionada con el LES, 3 tras cambio de clase de la nefropatía y 1 por Hipertensión pulmonar.

**Discusión.** La GNF mesangial en pacientes con LES presenta una menor prevalencia que la GNF proliferativa difusa. Raramente ocasiona un deterioro de la función renal o un síndrome nefrótico completo. En general la mayor parte de los pacientes alcanzan la remisión. Dada su menor agresividad está indicado el tratamiento de inicio con corticoides. Sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes pueden evolucionar desfavorablemente. Los datos de mal pronóstico son insuficiencia renal al inicio (excepcional) o en el seguimiento y la proteinuria superior a 2 g/24 h. En estos casos o cuando la respuesta es tórpida, están indicados los inmunosupresores. Puede ser necesaria la re-biopsia.

**Conclusiones.** La GNF mesangial asociada a LES presenta un curso poco agresivo y con buena respuesta a corticoides, alcanzando la mayor parte de los pacientes la remisión. En un pequeño porcentaje de casos, con insuficiencia renal o proteinuria importante, están indicados los inmunosupresores por el mayor riesgo de cambio de clase e incluso de mortalidad.

Tabla 1. Histología de las biopsias renales de nuestra serie (IF-76).

Tipo de glomerulonefritis	Nº pacientes
I	6 (4,22%)
II	25 (17,6%)
III	21 (14,78%)
IV	62 (43,66%)
V	25 (17,6%)
Lesiones mínimas	3 (2,11%)

**F-77**

**ESTUDIO MEDIANTE RM DE LA MIELOPATÍA TRANSVERSA AGUDA NO TRAUMÁTICA**

**J. Álvarez Tutor<sup>1</sup>, E. Álvarez Tutor<sup>2</sup> y J. Clint<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** La mielopatía transversa aguda es aquella lesión a cualquier nivel de la médula que, independientemente de su longitud, afecta todo su espesor, con inicio clínico brusco, y un tiempo de instauración inferior a cuatro semanas. Relacionamos las imágenes obtenidas mediante RM en enfermos con mielopatía transversa

aguda con el diagnóstico y evolución del cuadro clínico.

**Material y métodos.** Hemos estudiado 29 casos de mielopatía transversa aguda, mediante RM, valorando sobre todo las secuencias largas potenciadas en T2, en el momento de la instauración y posteriormente en su evolución de forma seriada.

**Resultados.** Hemos analizado 9 casos de esclerosis múltiple, 6 de encefalomiелitis aguda diseminada, 4 de neuromielitis óptica, 4 de naturaleza infecciosa, 2 parainfecciosos, 1 de mielitis lúpica, 1 de neurosarcoidosis, y 2 casos de mielitis idiopática. En todos ellos apareció inicialmente un engrosamiento medular difuso con hiperintensidad en T2 y FLAIR.

**Discusión.** Ante un caso de sospecha de mielitis transversa aguda, hemos de realizar una RM de urgencia, para valorar el estado de la misma y si la causa de la misma puede ser reversible. De hecho hasta hoy en día es la única urgencia protocolaria, para realizar una RM. La tardanza, provocará una evolución hacia atrofia medular, provocando una evolución clínica desfavorable y una paresia definitiva de la zona afecta.

**Conclusiones.** La esclerosis múltiple con afectación medular, puede debutar como una mielopatía transversa aguda. Valoraremos las imágenes por RM con la clínica para analizar su evolución. La hiperintensidad en T2 y FLAIR, tienden a desaparecer cuando la clínica es favorable y el paciente va mejorando en sus funciones nerviosas, aunque una persistencia de hiperintensidad difusa en T2 y FLAIR, a veces no guarda relación con la clínica. El hallazgo de peor pronóstico es la atrofia medular.

**IF-78**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SARCOIDOSIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA**

**R. Méndez Hernández, A. Guerri Gutiérrez, E. Martín Echevarría, A. Pereira Juliá, A. Fernández Santos y M. Rodríguez Zapata.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Describir las características más importantes de la población afectada de sarcoidosis en nuestra área en un período de estudio de 9 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se recogieron de forma consecutiva datos procedentes de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis (CIE-9) entre los años 1999 y 2008 en el área sanitaria correspondiente al Hospital Universitario de Guadalajara. Se utilizó la clasificación en estadios de Scadding. El análisis de los resultados se realizó mediante el programa estadístico SPSS 10.0.

**Resultados.** Se incluyeron trece pacientes en el estudio. Todos los casos eran de raza caucásica siendo siete (53,8%) de sexo femenino. La edad media de los pacientes era de 46 años (rango 24-74), siendo significativamente mayor la edad en el grupo de las mujeres (53,85 vs 37,5 años; p < 0,05). En cuanto al estadio en el que se clasificaron, cuatro (30,77%) de los pacientes tenían estadio 0, cinco (38,46%) estadio I, tres (23,08%) estadio II y uno (7,69%) con estadio III. Cinco de los pacientes (38,46%) presentaban eritema nodoso y adenopatías hiliares (Síndrome de Löfgren), no apareciendo afectación cutánea en el resto de pacientes (61,54%). Solo en tres casos se describieron respectivamente, afectación ocular (uveítis anterior), neurológica (paresia del VI par) y parotídea. La fiebre acompañada de malestar general fue el síntoma más frecuentemente hallado en nuestra serie (5 pacientes). Siete pacientes (53,84%) presentaban GGT elevada, seis (46, 15%) linfopenia y cuatro (30,77%) anemia. En cinco de los pacientes (38,46%) los valores de ECA estaban elevados (> 55 UI / l). Sólo en un paciente se llevó a cabo biopsia cutánea que resultó compatible con el diagnóstico de sarcoidosis (granulomas no caseificantes). Seis de los pacientes no recibieron tratamiento específico para la sarcoidosis mientras que siete (53,85%) recibieron prednisona.

**Discusión.** La edad de debut de la sarcoidosis suele oscilar entre los 20 y los 60 años, siendo más precoz en hombres (30) frente a mujeres (50). Los pacientes incluidos en nuestro estudio presentan una edad de inicio muy similar a la descrita en la bibliografía. Por otro



lado resulta menor el porcentaje de pacientes con ECA elevada mientras que la aparición de eritema nodoso es algo mayor en nuestra serie respecto a lo publicado por otros autores.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la sarcoidosis no se debe basar exclusivamente en la histología sino principalmente en la clínica y los datos radiológicos, descartando infecciones como las producidas por micobacterias y hongos. La confirmación histológica sería necesaria en casos atípicos. Hay que señalar que en nuestra serie los pacientes presentaron síntomas que justificaron su ingreso, siendo la fiebre con sintomatología general el más frecuente (38,46%).

**IF-79**

**DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) EN PACIENTES ESPAÑOLES CON HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA TRATADOS CON ROSUVASTATINA O ATORVASTATINA. ESTUDIO CESAR**

**R. Alonso Karlezi<sup>1</sup>, J. Palma Nieto<sup>2</sup>, P. Mata<sup>1</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>2</sup>Área Cardiovascular. Departamento Médico AstraZeneca España.

<sup>3</sup>Unidad de Lípidos. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** El objetivo de esta comunicación es describir y analizar el efecto del tratamiento con estatinas sobre marcadores inflamatorios en el estudio CESAR.

**Material y métodos.** El estudio CESAR es un ensayo multicéntrico, doble-ciego, aleatorizado de 24 semanas de duración realizado en 41 centros de España. Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos > 18 años con hipercolesterolemia primaria c-LDL > 160 y < 250 mg/dL y triglicéridos (TG) < 400 mg/dL. Los pacientes incluidos tuvieron un período de 4 semanas de lavado de tratamiento farmacológico siguiendo una dieta estándar. Posteriormente, fueron aleatorizados para recibir Atorvastatina (A) 10 mg (205 pacientes) o Rosuvastatina (R) 10 mg (209 pacientes). Las muestras de sangre se obtuvieron en ayunas de 12 horas en intervalos de tiempo predefinidos. Se determinó el colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL y algunos marcadores inflamatorios: PCR, molécula-1 de adhesión intracelular (ICAM-1) e interleukina-6 (IL-6) aunque no estaban incluidos como endpoints.

**Resultados.** No hubo cambios significativos en los niveles de ICAM-1 y de IL-6 durante todo el desarrollo del estudio en ambos grupos. Sin embargo, la PCR evolucionó de la siguiente manera en los grupos tratados: Ver Tabla

**Conclusiones.** Los niveles de PCR medidos en esta población se mantuvieron inalterables a las 12 y 24 semanas de tratamiento con rosuvastatina, mientras que aumentó con el de atorvastatina. Este resultado requiere confirmación y descartar su posible relación con acontecimientos adversos.

Tabla 1. Evolución PCR (IF-79).

	Basal	12 semanas	24 semanas
Rosuvastatina	4.8 (SD 5.9)	4.4 (SD 3.7)	4.5 (SD 5.2)
Atorvastatina	4.8 (SD 5.3)	7.3 (SD 20.3)	5.5 (SD 13.0)

**IF-80**

**USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN UVEÍTIS REFRAC-TARIAS**

**R. Coto Hernández<sup>1</sup>, H. Suárez Casado<sup>1</sup>, L. Trapiella Martínez<sup>1</sup>, E. García-Alcalde<sup>1</sup>, I. Cabezas Rodríguez<sup>1</sup>, L. Caminal Montero<sup>1</sup> y M. Fonollá Gil<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad del uso de anti-TNF en uveítis refractarias no infecciosas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes tratados

con fármacos anti-TNF en una Unidad de Uveítis entre mayo de 2006 y junio de 2008.

**Resultados.** Se analizaron un total de 106 pacientes, de los cuales 76 (71.7%) recibieron corticoides sistémicos, 7 de ellos inicialmente en forma de pulsos intravenosos. Treinta y un pacientes precisaron tratamiento inmunosupresor y 7 recibieron tratamientos biológicos con anti-TNF. Estos últimos se caracterizaron por presentar formas severas (85%) y recurrentes (85%). Los pacientes fueron clasificados anatómicamente siguiendo las recomendaciones del International Uveitis Study Group. Todos presentaban afectación bilateral. Cuatro eran panuveítis y 3 uveítis anteriores crónicas recurrentes. Los diagnósticos fueron: uveítis idiopáticas (2, una de ellas HLA-B27 positivo), espondiloartropatía HLA-B27 positiva (2), artritis idiopática juvenil (1), enfermedad de Behçet (1) y sarcoidosis (1). Todos los pacientes habían recibido previamente tratamiento con corticoides sistémicos y al menos un inmunosupresor. De los pacientes que requirieron tratamientos biológicos 5 recibieron un solo fármaco, 1 recibió dos y otro recibió tres de forma secuencial. Sólo una paciente recibió etanercept (AIJ), con ausencia de respuesta, por lo que fue sustituido por infliximab. Cuatro recibieron infliximab, dos de ellos con respuesta incompleta, por lo que fue sustituido por adalimumab. A cinco pacientes se les administró adalimumab (en dos casos como rescate tras infliximab), presentando dos de respuesta completa y tres buena respuesta inicial. Todos los tratamientos fueron bien tolerados. A todos los pacientes se les hizo despistaje de tuberculosis latente, recibiendo quimioprofilaxis dos de ellos. A pesar de ello, un enfermo que no había recibido dicho tratamiento presentó como complicación severa una tuberculosis diseminada que obligó a la retirada del anti-TNF, a pesar de la buena respuesta inicial.

**Discusión.** Las uveítis no infecciosas pueden estar asociadas a distintos procesos autoinmunes. La base de su tratamiento son los esteroides, utilizando inmunosupresores en casos de no respuesta o intolerancia a los mismos. Algunos pacientes no responden o no toleran dichos fármacos. El TNF-alfa juega un papel etiológico en las uveítis, pudiendo usarse sus antagonistas en uveítis refractarias, aunque con eficacia variable. Las complicaciones secundarias a estos fármacos son bien conocidas.

**Conclusiones.** El uso de fármacos anti-TNF está limitado a pacientes con formas severas de uveítis refractarias a los tratamientos inmunosupresores clásicos, independientemente de la etiología de la misma, siendo utilizados tanto en formas idiopáticas como en formas secundarias a enfermedades sistémicas. Son fármacos seguros, eficaces y bien tolerados. A pesar del número limitado de casos, sólo hemos tenido un efecto adverso grave (tuberculosis diseminada) a pesar de haber realizado despistaje de tuberculosis latente y no tener indicación de quimioprofilaxis, lo que obliga a estar alerta sobre esta complicación infecciosa en el curso de los tratamientos. La respuesta en el control de la inflamación fue buena, en dos de ellos con remisión completa y en el resto con buena respuesta inicial. Sólo se tuvieron que sustituir dos tratamientos con infliximab por respuesta incompleta, presentando posteriormente buena respuesta a adalimumab. A pesar de una mayor experiencia en el uso de infliximab en el tratamiento de las uveítis refractarias, el adalimumab constituye una alternativa eficaz en el caso de fracaso del primero. Además se postula como un tratamiento prometedor de primera línea dada su comodidad posológica. Aunque el diseño de nuestro estudio no permite establecer diferencias entre los distintos anti-TNF, sí que objetiva que en pacientes que intoleran o no responden a un anti-TNF determinado el cambio a otro puede ser beneficioso.

**IF-81**

**UTILIDAD DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

**J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, S. Alcolea Batres<sup>2</sup>, P. Martínez Hernández<sup>3</sup>, A. Gil Aguado<sup>3</sup>, M. Fernández Capitán<sup>1</sup>, M. Torres Sánchez<sup>4</sup>, M. Moreno Yangüela<sup>5</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>2</sup>Servicio de Neumología - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Radiodiagnóstico - Grupo de Hipertensión

Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>5</sup>Servicio de Cardiología - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ). Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar se asocia a enfermedades autoinmunes como la esclerodermia, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad mixta del tejido conectivo y la enfermedad de Sjögren. Las lesiones histopatológicas de las arterias pulmonares de estos pacientes presentan cambios inflamatorios que parecen tener un papel en la fisiopatología de la enfermedad. Diversos trabajos preliminares describen un posible papel beneficioso de la terapia inmunosupresora en el tratamiento de la hipertensión pulmonar en este grupo de enfermos. Describimos tres casos de hipertensión arterial pulmonar asociada a enfermedades autoinmunes con mejoría tras el tratamiento inmunosupresor coadyuvante.

**Resultados.** Se incluyeron tres mujeres con los siguientes diagnósticos: paciente 1 (esclerodermia asociada a síndrome de Sjögren, cirrosis biliar primaria y vasculitis hipocomplementémica); paciente 2 (lupus eritematoso sistémico); paciente 3 (síndrome de Sjögren y enfermedad de Castelman). En todos los pacientes se instauró tratamiento vasodilatador con antagonistas de los receptores de endotelina, sildenafilo o terapia combinada con ambos fármacos. En todos ellos la utilización de esteroides mejoró la situación clínica y funcional así como parámetros bioquímicos en relación con la hipertensión pulmonar.

**Discusión.** El advenimiento de los nuevos fármacos vasodilatadores ha conseguido mejorar el pronóstico de los pacientes con hipertensión pulmonar. Sin embargo, en los pacientes en que ésta se asocia a enfermedades autoinmunes el pronóstico sigue siendo malo, y en muchos casos, la terapia convencional no es suficiente para el control de la enfermedad. Diversos estudios demuestran el papel de la inflamación en la fisiopatología de la hipertensión arterial pulmonar. Trabajos previos en series de casos señalan el beneficio del tratamiento inmunosupresor en algunas enfermedades autoinmunes con hipertensión pulmonar, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad. Nuestro estudio apoya la utilización de esteroides en este grupo de pacientes, especialmente si existen datos de serositis asociados. Definir qué grupo de enfermos puede obtener mayor beneficio y qué inmunosupresores son los más adecuados requiere aún de grandes estudios prospectivos cooperativos.

**Conclusiones.** Los pacientes con enfermedades autoinmunes con hipertensión arterial pulmonar pueden beneficiarse del tratamiento concomitante con agentes vasodilatadores y fármacos inmunosupresores, incluso en ausencia de datos de actividad inflamatoria sistémica.

#### IF-82

#### HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA: FACTORES PRONÓSTICOS

I. Acosta<sup>1</sup>, M. Aznar<sup>2</sup>, V. Fonollosa<sup>2</sup>, C. Simeón<sup>2</sup>, C. Pérez<sup>2</sup>, A. Selva<sup>2</sup>, R. Solans<sup>2</sup> y M. Vilardell<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron- Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Describir las características clínico-biológicas de una serie de 68 pacientes con esclerodermia e hipertensión arterial pulmonar (HAP), y establecer las posibles relaciones entre las pruebas complementarias (pruebas funcionales respiratorias y ecocardiograma) y la gravedad de la HAP.

**Material y métodos.** Se estudian 68 pacientes con HAP de una serie de 331 enfermos diagnosticados de esclerodermia. Los enfermos fueron clasificados según los criterios del American College of Rheumatology y se dividieron –según la extensión de la afección cutánea, las manifestaciones clínicas, las alteraciones inmunológicas y la capilaroscopia– en tres formas clínicas: forma difusa, forma limitada y esclerodermia sine esclerodermia. El diagnóstico de HAP se realizó mediante ecocardiografía-Doppler y se consideró HAP valores de presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) superiores a 35 mmHg. Se practicaron a todos los enfermos pruebas funcionales respiratorias (espirometría y difusión de DLCO). Se aplicó el test de Fisher para el análisis estadístico.

**Resultados.** De los 331 pacientes con esclerodermia, un 20,5%

tenían HAP. La edad media de los pacientes con HAP fue de 56,3 años. La relación M/V fue de 9:1. El 60,3% tenían la forma limitada; el 23,5% presentaba el subtipo difuso y el 16,2% pertenecían a la forma esclerodermia sine esclerodermia. El 48,5% de los pacientes tenían anticuerpos anticentrómero y 19,1% presentaban anti-Scl 70. De los 68 enfermos con HAP murieron durante el seguimiento 29, de los que 17 se pudieron relacionar directamente con la HAP. El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico de HAP y la muerte fue de 1,8 años. La PAPs media estimada por Eco-Doppler en reposo fue de 54,9 mmHg, la DLCO/VA media fue de 45,7% del valor esperado y la CVF fue de 59,5%, con un cociente medio de CVF/DLCO: 1,3 ± 0,6. Se pudo establecer una asociación estadísticamente significativa entre pacientes con DLCO menor del 50% y la PAPs mayor de 40 mmHg (p: 0,02). Asimismo también de relación de manera significativa los valores de CVF inferiores al 70% y la PAPs mayor de 40 mmHg. (p:0,03).

**Discusión.** La hipertensión arterial pulmonar es uno de los factores de mal pronóstico en la esclerodermia. El porcentaje de HAP es variable (15-25%) debido a las diferencias metodológicas utilizadas y a la gran heterogeneidad de las características clínico-biológicas de los enfermos con esclerodermia. La HAP aislada es más frecuente en la forma limitada de la enfermedad, como en la serie descrita en la que alcanzaba al 60% de los pacientes. El descenso del DLCO es uno de los parámetros más sensibles que indican la presencia de HAP. En este estudio la gravedad de la HAP se ha podido relacionar, fundamentalmente, con la magnitud de la reducción de los valores de la difusión del CO.

**Conclusiones.** La HAP es un factor de mal pronóstico en los enfermos con esclerodermia y es una de las causas más frecuentes de muerte. Los valores de DLCO deben figurar entre las medidas a tener en cuenta para valorar la gravedad de la HAP en la esclerodermia.

#### IF-83

#### RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA INDUCIDA POR LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES CON EPOC

I. Martín Garrido<sup>1</sup>, L. Rivero<sup>1</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup>, V. Friaza<sup>2</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, R. Terán<sup>1</sup>, N. Respaldiza<sup>2</sup> y C. De la Horra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso de elevada morbi-mortalidad a nivel mundial. Tiene un curso lentamente progresivo caracterizado por una limitación al flujo aéreo no reversible por completo. Esta limitación al flujo aéreo va asociada a una respuesta inflamatoria crónica que afecta tanto a la vía aérea como al parenquima pulmonar. Junto a esta respuesta inflamatoria local hay evidencias crecientes de la importancia del papel de la respuesta inflamatoria sistémica en este proceso. Así, se ha comprobado que un aumento de los marcadores de inflamación tanto locales como sistémicos se asocian a un deterioro más rápido de la función pulmonar. En un estudio piloto reciente, comprobamos que los pacientes con EPOC colonizados por *Pneumocystis* tenían un incremento de la respuesta inflamatoria sistémica lo que sugería un posible mecanismo patogénico en la progresión de la EPOC. El objetivo de este estudio fue confirmar la capacidad de la colonización por *P. jirovecii* de incrementar la respuesta inflamatoria sistémica.

**Material y métodos.** Diseñamos un estudio de caso-control pareado por sexo, edad, hábito tabáquico y severidad de la EPOC en el que se incluyeron 126 pacientes. Por cada paciente con EPOC colonizado se incluyeron dos pacientes con EPOC no colonizados. La colonización por *Pneumocystis* se definió por la presencia de DNA para *P. jirovecii* en muestras de esputo y/o lavado orofaríngeo determinada por nested-PCR. Los niveles de IL-8, TNF-alfa, IL-6 y MCP-1 en suero se midieron mediante un ELISA comercial.

**Resultados.** Los 42 pacientes con EPOC colonizados por *Pneumocystis* mostraron un nivel medio de marcadores inflamatorios más elevado que los 84 pacientes con EPOC no-colonizados del grupo control [IL-8 (21.9 vs 5.3 pg/ml, p = 0.003), TNF-alfa (25.3 vs 19 pg/ml, p = 0.06), IL-6 (9.8 vs 2.5 pg/ml, p = 0,01) y MCP-1 (802.5 vs 505.1 pg/ml, p < 0,0001)].

**Conclusiones.** Estos datos confirman los resultados del estudio preliminar y demuestran que la colonización por *Pneumocystis* en pacientes con EPOC aumenta la respuesta inflamatoria sistémica lo que sugiere fuertemente que este microorganismo podría ser intervenir como un cofactor en la fisiopatología de la EPOC. Financiado por ERA-NET *Pneumocystis-PathoGenoMics* y FIS CP04/217.

#### IF-84

##### HIPERTENSIÓN PULMONAR Y ADICCIÓN A DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA

**J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, S. Alcolea Batres<sup>2</sup>, M. Torres Sánchez<sup>3</sup>, M. Moreno Yangüela<sup>4</sup>, Á. Sánchez Recalde<sup>4</sup>, A. Buño Soto<sup>5</sup>, C. Fernández Capitán<sup>1</sup> y C. Prados Sánchez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>2</sup>Servicio de Neumología - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>4</sup>Servicio de Cardiología - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ), <sup>5</sup>Laboratorio de Urgencias. Servicio de Análisis Clínicos - Grupo de Hipertensión Pulmonar (GRUHPAZ). Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Aunque ha sido descrita la presencia de hipertensión pulmonar en pacientes con historia previa de adicción a drogas por vía intravenosa, no se conocen bien sus aspectos clínicos, factores asociados ni su evolución. Se pretende profundizar en el conocimiento de esta asociación mediante la descripción de las características de pacientes con historia previa de drogadicción por vía parenteral e hipertensión pulmonar severa confirmada mediante cateterismo derecho.

**Material y métodos.** Se recogieron de forma retrospectiva los datos clínicos, biológicos, pruebas funcionales, de imagen y mediciones tras la determinación invasora de la presión pulmonar en pacientes con historia de drogadicción por vía parenteral. Asimismo se valoraron los tratamientos instaurados y la evolución de los enfermos.

**Resultados.** Se incluyeron finalmente dos pacientes con historia de drogadicción por vía parenteral y diagnóstico de hipertensión pulmonar mediante cateterismo derecho. Uno de ellos no presentaba infección por virus hepatitis C ni virus de la inmunodeficiencia humana. El otro, tenía infección por virus de la hepatitis C, pero sin datos de hipertensión portal, y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana, aunque se trataba de un lento progresor con cargas virales indetectables. En ambos enfermos la hipertensión pulmonar era severa, y en los estudios de imagen con tomografía computarizada existía afectación parenquimatosa compatible con microembolismos. La respuesta al tratamiento vasodilatador fue moderada en los dos casos.

**Discusión.** La utilización de drogas de abuso por vía endovenosa puede condicionar el desarrollo de hipertensión pulmonar por un mecanismo de microembolización. Dado que en estos pacientes pueden coexistir otros factores, asociados también a hipertensión pulmonar, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la infección por el virus de la hepatitis C con hipertensión portal, es necesario valorar el peso relativo de cada factor para establecer el tratamiento más adecuado. En aquellos que la hipertensión pulmonar está condicionada fundamentalmente por el fenómeno de microembolización la respuesta al tratamiento vasodilatador es incompleta, por lo que resulta necesario valorar terapias alternativas. **Conclusiones.** La adicción a drogas por vía parenteral condiciona el desarrollo de hipertensión pulmonar grave por un probable mecanismo de microembolización, sin que sea necesaria la presencia de otros factores. La respuesta al tratamiento vasodilatador consigue sólo una mejoría parcial de la clase funcional.

#### IF-85

##### MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

**R. Ramírez Montesinos<sup>2</sup>, M. Auguet Quintillà<sup>1</sup>, M. López Dupla<sup>1</sup>, R. Qaana<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>2</sup>, S. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, M. Ruiz Gamieta<sup>1</sup> y C. Richart Jurado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Analizar las pruebas complementarias realizadas en una serie de pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSP).

**Material y métodos.** Se recogieron los datos clínicos y las pruebas complementarias realizadas a una serie de pacientes diagnosticados de SSP en las consultas externas de Medicina Interna de un hospital general. Todos los pacientes cumplían 4 o más de los criterios de la Clasificación Americano-Europea. Se recogieron datos clínicos (edad, sexo, hábito alcohólico, tabáquico, fármacos habituales, antecedentes de radiación y sintomatología ocular, oral o reumatológica), datos analíticos (VSG, ANAs, Anti DNA, Anti Ro SSa, Anti La SSb, Anti Sm, Anti RNP, FR, Ig G, complemento C3, C4 y CH50, perfil tiroidal, serología VIH, serología VHB, Ig G de VHC), pruebas de imagen (sialografía y resonancia magnética salivar), pruebas de función glandular (test de Schirmer, sialometría y gammagrafía salivar) y biopsia de glándula salival menor. Fueron criterios de exclusión el consumo de alcohol o de tabaco, la alteración del perfil tiroidal, las serologías de VIH, VHB o VHC positivas, el antecedente de irradiación de cabeza y cuello o el consumo de fármacos que pudieran condicionar un síndrome seco.

**Resultados.** Se han analizado 7 casos de SSP. Todos ocurrieron en mujeres, con una edad media de 52.8 años. La sequedad ocular y oral estuvo presente respectivamente en 5 y 6 de los 7 casos analizados. Presentaron síntomas reumatológicos 4 pacientes (dos artritis, una síndrome de Raynaud y dos síndrome del túnel carpiano). Los ANAs y el anti Ro estaban presentes en 4 ocasiones, el anti La en 3 y el FR en 2, coincidiendo siempre entre sí. Ninguna de las pacientes con FR positivo cumplía criterios de artritis reumatoide. Otros autoanticuerpos (anti DNA, anti RNP y anti Sm) fueron negativos en todos los casos. Tampoco se constató elevación del complemento. Todas las pacientes tenían una VSG superior a 10 mm en la 1ª hora (media de 35 mm) y la Ig G se elevó en 4 de las 7 pacientes. Tres de estas cuatro tuvieron la biopsia positiva. A ninguna de las pacientes se le había realizado RM de labio o sialografía. El test de Schirmer se realizó en todos los casos pero fue patológico sólo en uno. La gammagrafía salivar se realizó en 6 de las 7 pacientes y resultó patológica en todas. No se realizó ninguna sialometría. A todas las pacientes se les practicó biopsia de glándula salival, que fue compatible con SSP en cinco de ellas y en las otras dos la muestra no fue significativa.

**Discusión.** Los datos de laboratorio más útiles para el diagnóstico de sospecha del SSP son los ANAs, anti Ro, anti La, la VSG y la Ig G. Sin embargo, la Ig G es el único que ha mostrado correlación con la positividad en la biopsia y en nuestra serie se confirma esta estrecha relación. Algunos métodos diagnósticos de imagen como la sialografía

o la RM salival están infrautilizados en nuestra serie. Ante la utilidad de la RM salival por su correlación con la positividad en la biopsia y su capacidad de despistar la enfermedad tumoral subyacente sería recomendable reflexionar sobre su escasa utilización. La gammagrafía fue positiva en todos los casos en que se realizó, lo que podría conferirle una sensibilidad mayor a la reportada en la bibliografía. La sensibilidad de la biopsia de glándula salival para el SSP asciende hasta un 94% en algunas referencias previas. Como parece ocurrir en nuestra serie posiblemente esté condicionada por la técnica de ejecución de la misma, ya que es necesaria la presencia de al menos 4 glándulas para que la muestra sea representativa.

**Conclusiones.** 1. La rentabilidad diagnóstica de la biopsia de glándula salival está condicionada por la escasa representatividad de algunas muestras. 2. La sensibilidad de la gammagrafía salivar para el SSP parece ser mayor que la establecida en la literatura. 3. La RM salival está infrautilizada en el diagnóstico de SSP.



**IF-86****EXPERIENCIA DE 6 AÑOS DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON FATIGA CRÓNICA****J. Alegre, E. Ruiz, P. Santamarina, R. Badia, A. Martíns, A. Blázquez, C. Alemán y T. Fernández de Sevilla***Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica. Hospital General Vall d'Hebron- Àrea General. Barcelona.*

**Objetivos.** La fatiga crónica es un síntoma frecuente de consulta en nuestro medio, cifrándose entre el 15-20% de las consultas en atención primaria. En nuestro medio, apenas existen estudios etiológicos, ni protocolos de actuación diagnóstica en el síntoma fatiga crónica, así como la existencia de unidades especializadas en el manejo de la fatiga crónica. **Objetivo.** Evaluar el diagnóstico y la rentabilidad de las exploraciones complementarias de una serie de pacientes que consultan por fatiga crónica en una especialidad especializada.

**Material y métodos.** Se han estudiado 910 pacientes que consultan por fatiga crónica en la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Universitario Valle Hebrón de Barcelona, desde enero de 2002 hasta enero de 2008. A todos los pacientes se les incluye en un protocolo diagnóstico, que incluye la historia clínica, exploración física, radiografía de tórax, ecografía abdominal, analítica general con hormonas tiroideas, serologías víricas y marcadores de autoinmunidad, así como una valoración psiquiátrica. Se definen los criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica (SFC), fatiga crónica idiopática y fatiga tras el tratamiento oncológico.

**Resultados.** 766 pacientes (84%) cumplían criterios internacionales del SFC, 19 (2%) cumplían criterios de fatiga crónica idiopática, 16 (1,75%) presentaban fatiga en relación al tratamiento oncológico, 21 (2,3%) estaba asociada a un proceso inmunológico y/o de base inflamatoria tales como EM, vasculitis o enfermedad inflamatoria intestinal, 38 (4,1%) se relacionaba con la infección por el virus de la hepatitis B, C, VIH, virus de la poliomielitis, 37 (4%) la fatiga fue secundaria a una depresión grave con síntomas psicóticos o bipolar, 8 (0,9%) en relación a enfermedades primarias del sueño (SAS grave, narcolepsia) y 8 (0,9%) a otros asociados a otros procesos como la malformación de Arnold-Chiari, osteogenesis imperfecta y talasemia. Las exploraciones complementarias (analíticas, imagen y valoración psiquiátrica) no aportaron diagnósticos etiológicos en los pacientes con que cumplían los criterios diagnósticos del SFC.

**Discusión.** En el estudio del paciente con fatiga crónica invalidante de más de 6 meses, es muy importante el interrogatorio para valorar la existencia de los criterios diagnósticos del SFC, en especial la fatiga crónica invalidante, matinal, que empeora con el reposo, la intolerancia al ejercicio físico, la disfunción neurocognitiva y el sueño no reparador. Es importante conocer las formas de fatiga como la asociada al tratamiento oncológico, a la infección vírica, enfermedades inmunoinflamatorias y depresión mayor con síntomas psicóticos o bipolares.

**Conclusiones.** El SFC es el principal diagnóstico de los pacientes con fatiga crónica que llegan a una unidad especializada, donde se constata la importante sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos de Fukuda y la escasa o nula rentabilidad de las exploraciones complementarias.

**IF-88****MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER****R. Solans Laqué<sup>1</sup>, A. Martínez Arias<sup>2</sup>, J. Bosch Gil<sup>1</sup>, N. Iriarte de Garay<sup>1</sup>, M. Ramentol Sintés<sup>1</sup>, J. Lorente<sup>2</sup>, C. Simeón Aznar<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Vall d'Hebron- Àrea General. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la importancia de las manifestaciones ORL y su evolución en el tiempo tras tratamiento inmunosupresor, en una serie de pacientes afectados de Granulomatosis de Wegener.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los enfermos diagnosticados de GW en los 15 últimos años en el Servicio de Medicina Interna, y que no habían fallecido. A todos los pacientes se les practicó rinoscopia anterior, otoscopia, laringoscopia, audiometría y

potenciales evocados auditivos. Se comparó la afección ORL actual con la existente en el momento del diagnóstico de la GW, y la evolución de la misma tras tratamiento inmunosupresor.

**Resultados.** Se incluyeron 33 pacientes (14 hombres y 19 mujeres), con una edad media al diagnóstico de 47,2 años (17-73). El 72,7% (24 pacientes) presentaban manifestaciones ORL en el momento del diagnóstico de la enfermedad, pero sólo 5 de ellos (15,2%) las presentaban de forma aislada. Los síntomas más frecuentes fueron rino-rea sanguinolenta, (42,4%), sinusopatía (48,5%), otitis media serosa (33,4%) e hipoacusia neurosensorial (33,4%). Seis pacientes (1 hombre y 5 mujeres) presentaron estenosis subglótica que se asoció con perforación y hundimiento del tabique nasal ("nariz en silla de montar") en 3 casos. Los ANCA fueron positivos (PR3) en el 81,8% de los casos. La biopsia de la mucosa nasal, sinusal, ótica o traqueal fue la que confirmó el diagnóstico de GW en el 33% de los casos. El tiempo de seguimiento fue de 7,9 años (1-15). Durante dicho período el 81,2% de los pacientes presentó afección ORL recidivante o de nueva aparición. Las manifestaciones ORL desaparecieron usualmente con el tratamiento inmunosupresor a excepción de la sordera neurosensorial, que si bien mejoró con el tratamiento, progresó tras la supresión del mismo en 5 de los 11 pacientes afectados. De un modo similar, la afección laringotraqueal presentó una evolución independiente: 3 pacientes afectados de GW generalizada presentaron una estenosis subglótica de forma aislada hallándose en remisión completa el resto de manifestaciones de su enfermedad, en 2 casos bajo tratamiento inmunosupresor. El 25% de los pacientes, a pesar hallarse en remisión clínica, refirieron persistencia de costras y secreciones espesas nasales y/o laringotraqueales, alteración del olfato y/o sordera grave, que les confería una mala calidad de vida.

**Discusión.** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica necrotizante que afecta especialmente al tracto respiratorio superior e inferior, al riñón, y al tracto ORL. Las manifestaciones ORL pueden aparecer al inicio de la enfermedad o durante la evolución de la misma. En nuestra serie, el 72,7% de los pacientes presentó afección ORL al inicio de la enfermedad y un 81,2% durante el seguimiento, siendo nuestros resultados similares a los reportados en la literatura. Los síntomas más frecuentes son rinitis costrosa, sinusopatía crónica, otitis media, y sordera neurosensorial. Ocasionalmente aparece perforación del tabique nasal. La afección auditiva puede causar otomastoiditis destructiva con afección de nervios craneales y raramente del sistema meníngeo basal. Las manifestaciones ORL no suponen generalmente un riesgo para la vida del paciente, a excepción de la afección laringotraqueal, pero suelen ser recidivantes y muy molestas y pueden dejar secuelas irreversibles. La mayoría de ellas desaparecen con tratamiento inmunosupresor pero la sordera neurosensorial puede seguir un curso independiente y progresar lentamente a pesar del tratamiento instaurado.

**Conclusiones.** La afección ORL es muy frecuente en la GW y suele responder bien al tratamiento inmunosupresor. No obstante, a menudo persisten secuelas que condicionan la calidad de vida del paciente (costras nasales, sequedad de mucosas, alteración del olfato, sordera). La afección subglótica y la sordera neurosensorial pueden progresar a pesar del tratamiento inmunosupresor. Es necesario un abordaje multidisciplinar que permita el diagnóstico precoz de dichas manifestaciones y un mejor tratamiento de las mismas.

**IF-89****INADECUADA PRODUCCIÓN DE ERITROPOYETINA EN PACIENTES CON EPOC Y ANEMIA NORMOCÍTICA/NORMOCROMÁTICA****F. Arnalich<sup>1</sup>, V. Lagos<sup>2</sup>, C. García-Cerrada<sup>1</sup>, M. Quesada<sup>1</sup>, M. Gómez<sup>2</sup>, C. Navarro<sup>1</sup>, J. Camacho<sup>1</sup> y R. Codoceo<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Departamento de Medicina, UAM, <sup>3</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** La anemia es un hallazgo frecuente en los pacientes con EPOC. En el presente trabajo estudiamos las características y el mecanismo causal de la anemia normocítica y normocromática en un grupo de pacientes EPOC con anemia.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo de 29 pacientes (edad 67 ± 8 a; 16 V y 13 M) que cumplían los criterios de EPOC

(FEV1 < 80%, FEV1/ FVC < 70%, y una reversibilidad < 9% tras BD) y anemia normocítica-normocrómica. La distribución por gravedad fue: grado I/II: 3 (10.3%), grado III: 15 (51.7%); grado IV: 11 (37.9%) pacientes. Se excluyeron los pacientes con sangrado o infección sistémica en 2 meses previos, hepatopatía o insuficiencia renal moderada-avanzada, insuficiencia cardíaca y neoplasia. Como grupo control, se estudiaron 30 pacientes con EPOC pero sin anemia, clase funcional I/II. Previo consentimiento informado, se realizó GAB o con el suplemento de oxígeno habitual y se extrajeron 15 ml de sangre venosa para estudio del metabolismo férrico, determinación de receptor soluble de transferrina (rTF) (Dade Behring), y eritropoyetina sérica (Quantikine IVD, R&D Systems). Se consideró normal una concentración de EPOs entre 0.80 y 1.20 del valor teórico en un conjunto de 40 pacientes con distintos grados de anemia ferropénica. La asociación entre los parámetros clínicos y hematológicos fue evaluada mediante el coeficiente de correlación de Pearson o el análisis de la varianza según que las variables tuvieran una distribución continua o categórica.

**Resultados.** En 21 pacientes (72.4%) la anemia fue considerada como de trastorno crónico, y en 8 casos era mixta, ferropénica y de trastorno crónico. La concentración de EPO fue significativamente superior en pacientes en grado funcional IV (38.4 + 16 mU/ml; F = 3.7), y se correlacionó inversamente con la concentración de proteína C reactiva ( $r = -0.38$ ,  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** La mayoría de los pacientes con EPOC y anemia normocítica-normocrómica presentan un patrón de trastorno crónico: concentración normal de ferritina y rTF, y una inadecuada concentración de EPO para el grado de anemia. La asociación directa encontrada entre la concentración de EPO y proteína C reactiva subraya la importancia de la respuesta inflamatoria subyacente. El tratamiento sustitutivo con EPO recombinante podría beneficiar a estos pacientes.

**Conclusiones.** La anemia normocítica-normocrómica en la EPOC presenta frecuentemente un patrón de trastorno crónico que parece relacionado con una inadecuada producción de eritropoyetina.

Tabla 1. Características de los pacientes (IF-89).

	Anemia normocítica	No anemia	p
Prot C React (mg/dl)	63 ± 17	34 ± 21	< 0.001
Sat. transferrina (%)	19 ± 8	34 ± 10	< 0.01
Ferritina (ng/ml)	137 ± 58	56 ± 32	< 0.01
Recept soluble transferr (mg/l)	2.1 ± 0.7	1.20 ± 0.6	< 0.01
EPO (mU/ml)	23 ± 14	16 ± 9	< 0.01
EPO observada/teórica	0.51 ± 0.28	1.1 ± 0.2	< 0.01

## IF-90

### AFECTACIÓN AÓRTICA EN UNA SERIE DE 78 PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG) CONFIRMADAS POR BIOPSIA

M. Monteagudo, B. Marí, A. Brigante, G. Bejarano, J. Pérez de Celis, A. Casanovas, R. Jordana y J. Oristrell  
Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica que puede afectar a la aorta, siendo el desarrollo de aneurismas aórticos una complicación de la misma. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la afectación aórtica en nuestra serie de pacientes diagnosticados de ACG con biopsia positiva.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes diagnosticados de ACG con biopsia positivas recogidos en nuestra base de datos desde 1989 y se seleccionaron aquellos de los que se disponía de una tomografía computerizada (TAC) torácica y/o abdominal realizada después de 3 años del diagnóstico. Se utilizó como grupo control los pacientes que durante el mismo período se les había realizado una biopsia de arteria temporal (BAT) y cuyo resultado había sido negativo y a los que se les había realizado TAC torácica y/o abdominal después de la realización de la BAT.

**Resultados.** De 278 biopsias realizadas entre 1989 y 2007, 79 fueron biopsias positivas para ACG y 199 fueron negativas. 5 de los

pacientes diagnosticados de ACG fallecieron en el primer año tras el diagnóstico. Del total de pacientes ACG biopsia positiva se realizaron TAC en 20 (25.3%-27%). De los 20 TAC realizado, en 6 (30%) se detectaron alteraciones aórticas. En 5 (25%) existía afectación aórtica en forma de aneurisma o dilatación aórtica, todos con afectación de aorta ascendente y en 1 además había afectación aorta abdominal. En 1 (5%) paciente existía aortitis que afectaba aorta ascendente y descendente. De los pacientes con aneurisma 4 eran mujeres y 1 varón. El tiempo medio entre el diagnóstico y detección de aneurisma fue de 9 años (rango entre 5 y 13 años). La paciente con aortitis se detectó la misma 3 años y medio después del diagnóstico y en tratamiento corticoideo. Del grupo de 199 biopsias negativas se realizó TAC en 40 de ellos (20,1%). Se detectó aneurisma aórtico en 4 de ellos (10%), 2 era aneurismas de aorta abdominal y 2 aneurismas de aorta torácica. 1 de los pacientes con aneurisma de aorta torácica, había recibido tratamiento corticoideo y su diagnóstico clínico fue de ACG biopsia negativa, los otros 3 pacientes no recibieron tratamiento corticoideo y sus diagnósticos clínicos fueron diversos (cefalea no filiada, síndrome depresivo, sin diagnóstico). El tiempo entre el diagnóstico del aneurisma y la realización de BAT fue inferior a 3 años en 2 de los pacientes (1 con aorta abdominal y otro con aorta torácica), 6 años en el paciente con ACG BAT negativa y 7 años en el paciente restante con aneurisma abdominal.

**Discusión.** La aparición de aneurismas de aorta es una complicación conocida de los pacientes diagnosticados y tratados de ACG, en general es una complicación tardía, demostrada en estudios retrospectivos. Publicaciones recientes en nuestro medio demuestra que su incidencia realizada mediante estudios prospectivos puede estimarse hasta el 22% de los pacientes diagnosticados de ACG con biopsia positiva. Nuestro estudio es un análisis retrospectivo de nuestros pacientes con las limitaciones que ello conlleva, sin embargo hasta en 25% de los nuestros pacientes diagnosticados de ACG con biopsia positiva se ha podido detectar un aneurisma de aorta en todos ellos de aorta torácica, incluso sin buscarlos de forma sistemática. A destacar la presencia de aneurisma torácico en 1 de los pacientes con BAT negativa con un diagnóstico clínico de ACG con biopsia negativa. A pesar del reducido número de aneurismas en nuestra serie en ambos grupos, el hallazgo de aneurismas en los pacientes con ACG es superior y en el límite de la significación estadística ( $p < 0,059$ ) respecto al grupo con BAT negativas. En todos los pacientes en los que se detectó un aneurisma aórtico el tiempo respecto al diagnóstico de ACG fue superior a 4 años.

**Conclusiones.** 1. El aneurisma de aorta, especialmente de localización torácica es una complicación, relativamente frecuente en pacientes diagnosticados de ACG. 2. Su aparición es tardía habitualmente después de más de 4 años del diagnóstico. 3. La búsqueda sistemática de esta complicación puede hacer aumentar su frecuencia, permitiendo su detección precoz plantear opciones terapéuticas a algunos de los pacientes afectados.

## IF-91

### AFECCIÓN PULMONAR EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Solans Laqué, J. Bosch Gil, C. Pérez Bocanegra, S. Alonso, J. Pérez López, C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Pla y M. Vilardell Tarres

Servicio de Medicina Interna. Unidad Enfermedades Sistémicas Autoinmunes. Hospital General Vall d'Hebron- Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la afección pulmonar en pacientes afectados de síndrome de Sjögren primario y su evolución en el tiempo.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados y seguidos prospectivamente en nuestro Servicio durante los últimos 20 años. A todos los pacientes con sospecha de afección pulmonar se les practicó radiografía de Tórax PA, TACAR torácico, PFR con DLCO y gasometría arterial.

**Resultados.** Se incluyeron 249 pacientes (237 mujeres y 12 hombres), con una edad media al diagnóstico de 54 años (17-80). Sesenta y siete (27,9%) presentaron afección pulmonar: 34 bronquiectasias pulmonares, 23 fibrosis pulmonares, 11 SAOS y 3 derrame pleural. Todos los pacientes presentaban ANA positivos, 32

(49,7%) FR positivo, 26 (38,8%) anticuerpos anti-SSA y 13 (19,4%) anti-SSB. En 21 casos (31,3%) la biopsia de glándula salivar menor fue diagnóstica. El 50% de los pacientes afectados de bronquiectasias presentaron sobreinfecciones respiratorias de repetición y 3 hemoptisis importantes que obligaron a embolización. Ocho de los 11 pacientes afectados de SAOS iniciaron CPAP domiciliaria, que 3 abandonaron por empeoramiento de su sequedad oral. Se practicó fibrobroncoscopia y biopsia transbronquial en 13 pacientes con fibrosis pulmonar y biopsia pulmonar a cielo abierto en 2 casos. En 2 pacientes se diagnosticó una neumonía intersticial linfocítica. Veintidós de los 23 pacientes afectados de fibrosis pulmonar recibieron tratamiento con glucocorticoides durante una media de 6 meses, 7 recibieron además azatioprina (100 mg/día) y 3 micofenolato mofetil (1,5 g/día). Una paciente fue tratada con Rituximab por afección pulmonar y neurológica grave, sin clara mejoría de las PFR ni de la afección pulmonar en el TACAR torácico. Las PFR mostraron una discreta mejoría de la capacidad vital ( $\pm$  10%) y estabilización de la DLCO en el 20% de los pacientes tratados. En la mayoría de los casos la progresión de la enfermedad pulmonar fue lenta durante el período de seguimiento. Sólo un paciente requirió oxigenoterapia domiciliaria. Una paciente falleció de neoplasia pulmonar y otra por insuficiencia respiratoria en el contexto de una neumonía bilobar. La presencia de anticuerpos anti-Ro SSA se asoció con mayor afección pulmonar.

**Discusión.** El síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía autoinmune que cursa con infiltración linfocítica de las glándulas salivares y lacrimales y alteraciones inmunológicas. Las manifestaciones extraglandulares son las que condicionan el pronóstico. La importancia clínica de la afección pulmonar en el SS no es bien conocida y su prevalencia oscila entre el 9 y el 60% según las distintas series. No existe un tratamiento estandarizado, si bien se recomienda la administración de glucocorticoides y/o inmunosupresores si se objetiva un claro empeoramiento de la función pulmonar. En general la afección pulmonar no se asocia a un mal pronóstico vital. En nuestra serie, la progresión de la enfermedad pulmonar fue lenta y no se asoció con una mayor mortalidad.

**Conclusiones.** En nuestra serie la afección pulmonar intersticial progresó muy lentamente y no se asoció a una mayor mortalidad. La presencia de anti-SSA se asoció significativamente con el desarrollo de fibrosis pulmonar.

## IF-92

### APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

T. Quirosa Moreno<sup>1</sup>, M. C. Luciano Soriano<sup>1</sup>, N. Navarrete Navarrete<sup>2</sup>, O. Gutiérrez Martínez<sup>1</sup>, J. M. Sabio Sánchez<sup>2</sup> y J. Jiménez Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo Análisis del Comportamiento. Universidad de Almería.

<sup>2</sup>Grupo Lupus Virgen de las Nieves. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La calidad de vida (CV) de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se ve afectada en mayor o menor medida por el impacto de la enfermedad, además de las características de la historia personal y el modo de afrontamiento de los eventos vitales y de las situaciones cotidianas de la vida. Este panorama ha llevado a algunos investigadores a destacar el papel de diversas terapias psicológicas en el afrontamiento de los síntomas y mejoría de su CV. Recientes estudios sugieren que el afrontamiento del diagnóstico y el proceso de una enfermedad pueden conformar un patrón conductual rígido de regulación de los eventos privados para vivir (Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)). Las estrategias de aceptación psicológica, derivadas de la aproximación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), han mostrado su utilidad para alterar ese patrón de evitación experiencial destructivo. De hecho, se ha comprobado que las estrategias basadas en la aceptación permiten mejorar la eficacia de las intervenciones en el cáncer, la fibromialgia, el dolor crónico, epilepsia o diabetes, ofreciendo una posibilidad real de mejora de la CV de los pacientes así como de su clínica médica. El objetivo de esta investigación es explorar las posibilidades de un protocolo

breve basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), compuesto de 6 sesiones (2 individuales y 4 grupales) en mujeres enfermas con LES.

**Material y métodos.** Diseño experimental entre sujetos, con medidas repetidas aplicadas a un conjunto de variables dependientes para valorar los resultados relativos a una condición de tratamiento, basada en ACT, en comparación con una condición control. Doce mujeres enfermas con LES ( $\geq$  4 criterios ACR) fueron asignadas al azar a un grupo de tratamiento (ACT), que recibió un protocolo de intervención psicológica breve basado en ACT, y un grupo control que recibió los cuidados médicos habituales a la espera de recibir la intervención psicológica. Se midieron tanto en el momento basal como tras el tratamiento y en los seguimientos las siguientes variables: a) CV y otras variables psicológicas (ansiedad, depresión, credibilidad del malestar, facetas valiosas afectadas); b) variables clínicas (índice SLEDAI, síntomas somáticos, número de brotes lúpicos); c) parámetros inmunológicos (anticuerpos antiADNn y niveles de complementos séricos). Los análisis se efectuaron por las comparaciones intra-sujeto (evaluaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos) y las réplicas inter-sujetos en cada grupo.

**Resultados.** Los resultados muestran que el protocolo breve basado en ACT produce mejoras clínicamente significativas en todas las variables dependientes evaluadas: calidad de vida, depresión, ansiedad, reducción en la credibilidad del malestar como barrera para actuar y aumento de actividades en facetas valiosas afectadas. Aunque el protocolo ACT no dio lugar a cambios significativos en los datos de laboratorio, sí se observó entre las mujeres que recibieron este protocolo una reducción en el consumo de medicación (psicofármacos, analgésicos, AINEs y corticoides) en comparación con las pacientes del grupo control.

**Discusión.** La intervención aplicada es breve y eficaz, pues puede promover la actuación elegida en facetas de la vida prioritarias integrando el sufrimiento en esas trayectorias de valor.

**Conclusiones.** Se deduce de este estudio la existencia de tratamientos psicológicos eficaces y económicos que ayudan a mejorar la CV de las personas enfermas con LES pudiendo suponer una mejora en el arsenal terapéutico de los de los servicios de medicina interna.

## OSTEOPOROSIS

### O-02

#### INCIDENCIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD CELÍACA

P. Sánchez Molini<sup>1</sup>, I. Jiménez Alonso<sup>2</sup>, X. Salcedo<sup>2</sup> y P. Labanda Urbano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo,

<sup>3</sup>Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la D. M. O. en pacientes diagnosticados de Enfermedad Celíaca (EC) del adulto, en seguimiento en las consultas de Digestivo y de M Interna de nuestro hospital en comparación con la población sana española.

**Material y métodos.** Se valoran 79 pacientes adultos (20 hombres y 59 mujeres) con edad media en el momento del diagnóstico de celiaquía de 36 años (rango 1 - 73 años). Se valora: edad al diagnóstico, IMC, balance óseo, vitamina D, PTH y densitometría (DEXA). La prevalencia de osteoporosis de la población española se basa en la Actualización de Osteoporosis (2442 sujetos (1.305 mujeres y 1.137 varones) (FHOEMO-SEIOMM).

**Resultados.** La prevalencia global de osteoporosis de la población española es del 11.13%, con intervalo de confianza de 95%, y es mayor la prevalencia en mujeres mayores de 50 años (22.8%) De los celíacos estudiados presentaron osteopenia 41 (51.9%), osteoporosis



sis 12 (15,2%), y DMO normal 26 (32,91%),  $p = 0,002$ . No se halló correlación entre IMC, vit. D y PTH y alteración ósea. En población normal, la osteopenia esta presente en un 29,83% y osteoporosis en 7%, estadísticamente significativa. En celíacos se constató correlación ( $p = 0,02$ ) entre edad al diagnóstico y grado de lesión ósea. **Conclusiones.** Se observó un alto grado de afectación de la densidad ósea en el grupo de celíacos en comparación con el resto de la población española, con la alta morbilidad que esto conlleva. Se demuestra la necesidad del diagnóstico precoz de la intolerancia al gluten, ya que cuanto más tardío es el diagnóstico, mayor es el grado de las lesiones óseas observadas.

### O-3

#### RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y DE FRACTURA DE FEMUR EN VARONES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

**J. Díez Manglano, J. Custardoy Olavarrieta, C. San Román Terán, F. Cabrera Aguilar, F. De la Iglesia Martínez, M. Fernández Ruiz, A. Muela Molinero y L. Montero Rivas, en nombre del Grupo de Investigadores del Estudio ECCO**

**Objetivos.** Calcular el riesgo de padecer osteoporosis y fractura de fémur en pacientes con EPOC.

**Material y métodos.** A la cohorte de 443 varones incluidos en el estudio ECCO (EPOC con comorbilidad) se les aplicó el índice de Charlson para valorar comorbilidad. En este subestudio se le ha aplicado el Male Osteoporosis Risk Estimation Score (MORES) [Shepherd et al, Ann Fam Med 2007; 5: 540-6] para valorar el riesgo de osteoporosis. Se considera que existe riesgo y hay indicación de hacer densitometría de screening cuando la puntuación es superior a 6. Para valorar el riesgo de fractura de fémur se ha aplicado el WHO Fracture Risk Assessment Tool (FRAX). La National Osteoporosis Foundation recomienda tratar a los pacientes con densidad mineral ósea baja (T score  $-1$  a  $-2,5$ ) y riesgo de fractura mayor o igual al 3% a los 10 años.

**Resultados.** Los índices de Charlson y MORES se aplicaron a los 443 pacientes, pero por falta de datos el FRAX se pudo aplicar sólo a 432 pacientes. Por aplicación del índice de Charlson durante el estudio ECCO 30 pacientes (6,77%) tenían un diagnóstico de osteoporosis. Utilizando el MORES 441 pacientes (99,55%) están en riesgo y tienen indicación de realizar densitometría ósea. Cuando se utiliza el FRAX 165 pacientes (38,19%) tienen un riesgo de fractura de fémur mayor o igual al 3% a los 10 años, 40 pacientes (9,26%) un riesgo mayor o igual al 6%, 6 pacientes (1,39%) un riesgo mayor o igual al 9% y 2 pacientes (0,46%) un riesgo mayor o igual al 12%. En total el 49,31% de los pacientes tienen un riesgo alto y deberían ser tratados si tienen una densidad mineral ósea baja.

**Discusión.** Se ha propuesto que la EPOC es un factor de riesgo para osteoporosis aunque existen pocos estudios que valoren el riesgo de estos pacientes. La aplicación de escalas para estimar el riesgo indica que esta enfermedad puede ser muy prevalente en estos pacientes. Es probable que además de la edad otros factores como la inmovilidad, la falta de acondicionamiento muscular y quizá la hipoxia favorezcan la aparición de osteoporosis.

**Conclusiones.** El riesgo de osteoporosis en los varones con EPOC es elevado y probablemente está infraestimado al valorar la comorbilidad con el índice de Charlson.

### O-4

#### GLUCOCORTICOIDES Y PROFILAXIS OSTEOPOROSIS

**M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, L. Rodríguez Rojas<sup>2</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>2</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>2</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>2</sup>, L. González Sánchez<sup>3</sup>, R. Espinosa Aunión<sup>4</sup> y F. Martínez Pérez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Alergología, <sup>4</sup>Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>5</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Ver si se realiza profilaxis de osteoporosis en pacientes ingresados que reciben durante el ingreso tratamiento corticoideo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en el que se revisan todos los ingresos del hospital en un día elegido al azar. El criterio de inclusión es estar recibiendo tratamiento corticoideo (GC), independientemente de la especialidad (se incluyen plantas quirúrgicas y pediatría). Se recogen: edad, antecedentes personales (incluyendo presencia de fracturas previas y/o al ingreso), tratamiento GC previo, profilaxis osteoporosis previa, motivo de ingreso, tratamiento profiláctico y el tipo.

**Resultados.** Del total de ingresos, había 22 pacientes recibiendo corticoideos (GC). Se excluyeron 4 por falta de información. De los 18 seleccionados, 12 eran varones y 6 mujeres; la edad media fue de 80 años (mínimo 65 y máximo 95). La distribución por especialidades fue: Medicina Interna 11 (61,1%), Neumología 3 (16,7%), Oncología 2 (11,1%), Cirugía General 1, Traumatología 1. 5 pacientes recibían GC antes del ingreso (27,7%, 4 por asma/EPOC y 1 por arteritis temporal). En el caso de 2 de ellos además seguían profilaxis osteoporosis con calcio y vitamina D (uno de los casos ya había tenido una fractura de cadera). Además llevaba profilaxis una mujer (bifosfonatos), aunque entre los antecedentes no constaban osteoporosis ni fractura previa. Por otro lado, una paciente con osteoporosis y tratamiento GC en domicilio no asociaba profilaxis (presumiblemente por neoplasia avanzada). En el ingreso, no se puso profilaxis a ninguno de los pacientes, e incluso se suspendió temporalmente la de aquellos que la tomaban en su domicilio. El motivo de pautar GC fue en su mayoría por insuficiencia respiratoria/broncoespasmo, excepto un caso de Oncología y uno de Cirugía (ambos con neoplasias avanzadas). En la mujer que ingresó en Traumatología (por fractura de cadera) tampoco se indicó.

**Discusión.** El uso de profilaxis para prevenir osteoporosis en pacientes ingresados a los que se administran glucocorticoides es una tarea pendiente. Por el volumen de pacientes que atiende y por su labor de interconsultor, Medicina Interna debe ser uno de los pilares desde los que mejorar y prevenir este problema que vemos con frecuencias crecientes.

**Conclusiones.** Es fundamental realizar tareas formativas y de concienciación, que nos lleven a mejorar en nuestra práctica diaria.

### O-5

#### ESTUDIO MOTRABI (MASA ÓSEA TRATAMIENTO BIOLÓGICO)

**J. Pérez-Silvestre<sup>1</sup>, J. Calvo Catalá<sup>2</sup>, J. García Borrás<sup>3</sup> y Grupo MOTRABI**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección Reumatología y Metabolismo Óseo. Servicio Medicina I. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>3</sup>Unidad Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Es un hecho constatado, que las enfermedades reumáticas inflamatorias, cursan con osteoporosis, siendo su etiología multifactorial. Diversos estudios, indican que el tratamiento con anti-TNF, contribuye a mejorar la masa ósea de los pacientes tratados, reduciendo el riesgo de fracturas. El objetivo primario es valorar la evolución de la densidad mineral ósea (BMD) al año de tratamiento con infliximab. Objetivo secundario: modificaciones de los biomarcadores de formación y resorción ósea a los 6 y 12 meses de tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo, observacional, no intervencionista. Se incluirán pacientes mayores de edad de ambos sexos, diagnosticados de AR, APs, EA que cumplan los criterios de la SER para el uso de anti-TNF, utilizando las dosis y pautas habituales. Serán excluidos pacientes que estén en tratamiento con antiesortivo o fármaco osteoformador a excepción del tratamiento antiosteoporótico con Calcio y Vitamina D. Efectuamos densitometría de columna y cadera al inicio y a los doce meses, así como valoración analítica con marcadores de formación y resorción al inicio, seis y doce meses. También se evaluó la calidad de vida de los pacientes mediante EVA.

**Resultados.** Se incluyeron 80 pacientes en el estudio (62,5% eran mujeres, con una mediana de edad  $47,68 \pm 11,31$ ), finalizaron 68. Se retiraron 4 por reacciones cutáneas, 3 por ineficacia, 2 por aban-

dono, 2 por cirugía y 1 por cuadro vasovagal. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide 48,8%, espondilitis anquilosante 33,8%, y artropatía psoriásica 17,5%. La mediana de años de evolución de las enfermedades fue  $9,33 \pm 8,57$  años. Los fármacos modificadores de la enfermedad más utilizados fueron el metotrexato 72,5% de los pacientes, con una mediana de dosis  $10,78 \pm 3,9$  mg, y una duración 42,64 meses; seguido de corticoides 47,5%, con una mediana de dosis  $8,89 \pm 6,29$  mg, y una duración 28,27 meses, y por último leflunomida 33,8%, con una mediana de dosis  $19,26 \pm 2,67$  mg, con una duración de 13,41 meses. El 78,8% de los pacientes asociaron AINES. Los factores de riesgo asociados más frecuentes eran dieta pobre en calcio 80%, café 38,8%, corticoides  $> 10$  mg 22,45 y hábito tabáquico 17,5%. El 27,45% de los pacientes tenía osteopenia al inicio del estudio, y de ellos el 35% sufría osteoporosis. En cuanto a la valoración del EVA tanto del paciente, como del médico entre la visita basal y el año hay una evidente mejoría siendo esta diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,05$ . Los marcadores de formación osteocalcina y PTH no hay diferencias significativas,  $p = 0,514$  y  $p = 0,747$  respectivamente. Los marcadores de resorción FATR no hay diferencias significativas  $p = 0,684$ . En cuanto a la densitometría hay mejoría en los valores tras un año de tratamiento, siendo esta diferencia estadísticamente significativa  $p = 0,002$  en la cadera y  $p < 0,05$  en la columna.

**Conclusiones.** El tratamiento con infliximab demuestra una clara mejoría de la calidad de vida del paciente, valorado por la escala analógica visual del dolor. Los marcadores de formación y de resorción no existen diferencias significativas tras un año de tratamiento con infliximab. Tras un año de tratamiento con infliximab existe una mejoría evidente en los valores densitométricos tanto de cadera como de columna siendo significativas esta mejoría.

#### O-6

##### OSTEOPOROSIS, UNA GRAN DESCONOCIDA

**R. Tirado Mirada<sup>1</sup>, I. Mejías Real<sup>1</sup>, A. Lucena López<sup>2</sup>, F. Carmona Fuentes<sup>2</sup>, I. Muñoz Gámiz<sup>2</sup>, A. Recio Ubeda<sup>2</sup>, C. Serrano Guzmán<sup>2</sup> y F. Luna Cabrera<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>MIR de MFyC, <sup>3</sup>Unidad del Aparato Locomotor. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** La osteoporosis es una enfermedad de gran prevalencia en los países desarrollados y se asocia a una alta morbilidad, por lo que las estrategias preventivas son probablemente las más eficaces. Conocer la percepción que tienen los pacientes afectos de fractura de colles secundaria a un traumatismo de baja intensidad de la osteoporosis y de los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad, con el objetivo de implementar estrategias de prevención primaria y secundaria que ayuden a disminuir el riesgo fracturario en la población de nuestra área de salud.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo mediante la realización de una encuesta personal a los pacientes mayores de 50 años o mujeres posmenopáusicas de cualquier edad diagnosticados de fractura de Colles en nuestro hospital durante un período de tres meses.

**Resultados.** De los 42 pacientes entrevistados 7 (16%) fueron hombres. La edad media fue mayor entre las mujeres (68.9 años) que entre los hombres (66 años). Un 45% de los pacientes entrevistados referían conocer lo que era la osteoporosis y casi el 40% relacionaban la fractura sufrida con la falta de calcio en el hueso. Prácticamente todos los pacientes conocían algún factor con efecto beneficioso para el hueso, como la ingesta de calcio, los baños de sol o la actividad física. Un 60% de los pacientes entrevistados pensaban que tenían una probabilidad mayor de sufrir nuevas fracturas, pero no habían sido informados sobre posibles estrategias para reducir ese riesgo. Un 83% de los entrevistados, consideraban muy interesante la asistencia a charlas educativas sobre la osteoporosis.

**Conclusiones.** Aunque la mayoría de los pacientes entrevistados no tenían una idea clara acerca de la osteoporosis, si mostraban una predisposición a mejorar la salud de su esqueleto y prevenir la aparición de nuevas fracturas. En nuestra área de salud las políticas poblacionales que mejoren el conocimiento sobre la osteoporosis y sus factores de riesgo son probablemente las más coste-efectivas tanto en prevención primaria como secundaria.

#### O-7

##### UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE ESTANCIA MEDIA: DESCRIPCIÓN Y COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

**L. Vich Martorell<sup>1</sup>, A. Truyols Bonet<sup>1</sup>, F. Alberti Homar<sup>1</sup>, A. Galmés Truyols<sup>2</sup>, J. Carbonero Malberti<sup>1</sup>, F. Palacios Huertas<sup>3</sup> y L. Feliu Mazaira<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología, <sup>3</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Descripción de los pacientes ingresados en una unidad de ortogeriatría de media estancia procedente de las Unidades de Traumatología de los Hospitales de Agudos e incluidos en programa de rehabilitación. Criterios de inclusión: postoperatorio inmediato no complicado, estabilidad clínica, no deterioro cognitivo grave. Criterios de exclusión: deterioro funcional previo severo, deterioro cognitivo grave, comorbilidad que impida la rehabilitación. Descripción complicaciones médicas más frecuentes presentadas durante el período de convalecencia rehabilitación.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. Pacientes incluidos en programa de rehabilitación durante los años 2006 y 2007. Análisis: edad, sexo, estancia media, valoración actividades básicas vida diaria (ABVD) a través del índice de Barthel previo (IBP), Barthel al ingreso (IBI) y al alta (IBA). Valoración cognitiva: Índice de Pfeiffer (IP). Índice de comorbilidad de Charlson. Complicaciones médicas aparecidas durante el ingreso en la unidad. Ganancia funcional (GF), índice de Heinemann corregido (IHc =  $100 \times GF / (IBP - IBI)$ ), valoración equilibrio y marcha al alta (escala de Tinetti (ETa)).

**Resultados.** Total pacientes ingresados en la unidad: 230, de ellos el 75,7% fueron incluidos en programa de rehabilitación. El criterio de exclusión fue demencia en 27 (48,21%), alta comorbilidad 24 (42,85%), y por mal pronóstico vital 5 (8,9%). Edad media 78,1 años. Estancia media de los pacientes incluidos en rehabilitación 37 días. El diagnóstico más frecuente fue de fractura de fémur: 99 pacientes (56,8%), prótesis de rodilla: 19 (10,1%), fracturas vertebrales: 9 (5,2%) y otros diagnósticos 47 (27,9%). La media del índice de comorbilidad de Charlson fue 1,2. Complicaciones médicas más frecuentes: anemia (77,01%), hipoalbuminemia (61,49%), infección urinaria (21,8%), infección respiratoria (14,94%), complicaciones cardíacas (10,03%), úlceras por presión a su ingreso (9,77%) depresión (18,39%) descompensación patología previa (26,43%), síndrome confusional (10,34%). Así mismo el 35,05% de los pacientes presentaba a su ingreso dolor no controlado. Indicadores funcionales: IBP: 84,3 IBI: 31,3 IBA: 63,6 GF: 32,3 IHc: 60,37 ETa: equilibrio 11,45 marcha 9,6 total: 21,06/28. No se produjeron defunciones entre los pacientes de programa

**Discusión.** La complicación médica más frecuente fue la anemia (en relación a hemorragia por el traumatismo y la intervención quirúrgica) seguido de las complicaciones infecciosas. A pesar de la comorbilidad tan solo se registró un 26,43% de pacientes con descompensación de su patología previa. Llama la atención el elevado porcentaje de pacientes que se trasladó desde las unidades de agudos con dolor no controlado. Merece especial atención la elevada incidencia de hipoalbuminemia que no puede ser atribuida a la patología aguda ortogeriatría. No se registraron complicaciones tromboembólicas (se realizó profilaxis con enoxaparina durante un mes después de la cirugía en todos los pacientes). La Ganancia funcional en relación al Barthel previo fue excelente tal como lo demuestra el índice de Heinemann corregido

**Conclusiones.** En los pacientes ortogeriatrícos ingresados en las unidades de convalecencia para poder desarrollar correctamente un programa de rehabilitación hay que tener en cuenta: valoración y tratamiento del dolor, profilaxis tromboembólica, valoración nutricional, seguimiento patología previa, prevención infección nosocomial y de las UPP. El buen control de todo ello conducirá a una óptima ganancia funcional que permitirá mejor desarrollo de las ABVD del paciente y a una satisfactoria eficiencia de la unidad. Los internistas son quienes mejor pueden llevar a cabo la valoración integral y los objetivos de estos pacientes postquirúrgicos en fase de convalecencia-rehabilitación

**O-8****HIPOVITAMINOSIS D Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN UNA COHORTE DE ENFERMOS DE CROHN DE LA PROVINCIA DE GRANADA**

**D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, C. Cardena Pérez<sup>2</sup>, M. Gómez García<sup>3</sup>, B. Martínez López<sup>1</sup>, J. De la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir la prevalencia de la hipovitaminosis D y su posible relación con una baja densidad mineral ósea (DMO) en una cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de la provincia de Granada

**Material y métodos.** Se incluyeron 32 pacientes diagnosticados de EC de ambas Áreas Sanitarias de Granada. Las características demográficas de los mismos se describirán en una tabla. Se midieron niveles séricos de 25 vitaminas D (25VitD), y se determinó la DMO en cuello de fémur (CF) y columna lumbar (CL) mediante DEXA. Se compararon las medias mediante la prueba T para muestras independientes empleando el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** El 78,1% de los pacientes de nuestra serie mostraron niveles bajos de 25VitD (inferior a 24 ng/ml). Un 6,3% de los pacientes presentó un Z-score por debajo de -2 en CF, y un 18,8% en CL. Valorados en función del T-score, el 6,3 y el 56,3% presentó, respectivamente, criterios de osteoporosis y de osteopenia en CF, mientras que dichos valores en CL fueron de 9,4 y 31,3%, respectivamente. Los pacientes con hipovitaminosis D presentaron una menor masa ósea, en términos de T-score, tanto en CL (-1,17 ± 1,55 vs -0,51 ± 0,65) como en CF (-1,25 ± 0,89 vs -0,94 ± 0,40), aunque no hubo diferencias significativas, posiblemente por el escaso número de pacientes. Tampoco se encontraron diferencias en relación al Z-score, ni en CL ni en CF (-1,01 ± 1,56 vs -0,41 ± 0,72 y -0,94 ± 0,93 vs -0,80 ± 0,47, respectivamente).

**Discusión.** La osteoporosis es una complicación frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal, y sobre todo de la EC. En estudios transversales, se ha estimado que hasta el 30% de los pacientes tendrían una densidad ósea baja. La consecuencia de esto sería el desarrollo de fracturas. Aparte de los factores de riesgo comunes al resto de la población, los pacientes con EC presentan otros factores específicos que también influyen, como los déficits de vitaminas D y K, uso de esteroides, hipogonadismo y la actividad inflamatoria derivada de la propia enfermedad. En concreto, en torno al 65% de pacientes podrían tener niveles bajos de vitamina D. Esto en parte se debe no sólo a la escasa ingesta de lácteos, sino también a la mala absorción intestinal, sobre todo en aquellos que tengan antecedente de resección de íleon. Entre nuestros pacientes, la mayoría de los pacientes presentaron niveles bajos de 25Vit D (78,1%), y una tendencia hacia la osteopenia tanto en CF como en CL, si bien no fue posible encontrar relación entre ellos.

**Conclusiones.** La prevalencia de osteoporosis/osteopenia, así como de hipovitaminosis D, en los pacientes con EC es elevada en nuestro medio, con cifras incluso superiores a las descritas en otras latitudes. Existe una tendencia entre nuestros pacientes hacia una baja DMO, tanto en CF como en CL, si bien no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa. No obstante, hacen falta estudios con un mayor número de pacientes para conocer el papel exacto de la hipovitaminosis D en el desarrollo de osteoporosis/osteopenia en la EC

**O-9****¿TIENEN ALTO RIESGO VASCULAR AQUELLOS PACIENTES CON ALTERACIONES EN EL METABOLISMO ÓSEO?**

**E. Puerto Pérez, N. Cubino Poveda, P. Miramontes, J. Martín Oterino, M. García, A. García Mingo, M. Borao Cengoitita y A. Romero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** En este estudio pretendemos valorar si la alteración de los niveles de vitamina D y PTH, están relacionados con los diferentes

factores de riesgo CV (cardiovascular), que se estratificarán a través de las diferentes tablas de riesgo vascular tanto cualitativas como cuantitativas existentes en la actualidad (Framingham, Score, REGICOR). El objetivo principal es observar, si el hecho de presentar cifras bajas de los parámetros mencionados anteriormente, estaría relacionado con la posibilidad de desarrollar un evento vascular en el futuro y con ello un aumento de la morbimortalidad vascular a los 10 años. Por otro lado conocer como están los niveles de vitamina D y PTH en el momento actual en la población de Salamanca.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio trasversal y retrospectivo en el cual se ha incluido a 98 pacientes (hombres 48 y mujeres 50), con edades comprendidas entre 30-80 años, que acuden al servicio de MI del Hospital Salamanca en los últimos 3 meses. A todos ellos se le realiza: anamnesis, en la que se recogen los antecedentes personales y familiares de eventos vasculares (IAM, angina, ACVA, AIT y enfermedad arterial periférica). Exploración física; tensión arterial, (HTA si PAS > 140 mmHg y PAD > 90 mmHg). Se realiza también una medida de la cintura, peso y talla. Analítica, en la que se obtiene glucemia, urea, creatinina, perfil lipídico, niveles de vitamina D, calcio, fósforo y PTH, tras unas 12 h de ayuno. Electrocardiograma; para valorar la presencia de hipertrofia ventricular izquierda. Con los datos obtenidos anteriormente se calcula el riesgo vascular según las tablas de Framingham, Score y REGICOR, clasificando a los pacientes en alto riesgo vascular si presentan cifras superiores al 20% en las tablas de Framingham, y REGICOR y bajo riesgo vascular si son menores 20% excepto para la tabla de Score donde el punto de corte que divide entre alto y bajo riesgo es 5%. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión 13.0. Se ha utilizado el test de la «t» de Student o el de la  $\chi^2$  para la comparación de medias entre grupos de variables cuantitativas o cualitativas respectivamente.

**Resultados.** La edad media era de 70'4 a. Según Framingham las cifras medias de Vit D son 29,541 para alto riesgo y 27,259 para bajo riesgo con p 0'567, PTH media es 76'911 para alto riesgo y para bajo 96'812 con p 0'403. Por la tabla de Score; Vit D media 30,207 para alto riesgo y para bajo 25,488 con p 0'261, PTH media 86,304 alto riesgo y 76,043 bajo riesgo con p 0'684. Por la tabla DORICA tenemos; Vit D 32 para alto riesgo y 34'70 bajo riesgo, PTH media 16'75 alto riesgo y 31'48 bajo riesgo.

**Discusión.** Observamos como los niveles de vitamina D en Salamanca están descendidos tanto en mujeres como hombres, concordando con lo existente. Por otra parte no podemos decir que exista una relación entre los niveles bajos de estas hormonas y un incremento del riesgo CV. Uno de los motivos por lo que esta relación no es significativa, se puede deber a la cantidad insuficiente de número de pacientes, que nos da los grupos de alto y bajo riesgo muy reducidos y por tanto una baja potencia del estudio. No se puede descartar que a largo plazo estos pacientes sufran un evento vascular, a pesar que nuestro estudio no ha demostrado ser significativo, ya que para eso necesitaríamos realizar un seguimiento de estos enfermos durante al menos 10 años, monitorizando las cifras de vitamina D durante todo este tiempo.

**Conclusiones.** Se ha observado en diferentes estudios que existe relación entre el déficit de vitamina D y el aumento de la mortalidad cardiovascular, por la implicación de esta hormona en el desarrollo de diferentes factores como la obesidad, hipertensión... Etc. Sería necesario hacer un despistaje de todos los factores de riesgo vascular (hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus), en aquellos pacientes con cifras bajas de vitamina D. En caso de presentar alguno de estos factores valorar iniciar tratamiento de forma inmediata hasta conseguir los objetivos marcados en las guías. Valorar en inicio de terapia también con vitamina D en aquellos individuos con déficit subclínico de vitamina D y riesgo CV alto, ya que disminuirá en un futuro la posibilidad de muerte por alguna enfermedad de origen vascular, ya sea ictus o infarto de miocardio.



### O-10 FRAX (RIESGO DE FRACTURA A 10 AÑOS) EN UN GRUPO DE TRABAJADORES SANITARIOS

E. Martín Ponce<sup>1</sup>, A. Pérez Ramírez<sup>1</sup>, E. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, L. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Alonso Socas<sup>3</sup>, J. Viña Rodríguez<sup>1</sup>, M. Sánchez Pérez<sup>1</sup> y E. García-Valdecasas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>3</sup>Servicio de Infecciones. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** El FRAX es un algoritmo realizado por ordenador que ayuda a valorar el riesgo de fractura a 10 años ([http://www. Shef. Ac. Uk/FRAX](http://www.Shef.Ac.Uk/FRAX)) utilizando factores de riesgo clínicos e incluyendo o no la DMO de cadera. Está calibrado para la población española. Un hospital terciario tiene una población de trabajadores con diferentes niveles de actividad física, la cual puede influir en la masa ósea y el riesgo de fractura. Nos propusimos calcular el FRAX de un grupo de trabajadores de nuestro hospital y su relación con la actividad física realizada durante la jornada laboral.

**Material y métodos.** La probabilidad de fractura se calcula incluyendo en el algoritmo el sexo, la edad, el peso y la talla y las variables de riesgo: fractura previa por fragilidad, fractura de cadera en los padres, tabaquismo actual, glucocorticoides más de 3 meses, artritis reumatoide, diabetes mellitus 1, hipertiroidismo no tratado, menopausia precoz u otras causas de osteoporosis secundaria y consumo diario de 3 o más unidades de bebidas alcohólicas. Hemos calculado el FRAX a una muestra (n = 101) no seleccionada de trabajadores de nuestro centro y lo hemos comparado con su nivel de actividad física en horario laboral (1. sedentario, 2. parte de la jornada sentado y parte de pie o caminando, 3. toda la jornada de pie o caminando) y con otras variables como el consumo de algún tratamiento relacionado con la osteoporosis.

**Resultados.** Los trabajadores (41% hombres) tenían 51 ± 7 años y su IMC era 26 ± 4 (40% tenía IMC normal, 45% sobrepeso y 15% obesidad). 19% había tenido una fractura previa por fragilidad y 12% tenía antecedentes de fractura de cadera en algún progenitor. 28% fumaba, 3% había recibido tratamiento esteroideo prolongado, ninguno tenía artritis reumatoide, sólo 1% diabetes mellitus 1 y 1% hipertiroidismo no tratado. 13% de las mujeres había tenido menopausia precoz. 8% consumía 3 o más unidades de bebidas alcohólicas diarias. 13% de los trabajadores tomaba algún tratamiento relacionado con la osteoporosis. Frente al 7% de trabajadores que permanecían sentados toda la jornada, 49,5% estaban parte del tiempo sentados y parte de pie o caminando y 43,5% pasaban toda su jornada de pie o caminando. La mediana de riesgo de fractura total (RFT) a 10 años es de 1,8 ± 1,2% y la mediana de riesgo de fractura de cadera a 10 años (RFC) de 0,18 ± 0,2%. No había diferencias significativas al comparar el grupo de trabajadores sedentarios con el grupo más activo, ni para el RFT (1,89 ± 0,5% vs 1,97 ± 1,2%, p = NS) ni para el RFC (0,2 ± 0,2% vs 0,26 ± 0,2%, p = NS) ni tampoco al comparar el grupo de actividad media con el de mayor actividad. No había diferencias significativas entre hombres/mujeres, menopausia precoz o no, bebedores/abstemios o IMC normal/obesos. Los trabajadores que habían tenido una fractura de adultos tenían mayor RFT (3,48 ± 1,4% vs 1,79 ± 0,9%, p < 0,0001) y RFC (0,6 ± 0,3% vs 0,2 ± 0,2%, p < 0,0001) y aquellos cuyos padres habían sufrido fractura de cadera tenían mayor RFT (4,48 ± 1,5% vs 1,79 ± 0,8%, p < 0,0001) y RFC (0,5 ± 0,3% vs 0,2 ± 0,2%, p = 0,005). Los trabajadores que tomaban calcio o algún otro tratamiento relacionado con la osteoporosis tenían tendencia a mayor RFT (2,69% ± 1,1 vs 2% ± 1,26, p = 0,052).

**Discusión.** El riesgo de fractura a 10 años es bajo en esta población. Los grupos de riesgo más reconocibles son aquellos que han sufrido ya una fractura por fragilidad y aquellos cuyos padres han sufrido una fractura de cadera. El FRAX puede ayudar a tomar decisiones de cara a la prevención, pero los resultados deben interpretarse siempre en el contexto de cada persona, teniendo en cuenta que existen técnicas como la DMO que proporcionan información más precisa del riesgo de fractura.

**Conclusiones.** El FRAX es bajo en esta población de trabajadores sanitarios, aunque el grupo que ha sufrido ya fracturas y cuyos padres presentaron fractura de cadera podría beneficiarse de políticas de empresa encaminadas a la prevención.

### O-11 FRAX (RIESGO DE FRACTURA A 10 AÑOS) DE UN GRUPO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA GENERAL DE MEDICINA INTERNA

J. Medina, A. Martínez, E. Rodríguez, M. Duran, E. Martín, R. Ros, M. Rodríguez y F. Santolaria

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** El FRAX es un algoritmo realizado por ordenador que ayuda a valorar el riesgo de fractura a 10 años (<http://www. Shef. Ac. Uk/FRAX>) utilizando factores de riesgo clínicos. Puede calcularse con o sin DMO de cadera y está calibrado para la población española. Nos propusimos calcular el riesgo de fractura a 10 años de un grupo de pacientes no seleccionados de una consulta general de medicina interna y su correspondencia con el estilo de vida, patologías de base y tratamientos relacionados.

**Material y métodos.** La probabilidad de fractura se calcula en base al sexo, edad, talla, peso y a las variables: fractura previa por fragilidad, historia de fractura de cadera en los padres, tabaquismo actual, uso de glucocorticoides más de 3 meses, artritis reumatoide, diabetes mellitus 1, hipertiroidismo no tratado, menopausia precoz y consumo diario de 3 o más unidades de bebidas alcohólicas. Hemos calculado el FRAX a un grupo (n = 100) de pacientes procedentes de un módulo de consulta general de MI. Se han recogido datos sobre su estilo de vida, patología de base y uso de tratamientos relacionados con la osteoporosis.

**Resultados.** 42% de los pacientes era del sexo masculino. La mediana de edad era 70,5 ± 10 años y su IMC 28,5 ± 6. 20% había tenido una fractura previa por fragilidad y 19% tenía antecedentes de fractura de cadera en uno de sus progenitores. 11% fumaba, 7% había recibido tratamiento esteroideo prolongado, 2% tenía artritis reumatoide y ninguno tenía diabetes tipo 1 o hipertiroidismo no tratado. 17% de las mujeres había quedado menopáusica antes de los 45 años. 6% de los pacientes consumía 3 o más unidades de bebidas alcohólicas diarias. 41% era sedentario. Las patologías predominantes eran hipertensión (68%), hiperlipemia (65%), diabetes mellitus 2 (41%), cardiopatía (30%), enfermedad sistémica (28%), insuficiencia renal crónica (20%) y EPOC (17%). 25% tenía síndrome depresivo. 59% de los pacientes tomaba al menos 3 raciones diarias de lácteos y 27,5% consumía algún tratamiento relacionado con la osteoporosis (de ellos 96% tomaba calcio/vitamina D, 45,9% bisfosfonatos y 16,7% ranelato de estroncio). Se había medido la masa ósea a 30% de los pacientes, generalmente por densitometría DEXA (96%), siendo informada como normal (10%), osteopenia (35%) y osteoporosis (55%). Su riesgo de fractura total a 10 años (RFT) era de 4,6 ± 7,8% y el de fractura de cadera a 10 años (RFC) de 1,59 ± 5,7%. Los hombres tenían menor RFT (3,6 ± 1,7% vs 10 ± 9%, p < 0,0001) y RFC (1,5 ± 1,4% vs 5,1 ± 7%, p < 0,0001). Los pacientes con fractura previa tenían mayor RFT (13,6 ± 12% vs 5,8 ± 5,7%, p = 0,009), pero el RFC no varió. Aquellos cuyos padres tuvieron fractura de cadera tenían mayor RFT (12,9 ± 12% vs 6,3 ± 6,2%, p = 0,035) y RFC (8,1 ± 10% vs 2,7 ± 3,8%, p = 0,039). Los pacientes a los que se había medido la MO tenían mayor RFT (11,5 ± 10% vs 5,5 ± 5,7%, p = 0,007) y RFC (6,5 ± 8,6% vs 2,3 ± 3,6%, p = 0,013). Aquellos que consumían algún tratamiento para la osteoporosis también tenían mayor RFT (14 ± 11% vs 5,1 ± 4,6%, p = 0,001) y RFC (8,1 ± 9,1% vs 2 ± 2,8%, p = 0,003).

**Discusión.** El RFT y RFC no están elevados en esta población, pero habría que sensibilizarse en aquellos grupos con mayor riesgo, para realizar técnicas como la DMO e iniciar tratamiento de forma precoz.

**Conclusiones.** Los pacientes de una consulta general de medicina interna no tienen elevado riesgo de fractura pero habría que diferenciar grupos de riesgo como las mujeres y los pacientes con fracturas previas por fragilidad o padres que han tenido fractura de cadera.

**O-12****PREVALENCIA DE OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE VAN A RECIBIR INHIBIDORES DE LA AROMATASA.****R. Hernández<sup>2</sup>, E. Rodríguez<sup>1</sup>, L. Rodríguez<sup>2</sup>, E. Martín<sup>1</sup>, J. Cruz<sup>2</sup>, R. Alemán<sup>3</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup> y N. Batista<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica,<sup>3</sup>Servicio de Infecciones. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** Los tratamientos adyuvantes han prolongado la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama, pero tienen efectos secundarios como la osteoporosis, bien demostrada para la quimioterapia (QT) y recientemente para todos los inhibidores de la aromatasa (IA) usados en la clínica (anastrozol, letrozol y exemestano). Nos propusimos estudiar las características y densitometría basal de un grupo de mujeres menopáusicas con cáncer de mama que iban a iniciar tratamiento con IA y ver si había diferencias según las mujeres recibieran los IA como primer tratamiento o tras QT y/o tamoxifeno (TAM).

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva 46 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama durante un período de 12 meses, seguidas por el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias (HUC), que iban a comenzar tratamiento con cualquier IA en base a criterios clínicos. A todas las mujeres se les realizó historia clínica, marcadores de recambio óseo y densitometría ósea (DMO, Hologic 2000, g/cm<sup>2</sup>).

**Resultados.** Las mujeres tenían 61 ± 9.6 años y su IMC era 31 ± 4. Hacía 11.5 ± 10 años que habían quedado menopáusicas y 8 ± 22 meses que se había diagnosticado el tumor. La mayoría tenían un estadio no avanzado (I: 28.3%, IIA: 43.5%, IIB: 13%, IIIA: 8.7%, IIIC: 6.5%). 54% había recibido QT y 41% TAM (28,3% ambos tratamientos). 20% fumaba, 20% consumía alcohol y 77% café de forma habitual. 65% consumía tres o más raciones diarias de lácteos. 72% era sedentaria. Las pacientes eran hipertensas en un 46%, hiperlipémicas en un 30%, diabéticas en un 9% y cardiopatas en un 2%. 11% había precisado tratamiento antidepressivo y 4% tratamiento tiroideo sustitutivo. 7% había sido diagnosticada previamente de osteopenia u osteoporosis y 9% había sufrido alguna fractura. Su osteocalcina sérica era de 4.2 ± 3.9 ng/ml y sus deoxipiridolinas urinarias de 7.1 ± 3.9 nM/mM creatinina. La DMO mostraba masa ósea normal (35%), osteopenia (50%) y osteoporosis (15%). Las mujeres con osteoporosis eran mayores (66.7 vs 57.4 años, p = 0,01), tenían menor IMC (28.4 vs 32.1, p = 0,055) y llevaban más años de menopausia (16.8 vs 10.4 años, p = 0,054), pero no habían recibido ni QT ni TAM con mayor frecuencia que el resto.

**Discusión.** En este grupo de mujeres con cáncer de mama la prevalencia de osteopenia/osteoporosis es de 65% incluso antes de recibir un tratamiento como los IA, que han demostrado disminuir la masa ósea y aumentar el riesgo de fracturas. Esta disminución de la masa ósea parece relacionarse más con edades avanzadas, menor IMC y más tiempo transcurrido desde la menopausia que con los tratamientos adyuvantes previos. En esta población, con una supervivencia elevada, es fundamental que se establezcan estrategias preventivas.

**Conclusiones.** Las mujeres con cáncer de mama que van a recibir tratamiento con IA deben evaluarse de forma individual (edad, IMC, años desde la menopausia) para actuar de forma que se evite mayor pérdida de masa ósea.

**O-13****ESTUDIO DE LA MASA ÓSEA EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO****P. Sorní Moreno<sup>1</sup>, B. Climent Díaz<sup>2</sup>, V. González Vallés<sup>1</sup>, D. García Escrivá<sup>1</sup>, R. Sanz Vila<sup>1</sup>, J. Calvo Catalá<sup>3</sup>, E. Sánchez Ballester<sup>1</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de toxicología clínica y desintoxicación hospitalaria, <sup>3</sup>Unidad de osteoporosis y metabolismo óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** El objetivo principal es valorar la alteración de la masa ósea en pacientes varones con dependencia de alcohol (según los cri-

terios del DSM-IV). Se consideraron aquellos pacientes atendidos en la Unidad de Toxicología Clínica desde enero del año 2007 hasta mayo del 2008 para desintoxicación y seguimiento de la deshabitación de alcohol que estuvieran exentos de factores de riesgo no modificables para la osteoporosis (González Macías. Med Clin 2004;123:85-89). Como objetivos secundarios valoramos la existencia de fracturas óseas mediante anamnesis del paciente (fracturas extravertebrales), estudio radiológico de columna y estudio del metabolismo fosfocálcico. También valoramos los déficits de Magnesio, proteínas y vitaminas del grupo B, alteraciones hormonales (función tiroidea y PTH) y sobrecarga de hierro y estudio de la función hepática para poder establecer relación con la masa ósea.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que reunimos un total de 36 pacientes que cumplían los criterios citados. A los pacientes seleccionados se les realizó medición de la densidad mineral ósea (DMO) de fémur total y de columna vertebral (L1-L4) con un densitómetro por absorciometría por Rx de doble fotón. También se les realizó una radiografía de columna dorsolumbar, un estudio analítico completo con hemograma y bioquímica estándar, situación nutricional, perfil hepático y metabolismo fosfocálcico, una ecografía hepática. Completamos el estudio con una anamnesis detallada de su historia de alcoholismo (duración de la dependencia, tipo de consumo, episódico o continuo, tipo y cantidad de alcohol, período máximo de abstinencia), antecedentes personales médicos, psiquiátricos y de fracturas óseas. Los datos han sido recogidos mediante revisión de historias clínicas y analizados estadísticamente por el programa SPSS versión 15.

**Resultados.** Varones con edad media de 51 años (DS 6.9). IMC 25 (DS 5). Duración de la dependencia de alcohol de 26 años (DS 10) con un patrón de consumo continuo (72%) y un consumo medio diario de 21 UBE/día (DS 11) con períodos de abstinencia máximos de 9 meses (DS 12). Antecedentes médicos: Hepatitis alcohólica 47% (cirrosis el 19.5%), Úlcus 39%, trastorno ansioso-depresivo 25%, diabetes 16%, pancreatitis 13% polineuropatía 11% y encefalopatía 11%. Hábitos tóxicos: Tabaquismo 94% y otras drogas 6%. Fracturas óseas en el 39% de los casos por frecuencia: columna vertebral 16%, cadera 11% y TCE en el 11%. Ecografía abdominal: Esteatosis hepática (aumento del tamaño y la ecogenicidad) en el 25% y signos de hipertensión portal en el 44%. Densitometría: osteopenia (T-score entre -1 y -2,5 DS) en el 42% y osteoporosis (> -2,5 DS) en el 11%. Perfil nutricional: Anemia en el 50%, macrocitosis en el 47%, déficit de B12 14%, de fólico 23%, de Magnesio 51%, hipoalbuminemia 12%, hipocolesterolemia e hipotrigliceridemia en el 14%, Ferritina elevada en el 48%. Perfil hepático: Quick descendido (42%), GOT elevado (36%) de media 79 (intervalo normal 10-35 U/L), GPT elevada (58%) de media 58 (10-45 U/L), FA normal (92%), GGT elevada (94%) de media 325 (8-55 U/L), bilirrubina elevada (42%), amilasa y lipasa normal (91%).

**Conclusiones.** Se detecta una masa ósea patológica en un 53% de los pacientes (42% osteopenia y 11% osteoporosis), porcentaje muy superior al esperado en una población masculina de las mismas características por edad. Este incremento de osteopenia/osteoporosis coincide con el descrito en otras series en pacientes con hábito alcohólico. Historia de alcoholismo severo y daño orgánico secundario al alcohol, en su mayoría hepatopatía y úlcus. Tabaquismo en activo en el 94% (34). Un alto porcentaje presenta carencias nutricionales. Hepatopatía con hipertransaminasemia en el 94% de los casos y alteraciones ecográficas en el 69%. Detectamos un caso de Hiperparatiroidismo primario. En el manejo del paciente alcohólico recomendamos un valoración global dada su pluripatología concomitante.

**O-15****OSTEOPATIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C****R. Pelazas González, E. González Reimers, M. Alemán Valls, J. López Prieto, E. Martín Ponce, J. Armas González, M. Durán Castellón y F. Santolaria Fernández**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** Si bien se conoce que la hepatopatía alcohólica se asocia a osteopatía, la presencia de ésta y su intensidad han sido menos

estudiada en la hepatopatía por virus C. Analizamos el metabolismo calciofosfórico y la presencia de osteopenia u osteoporosis en hepatopatías afectos de hepatitis C, y su relación con el estado nutricional, con alteraciones hormonales (estrógenos, cortisol, PTH, 1,25 dihidroxivitamina D, testosterona) que pueden producirse por la hepatopatía y el deterioro de la función hepática.

**Material y métodos.** Se incluyen 28 pacientes con infección por el virus de la hepatitis C alcohólicos/no alcohólicos, co-infectados o no por el VIH ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HUC se determinan marcadores bioquímicos de recambio óseo, función hepática, parámetros nutricionales simples (área muscular del brazo, área grasa del brazo, índice de masa corporal), masa grasa, densidad mineral ósea (DEXA) comparándola con un grupo control de similar edad.

**Resultados.** Encontramos diferencias significativas entre infectados y no infectados por VIH en lo que respecta a costilla derecha (T = 2.26, p = 0,037), pelvis (T = 2.45, p = 0,025) y columna lumbar (T = 2,23, p = 0,04). Se halló una relación significativa entre BMD en brazo derecho y perímetro braquial p = 0,019, ocurriendo lo mismo entre masa magra determinada mediante DEXA en distintos niveles y densidad mineral ósea (masa magra total con BMD a nivel de brazo izqdo r = 0,69, a nivel brazo dcho r = 0,71, columna torácica r = 0,79, lumbar r = 0,53). En la actividad histológica encontramos una relación significativa inversa entre masa ósea e índice de Knodell (relación entre BMD costilla derecha con Knodell p = 0,041, con columna lumbar-knodell p = 0,033).

**Conclusiones.** En los pacientes afectos por hepatopatía crónica por VHC existe una disminución de la masa ósea, especialmente manifiesta en los pacientes coinfectedos por el VIH. Este descenso de la masa ósea guarda relación con la disminución de la masa magra pero no con la masa grasa, siendo más intenso a medida que aumenta la carga viral y en pacientes con lesiones histológicas más graves. En nuestros pacientes el descenso de la masa ósea guarda una relación directa con el descenso de la IGF1 e inversa con los niveles de cortisol.

**O-17  
RELACIÓN Y PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y ARTROSIS EN PACIENTES CON LUMBALGIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR**

**C. Asencio Méndez, M. Escobar Llompert, S. Romero Salado, J. Puerto Alonso, J. Bernal Bermúdez y F. Gómez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** La lumbalgia es el motivo más frecuente de derivación a nuestra consulta de Patología Osteomuscular de Medicina Interna. La relación entre lumbalgia y artrosis/osteoporosis es bien conocida y ha sido objeto de importantes estudios. Nos proponemos conocer cual es la prevalencia de estas dos entidades en los pacientes que acuden a nuestra consulta por lumbalgia.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo para conocer la prevalencia de osteoporosis y/o artrosis en los pacientes que han sido atendidos en nuestra consulta de patología osteomuscular con lumbalgia como motivo de consulta a lo largo de un año (enero a diciembre de 2007). A todos los pacientes se les realizó radiografía de columna completa así como densitometría a todos aquellos que presentaban osteopenia radiológica.

**Resultados.** Se atendieron un total de 725 pacientes de los cuales 213 (29.37%) acudieron por lumbalgia. Se objetivaron signos radiológicos artrósicos en 161 (75.58%). 46 pacientes (22%) presentaron osteopenia radiológica y de estos 27 sufrían osteopenia y 19 osteoporosis (8.92% de los pacientes atendidos por lumbalgia).

**Discusión.** La artrosis es la patología articular más frecuente pudiendo encontrarse alteraciones radiológicas compatibles con esta entidad en más del 70% de los pacientes mayores de 50 años. En nuestro estudio comprobamos que el 75% de los pacientes atendidos por lumbalgia presentaban signos radiológicos artrósicos. Igualmente la relación entre artrosis y osteoporosis ha sido objeto de múltiples estudios de modo que en nuestra serie el 11% de los pacientes con artrosis presentaban además osteoporosis.

**Conclusiones.** Nuestros resultados concuerdan con la mayoría de estudios descritos en la literatura mundial. Un gran porcentaje de pacientes con lumbalgia mostraban signos radiológicos artrósicos. - La prevalencia de artrosis es mayor en los pacientes que presentaban además de lumbalgia osteopenia radiológica. Son necesarios nuevos estudios de diseño longitudinal para establecer más fehacientemente relación entre lumbalgia y osteoporosis.

**O-18  
¿DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE RIESGO PARA FRACTURA DE CADERA EN EL PACIENTE JÓVEN?**

**H. Sterzik, A. Mohamad Tubío, Z. Santos Moyano, J. López Vega, M. Jaén Sánchez, J. Pérez Marín, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La fractura de cadera suele ser una patología propia de la edad avanzada. Determinamos las causas más frecuentes y posibles factores de riesgo en pacientes menores de 65 años con fractura de cadera.

**Material y métodos.** Revisamos todas las fracturas pertrocanterea (FP) y del cuello del fémur (FCF) cerradas diagnosticados en los últimos tres años identificando la causa de la fractura y comorbilidades. **Resultados.** Identificamos 104 pacientes, 2/3 con FP y 1/3 con FCF. 1/3 de las FP se produjeron en mujeres mientras que en la FCF representaban 2/3. En el 31-32% la causa de la fractura fue un traumatismo importante, accidentes de tráfico en su mayoría. Los demás pacientes sufrieron una simple caída. La tabla 1 recoge las comorbilidades encontradas.

**Discusión.** El factor de riesgo más importante para ambos tipos de fractura fue el trastorno neurológico. El 23-25% respectivamente presentaba una patología ósea previa si se incluyen situaciones que hacen sospechar un trastorno del metabolismo óseo no diagnosticado. Llama la atención la alta tasa de diabéticos en estos pacientes < 65 años: un 26% en los pacientes con fractura pertrocanterea, mientras que la prevalencia en la población general en Gran Canaria es del 13%.

**Conclusiones.** Estos hallazgos concuerdan con estudios recientes que habían encontrado un riesgo elevado de diabéticos para fracturas debido a una menor calidad ósea y un riesgo elevado de caídas.

Tabla 1. Comorbilidades (0-18).

	FP-N = 69	FCF-N = 35
Trastornos neurológicos	41%	26%
Epilepsia	7%	3%
Hemiplejia/hemiparesia	7%	6%
Parkinsonismo/Parkinson	6%	3%
Demencia	4%	0%
Otros	17%	14%
Diabetes mellitus	26%	11%
Patología ósea	23%	24%
Osteoporosis	7%	6%
Artroplastia previa	4%	0%
Fracturas vertebrales previas	3%	0%
Enfermedad autoinmune	3%	9%
Neoplasia con MTS	3%	6%
Otros trast. metabolismo óseo	3%	3%
Alcoholismo	6%	3%
Toxicomanía	1%	3%
Amputación MI	3%	0%



### O-19 LA OSTEOPOROSIS COMO MARCADOR DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

**B. Garrido Bernet, A. Tejera Concepción, J. Escobedo Palau, S. Vicente Rodrigues, J. Delgado Casamayor, M. Rubio Roldán, A. Torres vega y P. Laynez Cerdeña**  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Cuantificar el riesgo individual de fractura en pacientes ancianos frágiles, así como determinar posibles factores que las favorecen, tales como inmovilidad, comorbilidades y medicaciones crónicas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo con un total de 34 pacientes, igual número de hombres que de mujeres y una edad media de 82 años, todos ellos de raza blanca. Se calculó el riesgo de fractura a 10 años, a través del: FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 65 años, con 2 o más comorbilidades, plurimedicados, que cumplían criterios de fragilidad. Se determinó el peso y la talla y se recogieron datos personales de la historia clínica y a través de encuestas, previo consentimiento informado, firmado bien por el paciente o por sus familiares o tutores legales.

**Resultados.** El IMC fue inferior a 19 en tan solo el 6% de los pacientes. Un 15% tenían antecedentes familiares de osteoporosis o de fractura de cadera. Entre las patologías que afectaron al metabolismo óseo, la más frecuente fue la diabetes tipo 2 (50%), seguida de la artritis reumatoide (24%) y de la insuficiencia renal (12%). Un 67% sufrían inmovilidad prolongada. De entre las enfermedades que más contribuyeron a la dismovilidad destacó el ictus en un 21%. En cuanto a los fármacos, lo más frecuentes fueron los diuréticos (35%), seguidos de los corticoides en un 32%. Finalmente el riesgo medio estimado de fractura en 10 años a través del FRAX en esta población fue del 15% a nivel vertebral y del 11% en cadera.

**Discusión.** La incidencia y prevalencia de osteoporosis y consecuentemente de fractura aumentan con la edad, en relación a múltiples factores que favorecen el riesgo de caídas y alteran el metabolismo óseo como son la desnutrición, la inmovilidad, ciertas comorbilidades y fármacos. El paciente frágil, reúne por lo tanto muchas de estas cualidades que lo convertirían en especialmente susceptible a esta patología. Los antecedentes familiares de osteoporosis o de fractura previa parecen tener un peso moderado. Es llamativo que la diabetes influya más que la artritis reumatoide, probablemente por la afectación multisistémica: vista, equilibrio y metabólica a través de la insuficiencia renal. Cuando pensamos en osteoporosis y riesgo de fractura, tendemos a pensar en los corticoides pero no tanto en los diuréticos, sin embargo un mayor número de pacientes se encuentran en tratamiento crónico con diuréticos con elevado riesgo de hipotensión y por lo tanto de caídas, a parte de la hipocalcemia, que provocan la mayoría de ellos.

**Conclusiones.** La osteoporosis, implica un elevado riesgo de fractura en pacientes ancianos frágiles y como consecuencia de incapacidad, con pérdidas no solamente económicas sino también en su calidad de vida. A esto contribuyen comorbilidades previas tales como la diabetes y el ictus, así como ciertos fármacos administrados de forma prolongada en el tiempo, como los diuréticos y los corticoides.

### O-20 NIVELES DE VITAMINA D Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

**M. Andrés Calvo, M. González Rozas, E. Izquierdo Delgado, L. Abad Manteca, J. Alonso Santor, F. Cuadrado Medina, F. Fernández Rodríguez y J. Pérez Castrillón**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Estudiar la relación entre niveles de vitamina D y enfermedad cardiovascular: HTA y SCA

**Material y métodos.** Se realizó el estudio con 217 pacientes con edades comprendidas entre 36 y 79 años (edad media 59 ± 9). Y que presentaban el diagnóstico de HTA o de SCA. El 61,8% eran mujeres y el 31,2% varones. Se recogieron los siguientes parámetros: Ca, P, osteocalcina, mg, IMC, deoxipiridolina, 250h vit D, PTH intacta.

**Resultados.** Se analizaron 217 pacientes, 134 estaban diagnosticados de HTA y 83 de síndrome coronario agudo. Al realizar el análisis entre ambos grupos, se encontraron diferencias significativas en los siguientes parámetros: mg. Posteriormente se determinó los niveles de vitamina D, y se estableció el criterio de insuficiencia con niveles de vitamina D por debajo de 50 mmol/l y deficiencia con valores por debajo de 25 mmol/l. En ambos grupos, se objetivó la presencia de insuficiencia de vitamina D, de forma estadísticamente significativa, siendo más llamativa en el grupo de pacientes con síndrome coronario agudo. No se encontró asociación significativa entre la insuficiencia de vitamina D y nuestro grupo de pacientes con enfermedad cardiovascular.

**Discusión.** Se ha observado que en pacientes con enfermedad renal terminal y niveles bajos de vitamina D, la mortalidad cardiovascular es de 10 a 20 veces mayor que en la población general. La deficiencia de vitamina D incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular a través de tres mecanismos. En primer lugar, estudios in vitro demuestran que la vitamina D causa un desequilibrio entre citoquinas anti- y pro-inflamatorias y por ello disminuye la actividad del factor nuclear-kB, aumentando la producción de interleuquina-10 y descendiendo los niveles de interleuquina-6, interleuquina-1, interferón-γ y factor de necrosis tumoral-α. En segundo lugar las células miocárdicas del endotelio vascular tienen receptores para la vitamina D cuya activación inhibe la proliferación celular. Por último, la asociación entre la vitamina D y la HTA está mediada por la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Niveles elevados de calcitriol disminuyen la actividad de renina plasmática, produciendo un descenso de los niveles de angiotensina II. Esta modulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona junto con el descenso de la tensión arterial, disminuye la inflamación del endotelio vascular limitando la progresión de la aterosclerosis.

**Conclusiones.** En nuestro estudio encontramos una relación estadísticamente significativa entre la insuficiencia de vitamina D y la enfermedad cardiovascular. No pudiendo establecer si la insuficiencia de vitamina D es factor predisponente de esta patología cardiovascular o si presentar HTA o síndrome coronario agudo condiciona una alteración en los parámetros del metabolismo fosfo-cálcico.

### O-21 APROXIMACIÓN AL PACIENTE CON FRACTURA POR FRAGILIDAD EN NUESTRO ÁREA DE SALUD

**R. Tirado Mirada<sup>1</sup>, A. Recio Ubeda<sup>2</sup>, F. Carmona Fuentes<sup>2</sup>, I. Mejías Real<sup>2</sup>, A. Lucena López<sup>2</sup>, I. Muñoz Gámiz<sup>2</sup>, C. Pavón López<sup>2</sup> y R. Recio Barba<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>MIR de MFyC, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** Conocer la práctica clínica realizada en nuestra área de salud en pacientes en prevención terciaria atendidos en nuestro hospital por fractura de Colles secundaria a un traumatismo de baja intensidad.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo mediante la realización de una encuesta personal a los pacientes mayores de 50 años o mujeres posmenopáusicas de cualquier edad diagnosticados de fractura de Colles en nuestro hospital durante un período de tres meses. Finalmente se realizó una determinación de la densidad mineral ósea mediante accu-DEXA®.

**Resultados.** De los 42 pacientes entrevistados 7 (16%) fueron hombres. La edad media fue mayor entre las mujeres (68,9 años) que entre los hombres (66 años). Solo nueve pacientes (21,42%) fueron informados de la posibilidad de que la fractura fuera debida a osteoporosis, en todos los casos por el traumatólogo que los valoró en consultas externas, aunque en ninguno de ellos se consideró indicado la determinación de la densidad mineral ósea. Aunque en estos nueve pacientes se indicó algún tipo de tratamiento antifracturario, generalmente calcio y vitamina D, ninguno recibió información antifracturaria ni sobre la osteoporosis. La determinación de la densidad mineral ósea por accu-DEXA, demostró la existencia de osteopenia severa-osteoporosis en el 45% de los pacientes y osteopenia leve en otro 20%.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes valorados presentaron una disminución en la densidad mineral ósea medida mediante accu-DEXA®. A pesar de ello la instauración de un tratamiento para pre-

vención terciaria se realizó en un porcentaje escaso de pacientes. La sensibilización del personal médico con la enfermedad osteoporótica es escasa y el acto médico se limitó al tratamiento agudo y seguimiento de la evolución de la fractura, sin realizar un despistaje de osteoporosis y sin establecer medidas de prevención ni evaluación del riesgo fracturario.

## RIESGO VASCULAR

### RV-1

#### INCIDENCIA DE ICTUS A LARGO PLAZO EN PACIENTES SUPERVIVIENTES A UN IAM

J. Olmedo Llanes<sup>1</sup>, G. Vega Martínez<sup>2</sup>, S. Martínez<sup>3</sup>, A. Navarro Martínez<sup>1</sup>, P. Jiménez Hernández<sup>4</sup> y F. Bernad Guerrero<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>3</sup>Becaria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>4</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Hellín. Hellín (Albacete). <sup>5</sup>Director de gestión. Hospital de Almansa (Albacete).

**Objetivos.** Conocer la incidencia de ictus a largo plazo en pacientes que han sobrevivido a un infarto agudo de miocardio (IAM) y las características que identifican a estos pacientes en riesgo.

**Material y métodos.** Diseño: cohortes de casos incidentes de IAM. Muestra: Todos los casos de IAM (criterios MONICA) de la provincia de Albacete desde el 1/09/1997 hasta el 31/12/2000 realizando el seguimiento a largo plazo en aquellos que sobrevivieron a los 28 días del evento. Análisis estadístico: Descriptivo (incidencia y la tasa de incidencia) y comparativo bivariante y multivariante ( $p < 0,05$ ). La fuerza de la asociación fue medida mediante riesgo relativo (RR) y hazard ratio (HR). La estimación poblacional se hizo con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados.** Se recogen 655 pacientes supervivientes al IAM: 21% eran mujeres (IC95%: 18-24%) y la edad media era de 61 años (IC95%: 60-62 años). El 83% killip I al ingreso, con una mediana de tiempo de llegada al hospital de 180 minutos (Percentil 25-75: 90-480 min.). La localización del IAM fue: 41% inferior, 32% anterior, 24% no Q, 2% incodificable y en menos del 1% mixto. El 49,5% de los pacientes padecía cardiopatía isquémica previamente: 12% tipo IAM y 43% tipo angina. El 46% eran hipertensos, el 35% tenían hipercolesterolemia, y el 32% diabetes mellitus (DM). El 39% eran fumadores activos con una mediana de 20 cigarrillos/día. Al 40% se le realizó fibrinólisis, y al 2% angioplastia transluminal percutánea (ACTP) primaria. El cateterismo se practicó al 57%, la ACTP al 30% y la cirugía de revascularización al 10,4%. Al alta, el 88% recibieron antiagregantes plaquetarios, el 50,5% beta-bloqueantes, el 41% inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina, el 40% nitratos, el 21% calcioantagonistas, el 12% diuréticos y el 1% digoxina. La evolución a largo plazo se conoció en 638 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 5,7 años (Percentil 25-75: 5-6 años; rango: 1 mes a 8 años). La incidencia de ictus fue: 5,6% isquémico y del 0,47% hemorrágicos. La mediana en la aparición del ictus fue 19,3 meses (rango de 1 a 74 meses). La tasa de incidencia fue de 10,84 casos de ictus isquémico por cada 1.000 personas-año y de 0,9 casos de ictus hemorrágico por cada 1.000 personas-año. Como resultado del análisis comparativo bivariante se obtuvo que el ser mujer, la presencia o no de: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, así como el peor grado de killip alcanzado, el re-IAM, tratamiento quirúrgico mediante by-pass y el uso o no de beta-bloqueantes presentaron una relación estadísticamente significativa con la aparición de ictus; mientras que en el análisis multivariante, los factores independientes de riesgo fueron: Re-IAM (RR: 7,8; IC95%: 1,7-28,8; y HR: 7,5; IC95%: 2,3-25,1); HTA (RR: 3,6; IC95%: 1,4-

8,8 y HR: 3,5; IC95%: 1,4-8,8), y DM (RR: 4,2; IC95%: 1,9-9,3 y HR: 4,3; IC95%: 1,9-9,5).

**Conclusiones.** Los pacientes supervivientes a un IAM que presentan re-infarto, diabetes o hipertensión tienen un alto riesgo de padecer un ictus a largo plazo y además en ellos el ictus aparece de manera más precoz.

### RV-2

#### TABLAS SCORE PARA EL CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL: APLICABILIDAD EN TRES ESCENARIOS CLÍNICOS AMBULATORIOS HABITUALES Y FRACCIONES DE RIESGO ATRIBUIBLES SEGÚN LA VERSIÓN PARA ESPAÑA

D. Saura<sup>1</sup>, V. Moreno<sup>1</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, A. Evlampiev<sup>3</sup>, A. Gutiérrez<sup>2</sup>, P. Peñafiel<sup>3</sup>, G. De la Morena<sup>1</sup> y M. Valdés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Centro de Salud Murcia-San Andrés. Gerencia de Atención Primaria, Servicio Murciano de Salud (Murcia). <sup>3</sup>Medicina Laboral. Centro Asistencial de Cartagena Fraternidad Muprespa (Murcia).

**Objetivos.** Las guías europeas recomiendan la estimación del riesgo cardiovascular mediante las tablas SCORE. Nos propusimos evaluar la aplicabilidad de estas tablas en tres escenarios clínicos diferentes y estudiar las fracciones de riesgo atribuibles a los distintos factores de riesgo.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo de pacientes consecutivos que acudieron a tres consultas ambulatorias: Cardiología General (CG), Atención Primaria (AP) y Medicina Laboral (ML). Se consideró motivos de no aplicabilidad la edad menor de 40 o mayor de 65 años, episodios cardiovasculares previos o presencia de diabetes. Con los datos de edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica (PAS) y colesterol total (CT) se estimó el riesgo cardiovascular mediante la aplicación informática HeartScore<sup>®</sup> para España del proyecto SCORE. En el tratamiento estadístico se consideró la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

**Resultados.** Incluimos 323 pacientes (112 de CG, 111 de AP y 100 de ML) de  $54,5 \pm 18,5$  años; 58,2% varones. La aplicabilidad global fue del 33,7% (CG 23,2%; AP 36,9%; ML 42,0%;  $p = 0,011$ ). Hubo diferencias en el riesgo total calculado de eventos cardiovasculares letales a 10 años (CG 3,23%; AP 1,47%; ML 1,79%;  $p = 0,005$ ). La fracción de riesgo atribuible a la PAS fue significativamente mayor en los pacientes de GC ( $P = 0,005$ ), mientras que el tabaquismo fue el mayor responsable del exceso de riesgo en los pacientes de ML ( $P = 0,005$ ).

**Conclusiones.** Las tablas SCORE tienen una aplicabilidad limitada en las consultas ambulatorias de CG, AP y ML, siendo algo mayor en este último escenario. La proporción de pacientes clasificados como de alto riesgo es baja. La PAS contribuye más al riesgo en los pacientes de CG, y el tabaquismo es el mayor responsable del exceso de riesgo en los pacientes atendidos en ML.

### RV-3

#### CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA MUJER: ¿DIFIERE DEL VARÓN?

E. Castilla Cabanes<sup>1</sup>, M. Herrero Torrés<sup>2</sup>, C. Fernández del Prado<sup>1</sup>, J. Gimeno Garza<sup>1</sup>, B. Simón Sánchez<sup>1</sup> y A. Del Río Ligorit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar las características clínico-epidemiológicas, factores de riesgo cardiovasculares y mortalidad de las mujeres con infarto agudo de miocardio ingresadas en un Servicio de Cardiología, y evaluar los métodos diagnóstico-terapéuticos empleados durante su estancia hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional, en el cual se analizaron 235 mujeres con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con y sin onda Q, ingresadas en nuestro Servicio de forma

consecutiva entre 1 de enero 2005 y 31 de diciembre de 2006. Estudio estadístico realizado con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** En las 235 pacientes la edad media era de 76.02±10.6 años, siendo menores de 65 años el 12,8%, y mayores de 65 años el 87.2%. Con respecto al diagnóstico principal, el 47,7% fueron infarto de miocardio (IAM) sin onda Q y el 52,3% IAM con onda Q dentro del cual el tipo más frecuente fue el IAM antero-lateral (23%). La mortalidad fue mayor en aquellas con IAM anterior y/o lateral (28.57%). Como presentación clínica, el 18,7% tuvo dolor torácico atípico, el 57,4% dolor típico, el 13,6% debutó con edema agudo de pulmón y el 10,2% con disnea. Entre los factores de riesgo cardiovascular predominaban la hipertensión arterial (73.2%), diabetes mellitus tipo II (40.9%) y dislipemia (43.4%), siendo tabaquismo y obesidad mucho menos frecuentes (8,5% y 31.5%, respectivamente). Dividiendo la muestra por grupos de edad, fueron más hipertensas las mayores de 65 años (77.9%) que las menores (76.09%), ( $p = 0,014$ ) y más fumadoras las menores de 65 años (40%) frente al 3,9% en las mayores de 65 años ( $p = 0,000$ ). Se realizó más fibrinólisis en las pacientes menores de 65 años, que en las mayores de 65 años: 35,4% frente al 11,6%; relación estadísticamente significativa ( $p < 0,010$ ). Igualmente, se sometió más a coronariografía a las menores de 65 años (66.6%), que a las mayores de 65 años (30.24%), ( $p = 0,000$ ). Entre el subgrupo de diabéticas se llevó a cabo la coronariografía en el 34%, frente al 35% de las no diabéticas  $p = 0,80$ . No hubo diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad precoz entre mujeres diabéticas (20%) y las no diabéticas (11%) con una  $p = 0,07$ .

**Conclusiones.** La edad media de presentación de cardiopatía isquémica en la mujer es muy elevada. Destaca que en las pacientes ancianas se tiene una posición más conservadora a la hora de utilizar terapias agresivas tales como la fibrinólisis o la coronariografía. Existe una tendencia a una mayor mortalidad precoz en mujeres diabéticas con infarto agudo de miocardio vs no diabéticas, que quizá sea significativa a medio o largo plazo.

#### RV-4

##### PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN EL CENTRO DE SALUD LA CALETA

J. Sabatel Gómez-Román<sup>1</sup>, L. Soriano Carrascosa<sup>1</sup>, E. Espinola García<sup>2</sup>, M. Sánchez Naveros<sup>3</sup> y B. Gil Extremera<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud La Caleta, <sup>2</sup>Coordinación farmacia, <sup>3</sup>Centro de Salud Góngora. Distrito Sanitario Granada. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Conocer el perfil de prescripción de los fármacos antihipertensivos usados y determinar la adecuación de las directrices de las guías Europeas de HTA 2007.

**Material y métodos.** El ámbito de estudio es la población correspondiente al centro de Salud La Caleta que atiende a 25.000 usuarios. La casuística es de 220 pacientes seleccionados de manera aleatoria, incluidos en el programa de hipertensión, en tratamiento farmacológico. Los datos se han recogido de los registros de la historia digital DIRAYA, en el mes de mayo de 2008. Se ha elaborado una hoja de recogida de datos con todas las variables, tras lo que se ha hecho un análisis transversal. Las variables son: edad, sexo, grupo antihipertensivo IECAs ARAII, diuréticos, betabloqueantes antagonistas del calcio y bloqueantes; patologías asociadas, y las indicaciones y contraindicaciones de uso que establece para cada grupo terapéutico la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión de 2007.

**Resultados.** En los 220 pacientes (124 mujeres y 96 hombres) se han utilizado un total de 390 fármacos. En monoterapia 66 prescripciones los más utilizados son los IECAs y en asociación 154. En asociación las tiazídicos con IECAs (34, 41%). La siguiente asociación más utilizada es: diuréticos tiazídicos y ARAII con el (18,18%). Destacar que en 31 (20,12%) de las 154 asociaciones utilizadas no tenían diurético. En cuanto a los criterios de idoneidad, los diuréticos estaban prescritos en 44 ocasiones con descompensación diabética y 3 con gota. Los ARAII se han encontrado en asociaciones sin ninguna evidencia. Los BB no tenían registradas en las historias los motivos de su prescripción. Y era llamativo que sí se han encontrado 21 patologías que desaconsejaban su uso y aún así estaban pres-

critos.

**Discusión.** Descender las cifras tensionales es fundamental para reducir el riesgo cardiovascular. Conocer el perfil de prescripción del Centro y saber si se adaptan a las indicaciones de las Guías, permite conocer la eficacia de las intervenciones sanitarias para el control del riesgo cardiovascular. Los fármacos más utilizados en monoterapia son IECAs que se adecuan a las indicaciones establecidas, aunque los diuréticos deberían ser los más utilizados en monoterapia, y estar presentes en casi todas las asociaciones. Los estudios han demostrado que reducen un 35% el riesgo de ictus, 20% de episodios coronarios y 15% la mortalidad por cualquier causa. En este estudio hay 31 prescripciones en asociación (20,12%) sin diurético, perdiendo con ello eficacia la intervención. Y de las 66 prescripciones de monoterapia solo son diuréticos 20 casos (69,69%) de los tratamientos no utilizan diurético no hay justificación para ese dato. En general se cumplen los criterios de idoneidad de los tratamientos no habiéndose encontrado contraindicaciones importantes. Aunque si destaca el hecho de los pocos registros de las lesiones de órganos diana que debieran ser tenidas en cuenta en la indicación de un antihipertensivo.

**Conclusiones.** 1. Los antihipertensivos más utilizados son la asociación de diurético tiazídico y IECAs. 2. En monoterapia los fármacos más empleados son los diuréticos. 3. Las asociaciones en muchos casos no tienen evidencias científicas. 4. Son escasos los registros de factores de riesgo y LOD reflejados en las historias.

#### RV-5

##### ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

I. Serrano Navarro, A. Igarzábal Gorki, E. González García, M. Pérez-Jacoiste, J. Rodríguez López y C. Fernández Miranda

Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La enfermedad arterial periférica (EAP) ensombrece el pronóstico de los pacientes desde el punto de vista de morbimortalidad de causa cardiovascular y de cualquier causa. Existen dos métodos para de detectarlo: el test de Rose/WHO (modificación de Edimburgo) y la medición del índice tobillo-brazo (ITB) Los objetivos de este estudio fueron: 1) conocer la prevalencia de EAP en pacientes con enfermedad coronaria (EC) y su relación con la presencia de claudicación intermitente (CI) mediante el cuestionario antes citado y 2) establecer que tipo de relación existe entre la EAP y los distintos factores de riesgo cardiovascular de los pacientes.

**Material y métodos.** Participaron en el estudio 45 pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna. A todos ellos se les determinó la presencia de CI mediante el cuestionario y se les midió el ITB, considerándolo patológico cuando era menor o igual a 0,9 o mayor a 1,4.

**Resultados.** Quince (33,3%) pacientes presentaban EAP según el ITB, pero sólo 8 (17,7%) tenían una puntuación positiva en el cuestionario para CI. La sensibilidad y la especificidad, fueron de 53,3% y 90% respectivamente. Se llevó a cabo un análisis univariante que puso de manifiesto que los factores asociados a la EAP eran el síndrome metabólico (SM) (86,6% de los pacientes con EAP vs 40,0% de los que no tienen EAP;  $p = 0,004$ ), el colesterol-HDL (34,7 mg/dl en el grupo con EAP vs 43,9 en el grupo sin EAP;  $p = 0,01$ ) y la tensión arterial sistólica (141,2 con EAP vs 122,1 sin EAP;  $p = 0,005$ ). El análisis de regresión logística demostró que tanto el síndrome metabólico (OR = 9,7; IC del 95%, 1,85-51,18) como la tensión arterial sistólica (OR = 1,6; IC del 95%, 1,01-1,11) se relacionan de forma directa con la EAP mientras que el colesterol-HDL lo hace de forma inversa (OR = 0,9; IC el 95%, 0,83-0,98). En el análisis multivariante se encontró una relación significativa del colesterol-HDL y la tensión arterial sistólica con la EAP.

**Conclusiones.** 1) La evaluación de la EAP en los pacientes coronarios por la presencia de CI sólo diagnostica a la mitad de los que tienen la enfermedad, lo que hace necesario para su detección la medición del ITB. 2) La prevalencia de la EAP en la EC es elevada, siendo variables independientes para la EAP la tensión arterial sistólica y el colesterol-HDL.



**RV-7**

**NÚMERO DE HEMATÍES Y SÍNDROME METABÓLICO**  
**M. Sánchez Chaparro<sup>1</sup>, A. González Quintela<sup>2</sup>, E. Calvo Bonacho<sup>1</sup>, M. Cabrera Sierra<sup>1</sup>, J. Sainz Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Fernández Meseguer<sup>1</sup>, C. Fernández-Labandera<sup>1</sup> y J. Román García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Proyectos Sanitarios. Ibermutuamur. Madrid.  
<sup>2</sup>Universidad Santiago de Compostela. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Se ha descrito que el conteo de hematíes es un parámetro relacionado con el Síndrome Metabólico (SM), y sus componentes, aunque difieren los resultados de estudios observacionales. Como mecanismo, se sugiere el efecto de la insulina sobre la eritropoyesis. El presente estudio investiga la relación del número de hematíes con la presencia de SM, y sus componentes, en una amplia población laboral, en su gran mayoría libre de enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio observacional y transversal que incluye a 470.931 trabajadores (72,7% varones, edad media 36,0 años, rango 16 to 74). Los sujetos se clasificaron por cuartiles del número de hematíes: inferior a 4.580; 4.580-4.889; 4.890-5.180; superior a 5.180. Se utilizó la definición de SM del Adult Treatment Panel III, 2001.

**Resultados.** Los porcentajes de sujetos en el cuartil superior de hematíes en presencia/ausencia de SM, y de sus componentes, fue: SM: 33,1/22,5%; obesidad abdominal: 27,5/23,8%; triglicéridos > 150 mg/dl.: 32,3/22,5%; HDL bajo (< 40 mg/dl. hombres/< 50 mg/dl. mujeres): 26,1/23,6%; presión arterial superior a 130/85 y/o diagnóstico-tratamiento previo de hipertensión arterial: 30,9/19,3%; glucemia superior a 110 mg/dl. y/o diagnóstico-tratamiento previo de diabetes: 29,2 / 23,9%.

**Discusión.** Se ha descrito que el conteo de hematíes es un parámetro relacionado con el Síndrome Metabólico (SM), y sus componentes, aunque difieren los resultados de estudios observacionales. Como mecanismo, se sugiere el efecto de la insulina sobre la eritropoyesis. Los resultados obtenidos en esta investigación contribuyen a la hipótesis de que éste es un parámetro relacionado con la resistencia insulínica.

**Conclusiones.** En esta amplia población laboral, mayoritariamente sana, El SM, y sus componentes, especialmente la elevación de triglicéridos y presión arterial, se asocian a un mayor número de hematíes.

**RV-8**

**INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE METALES EN LA ATROSCLEROSIS CAROTÍDEA DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS**

**M. Martín del Pozo, L. Mancebo Aragoneses, C. Moreno de la Santa, I. Suárez García, E. Escudero Álvarez, M. López Viejo, M. Ripoll Macías y J. Gómez Cerezo**  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

**Objetivos.** Valorar la relación entre los niveles de hierro, ferritina, cobre y zinc con la afectación por aterosclerosis carotídea medida mediante eco-doppler en pacientes diagnosticados de ictus isquémicos en el territorio de la arteria cerebral media. Estudiar la relación entre grado de aterosclerosis con gravedad del ictus y niveles de aminoácidos excitatorios plasmáticos.

**Material y métodos.** Hemos estudiado a 31 pacientes con ictus agudos en el territorio de la arteria cerebral media, valorando el grado de estenosis carotídea bilateral mediante eco-doppler. Se valoraron factores de riesgo cardiovascular, variables antropométricas, grado de afectación neurológica al ingreso y variables analíticas. Se han determinado niveles plasmáticos de hierro, ferritina, cobre, zinc, glutamato y aspartato.

**Resultados.** Los pacientes estudiados fueron 31, 22 hombres y 9 mujeres. Su edad media fue 62.09 ± 12.9 años. De los 31 estudios realizados, 7 fueron normales (22.6%), 2 estenosis de < 50% unilateral (6.54%), 13 estenosis de < 50% en ambas carótidas (41.35%), 4 obstrucción del 50-75% en 1 carótida (12.9%); 2 estenosis de 50-75% en las 2 carótidas (6.45); 2 lesiones > 75% en una carótida

Tabla 1. Aterosclerosis carotídea y variables del estudio (RV-8).

Variables	F	p	T de Student	p
Ferritina (ngrs/dl)	4.9	0.03	2.01	0.05
Glutamato (nmols/ml)	4.02	0.05	2.06	0.05
Aspartato (nmols/ml)	4.83	0.04	2.13	0.04
Barthel	5.51	0.026	2.21	0.03
Mathews	6.28	0.018	2.1	0.04

(6.45%) y 1 estenosis > 75% bilateral (3.22%) No se encontró relación significativa entre la existencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos con la intensidad de la aterosclerosis. Existe relación significativa entre severidad de aterosclerosis carotídea y gravedad de los pacientes al ingreso y niveles plasmáticos de ferritina, aspartato y glutamato (tabla 1).

**Discusión.** Aunque se ha valorado en diversos metaanálisis el papel del hierro y la ferritina en la enfermedad cardiovascular solamente ha podido sugerirse una relación positiva sin haberse llegado a resultados concluyentes. El papel del cobre y el zinc está menos estudiado en los eventos cardiovasculares y en la aterosclerosis. Es necesaria la presencia de hierro y cobre en el medio extracelular para que se realice la peroxidación de la LDL, también favorecen la formación de radicales libres que aumentan el daño endotelial. El zinc tiene acción protectora, neutralizando el efecto de radicales libres y modulando mecanismos de apoptosis.

**Conclusiones.** Existe asociación entre la gravedad de las lesiones ateroscleróticas y los niveles elevados de ferritina, glutamato y aspartato plasmáticos al ingreso. La aterosclerosis es más severa en los pacientes que presentan ictus más severos al ingreso.

**RV-9**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES EN UN CENTRO DE SALUD**

**L. Soriano Carrascosa<sup>1</sup>, J. Sabatel Gómez-Román<sup>1</sup>, C. Rincón González<sup>2</sup>, E. Moreno Abril<sup>3</sup> y B. Gil Extremera<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup>Centro de Salud La Caleta, <sup>2</sup>Centro de Salud Zaidín Sur. Distrito Sanitario Granada. <sup>3</sup>Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas, factores de riesgo y complicaciones de una población de diabéticos atendidos en un Centro de Salud.

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal en el Centro de Salud La Caleta, para 25000 usuarios. En el proceso de diabetes están incluidos 954 diabéticos, se han seleccionado aleatoriamente a 249 en tratamiento farmacológico, se han excluido los menores de 14 años. La recogida de datos se ha realizado en febrero, marzo y abril de 2008. Se ha elaborado una hoja de recogida de datos para todas las variables: edad, sexo, años de evolución de la diabetes, HTA, LDLc, TG, obesidad, tabaquismo, glicosilada < 7.5, monofilamento, retinopatía, nefropatía, angor, IAM, ACV, pie diabético, vasculopatía periférica. tratamiento antihipertensivo. Prescripción de metformina. Se ha seleccionado tres grupos según tratamiento: (grupo I) antidiabético orales (ADOs) en monoterapia, grupo II (ADOs+insulina), grupo III. (insulina en monoterapia). En cada uno de ellos se han recogido las diferentes variables.

**Resultados.** La prevalencia de diabetes registrada es 3,8%, edad media 65,56 ± 3, mujeres 50,60% y 49,39% hombres. Más de 5 años de evolución 64%. Tratamiento con antidiabéticos orales 56, 62%, insulina asociada a ADOs 30,12%, insulino terapia en monoterapia 13,25%. La asociación de metformina al tratamiento fue del 61,44%. La HTA es el FRCV de mayor prevalencia 69,87% y los grupos con insulina presentan de manera significativa mayor prevalencia de HTA, la obesidad se presentó en un 46,98% en la población, más prevalente en el grupo I (ADOS) 51%. Hipertigliceridemia 61,45% más prevalente en el grupo II. La hemoglobina glicosilada era < 7,5 en el 39,75% de los casos. Complicaciones crónicas: cardiopatía isquémica prevalencia de 40,48%, el grupo más afectado de manera significativa por esta complicación fue el grupo II (ADOS +

insulina) 44%. El monofilamento fue patológico en el 35,75% de los casos, retinopatía diabética 22,89%, ACV 15,26%, Vasculopatía periférica, 9,23% y pie diabético 8,43%.

**Discusión.** La identificación de los factores de riesgo y de las complicaciones en el diabético es fundamental para realizar una intervención temprana que permitan el control en la evolución de la enfermedad. La HTA es el factor de riesgo de mayor prevalencia 69,87%. La UKPDS, afirma que el control de la HTA retrasa el avance de la nefropatía diabética. El 80,3% de los hipertensos están tratados con dos o más fármacos antihipertensivos como aconsejan las guías. La hipertrigliceridemia encontrada 61,45%, es similar a otros estudios. El mal control glucémico es el factor de predicción de mayor riesgo cardiovascular, un 60,25% de los pacientes tienen la hemoglobina glicosiladas > 7,5. La cardiopatía isquémica es la complicación de mayor prevalencia en el estudio, siendo el grupo II el que presenta de manera significativa mayor proporción. Los pacientes del grupo I (ADOS) presentan peor control metabólico (23,4%) respecto a los grupos II y III, siendo el grupo al que más se asocia metformina (70,21%). La retinopatía diabética la encontramos en el 22,89% de los casos, por debajo de la prevalencia de la cardiopatía isquémica, esto puede ser debido a falta de detección precoz.

**Conclusiones.** 1. El 1,2% de la población diabética está sin identificar ni tratar. 2. El FRCV de mayor prevalencia en la diabetes es la HTA. 3. Las complicación crónica más prevalente es la patología isquémica. 4. Solo están controlados el 39,75% de los pacientes. 5. Los pacientes en tratamiento con insulina tienen mejor control metabólico que los tratados solo con ADOS.

**RV-10**  
**TIPO DE TRATAMIENTO Y GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO EN DIABETES TIPO 2 EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA**

**J. Mediavilla, en representación del Grupo EPI**  
*Centro de Salud Pampliega. Burgos.*

**Objetivos.** Valorar el tratamiento farmacológico antidiabético y el control metabólico (HbA1c) de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) seguidos en centros de atención primaria en España.

**Material y métodos.** En un estudio epidemiológico, multicéntrico y transversal, han participado 1600 médicos de atención primaria seleccionados en todo el territorio Español y se han incluido pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 18 años y que siguen el tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales y/o insulina). Se ha recogido la información sobre el tratamiento, factores de riesgo cardiovasculares y datos de la exploración física. A todos los participantes se ha determinado hemoglobina glicosilada capilar para valorar el grado de control glucémico.

**Resultados.** Han sido incluidos un total de 7.418 pacientes con DM2 tratados con antidiabéticos orales (ADOs) y/o insulina, atendidos por médicos de familia. El 69,5% de los pacientes estaban tratados con ADOs; 9,4% con insulina; 21,1% con ADOs+insulina. Los ADOs más frecuentemente utilizados fueron las biguanidas (68,3% de la población total), seguidos por las sulfonilureas (38,7%). Los análogos de insulina se prescribieron más a menudo que la insulina humana (20,7% del total de la población frente al 11,5%, respectivamente). El valor medio de HbA1c fue de 7,6 ± 1,4%. La proporción de pacientes con control metabólico adecuado (HbA1c < 7/6,5%) fue del 33,4% y 18,1%, respectivamente. La prevalencia de otros FRCV en la población analizada fue: 67,3% (hipertensión);

59% (dislipemia); 12,9% (tabaquismo); 40,5% (obesidad). La prevalencia del Síndrome Metabólico fue del 80,6%.

**Discusión.** El principal objetivo del tratamiento de pacientes con DM2 es la normalización de los niveles de glucosa en sangre. Cada año entre un 5-10% de los pacientes con DM2 tratados sólo con ADOs necesita añadir o cambiar a insulina por imposibilidad de alcanzar los objetivos de control metabólico. El control metabólico está lejos de los objetivos recomendados: menos del 20% de los pacientes tienen una HbA1c < 6,5%. Es más, el mal control de otros FRCV en esta población, empeora de forma significativa su perfil de riesgo CV. La prevalencia de SM, que asociado a la diabetes incrementa la prevalencia de enfermedad coronaria, fue también alta en esta población (80,6%), aumentando el ya de por sí alto riesgo CV de estos pacientes.

**Conclusiones.** Los pacientes con DM2 asignados a consultas de atención primaria en España están tratados fundamentalmente con ADOs (principalmente metformina). Los análogos de insulina se emplean con más frecuencia que la insulina humana. El control metabólico de estos pacientes está lejos de los objetivos aceptados. La prevalencia de otros FRCV y del SM en este grupo de población es alta.

**RV-11**  
**CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN CORONARIOS Y/O DIABÉTICOS. ESTUDIO CODIMET**

**F. Díaz de Rojas<sup>1</sup>, T. De Frutos<sup>1</sup>, J. Frago<sup>1</sup> y G. Vitale<sup>2</sup>,**  
**en nombre de los investigadores del Estudio CODIMET**  
<sup>1</sup>Dpto. Médico. Schering-Plough S.A. Madrid. <sup>2</sup>Dpto. Médico. Merck-Sharp & Dohme (Madrid).

**Objetivos.** 1º. Conocer el porcentaje de pacientes de alto riesgo cardiovascular con LDLc < 100 mg/dL y pacientes de muy alto riesgo con LDL < 70 mg/dL, siguiendo las guías NCEP-ATP III actualizadas. 2º. Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y del Síndrome Metabólico (SM) en coronarios y/o diabéticos, según la definición de 2005 de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

**Material y métodos.** Epidemiológico, observacional, transversal con recogida de datos retrospectivos y prospectivos si procede. Participaron 874 médicos distribuidos por toda España en consultas de Cardiología (50%), Endocrinología (23%), Medicina Interna (19%) y Atención Primaria (4%). Se incluyeron 6997 pacientes evaluables (37% coronarios; 38% diabéticos; 25% coronarios y diabéticos).

**Resultados.** Pacientes con niveles de LDLc adecuados según NCEP ATPIII actualizadas: a) Pacientes de alto riesgo: 42,9% de coronarios y 38,6% de diabéticos tenían LDLc < 100 mg/dL b) Pacientes de muy alto riesgo: el 15% de coronarios-diabéticos, coronarios-síndrome metabólico y coronarios-fumadores tenían LDLc < 70 mg/dL. Frecuencia de otros factores de riesgo cardiovascular: Historia Familiar de 1er grado Cardiopatía Isquémica prematura 19,6%, diagnóstico de SM según IDF 2005 65%, perímetro abdominal elevado 73,2%, HTA o tratamiento 72,5%, glucemia elevada o DM2 73,9%, triglicéridos elevados o tratamiento 49,8%, HDL < 40 mg/dL 59,3%, actividad física sedentaria 50,4% y fumador actual 12,1%. El grupo de coronarios y diabéticos y el grupo de diabéticos tienen mayor prevalencia de SM (76,8% y 74%) que el grupo de coronarios (47,9%). En relación a los tratamientos utilizados: 91,1% tenían dieta, 58,1% incremento de actividad física, 84,7% en tratamiento hipolipemiante, 82,7% en tratamiento antihipertensivo y 56,8% en tratamiento antidiabético. Los tratamientos hipolipemian-

Tabla 1. Grado de control de factores de riesgo Cardiovascular (RV-10).

	ADO's (%)	Insulina (%)	Ins + ADO's (5)	Pob. general (%)
LDL < 100 mg/dl	27.6	32.6	29.1	28.4
TA < 130/80 mmHg	20.2	23.6	19.4	20.3
Triglicéridos < 150 mg/dl	59.7	65.1	56.6	59.5
HDL > 40/50 mg/dl (hombres/mujeres)	64.6	65.3	58.4	63.3
HbA1c < 7%	37.7	20.7	24.8	
HbA1c < 6,5%	20.4	12.7	12.7	

tes utilizados: 82,2% estatinas, 22,3% Ezetimiba, 7,9% fibratos y 0,9% resinas. De las 612 ecografías hepáticas disponibles el 61,7% correspondían a diagnóstico de esteatosis hepática y el 86,9% de los pacientes con esteatosis hepática tenían SM según IDF 2005.

**Discusión.** En los últimos años ha mejorado el control de la hipercolesterolemia, sin embargo, muchos pacientes continúan sin alcanzar los objetivos de LDLc que han demostrado reducir la morbi-mortalidad cardiovascular. Así, el estudio epidemiológico realizado en Europa en pacientes coronarios EUROASPIRE I llevado a cabo en 1995 mostró que el 96,4% de los pacientes estaba con LDLc > 100 mg/dL mientras que EUROASPIRE III realizado en 2006 mostró un 47.5%. Aunque el estudio CODIMET muestra porcentaje algo mayor de pacientes en objetivos de LDLc que otros estudios, un alto porcentaje de pacientes sigue sin tener niveles adecuados de LDLc (44.4%) a pesar del tratamiento hipolipemiente utilizado (84.7%). Dentro de la prevalencia de otros FRCV destacan la hipertensión y el SM. Los criterios de diagnóstico de SM según IDF 2005 son más fáciles de usar en la práctica clínica pero hay pocos resultados con esta definición. En nuestro trabajo el 65% de los pacientes presenta diagnóstico de SM según los criterios de IDF 2005. Los resultados en pacientes coronarios (48% con SM) están en línea con la prevalencia de SM de otros estudios en poblaciones similares según la definición de SM de ATP III.

**Conclusiones.** 1ª. El 44,4% de pacientes de alto riesgo y el 85% de los pacientes de muy alto riesgo no alcanzan los objetivos establecidos en las guías a pesar del tratamiento hipolipemiente utilizado. 2ª. El diagnóstico de otros factores de riesgo cardiovascular fue elevado destacando la alta prevalencia de hipertensión y de SM según los criterios de IDF.

**RV-12**

**¿EXISTE DIFERENCIA EN LA INERCIA TERAPÉUTICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA SEGÚN EL TERRITORIO AFECTADO?**

**L. Roa Santervás<sup>1</sup>, J. Toril López<sup>2</sup>, J. Bisbe Company<sup>3</sup>, M.T. Pascual Soria<sup>4</sup>, E. Aguilar Cortés<sup>5</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup> y Grupo FRENA**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro médico y de rehabilitación. Castelldefels (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona). <sup>4</sup>Servicio de Rehabilitación. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel).

**Objetivos.** Cuantificar inercia terapéutica y sus factores asociados, según territorio afectado en pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, con 1660 pacientes incluidos en FRENA. Variable final: inercia, distinguiéndose inercia: en prescripción de fármacos, ante no control de FRCV e inercia en general (al menos una de las dos anteriores). Objetivos control: PA < 140/90 mmHg (130/80 si diabetes), LDL < 100 mg/dl, hb A1c < 7%. Fármacos indicados: betabloqueantes tras IAM, estatina si LDL > 100, BSRA en todos, antihipertensivos si HTA y antidiabéticos si HbA1 > 7%. Análisis univariante y multivariante. Variable dependiente: inercia y las independientes el resto de las variables del estudio.

**Resultados.** 1660 pacientes, 432 (26%) mujeres, incluidos por evento coronario (EC) en 38,49%, cerebral (EcV) en 30,84% y arterial periférico (EAP) en 31,98%. Edad media 66,32 (DE 11,55);

51,1% con episodio cardiovascular previo (20,8% coronario, 11,7% cerebrovascular y 31,0% arterial periférico). Se comete inercia en 81,5% de los pacientes, en 85,1% ante no control de FRCV y en 53% por no prescripción de fármacos. Entre los pacientes con inercia es más frecuente la inclusión por EcV (p 0,050) o por EAP (p 0,006). En inercia por no prescripción de fármacos, es más frecuente la ECV previa (p 0,001) y la inclusión por EcV (p < 0,001) o por EAP (p < 0,001); y ante no control FRCV es más frecuente la inclusión por EcV (p < 0,001). Los resultados del análisis multivariable se muestran en tabla 1.

**Discusión.** Se confirma una vez más el peor manejo de los pacientes con EAP, ya que son los más susceptibles a sufrir inercia. A diferencia de otros estudios la afectación coronaria no está siendo tratada de forma más adecuada a las guías que la EcV.

**Conclusiones.** La inercia terapéutica es muy frecuente en prevención secundaria. La afectación cerebrovascular o coronaria se identifican como factores asociados a una menor probabilidad de inercia en la prescripción de fármacos. En la inercia ante no control de FRCV son protectores el antecedente de episodio cardiovascular previo y episodio actual cerebrovascular.

**RV-13**

**MARCADORES DE RIESGO VASCULAR Y SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO**

**V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, J. Cascante Rodrigo<sup>2</sup>, E. H. Martínez-La Piscina<sup>3</sup>, O. Ateka Barrutia<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, M. Ruiz Castellano<sup>1</sup>, E. Bidegain Garbala<sup>1</sup> y J. Sánchez-Álvarez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Determinar en una población con sospecha de síndrome de apnea del sueño (SAOS) sometidos a una polisomnografía, qué factores de riesgo cardiovascular son los mejores predictores de la severidad del SAOS medida por el índice de apnea-hipoapnea (IAH). **Material y métodos.** Estudio transversal de 44 pacientes que fueron sometidos a una polisomnografía entre el 1 de febrero del 2007 y el 28 de febrero del 2008 por sospecha de SAOS, que corresponde al 35,2% (11 mujeres y 33 hombres) de los estudios realizados. según el IAH, 12 fueron no SAOS, 13 SAOS leves, 7 SAOS moderados y 12 SAOS severos. Se realizó una exploración física que incluyó parámetros antropométricos, tensión arterial, índice tobillo-brazo (ITB), saturación basal de oxihemoglobina y analítica de sangre.

**Resultados.** Se observó una correlación significativa entre los parámetros antropométricos, la presión arterial diastólica (PAD), la saturación media nocturna y el tiempo total de sueño (TTS) con saturación menor del 90%, con la severidad del SAOS medida por el IAH. No se encontró asociación con el resto de los parámetros utilizados. La regresión lineal múltiple tomando el IAH como variable dependiente puso de manifiesto que los parámetros antropométricos y la proteína C reactiva (PCR) son los mejores predictores de la severidad del SAOS, medida por el IAH.

**Discusión.** Igual que en la literatura, las mujeres son minoritarias en esta entidad. Todos los pacientes con polisomnografía positiva presentaban un IMC > 25. Respecto al perímetro abdominal, en el caso de los SAOS severo es mayor de 102 cm en todos los sujetos. Además, se ha visto con el estudio de correlación, que existe una asociación moderada-fuerte entre los parámetros antropométricos (peso, IMC, perímetro abdominal) y la severidad del SAOS medida

Tabla 1. Multivariable para los distintos tipos de inercia (RV-12).

	Coficiente	OR (95% IC)	p-valor
INERCIA Episodio actual cerebrovascular	-0.269	0.8 (0.6-1.1)	0.100
INERCIA EN PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS Episodio actual cerebrovascular	-0.487	0.6 (0.4-0.9)	0.003
Episodio actual coronario	-0.536	0.6 (0.4-0.8)	0.002
INERCIA ANTE NO CONTROL DE FRCV Antecedente de episodio previo	-0.419	0.7 (0.4-0.98)	0.038
Episodio actual cerebrovascular	-0.587	0.6 (0.4-0.8)	0.03



por el IAH, al igual que se ha objetivado en estudios previos. Se ha confirmado mediante la realización de una regresión lineal múltiple, que los parámetros antropométricos predicen la severidad del SAOS mediada por el IAH de una forma significativa. Se afirma en estudios previos que la prevalencia de SAOS, se incrementa cuatro veces en pacientes obesos. Al analizar la obesidad central mediante el perímetro abdominal (grasa visceral), se aprecia una correlación significativa con la severidad del SAOS. El aumento del riesgo cardiovascular en estos pacientes parece deberse a que el tejido adiposo secreta diferentes hormonas, entre ellas la leptina, que parece tener más importancia en el riesgo vascular que el propio SAOS. En nuestros resultados, observamos la existencia de una correlación significativa entre la saturación media de oxihemoglobina nocturna y el TTS con saturación < 90% con el IAH, pero no de la saturación basal con el IAH, pudiéndose deber a que estos pacientes presentan desaturaciones nocturnas producidas por el colapso repetido de la faringe durante el sueño, pero durante el día presentan saturaciones dentro de la normalidad. El 40% de nuestros pacientes eran hipertensos conocidos. Se realizó una correlación de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) medida en la consulta, con el IAH, objetivando una asociación entre la PAD y el IAH. Parece que las desaturaciones nocturnas aumentan el tono simpático y producen un aumento de presión arterial en estos pacientes. Respecto a la PCR, su incremento ha sido relacionado con el aumento del riesgo cardiovascular. En nuestro estudio, aunque no se observa asociación significativa entre la PCR y el IAH, en la regresión lineal múltiple, junto con los parámetros antropométricos, es predictora de la severidad del SAOS.

**Conclusiones.** Existe una correlación significativa entre los parámetros antropométricos y la severidad del SAOS medida por el IAH. Además, se puede afirmar que los mejores predictores de la severidad del SAOS son los parámetros antropométricos, unidos a un componente pro-inflamatorio expresados por la PCR.

#### RV-14

### INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

**L. Roa Santervás y C. Suárez Fernández**

*Servicio de Medicina interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** Cuantificar inercia terapéutica en pacientes diabéticos en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular y compararla con los no diabéticos.

**Material y métodos.** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, con 1660 pacientes incluidos en FRENA Variable final: inercia, distinguiéndose inercia: en prescripción de fármacos, ante no control de FRCV e inercia en general (al menos una de las dos anteriores). **Objetivos control:** PA < 140/90 mmHg (130/80 si diabetes), LDL < 100 mg/dl, hb A1c < 7%. **Fármacos indicados:** betabloqueantes tras IAM, estatina si LDL > 100, BSRA en todos, antihipertensivos si HTA y antidiabéticos si HbA1 > 7%. **Análisis univariante** para comparar las características basales, según antecedente personal de DM, de los individuos que sufren inercia de los distintos tipos frente a los que no. **Análisis multivariante** para cada tipo de inercia. **Variable dependiente:** inercia y las independientes el resto de las variables del estudio.

**Resultados.** 1.660 pacientes, 432 (26%) mujeres. Edad media 66,32 (DE 11,55); 36% diabéticos (solo diabéticos 3,6%, 5,7% diabéticos y dispépticos, 10,3% diabéticos e hipertensos y 16,4% DM, HTA y DL). Media de Hb glicosilada (%):  $6,7 \pm 1,6$  y glucemia (mg/100ml) de  $120,50 \pm 45,78$ . Se comete inercia en un 81,5% de todos los pacientes. El ser diabético se asoció a inercia: un 38% de los pacientes con inercia eran diabéticos frente a un 29% de los pacientes sobre los que no se cometía inercia ( $p < 0,003$ ). En el análisis multivariante también se asoció como factor favorecedor de inercia ante no control de FRCV el padecer HTA, DL y DM de forma simultánea. Se observa una tendencia descendente de la inercia e inercia ante no control de FRCV a medida que las cifras de Hb glicosilada se alejan de los objetivos de control.

**Discusión.** A pesar del alto riesgo de los diabéticos, y más aún en prevención secundaria, el diabético sufre más inercia que el que no lo es. Ello puede ser debido a su mayor dificultad para control, y a

los objetivos más ambiciosos. A pesar de obtener resultados significativos en el análisis univariante en cuanto a mayor prevalencia de pacientes con DM entre los pacientes que sufren los tres tipos de inercia, en el análisis multivariante sólo se encontró asociada la DM a la variable inercia en general.

**Conclusiones.** El ser diabético se identifica como factor asociado a una mayor probabilidad de sufrir inercia. La inercia en estos pacientes es mayor cuanto más FRCV presentan y cuanto más cerca están de valores óptimos de control que cuando sus cifras están más descontroladas.

#### RV-15

### CHDL BAJO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (S.C.A): IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

**C. Recarte García-Andrade<sup>1</sup>, L. Álvarez-Sala Walther<sup>1</sup>,**

**C. Rodríguez Rieiro<sup>2</sup> y J. Millán Núñez-Cortés<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** En pacientes con niveles controlados de cLDL, si el nivel de cHDL no es suficientemente alto permanece un riesgo excesivo de progresión de la aterosclerosis y otros eventos clínicos. Por ello nos marcamos como objetivo describir la prevalencia del déficit de colesterol HDL (HDL < 40 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres) en las primeras 24 horas del Síndrome Coronario Agudo, así como el LDL y Triglicéridos.

**Material y métodos.** Recogimos los datos de 194 pacientes que tuvieron un Síndrome Coronario Agudo (SCA), escogidos al azar en los años 2005 y 2006 obteniendo el cHDL en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario, su cLDL, triglicéridos y glucemia. Asimismo obtuvimos las variables clínicas y epidemiológicas relacionadas con el SCA como edad, sexo, tabaquismo, sedentarismo, IMC, Hipertensión Arterial, Diabetes, y los antecedentes de Cardiopatía Isquémica, ACV, Arteriopatía Periférica y tratamiento previo.

**Resultados.** La edad media fue de 64 años, siendo varones el 74% (n = 144) y mujeres el 26% (n = 50). El IMC medio fue de 27,6. Nunca había fumado el 30%. La ingesta de alcohol y sedentarismo eran desconocidos en el 91% y 85% respectivamente. Tenían antecedentes de HTA el 51%, DM el 26% y glucemia alterada en ayunas 11%. Cardiopatía isquémica previa el 18%, Antecedentes de ACV el 6,7% y Enfermedad Arterial periférica el 9,3%. Tomaba estatinas el 20,6% en el momento del Infarto y estaban antiagregados el 16%. En el conjunto de la población tenían un cHDL bajo el 38,1%. Con respecto al sexo, el 34% (n = 49) de los varones y el 50% (n = 25) de las mujeres tenían un cHDL bajo. El cHDL medio fue de 48,13 mg/dl, con LDL medio de 114 mg/dl, colesterol total medio 188,7 mg/dl triglicéridos de 127 mg/dl y glucemia de 125 mg/dl (no en ayunas).

**Conclusiones.** La prevalencia del síndrome de cHDL bajo es muy elevado en la población con SCA. Este hecho es más relevante en el género femenino. A nuestro juicio, ello justifica poner énfasis en el manejo terapéutico de ésta situación, responsable en sí misma de un riesgo cardiovascular residual, a pesar de un correcto manejo de las cifras de cLDL. La elevada incidencia de cHDL bajo en pacientes con SCA justifica un estudio multicéntrico de anomalías genéticas del metabolismo de las HDL con Centros de Biología Molecular

Tabla 1. Fenotipo lipídico (RV-15).

Colesterol	cHDL	cLDL	Triglicéridos
188	48.13	114.89	127.99

**RV-16**  
**LA ONICOGRIFOSIS COMO FACTOR DE RIESGO DE**  
**ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA**

**A. Orive Brea, Á. Brea Hernando, J. Mosquera Lozano,**  
**M. Bonilla Hernández y B. Cabrerizo Murillas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).*

**Objetivos.** La Onicogriposis es una hipertrofia y engrosamiento de la lámina ungueal, y se relaciona con la edad, las onicomicosis y los microtraumatismos continuados. El objetivo de nuestro estudio es valorar la carga de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) en dicha patología, así como la asociación con la arteriosclerosis subclínica, expresada en forma de Enfermedad Arterial Periférica (EAP).

**Material y métodos.** Estudio transversal, realizado durante un período de tiempo de 6 meses, desde Enero-Junio de 2008, donde recogemos la presencia de Onicogriposis y el valor del Índice tobillo/brazo (medido con Eco-Doppler), así como la prevalencia de los FRCV clásicos.

**Resultados.** Se estudiaron 9 pacientes, de los cuales, 8 eran hombres, con una edad media de 82,6 años. Había 4 diabéticos, 6 hipertensos, 3 pacientes con dislipemia y 6 pacientes ex-fumadores, con una media de paquetes/año acumulada de 53,2. Siete de los nueve pacientes con Onicogriposis tenían un Índice tobillo/brazo patológico. Cinco de ellos tenían un ITB > 1.29, lo que significa rigidez o calcificación arterial. Dos de los pacientes tenían un ITB normal. Dos de los pacientes tenían un ITB < 0.9, lo que indica enfermedad arterial periférica. Los FRCV clásicos en función del Índice tobillo/brazo se describen en la tabla 1.

**Discusión.** En nuestra práctica diaria, hemos observado con relativa frecuencia esta hipertrofia en pacientes diabéticos, reumáticos, ancianos y con insuficiencia vascular. Por eso, en nuestro estudio nos hemos planteado si la Onicogriposis podría constituir un marcador de Enfermedad Arterial Periférica, junto con los conocidos clásicamente, para así, disponer de un grupo más en la población en los que sería conveniente la estimación de ITB, para la valoración global del riesgo cardiovascular. Teniendo en cuenta que la medición del Índice tobillo/brazo es un método sencillo, barato y fácilmente reproducible.

**Conclusiones.** 1) La Onicogriposis es más frecuente en hombres, por encima de los 80 años, en HTA y ex-fumadores. 2) En nuestro estudio, estos pacientes tienen una alta prevalencia de rigidez/calcificación arterial. Como conocemos desde hace poco tiempo, el riesgo de mortalidad cardiovascular es similar en éstos sujetos y los que tienen un ITB < 0.9 (EAP). Por lo cual, nos encontraríamos ante un grupo de población susceptible de estimación de riesgo cardiovascular global. 3) De los pacientes que tienen un ITB indicativo de calcificación arterial, el 100% han sido fumadores. Paradójicamente, el porcentaje de diabéticos era de los más bajos en este grupo. Todos los pacientes que tienen un ITB indicativo de EAP son HTA. El mayor número de dislipémicos se encontraba en el grupo de pacientes con rigidez arterial. (Resultados de la tabla 1).

Tabla 1. FRCV en función del Índice tobillo/brazo (RV-16).

	ITB > 1,29 rigidez arterial	ITB 0,9-1,29 Normal	ITB < 0,9 EAP
Tabaco	5	0	1
DM	1	2	1
HTA	3	1	2
DLP	3	0	0

**RV-18**  
**FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES Y DISLIPEMIA**

**J. Blanch Falp, J. Torné Cachot, J. Baucells Azcona,**  
**D. Blancas Altabella, A. Cardiel Bun, G. Claver Cercos,**  
**M. Picón Cabrera y N. Gorbíg Romeu**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).*

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de dislipemia en los pacientes afectados por el VIH, tratados con inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosidos (ITINN) e inhibidores de la proteasa (IP), durante el período de estudio.

**Material y métodos.** Durante 12 meses consecutivos, se incluyeron 111 pacientes, que representaban el total de la población controlada, excluyéndose los pacientes cuyo régimen incluyera estavudina o didanosina. Se analizó el perfil lipídico de los pacientes sin tratamiento y con TARGA, siempre que hiciera más de tres meses que lo hubiesen iniciado, en el caso contrario se analizaban los datos previos al tratamiento. Se definió como dislipemia una cifra de colesterol > de 250 mg y/o de triglicéridos > de 200 mg. El diseño del estudio fue observacional y prospectivo. Se recogieron variables analíticas en relación al perfil lipídico y la infección VIH. Se realizó un análisis descriptivo y univariado (t de Student y test de Fisher según procediera).

**Resultados.** De los 111 pacientes incluidos en el estudio el 73% fueron varones, con una edad media de 43 (24-69) años. El 85% seguía tratamiento con TARGA (25% IP y 75% ITINN). El 70% de los tratados con IP tomaba ritonavir-lopinavir. La cifra media de CD4 fue de 680 mm<sup>3</sup> y el 68% tenía una carga viral < de 50 copias. El 31% de los pacientes tenían dislipemia. Los pacientes en tratamiento con TARGA tenían una mayor frecuencia de dislipemia, que los que no seguían tratamiento 6 vs 35% respectivamente (p 0,020). En la tabla 1 se presenta el perfil lipídico de los distintos grupos.

**Discusión.** La presencia de dislipemia en los pacientes VIH es debida a varios factores: el propio VIH, los fármacos antirretrovirales, la susceptibilidad genética y el virus de la hepatitis C. En nuestro estudio se evidencia una mayor cifra de colesterol y de triglicéridos en los pacientes tratados, siendo mayor la cifra de triglicéridos en los pacientes tratados con IP. Dentro del grupo de ITINN nevirapina tiene un mejor perfil lipídico que efavirenz. Si bien la muestra es pequeña, los resultados son comparables a los descritos en la literatura.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes tratados tienen una mayor cifra de colesterol y triglicéridos. 2. La hipertrigliceridemia es más frecuente en los tratados con IP. 3. Nevirapina tiene un mejor perfil antiaterogénico con una mayor cifra de HDL.

Tabla 1. Análisis comparativo entre los distintos tratamientos (RV-18).

	N	Coolest (mg/dl) Media / p	Triglic (mg/dl) Media / p	HDL (mg/dl) Media / p	LDL (mg/dl) Media / p
Trat	94	184	213	39	111
No trat	17	157	87	39	101
.		0.004	0.000	0.835	0.198
IP	23	190	284	38	111
ITIANN	71	182	190	39	111
.		0.461	0.094	0.707	0.978
Nevirapina	20	181	148	44	109
Efavirenz	51	182	207	33	112
.		0.954	0.119	0.036	0.801

**RV-19****ASOCIACIÓN ENTRE EL ÁCIDO ÚRICO Y SÍNDROME METABÓLICO Y LA PRESENCIA DE MICROALBUMINURIA, EN HIPERTENSOS NO TRATADOS**

L. López<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, G. Mancheno<sup>1</sup>, A. Roldán<sup>1</sup>, J. Pascual<sup>2</sup>, E. Rodilla<sup>2</sup>, F. Pérez-Lahiguera<sup>2</sup> y J. Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Valorar la relación entre microalbuminuria (excreción urinaria de albúmina (EUA) > 30 mg/24 horas con los valores de ácido úrico y Síndrome Metabólico (SM).

**Material y métodos.** Estudio transversal de 429 pacientes hipertensos (220 mujeres, edad media 47 años), sin tratamiento previo ni diabetes con filtrado glomerular > 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.

**Resultados.** La prevalencia de microalbuminuria fue del 20,5%, 18% tenían hiperuricemia y el 47% síndrome metabólico. (MS). La EUA se correlacionó con la presión arterial (PA) diastólica perímetro de cintura, colesterol-HDL y ácido úrico. En un modelo de regresión lineal múltiple solo el SM (p = 0,03), y el ácido úrico (p = 0,05) se asociaron de forma independiente al logEUA. La Hiperuricemia (ácido úrico > 7,0 mg/dL en varones y > 6,5 mg/dL en mujeres), odds ratio [OR]: 2,18 (95% intervalo de confianza [IC], 1,21 a 3,92; p = 0,010), y la existencia de SM, OR = 2,16 (95% IC = 1,32 a 3,53; p = 0,002) se asociaron de forma independiente a tener microalbuminuria en un análisis de regresión logística. La prevalencia de microalbuminuria fue del 45,8% en pacientes con SM más hiperuricemia comparada con el 13,6% en pacientes sin (p < 0,001). Los pacientes que tenían hiperuricemia y SM tenían, 3,7 más posibilidades de tener microalbuminuria, que los pacientes sin esos factores.

**Conclusiones.** La coexistencia de SM e hiperuricemia, en hipertensos no tratados, aumenta casi cuatro veces las posibilidades de ser microalbuminúrico.

**RV-20****IMPACTO DE LA VARIACIÓN EN EL PESO CORPORAL SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

A. Roldán<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, L. López<sup>1</sup>, L. Castellano<sup>1</sup>, J. Pascual<sup>2</sup>, E. Rodilla<sup>2</sup>, F. Pérez-Lahiguera<sup>2</sup> y J. Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Observar el impacto de la pérdida de peso sobre la presión arterial, los lípidos y la glucemia sobre una cohorte de pacientes hipertensos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado en la Unidad de Hipertensión Arterial sobre 326 pacientes hipertensos no diabéticos. Se inicia sobre ellos un protocolo de tratamiento que incluye dieta y ejercicio físico, y fármacos cuando estén indicados. Todos los pacientes fueron evaluados durante un período de un año. Los valores objetivo tanto de presión arterial como LDL-C seguían las recomendaciones de ESH/ESC y ATP III respectivamente. En pacientes no diabéticos el objetivo de glucemia era lograr glucemia < 100 mg/dL. En función de los cambios sobre su peso, los pacientes eran clasificados según ajustes del modelo de curva ROC.

**Resultados.** Existe una disminución significativa de 0.5 kg (95% IC, 0.1-0.9 kg). En 28 pacientes (8.6%) pérdida de más de 5 kg, y solo 4 (1.2%) más de 10 kg. Los objetivos de presión arterial, LDL-C y glucosa se alcanzaron en el 56%, 78% y 61% de los pacientes, respectivamente. Para alcanzar los niveles de presión arterial existía una interacción entre síndrome metabólico y sexo (p = 0,022). Para perder o no aumentar > 1,5 kg, ser mujer era un factor independiente (OR = 2.17; 95% IC, 1.07-4.44; p = 0.03) y ser hombre (OR = 2.12; 95% IC, 0.99-4.52; p = 0,05) así como el sdre. Metabólico inicial pero solo en mujeres (OR = 0.33; 95%, 0.17-0.66; p = 0.002). Para lograr los objetivos de LDL-c se observó una interacción entre el sdre. Metabólico y la variación en el peso (p = 0,019), perder o no aumentar > 0.5 kg (OR = 3.48; 95% IC, 1.36-8.92; p = 0.009) estaba independientemente relacionado con alcanzar el objetivo sólo en pacientes con sdre. Metabólico.

**Conclusiones.** En sujetos hipertensos incluso pequeños cambios en el peso pueden tener un importante impacto en modificar los objetivos cardiovasculares, principalmente el sdre. Metabólico.

**RV-21****RESPUESTA ANTIHIPERTENSIVA A LA ESPIRONOLACTONA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA**

I. Jiménez<sup>1</sup>, L. López<sup>1</sup>, A. Roldán<sup>1</sup>, G. Mancheno<sup>1</sup>, E. Rodilla<sup>2</sup>, S. Mares<sup>2</sup>, F. Pérez-Lahiguera<sup>2</sup> y J. Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Valorar el efecto de añadir espirolactona al tratamiento de pacientes con hipertensión refractaria (HTAR) y tratar de caracterizar a los que consiguen buena respuesta.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en pacientes con HTAR (definidos como tratados con tres fármacos a las dosis habituales, uno de ellos diurético sin alcanzar el control de la presión arterial) con creatinina < 1,6 en varones y < 1,4 en mujeres.

**Resultados.** A un total de 95 pacientes (70% varones), con edad media de 66 años (DE: 12), 40% diabéticos, se les añadió espirolactona a su tratamiento durante 4 meses (rango 2-13). Los valores de la PA sistólica y diastólica se redujeron desde unos valores iniciales de 170/86 mmHg (DE: 20/14 mmHg) un promedio de 29/12 mmHg (Intervalo de confianza al 95% [IC]: 25 a 33/10 a 14 mmHg; p = 0,001); Al final del periodo de seguimiento, el 38% de todos los pacientes consiguieron el control de la PA. Al realizar un análisis de regresión logística, controlando por edad y sexo, solo los valores de PA sistólica inicial < 165 mmHg (odds ratio [OR] = 3,97; 95% intervalo de confianza [IC], 1.52-10.37; p = 0.005), y la existencia de diabetes mellitus (OR = 0.33; 95% IC, 0.13-0.86; p = 0,02) fueron los factores independientes que se relacionaron con el control de la PA.

**Conclusiones.** En los pacientes con HTA refractaria en tratamiento con tres fármacos, al añadir espirolactona se consigue un significativo descenso de la PA y se consigue el control en un 38% de los casos. La diabetes dificulta el control de la PA.

**RV-22****HIPOTENSIÓN FARMACOLÓGICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

V. Giner Galvañ, A. Ragheb Elfarra, L. Toás Gil, I. Soler Beneyto, P. Lafuente Sanchís y M. Sanchís Moreno

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Estimar la incidencia de Hipotensión Arterial Farmacológica (hTAF) en la práctica clínica habitual de una población con RCV elevado de sufrirla.

**Material y métodos.** Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de hTAF ingresados en Medicina Interna. Como criterio definitorio de hTAF se ha establecido la presencia de este diagnóstico en el informe de alta hospitalaria (CIE-9 458.29).

**Resultados.** De los 545 pacientes valorados entre Mayo 2005 y Mayo 2007, 50 (9,2%) fueron diagnosticados de hTAF. Mayoritariamente eran mujeres (60%) con edad media de 78.6 ± 7,4 años. Tomaban una media de 6,7 ± 3,1 fármacos. 1,9 ± 0,8 antiHTA (51% diuréticos, 44% Calcio antagonistas, 35% ARA II, 28% IECA, 19% alfa-Bloqueantes adrenérgicos, 16% beta-Bloqueantes adrenérgicos). Tanto el IMC como el perímetro de cintura y de brazo fueron elevados en la mayoría de casos. La totalidad de pacientes refería medidas con manguito estándar y siempre en toma única, con ortostatismo habitual en el 34,5% de casos. Al com-



pararlas con la diferencia entre valores máximos y mínimos durante el ingreso y las diferencias entre tres medidas consecutivas se observan diferencias significativas con las primeras.

**Conclusiones.** Se confirma que el paciente anciano, pluripatológico y multimedicado, a pesar de presentar un elevado RCV, es un paciente de elevado riesgo a la hora de alcanzar valores de PA bajos. Muy probablemente ello esté mediatizado por una inadecuada técnica de medición de PA, que conlleva un elevado porcentaje de HTA de BB. Por otro lado, una adecuada medición de la PA clínica pueda ser tan eficaz como una MAPA a la hora de detectar hTAF.

#### RV-23

### PERCEPCIÓN DEL ESTADO PONDERAL POR PARTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**V. Giner Gallvañ, A. Ragheb Elfarrá, I. Soler Beneyto y M. Sanchís Morreno**

Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Queremos analizar la percepción que de la Ob y el sobrepeso (Sbp) tienen los pacientes de un Servicio de Medicina Interna, característicamente con elevado RCM, plurimedicados y con elevadas tasas de exceso de peso, donde sería deseable la implementación de las terapéuticas conducentes al control del RCM.

**Material y métodos.** Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta Estudio transversal realizado con pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital (305 camas, cinco especialistas en Medicina Interna) independientemente del motivo del ingreso. Una vez estabilizado y de forma voluntaria, el paciente respondió un cuestionario y se le realizó valoración antropométrica específica (Peso, Talla, Perímetro de cintura y braquial). A continuación se recabó información analítica así como al respecto de ingresos previos tras la revisión de la Historia Clínica tanto electrónica como convencional de cada participante.

**Resultados.** Características de la muestra (n 60).

**Conclusiones.** Contrasta con las elevadas tasas de control de otros FRCV acorde con su elevado RCV (36,8% en prevención secundaria), el pobre control ponderal (59% exceso ponderal, 85% obesidad central) de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna. A pesar de que la mayoría cree alcanzable una reducción ponderal, es baja la percepción del riesgo que el exceso de peso supone en términos de salud. A pesar de haber una buena concordancia global (Kappa 0,62  $p < 0,001$ ) entre la autopercepción del estado ponderal y el IMC, hay en la categoría de sobrepeso una clara tendencia a infraestimar. Esta tendencia se observa igualmente en sujetos con ECV previo, OBc o SM.

#### RV-24

### RELEVANCIA DEL EXCESO DE PESO PERCIBIDO POR EL SISTEMA SANITARIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

**V. Giner Galvañ, A. Ragheb Elfarrá, M. Sanchís Moreno, G. Cortell Soller, P. Lafuente Sanchís y L. Olcina Tenderro**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Queremos analizar la percepción que de la Ob y el sobrepeso (Sbp) tienen los profesionales sanitarios y su actitud a través del estudio de una muestra de pacientes de elevado RCM y obesidad, como es la de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones

(si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta Estudio transversal realizado con pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital (305 camas, cinco especialistas en Medicina Interna) independientemente del motivo del ingreso. Una vez estabilizado y de forma voluntaria, el paciente respondió un cuestionario específicamente diseñado para el actual trabajo referente a sus opiniones y creencias sobre su estado ponderal. Posteriormente se le realizó valoración antropométrica específica (Peso, Talla, Perímetro de cintura y braquial). A continuación se recabó información analítica así como al respecto de ingresos previos tras la revisión de la Historia Clínica tanto electrónica como convencional de cada participante.

**Resultados.** Características de la muestra (n 60).

**Conclusiones.** No parece que la obesidad/sobrepeso/Síndrome metabólico hayan calado en la cultura médica habitual, tal y como reflejan las bajísimas tasas de estos diagnósticos en los informes de alta hospitalaria, escasa proporción de pacientes que dicen haber sido valorados antropométricamente (IMC y cintura) o que afirmen haber sido informados sobre su situación de riesgo y cómo corregirla. Y ello a pesar de la elevada prevalencia de Ob/Sbp así como de eventos con ellos claramente relacionados. En contra de las indicaciones de las principales Guías, se confirma cómo los clínicos basamos el manejo del RCM en el control de sus elementos individualmente con fármacos.

#### RV-25

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA GENERAL DE MEDICINA INTERNA

**M. Gallego Villalobos, I. Fidalgo López, A. García Bernárdez, G. Martín Canal, N. Morán Suárez y E. Suárez García**

Servicio de Medicina Interna 1. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y factores de riesgo de los pacientes que acuden a nuestra consulta general de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal que incluye a los pacientes atendidos en consultas externas de medicina interna desde enero hasta Mayo de 2008. En total se obtuvieron datos de 154 pacientes. Se recogen datos epidemiológicos, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), diabetes (DM), hipertensión (HTA) y perfil lipídico.

**Resultados.** La edad media de los pacientes era de 59,28 años (18-91), 97 mujeres y 57 varones. El porcentaje de DM era de 14,29% y el 37% eran hipertensos. De los 23 pacientes diabéticos 20 además eran hipertensos. El índice de masa corporal (IMC) medio era de 26,84 con un rango (15,43-42,86). Del perfil lipídico las medias son colesterol total 199,97 mg/dl (94-332); HDL-colesterol 53 mg/dl (18-105); LDL-colesterol 132,5 mg/dl (23-212) y triglicéridos 68 mg/dl (36-521).

**Discusión.** Los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna presentan elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en muchas ocasiones mal controlados. Sobre todo existe una alta incidencia de sobrepeso.

**Conclusiones.** En nuestra muestra de pacientes se ha observado un IMC > 25 lo que indica un alto grado de sobrepeso. Incluso el 21% presenta un IMC > 30 (Obesidad). Los pacientes diabéticos tienen un IMC superior a la media (29,15). Existe una asociación entre DM y HTA, el 87% de los diabéticos son hipertensos mientras que sólo el 35% de los hipertensos son diabéticos. En un 39% de los diabéticos el nivel de LDL-colesterol está por encima de 100 mg/dl. Con estos datos podemos sospechar que existe un mal control de los factores de riesgo cardiovascular especialmente en el paciente diabético dado que presentan un alto porcentaje HTA, sobrepeso y alteración del perfil lipídico.

**RV-26****MAPA EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN 40 PACIENTES**  
**E. Montero, M. Carreño, A. Díaz de Santiago, S. Valero, P. Chicharro y V. Cuervas***Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.*

**Objetivos.** Análisis descriptivo de factores de riesgo cardiovascular y características clínicas de 40 pacientes escogidos al azar de entre 120 pacientes a los que se les ha colocado un Holter de TA entre enero y junio del 2008.

**Material y métodos.** Entre enero y junio de 2008 se colocan un total de 120 Holter de TA, tanto de pacientes diagnosticados de HTA seguidos habitualmente en nuestra consulta, como de pacientes seguidos en otros servicios que nos solicitaron el estudio. Se recogieron datos de todos los pacientes, y de forma aleatoria se eligen 40 pacientes para el análisis de los resultados. Se realiza un análisis descriptivo de la prevalencia global y por sexos de los factores de riesgo cardiovascular y del control de los mismos en esta serie de pacientes.

**Resultados.** De los 40 pacientes analizados, 21 fueron mujeres y 19 hombres; la edad media fue de 63,95 años. Las medias de las TA obtenidas fueron, respectivamente, 127,07 para PAS; 74,64 para la PAD y 93,97 para la PAM. La frecuencia cardíaca media fue de 70,85 lpm. En cuanto al patrón de HTA, en un 52,5% los pacientes fueron non dipper. Sólo 10 pacientes a los que se les puso el MAPA no eran hipertensos conocidos; de los 30 con HTA conocida, el 90% ya estaban en tratamiento y sólo 3 pacientes seguían tratamiento dietético exclusivo. Respecto al resto de factores de riesgo clásico, 15 pacientes eran diabéticos, 16 pacientes tenían dislipemia previa conocida y 5 pacientes eran fumadores activos; 10 pacientes (25%) eran ex-fumadores desde hacía más de 1 año. El peso medio fue de 72,32 kg., mayor para los varones (81,22 kg. vs 64,3). La talla media fue de 161,02 cm (154,05 en mujeres frente a 168,7 en varones). El perímetro abdominal de 97,38 cm, siendo de 94,35 en mujeres y 100,41 en varones. Si se realiza el análisis separado por sexos, llama la atención que en nuestra serie ninguna mujer era fumadora activa, y sólo 3 eran ex-fumadoras, en contra de la tendencia social actual del incremento de mujeres fumadoras.

**Discusión.** Aunque de todos es conocida la importancia de los factores de riesgo cardiovascular y el buen control de los mismos, nuestros datos muestran que no todos los pacientes están bien controlados, y que la obesidad es un factor de alta prevalencia en la sociedad actual. Parece que existe un buen control de la tensión arterial, con medias entro de los límites de normotensión; sólo 6 pacientes (15%) presentaron una media de TAS > de 140 mmHg; 4 de ellos fueron varones. En la mayoría de los casos la indicación del MAPA fue valorar la respuesta al tratamiento antihipertensivo, en pacientes hipertensos conocidos. Respecto a otros factores de riesgo, es frecuente la concomitancia de diabetes y dislipemia, así como la presencia de hábito tabáquico; en 28 pacientes (70%) existía al menos 1 factor de riesgo de los anteriormente citados; en 7 pacientes (17,5%) existían 2 de ellos y en 5 pacientes (12,5%) existían los 3 factores de riesgo. La muestra presenta sobrepeso, con un IMC medio de 28.

**Conclusiones.** El resultado de nuestros datos muestra la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular sobre los que tenemos que actuar; parece que el control de la tensión arterial es bueno, con medias dentro de los rangos de normotensión en la mayoría de los casos. El control de la diabetes mellitus medido por cifras de hemoglobina glicosilada y de la dislipemia (medida por cifras de colesterol y triglicéridos) también es muy aceptable. Pero parece que es menor el control sobre el control de la obesidad y el tabaquismo; esto nos lleva a pensar que tenemos un buen control sobre los factores que podemos controlar con medidas farmacológicas, pero un regular control sobre los factores que requieren un cambio en los hábitos de vida de nuestros pacientes. Y esto, ¿es por falta de concienciación del paciente o porque no transmitimos suficientemente bien al paciente la importancia de estos otros factores, quizás por falta de tiempo en las consultas? Sea por la causa que sea, debemos insistir en todos los pacientes en el buen control metabólico y de hábitos tóxicos.

**RV-27****CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN MAYORES DE 80 AÑOS. ¿SE APLICAN LAS GUÍAS ACTUALES EN UN ESCENARIO REAL?****E. Güell Farré, C. Jericó Alba, T. Catà Fàbregas, J. Altes Capella, R. Capmany Udaeta, E. Villegas Bruquera, L. Ferrer Ruscalleda y F. Ferrer Ruscalleda***Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.*

**Objetivos.** Evaluar el control de la presión arterial y el tratamiento antihipertensivo de los hipertensos mayores de 80 años que acuden a consulta externa de Medicina Interna valorando si los resultados se ajustan a las recomendaciones de la guía de la ESH/ESC 2007.

**Material y métodos.** Se incluyó a hipertensos mayores de 80 años visitados en abril y mayo de 2008 por motivos distintos a la hipertensión en consulta externa general de M. Interna. Se excluyeron a los hospitalizados en los 15 días previos y a aquellos con deterioro cognitivo severo o mal pronóstico a corto plazo. Se revisó el tratamiento antihipertensivo actual, los datos sobre medida ambulatoria de presión arterial (AMPA) y la media de 2 determinaciones de presión arterial (PA) obtenidas con monitor digital Omron M6 confort tras 5 minutos de reposo, en brazo no dominante con paciente en sedestación y separadas por 1 minuto. Posteriormente, un facultativo distinto a quienes realizaron la recogida revisó los datos obtenidos así como las historias clínicas.

**Resultados.** De las 428 consultas realizadas, 41 pacientes (9,6%) cumplían criterios de inclusión. La edad promedio fue de 83,8 años (intervalo 80-90) con predominio de mujeres (75,6%). De los 41 hipertensos, 34 (82,9%) estaban controlados por el médico de familia. Los niveles promedio de PA en la consulta fueron 142,2 y 76,0 mmHg, alcanzándose el objetivo de PA sistólica (< 140 mmHg), diastólica (< 90mmHg) o combinado en un 51,2%, 95,2% y 51,2% de los pacientes respectivamente. Entre los 34 pacientes que aportaron AMPA, el promedio de PA fue de 134,1 y 71,3 mmHg, alcanzando un 55,9% el objetivo (PA < 130/80 mmHg). Aunque la mayoría de los pacientes (87,8%) cumplían algún criterio que los identificaba como de riesgo muy elevado, sólo el 25% de estos alcanzaba el objetivo recomendado (< 130/80 mmHg). En relación al tratamiento, 18 (43,9%) de los pacientes recibían un único antihipertensivo, 9 de los cuales no alcanzaban el objetivo terapéutico. Por grupos farmacológicos, el 48,8% recibía algún diurético, el 36,6% IECAS, el 29,3% ARA-II y el 24,4% calcioantagonistas. En relación a combinaciones de fármacos, 3 pacientes recibían combinación de diuréticos (tiazida+ahorrador de potasio), 3 IECA+tiazida (ninguno en combinación fija), 6 ARA-II+tiazida (4 en combinación fija) y 5 IECA o ARA-II+calcioantagonista (ninguno en combinación fija).

**Discusión.** La última revisión de la guía europea (ESH/ESC) para el manejo de la hipertensión dispone de recomendaciones específicas para ancianos aunque no concreta la conducta para los mayores de 80 años. Recientemente, el estudio HYVET ha demostrado como el tratamiento con indapamida y perindopril reduce de forma significativa la morbi-mortalidad cardiovascular y los episodios de insuficiencia cardíaca en hipertensos mayores de 80 años (N Engl J Med 2008; 358: 1887). El presente estudio, aunque limitado por el número de pacientes, muestra una aproximación al manejo actual de la hipertensión en mayores de 80 años observándose un significativo porcentaje de pacientes que no alcanzan los objetivos terapéuticos definidos, así como una aparente infratilización de los fármacos antihipertensivos más recomendados con un especial énfasis en el uso de combinaciones que podrían mejorar el control tensional y facilitar la posología.

**Conclusiones.** El 50% de los pacientes hipertensos mayores de 80 años incluidos no alcanza los objetivos propuestos por las guías. Este mismo porcentaje de pacientes no controlados se observa entre los que aportan AMPA y se incrementa significativamente al considerar los pacientes con riesgo elevado. Entre los pacientes que no alcanzan el objetivo terapéutico cabe destacar un significativo porcentaje de pacientes en monoterapia. En contraste con esto, son pocos los pacientes tratados con las combinaciones de antihipertensivos más habituales y en especial con combinaciones fijas que facilitan el cumplimiento terapéutico de pacientes generalmente polimedcados.

## RV-28 OBTENCIÓN DE OBJETIVOS DE CONTROL CARDIOVASCULAR MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN SOFTWARE ESPECÍFICO: ESTUDIO STRAT

J. Cuende<sup>1</sup> y T. Aguilera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. <sup>2</sup>Departamento Médico. Sanofi-Aventis

**Objetivos.** El cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) constituye un paso previo para establecer objetivos terapéuticos en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Existen diversos sistemas de cálculo del RCV. El desarrollo de un software que permitiera una valoración global del paciente con los distintos sistemas podría permitir al clínico una más adecuada valoración y conseguir los objetivos terapéuticos establecidos.

**Material y métodos.** Se ha desarrollado un software (STRAT) que permite tanto el cálculo del RCV por las distintas escalas utilizadas en nuestro medio como el establecimiento de objetivos terapéuticos según las distintas guías clínicas habituales. Se ha realizado a nivel nacional un estudio longitudinal comparativo de dos ramas (con y sin software) de 6 meses de seguimiento para valorar el grado de consecución de objetivos terapéuticos en condiciones de práctica clínica habitual. Se han incluido respectivamente 86 y 88 clínicos en ámbito de Atención Primaria que han valorado 807 y 829 pacientes respectivamente. Ambas ramas han sido ciegas entre sí. Los pacientes seleccionados han sido sujetos con factores de RCV que acuden a la consulta y a los que se les ha estudiado para establecer su RCV y sus objetivos terapéuticos. El médico ha tenido total libertad de selección de guías o protocolos de estudio, de establecimiento de objetivos y de prescripción farmacológica. La única diferencia entre los dos grupos ha sido la disponibilidad o no del software. Se ha valorado a los 6 meses si, a criterio del médico, se han conseguido los objetivos terapéuticos establecidos por él mismo.

**Resultados.** Las características basales de los pacientes incluidos en las dos ramas de estudio no han presentado diferencias significativas. Comparando la rama con software y la rama sin software los datos basales han sido respectivamente (media + desviación estándar o porcentaje según sea variable cuantitativa o cualitativa): edad 62.90 + 11.11 y 62.42 + 11.21 años, sexo 55.39% y 55.36% de varones, tabaquismo activo 29.49% y 30.28%, diabetes 38.91% y 36.31%, IMC 29.34 + 4.75 y 29.47 + 5.28 kg/m<sup>2</sup>, presión arterial sistólica 146.28 + 15.35 y 145.15 + 16.11 mmHg, diastólica 86.69 + 10.86 y 87.02 + 10.85 mmHg, colesterol 218.80 + 44.24 y 217.49 + 41.34 mg/dl, LDL-col 136.38 + 39.67 y 133.17 + 5.81 mg/dl, HDL-col 50.42 + 12.18 y 50.05 + 12.92 mg/dl, glucemia 120.76 + 36.15 y 120.16 + 36.59 mg/dl, HbA1c 6.61 + 1.40% y 6.70 + 1.30% y creatinina 1.02 + 0.26 y 1.09 + 0.50 mg/dl. Han alcanzado algún objetivo terapéutico el 85.08% y el 84.35% respectivamente (con y sin software), concretándose de la siguiente manera: tensión arterial 75.18% y 72.17%, glucemia 48.49% y 39.02% (p < 0,05), dislipemia 52.37% y 46.93% (p < 0,05), función renal 27.98% y 17.46% (p < 0,05), tabaquismo 42.32% y 29.06% (p < 0,05) y obesidad 31.85% y 28.92%.

**Discusión.** Se presentan los resultados iniciales de un estudio de valoración de software como herramienta de apoyo al clínico en el manejo de pacientes con factores de RCV. El estudio planteado como un ensayo clínico no farmacológico demuestra que la utilización del software en condiciones de clínica habitual permite conseguir más control de los factores de RCV a criterio del clínico. Ambos grupos o ramas del estudio eran ciegas entre sí por lo que se elimina el posible efecto de sesgo a favor o en contra del software por parte de los médicos. Las características basales de los pacientes eran similares al inicio del estudio otorgando una buena validez interna al estudio. El estudio realizado a nivel nacional así como haberse

llevado a cabo en condiciones de práctica clínica habitual asegura la validez externa del estudio.

**Conclusiones.** La utilización del software STRAT (Tablas y guías de riesgo cardiovascular) permite a criterio del médico obtener un mayor control de los factores de RCV al conseguir en mayor proporción el logro de los objetivos terapéuticos.

## RV-29 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

R. Daroca Pérez, J. Mosquera Lozano, C. García Lamigueiro, A. Tejada Evans, I. Hernández Ercilla, S. García Guerreros, B. Cabrerizo Murillas y A. Orive Brea

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Conocer el grado de utilización de la anticoagulación oral (ACO) en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) en función del riesgo de tromboembolismo.

**Material y métodos.** Estudio transversal. Se estudiaron los pacientes mayores de 64 años con FANV crónica ingresados en nuestro hospital de forma consecutiva en los meses de abril y mayo de 2008. Se registró el tratamiento antitrombótico que utilizaba cada paciente al ingreso. El riesgo de tromboembolismo se cuantificó mediante la puntuación CHADS2 (insuficiencia cardíaca -IC-, HTA, edad mayor de 75 años, diabetes: 1 punto cada uno; Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio -ACV o AIT- previos: 2 puntos). Se consideró riesgo bajo 0 puntos, medio 1 punto y alto 2 o más puntos.

**Resultados.** Se analizaron 184 pacientes con una edad media de 80,2 ± 6,4 años. El 58,7% fueron varones. La FA era persistente en 86,4% y recurrente en 13,1%. Factores de riesgo: edad 75 o más años, 80,4%, HTA 73,2%, IC: 43,7%, diabetes 29,5%, ACV 21,9%. La puntuación según la escala CHADS2 fue de 0 puntos: 2,7% de los pacientes, 1: 14,7%, 2: 30,4%, 3: 27,2%, 4: 15,2%, 5: 7,1%, 6: 2,7%. Tratamiento antitrombótico: global: ACO 69%, antiagregantes 22,4% heparina 1,5%, ninguno 7,1%. El tratamiento según la estratificación de riesgo se expone en la tabla 1. El grupo de pacientes de alto riesgo tenía una edad superior y un estado funcional peor que los otros dos grupos (p < 0,05).

**Discusión.** Observamos entre los pacientes con FANV crónica un elevado riesgo tromboembólico, especialmente a expensas de la edad y presencia de HTA. El tratamiento ACO se emplea en casi todos los pacientes de riesgo bajo y no se indica en un porcentaje significativo de pacientes con riesgo alto; esto puede deberse en parte a ser este último un grupo de mayor edad y peor estado funcional.

**Conclusiones.** 1) El riesgo de tromboembolismo en pacientes mayores de 64 años FANV es elevado. 2) El uso de ACO es inapropiadamente alto en pacientes con FANV de bajo riesgo. 3) En pacientes de riesgo alto, la utilización de ACO es aceptable en el grupo de edad estudiado, aunque habría que incidir en la utilización de ACO en la mayoría de estos pacientes.

Tabla 1. Tratamiento antitrombótico en función del grupo de riesgo (RV-29).

Nivel de riesgo	n	%	ACO	Antiagregante	Sin tratamiento
Bajo	5	2,7	80%	20%	-
Medio	27	14,7	66,7%	29,6%	3,7%
Alto	152	82,6	69,1%	21%	7,9%



**RV-30****ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR**

**J. Mosquera Lozano, R. Daroca Pérez, S. García Guerreros, E. Ruiz de la Cuesta, B. Cabrerizo Murillas, A. Tejada Evans, C. García Lamigueiro e I. Hernández Ercilla**

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Conocer el grado de control del tratamiento anticoagulante oral (ACO) en pacientes ancianos con fibrilación auricular no valvular (FANV).

**Material y métodos.** Estudio transversal. Se analizaron los pacientes mayores de 64 años en tratamiento anticoagulante oral por FANV crónica ingresados en nuestro hospital de forma consecutiva en los meses de abril y mayo de 2008. Se registró el nivel de INR al ingreso, los 3 últimos controles de INR previos y la presencia de complicaciones hemorrágicas al ingreso.

**Resultados.** Se analizaron 128 pacientes en tratamiento con ACO, con una edad media de  $79,1 \pm 5,9$  años. El 58,6% fueron varones. Factores de riesgo: edad de 75 o más años: 76,6%, HTA: 75,6%, insuficiencia cardíaca: 44,9%, diabetes: 33,9%. El control del tratamiento anticoagulante se realizaba en Centro de Salud en el 87% y en el hospital en el 13%. El INR medio al ingreso fue de  $2,9 \pm 1,96$ . El INR al ingreso se hallaba en rango terapéutico en el 38,7%, por debajo en el 31,5% y por encima en 29,8%. Las 3 últimas determinaciones de INR previas al ingreso se hallaban en rango terapéutico en el 39,5%, 45,8% y 48,3%. Presentaban hemorragia al ingreso 7 pacientes (5,5%), siendo en 6 esta la causa del ingreso; 3 rectorragias, 1 hemorragia digestiva alta, 2 hematuria, 1 hemotórax. 4/7 tenían INR > 3.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes con adecuado control de ACO en nuestro estudio es bajo, posiblemente por tratarse de pacientes con edades elevadas, alta prevalencia de patología cardiovascular y con patología aguda que motiva hospitalización. El control ambulatorio también es pobre, peor que las cohortes generales de pacientes en tratamiento ACO. La incidencia de hemorragias es relativamente elevada, ocasionando hospitalización en un número significativo de pacientes.

**Conclusiones.** Con la limitación de tratarse de pacientes reclutados durante un ingreso, nuestro estudio sugiere que el control del tratamiento ACO en pacientes ancianos con FA crónica es deficiente, lo que puede suponer a un riesgo de hemorragias y embolismo superior al descrito en ensayos clínicos.

**RV-31****INGRESOS EN MEDICINA INTERNA Y RIESGO CARDIOVASCULAR**

**I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez, V. Linde Menéndez S. Raposo García, N. Carracedo Falagán, M. López Veloso, M. Ledo Laso y S. Pérez Andrada**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

**Objetivos.** 1. Conocer el motivo de ingreso en un servicio de Medicina Interna y cuantos de estos ingresos son derivados de la presencia de patología cardiovascular. 2. Grado de control que presentan los pacientes que ingresan en Medicina Interna de los distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). 3. Calcular el Riesgo Vascular (RV) de los pacientes ingresados en Medicina Interna según las Guías de las SEC-SEH 2007.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo efectuado tras revisar la historia clínica de 73 pacientes ingresados en una Planta de Medicina Interna del Complejo asistencial de León. Se recogieron las siguientes variables: motivo de ingreso, sexo, edad, presencia en antecedentes de HTA, DM, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo, fibrilación auricular, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, cifras de Presión Arterial (PA), peso, perímetro abdominal, analítica general básica, tratamiento al ingreso, cálculo del RV según las Guías de la SEC-SEH 2007 y presencia de Síndrome Metabólico (SM) según criterios de la ATP III. El análisis

estadístico se efectuó con el programa SPSS.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 73 pacientes; 47% mujeres y 53% varones con una edad media de  $74 \pm 10$  años (82% mayores de 65 años). En el 48% el principal motivo de ingreso estaba relacionado con la presencia de patología cardiovascular: 37% ICC (el 52% de ellos con antecedentes de HTA y fibrilación auricular); 5% ictus isquémico; 3% hematoma-hemorragia cerebral; 3% insuficiencia renal en pacientes con antecedente de HTA. Aproximadamente a la mitad de los pacientes ingresados con el diagnóstico de ICC se les realizó un Ecocardiograma presentando todos ellos disfunción sistólica y datos de cardiopatía hipertensiva. En el 53% figuraba como antecedente la presencia de HTA, en el 25% DM tipo 2, dislipemia el 25%, tabaquismo 8%, sedentarismo 25%, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz el 8%. Presentaban antecedente de fibrilación auricular el 31% de los pacientes, de los que sólo tres no eran hipertensos. El peso medio fue de  $66 \pm 12$  kg. y el perímetro abdominal  $95 \pm 12$  cm.; el 62% de las mujeres tenían un perímetro abdominal mayor de 88 cm y el 33% de los varones mayor de 102 cm. El 60% aclaramiento de creatinina < 60 ml/min. Glucemia anómala en ayunas el 25% y DM tipo 2 el 22%. Tratamiento farmacológico al ingreso: 16% ARAI; 29% IECA; 5% calcioantagonista; 49% diuréticos; 14% betabloqueantes; 27% antiagregación; 22% anticoagulación; 16% estatinas; 1% fibratos. El 43% presentaban mal control de cifras de PA al ingreso y el 29% cifras de colesterol total elevadas. RV: 6% bajo; 12% moderado; 25% elevado; 57% muy elevado. Los pacientes cuyo motivo principal de ingreso estaba relacionado con enfermedades cardiovasculares tenían un RV elevado-muy elevado el 100% y los pacientes ingresados por otra patología un 66%. El 34% cumplían criterios de SM al ingreso.

**Discusión.** La patología cardiovascular es el primer motivo de ingreso hospitalario en los Servicios de Medicina Interna en nuestro país, así, se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes atendidos por un internista presentan enfermedad cardiovascular establecida. En nuestro estudio la causa más frecuente de ingreso hospitalario está relacionada con la presencia de patología cardiovascular, siendo la ICC en pacientes con antecedentes de fibrilación auricular e HTA el motivo más frecuente de ingreso, probablemente relacionado con la avanzada edad de los mismos. La HTA es el FRCV más prevalente con mal control de cifras de PA en casi la mitad.

**Conclusiones.** El motivo principal de ingreso se debe a enfermedades cardiovasculares siendo la insuficiencia cardíaca congestiva el más frecuente. - Casi la mitad de los pacientes ingresados presentan mal control de PA a pesar de recibir tratamiento antihipertensivo con al menos tres fármacos. - Destaca el escaso uso de estatinas al ingreso, a pesar de ser pacientes de alto riesgo. - La mayoría de los pacientes presentan un RV elevado o muy elevado, aún cuando el motivo principal de ingreso no está directamente relacionado con la presencia de patología cardiovascular.

**RV-32****EFICACIA DE AÑADIR ÁCIDO OMEGA-3 A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE TG Y COLESTEROL NO HDL**

**J. Costa Muñoz<sup>1</sup>, E. Rodilla Sala<sup>1</sup>, F. Pérez Lahiguera<sup>1</sup>, S. Mares Roger<sup>1</sup>, J. Pascual Izuel<sup>1</sup>, C. González Montes<sup>2</sup>, L. López Montes<sup>1</sup> e I. Jiménez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Evaluar el efecto en los valores lipídicos de añadir ácido omega-3 (OM-3) a pacientes en tratamiento con estatinas con hipertrigliceridemia persistente.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en pacientes que estaban recibiendo estatinas y con valores de C-LDL < 10% por encima de sus objetivo terapéuticos acordes con su riesgo cardiovascular (NCEP, ATP-III) y con valores de TG de 200-500 mg/dl. Tras implementar las medidas dietéticas durante 12 semanas, se añadió al tratamiento 3-4 g/día de OM-3. El objetivo fue valorar tras tres meses, el cambio porcentual de los valores de TG y C-no HDL y la proporción de pacientes que alcanzaban los objetivos terapéuticos secundarios de TG y C no-HDL.

**Resultados.** Se evaluaron 35 pacientes (60% varones) de 63 (11 años, el 60% de alto riesgo. Tras tres meses de tratamiento presen-

taron una reducción de TG del (-36%,  $p < 0,001$ ) y del C no-HDL (-5.0%,  $p = 0,136$ ) con reducción del cociente CT/ C-HDL (12%,  $p < 0,001$ ). Hubo un incremento no significativo del C-HDL y C-LDL. El 28% consiguió valores de TG  $< a 150$  mg/dl (24% en el grupo de alto riesgo). La proporción de pacientes que alcanzó los objetivos de C-no-HDL paso del 35% al 60% ( $p = 0,045$ ) y fue del 33% al 67% ( $p = 0,030$ ) en el grupo de alto riesgo.

**Conclusiones.** En pacientes en tratamiento con estatinas y con hipertrigliceridemia persistente al añadir OM-3 y dieta causó una reducción de los valores de TG y una clara mejora de los objetivos lipídicos secundarios de C-no-HDL.

**RV-33  
TRATAMIENTO COMBINADO CON FENOFIBRATO  
AÑADIDO A ESTATINAS Y OBJETIVOS DE COLESTEROL  
NO-HDL**

**J. Costa Muñoz<sup>1</sup>, E. Rodilla Sala<sup>1</sup>, F. Pérez Lahiguera<sup>1</sup>, S. Mares Roger<sup>1</sup>, J. Pascual Izuel<sup>1</sup>, C. González Montes<sup>2</sup>, L. López Montes<sup>1</sup> y A. Roldan Silvestre<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Evaluar el efecto en los valores lipídicos de añadir fenofibrato (OM-3) a pacientes en tratamiento con estatinas con hipertrigliceridemia persistente.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en pacientes que estaban recibiendo estatinas y con valores de C-LDL  $< 10\%$  por encima de sus objetivo terapéuticos acordes con su riesgo cardiovascular (NCEP, ATP-III) y con valores de TG de 200-500 mg/dl. Tras implementar las medidas dietéticas durante 12 semanas, se añadió al tratamiento 145 mg de fenofibrato en dosis única matutina. El objetivo fue valorar tras tres meses, el cambio porcentual de los valores de TG y C-no HDL y la proporción de pacientes que alcanzaban los objetivos terapéuticos secundarios de TG y C no-HDL.

**Resultados.** Se evaluaron 66 pacientes (40% varones) de 63 (11) años, el 58% de alto riesgo. Tras tres meses de tratamiento presentaron una reducción de TG (-47 (19%);  $p < 0,001$ ), del C no-HDL (-14.0 (20%);  $p = 0,001$ ), y CT (-8 (16%);  $p < 0,001$ ), con incremento del C-HDL 14 (25%);  $p < 0,001$ ) y del C-LDL (12 (62%);  $p = 0,003$ ) y reducción del cociente C-no-HDL/ C-HDL (-22 (24%);  $p < 0,001$ ). El 33% consiguió valores de TG  $< a 150$  mg/dl La proporción de pacientes que alcanzó los objetivos de C-no-HDL paso del 44% al 70% ( $p < 0,001$ ) y fue del 33% al 67% ( $p = 0,030$ ) en el grupo de alto riesgo. No hubo efectos secundarios significativos.

**Conclusiones.** En pacientes en tratamiento con estatinas y con hipertrigliceridemia persistente el añadir fenofibrato y dieta causó una reducción de los valores de TG y una clara mejora de los objetivos lipídicos secundarios de C-no-HDL.

**RV-34  
LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL SÍNDROME  
DE SJÖGREN PRIMARIO. PREVALENCIA Y SIGNIFICADO  
CLÍNICO EN 388 PACIENTES**

**M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, M. Soto<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, M. Akasbi<sup>1</sup>, R. Pérez Álvarez<sup>2</sup>, M. Ramos-Casals<sup>1</sup> y A. Coca<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión, Servicio de Medicina Interna, ICMD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y relevancia clínica de la enfermedad cardiovascular en una amplia serie de pacientes no seleccionados con síndrome de Sjögren primario (SSp).

**Material y métodos.** Se incluyeron 388 pacientes consecutivos diagnosticados de SSp entre 1980 y 2007 fueron evaluados. Analizamos la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, aterosclerosis subclínica (evaluado mediante ecografía-Doppler en arterias carótidas) y las características clínicas de la enfermedad cardiovascular.

**Resultados.** De los 388 pacientes, 361 (el 93%) eran mujeres y 27 hombres (del 7%), con una edad media al diagnóstico de 53.9 años (rango: 15-86). Doscientos sesenta y siete pacientes (69%) presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia-36%, hipertensión arterial-32%, hipertrigliceridemia-28% y diabetes-18%); Estos pacientes presentaban con menor frecuencia marcadores inmunológicos positivos: FR+ (39% vs 51%,  $p = 0,034$ ), anti-Ro/SS-A (32% vs 47%,  $p = 0,007$ ) y anti-La/SS-B (el 21% vs el 32%,  $p = 0,025$ ), en comparación con pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. La ecografía-Doppler de carótida fue realizada en 21 pacientes, de los cuales en 18 (86%) se objetivaron placas ateroscleróticas. Tras un seguimiento medio de SSp de 9 años, 42 pacientes (11%) desarrollaron un total de 48 eventos cardiovasculares. 37 eran mujeres (88%) y 5 varones (12%), con una edad media de 66.2 años en el momento del evento (rango 43-91) y un tiempo medio de 8.63 años tras el diagnóstico de SSp. Treinta y siete paciente presentaron eventos coronarios y 11 accidentes cerebrovasculares. La gran mayoría de los episodios (90%) se produjeron en pacientes con edad  $> 60$  años.

**Conclusiones.** El setenta por ciento de nuestros pacientes con SSp presenta al menos un factor de riesgo cardiovascular, aunque sólo el 10% desarrolla clínicamente enfermedad cardiovascular, siendo la cardiopatía isquémica tres veces más frecuente que los eventos cerebrovasculares. Respecto a la expresión del SSp, la enfermedad cardiovascular se asoció a una menor frecuencia de autoanticuerpos. La enfermedad cardiovascular debe ser considerada como una de las principales comorbilidades asociadas al SSp.

**RV-35  
CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON MICROALBUMINURIA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR**

**E. Ferrer Cobo<sup>1</sup>, M. Laya Tomás<sup>1</sup>, E. Sánchez Pujol<sup>2</sup>, M. Vila i Vall-llobera<sup>2</sup> y E. Llargués Rocabruna<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unitat de Risc Vascular. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** El control intensivo de los diferentes factores de riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos, tal y como se demostró en el estudio Steno-2, implica una reducción de las complicaciones vasculares de aproximadamente el 50% y una reducción del riesgo de sufrir eventos cardiovasculares del 29%. Nuestro objetivo ha sido comparar el manejo y control de los diabéticos atendidos en la unidad de riesgo vascular de nuestro hospital con el grupo control y de tratamiento intensivo del estudio Steno-2.

**Material y métodos.** Se revisaron de la base de datos Visualcor® los pacientes diabéticos tipo 2 entre 45 y 65 años, con 2-10 años de evolución y microalbuminuria positiva, que cumplieran los mismos criterios de inclusión que el estudio Steno-2, atendidos al menos en una ocasión en la unidad de riesgo vascular desde enero de 2003. Se ha analizado el porcentaje de pacientes con control aceptable de TAS, TAD, HbA1c, colesterol total y triglicéridos y se ha comparado con el grupo intervención y control del estudio Steno-2.

**Resultados.** Se han analizado 60 pacientes con edad media  $52,4 \pm 5,2$  años. 44 eran varones (73,3%), con edad media  $54,4 \pm 4,9$  los varones y  $52,5 \pm 6,1$  las mujeres. El control de los distintos factores de riesgo de la población estudiada y el grupo control y grupo intervención del estudio Steno-2 están relacionados en la tabla adjunta.

**Conclusiones.** El grado de control de los factores de riesgo vascular (TAS, HbA1c y colesterol total) de los pacientes diabéticos atendidos en una Unidad de Riesgo Vascular en la que se utiliza una herramienta

Tabla 1. Control Factores de Riesgo (RV-35).

Valores en %	Steno-2 Control	Steno-2 Intervención	HGG
TAS $< 130$	19.67	46.72	33.33
TAD $< 80$	59.84	72.13	46.67
HbA1c $< 6.5$	3.28	15.16	38.33
Colesterol total $< 175$	22.13	71.72	35
TG $< 150$	47.13	58.20	41.67

ta de soporte a la información (VisualCor®) es superior al obtenido en la práctica habitual (grupo control del estudio Steno-2) y se acerca más a los objetivos marcados por las guías de práctica clínica de las sociedades científicas (grupo intervención del estudio Steno-2).

### RV-36

#### COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE ROSUVASTATINA VERSUS ATORVASTATINA EN PACIENTES ESPAÑOLES CON HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA. ESTUDIO CESAR

R. Alonso Karlezi<sup>1</sup>, P. Mata<sup>1</sup>, F. Pérez Jiménez<sup>2</sup> y J. Palma Nieto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Lípidos - Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Lípidos y Aterosclerosis - Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>3</sup>Área Cardiovascular. Departamento Médico AstraZeneca.

**Objetivos.** Existe suficiente evidencia del beneficio de las estatinas en la reducción del riesgo cardiovascular especialmente en pacientes de alto riesgo cardiovascular. A pesar de disponer de tratamientos eficaces, la consecución de objetivo terapéutico en colesterol LDL (c-LDL) es bajo. Los objetivos principales de este estudio fueron: a) determinar el porcentaje de pacientes que consiguen objetivo terapéutico en c-LDL de acuerdo a ATP III y b) comparar el porcentaje de reducción en c-LDL a las 12 semanas de tratamiento con rosuvastatina (Rv) 10 mg versus atorvastatina (Av) 10 mg.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico, doble-ciego, aleatorizado de 24 semanas de duración realizado en 41 centros de España. Criterios de inclusión: > 18 años con hipercolesterolemia primaria (c-LDL > 160 y < 250 mg/dL y triglicéridos (TG) < 400 mg/dL. Los pacientes incluidos hicieron un período de 4 semanas de lavado de tratamiento farmacológico siguiendo una dieta estándar. Posteriormente, fueron aleatorizados para recibir Av 10 o Rv 10 durante 12 semanas. Aquellos pacientes que no consiguieron objetivo terapéutico en c-LDL, recibieron el doble de la dosis durante otras 12 semanas. Las muestras de sangre se obtuvieron en ayunas de 12 horas en intervalos de tiempo predefinidos. Se determinó el colesterol total, triglicéridos y colesterol-HDL mediante métodos enzimáticos en un laboratorio centralizado. El c-LDL se determinó mediante fórmula de Friedewald. La inclusión de 202 pacientes por grupo asegura un poder del 80% para un nivel de significancia del 5% (alfa = 0,05) para detectar la diferencia esperada en el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo terapéutico y permitiría un poder > 95% para detectar la diferencia esperada en la reducción porcentual en c-LDL. Asumiendo un porcentaje de caída del 10%, 225 paciente debían ser incluidos en cada rama. El análisis de eficacia se realizó con los datos de la población con intención de tratar (todos los pacientes que recibieron tratamiento aleatorizado y tenían al menos 1 medida de eficacia post-basal).

**Resultados.** 421 pacientes fueron aleatorizados. A las 12 semanas, el porcentaje de pacientes que consiguieron objetivo terapéutico en c-LDL según ATP-III fue significativamente superior con Rv10 que con Av 10 (55,5% versus 39,5%, respectivamente,  $p < 0,001$ ). Por otra parte, la reducción en c-LDL fue también significativamente superior con Rv10 ( $42,2 \pm 12,6\%$ ) que con Av 10 ( $34,9 \pm 14,5\%$ ) ( $P < 0,001$ ). No hubo diferencias significativas en c-HDL ni en triglicéridos. Tampoco hubo diferencias significativas en los eventos adversos atribuidos a los fármacos. Sólo hubo 2 casos de aumento en GPT > 3 xVNL).

**Conclusiones.** Rosuvastatina 10 fue más eficaz que Av 10 en conseguir los objetivos en c-LDL de acuerdo a ATP-III, en reducir el c-LDL en pacientes españoles con hipercolesterolemia.

### RV-37

#### HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN CONSULTAS DE PREDIALISIS

J. Prado<sup>1</sup>, E. García<sup>1</sup>, M. Lozano<sup>2</sup>, A. Cabrera<sup>1</sup>, M. Raffo<sup>1</sup>, F. Diaz<sup>1</sup>, G. Granados<sup>1</sup> y M. Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el resultado de multitud de procesos patológicos, que llevan a complicaciones severas en la hemodiálisis, así la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) es consecuencia de múltiples factores a destacar, Hipertensión Arterial (HTA). El control de HTA en prediálisis prevendría la HVI en Hemodiálisis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de 34 pacientes de consultas prediálisis del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, desde enero 2007 a enero de 2008. Se tomaron datos clínicos-analíticos: Sexo, Edad, HVI, HTA y DM. En la serie había 7 trasplantes renales. Se realizó ecocardiografía para valorar la HVI. Se determinó la HVI a cada uno mediante la medición del grosor parietal del septum interventricular y pared posterior y/o cálculo de masa ventricular mediante la fórmula de Devereux, siendo los valores de referencia: grosor parietal del septum interventricular o pared posterior o ambas mayor de 11 mm; masa ventricular mayor a 215 gr., el cálculo de la masa del ventrículo izquierdo se realizó según el diámetro diastólico, tabique interventricular y pared posterior.

**Resultados.** Treinta y cuatro pacientes, 12 mujeres y 22 hombres. La edad media en mujeres fue 65 años, en hombres 69 años y en el grupo, 67 años. En los varones (5 trasplantados) 18 presentaban HTA, incluyendo 2 mal controlados y 12 pacientes con DM. En 4 casos no había HTA. De los 22 pacientes varones, 12 presentaban HVI según estándares de imagen y de estos, 4 con valvulopatías aórtica. En el grupo con HTA había 8 pacientes con HVI, 4 HVI entre los DM y en el grupo sin HTA se encontró 2 pacientes con HVI en el contexto de Insuficiencia cardíaca. En el grupo de mujeres (2 trasplantadas), 11 presentaban HTA, incluyendo 3 mal controladas y 4 pacientes con DM. Tres mujeres presentaban HVI, de las cuales en una, se objetivó valvulopatía aórtica. En el grupo con HTA había 2 pacientes con HVI y 1 HVI entre los DM. El intervalo de TAS de la muestra con HTA controlada era 140-100 mmHg y el de TAD 90-60 mmHg. La prevalencia de HVI fue del 40%, 54% en hombres; 25% en mujeres y por edades se distribuyó: 8% entre los 20-40 años, 26% entre los 40-60 años y un 60% en más de 60 años. El 85% del total de pacientes con HVI presentaban HTA, los varones un 75% y las mujeres un 55%.

**Discusión.** La HTA hallazgo frecuente en la IRC es un factor de riesgo para desarrollar HVI entre otras complicaciones. La enfermedad cardiovascular es la causa más importante de muerte, siendo responsable de la mitad en diálisis. La HVI tiene una alta prevalencia en pacientes hemodializados, sugiriendo que las causas implicadas en su desarrollo juegan un papel importante en prediálisis. Controlando la tensión arterial como factor implicado en la HVI evitaremos que lleguen a Hemodiálisis en condiciones de alto riesgo. Con un modelo de regresión logística se confirma que por cada 5 mmHg de presión arterial sistólica el riesgo de HVI aumenta un 3% y por cada cinco años de edad, el riesgo de HVI aumenta un 3%; correspondiéndose con nuestra serie donde la HVI resulto mayoritaria en población mayor de 40 años y la HTA era el principal desencadenante. La prevalencia de HVI fue del 40%, traduciéndose en un 26% si descartáramos las valvulopatías como desencadenante de HVI. En nuestra serie, con un tratamiento antihipertensivo combinado de fármacos, IECA, ARA II, B-Bloqueantes y/o Calcio-antagonistas, se consiguió mantener las TA dentro de un rango adecuado en el 66% de las HVI, favoreciendo la regresión de la HVI y disminuyendo el riesgo cardiovascular.

**Conclusiones.** El control de la TA disminuye la HVI en Hemodiálisis, factor de riesgo para enfermedad cardiovascular mortal. Sólo un 26% de pacientes con HVI en nuestra serie, explica el buen control tensional de la población a estudio.



**RV-38  
RIESGO CARDIOVASCULAR Y SDR METABÓLICO EN  
PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH EN TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EFECTIVO**

**M. Mafe Nogueroles, C. Tornero Estébanez, A. Santamaría  
Martín, E. Gil Tomás y C. La Puebla Ferri**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja.  
Gandia (Valencia).*

**Objetivos.** La generalización en los países desarrollados del uso de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha despertado la preocupación por el incremento del riesgo cardiovascular (RC) en los pacientes con infección por VIH. Los índices de RC y las definiciones de síndrome metabólico (SM) son útiles para identificar los grupos de mayor riesgo. Nos planteamos calcular el RC y la presencia de SM en un grupo de 50 pacientes con infección VIH bien controlados con TARGA.

**Material y métodos.** Se incluyeron 50 pacientes consecutivos con infección por VIH con TARGA estable, que mantenían viremias por debajo del límite de detección (< 50 copias/ml) durante más de dos años. En la consulta se realizaba una entrevista personal sobre antecedentes familiares, la medición antropométrica, se recogían las cifras de lípidos y la presencia de HTA confirmada con MAPA. Se calculó el RC mediante la ecuación de Framingham y el estudio REGIDOR. Mediante las definiciones conocidas se evaluó la presencia de SM según los criterios de WHO, NACEP-ATPII y de la IDF.

**Resultados.** Se incluyeron 60% de varones, con edad mediana de 41 años (IQ 25-75: 38-46), con TARGA efectivo durante 59,8 ± 25,2 meses y recuento de CD4 (cs/mcl): nadir 159,6 ± 132,9; actuales de 744,2 ± 269,3. Se encontraron FRC modificables en: 70% tabaquismo; 20% Colesterol total > 240; 20% Hipertensión arterial comprobada mediante MAPA y 8% diabetes El RC calculado se muestra en la tabla 1. Cumplían criterios de SM en el 10%, 40% y 32% según los criterios de la WHO, ATP y IDF respectivamente.

**Discusión.** El envejecimiento de la población VIH, la mejora en la supervivencia y la necesidad de tratamiento crónico, obligan a abordar el riesgo cardiovascular a largo plazo en estos pacientes. En un grupo de pacientes como los presentados aquí, donde la supervivencia esperada es alta, la reducción del RC es importante. La prevalencia de SM depende de los criterios utilizados pero las alteraciones lipídicas y la lipodistrofia secundarias a la TARGA podrían elevarla.

**Conclusiones.** La evaluación mediante las ecuaciones de RC y la presencia de SM, debe incluirse en el manejo rutinario del paciente VIH bien controlado con TARGA, para identificar aquellos pacientes con mayor riesgo cardiovascular.

Tabla 1. Resultado de índices de riesgo cardiovascular (RV-38).

	Índice de RC de todo el grupo
Framingham media (DE)	7,24 (6,01) > 10%: 28%
Regidor media (DE)	3,21 (2,75) > 10%: 2%

**RV-39  
COMPLICACIONES MICRO Y MACROVASCULARES DE  
LOS PACIENTES DIABÉTICOS CON MICROALBUMINURIA  
POSITIVA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE RIESGO VAS-  
CULAR**

**E. Ferrer Cobo<sup>1</sup>, A. Villagrasa Vilella<sup>1</sup>, M. Vila i Vall-llobera<sup>2</sup>, E. Sánchez Pujol<sup>2</sup> y E. Llargués Rocabrunga<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna.  
Unitat de Risc Vascular. Hospital General de Granollers.  
Granollers (Barcelona).*

**Objetivos.** Analizar las complicaciones micro y macrovasculares de los pacientes diabéticos de riesgo, con criterios de inclusión en el estudio Steno-2, atendidos en una unidad de riesgo vascular.

**Material y métodos.** Se revisaron de la base de datos Visualcor® los pacientes diabéticos tipo 2 entre 45 y 65 años, con 2-10 años de evolución y micro albuminuria positiva, atendidos en la unidad de riesgo vascular desde enero de 2003. Se ha analizado el cribaje y la

presencia de complicaciones micro y macrovasculares, así como los eventos isquémicos cardíacos o cerebrales y el tratamiento farmacológico prescrito.

**Resultados.** Se han analizado 60 pacientes con edad media 52,4 ± 5,2 años. 44 eran varones (73,3%). Presentaban retinopatía diabética el 13,6% de los pacientes a los que se había realizado un fondo de ojo en el seguimiento (73,3%). El antecedente de cardiopatía isquémica se había recogido en el 91,7% de los pacientes, siendo positivo en el 14,5%. Se había evaluado el antecedente de enfermedad cerebrovascular en el 86,7% de la población, habiendo presentando eventos cerebrovasculares el 8%. Se había investigado arteriopatía periférica en el 80% de los pacientes, de los que el 12,5% presentaban afectación. El 28,6% de los pacientes estaba insulinizado, el grupo de antidiabéticos orales prescrito con mayor frecuencia fueron las biguanidas (78,6%), seguidas de las glitazonas (30,4%), las sulfonilureas (14,8%), las metiglinidas (14,3%) y los inhibidores de la alfa-glucosidasa (5,4%). Seguían tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) el 41,1% de los pacientes y con antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARAI) el 28,6%. Ningún paciente seguía tratamiento con IECAs + ARAII. El 30,3% de los pacientes no tomaba IECAs o ARAII. Recibían antiagregantes el 55,4% de los pacientes y con dicumarínicos el 7,1%. Seguían tratamiento con estatinas el 58,9% de los pacientes.

**Conclusiones.** El cribaje de complicaciones micro y macrovasculares de los pacientes diabéticos de alto riesgo (con microalbuminuria) es elevado, aunque debe mejorarse para alcanzar a toda la población. Destaca el grupo de pacientes diabéticos con micro albuminuria positiva que no reciben tratamiento antihipertensivo que actúe sobre el eje renina-angiotensina-aldosterona.

**RV-40  
CONTROL GLOBAL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS  
ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR**

**E. Ferrer Cobo<sup>1</sup>, B. Muñoz González<sup>1</sup>, M. Vila i Vall-llobera<sup>2</sup>, E. Sánchez Pujol<sup>2</sup> y E. Llargués Rocabrunga<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna.  
Unitat de Risc Vascular. Hospital General de Granollers.  
Granollers (Barcelona).*

**Objetivos.** Analizar el control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos de los pacientes diabéticos atendidos en una unidad de riesgo vascular. Detectar si existen diferencias entre pacientes de ambos sexos.

**Material y métodos.** Se revisaron de la base de datos Visualcor® los pacientes diabéticos tipo 2 entre 45 y 65 años, con 2-10 años de evolución y micro albuminuria positiva, pacientes que cumplían los mismos criterios de inclusión que el estudio Steno-2, atendidos en la unidad de riesgo vascular desde enero de 2003. Se ha analizado el hábito tabáquico, obesidad, TAS, TAD, HbA1c, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos.

**Resultados.** Se han estudiado 60 pacientes con edad media 52,4 ± 5,2 años, de los que 44 eran varones (73,3%), con edad media 54,4 ± 4,9 y 52,5 ± 6,1 las mujeres. El control de los distintos factores de riesgo se recoge en la tabla adjunta.

**Conclusiones.** Los hombres presentan un índice de masa corporal inferior a las mujeres, mientras que las mujeres presentan un mejor control en los niveles de colesterol HDL y triglicéridos. No se han observado diferencias en los otros parámetros estudiados.

Tabla 1. Control de los Factores de Riesgo Vascular (RV-40).

	Hombres	Mujeres	p
Fumador activo	25%	25%	NS
IMC	30,6 ± 3,7	36,9 ± 8,8	< 0,0001
TAS	136,4 ± 16,3	134,1 ± 14,2	NS
TAD	81,0 ± 9,6	76,1 ± 14,5	NS
HbA1c	7,6 ± 2,0	7,0 ± 1,9	NS
Colesterol Total	198,8 ± 46,7	189,3 ± 40,6	NS
Colesterol LDL	99,9 ± 42,5	107,7 ± 28,5	NS
Colesterol HDL	42,8 ± 11,2	49,6 ± 8,3	0,03
Triglicéridos	255,7 ± 199,6	149,3 ± 81,8	0,04

**RV-41****URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS**

**V. Garcés Horna<sup>1</sup>, M. Herrero Torrés<sup>1</sup>, Á. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, J. Valle Puey<sup>1</sup>, M. Callejo Plazas<sup>1</sup>, C. Fernández del Prado<sup>2</sup>, J. Gimeno Garza<sup>2</sup> y J. García Noain<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de las crisis hipertensivas (CH) en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Evaluar los factores de riesgo, el cuadro clínico y la frecuencia de lesión órgano diana de los pacientes incluidos.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo que recoge todos los pacientes diagnosticados de CH durante un año en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Incluye 272 pacientes que cumplen los criterios de CH (según Guía Española de HTA de 2005). Las variables analizadas fueron: Edad y sexo, Factores de riesgo cardiovascular, Signos y síntomas, Cifras tensionales, Tratamiento previo, Tratamiento recibido y Destino. Se utilizó SPSS 14.0 para el análisis estadístico.

**Resultados.** Datos epidemiológicos: en los 365 días, hubo 113.663 urgencias atendidas, de las cuales 272 cumplían los criterios del estudio. La población asistida fue de 286.774 hab. lo que supone una prevalencia de 0,3% del total de urgencias atendidas y una incidencia anual de 1 caso por 1000 hab. y año. Datos clínicos: La media de edad fue de 65,8 años (DE: 14,5). Aproximadamente, 2/3 de los pacientes eran mujeres; se observó claro aumento de casos con la edad y coincidió el pico de máxima incidencia en ambos sexos (entre 71 y 80 años). Sólo 215 (79%) tenían HTA previa y el 90% de éstos llevaban tratamiento antihipertensivo habitual. Entre los factores de riesgo cardiovascular la edad superior a 60 años fue el más frecuente, y tras él la dislipemia con un 22% y la diabetes con un 15%. Con respecto a los signos y síntomas: 22% permanecieron asintomáticos, sobresale la cefalea (de predominio occipital) y hubo 15 enfermos en los que la clínica fue de difícil sistematización encuadrándose en el grupo de "otros". Un 87% fueron consideradas Urgencias hipertensivas, mientras que un 13% se filieron de Emergencias, de éstas la más frecuente fue el Síndrome Coronario Agudo y tras éste la Hemorragia Cerebral.

**Discusión.** Este estudio proporciona una estimación de la prevalencia de las CH en un Servicio de Urgencias, representando una importante y común patología en la medicina de Urgencias. Dentro de los pacientes con CH sintomática, la clínica más habitual, al igual que en otros estudios de la bibliografía, es la cefalea. Las Urgencias son mucho más frecuentes que las Emergencias, pero no por ello de menor importancia ya que, por definición, se caracterizan por lesión de órgano diana

**Conclusiones.** En conclusión, dada la frecuencia de esta patología parece necesario establecer unas pautas de actuación diagnóstica y terapéutica ante una CH, que unifiquen la atención en un Servicio de Urgencias.

**RV-42**

**ESTUDIO AMBULATORIO DE PACIENTES CON AIT EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN REMITIDOS DESDE UNA UNIDAD DE PREINGRESO. REINGRESO Y MORTALIDAD A 30 DÍAS**

**C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, L. Ferreira González<sup>2</sup>, L. Bello Rodríguez<sup>1</sup>, D. Llinares García<sup>1</sup>, L. Castelo Corral<sup>2</sup>, Á. Mena de Cea<sup>2</sup>, H. Mejide Míguez<sup>2</sup> y J. Lorenzo Porto<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Preingreso, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Dirección de Organización y Gestión Clínica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Análisis descriptivo de los pacientes con accidentes isquémicos transitorio (AIT) dados de alta desde la Unidad de Preingreso (UPI) del Hospital Juan Canalejo (HJC) y remitidos a un programa especial de consulta: "Programa más Consultas". Valorar la seguridad de dicha estrategia, analizando la tasa de reingresos y mortalidad a 30 días.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo observacio-

nal de prevalencia de los pacientes con AIT remitidos a "Mas Consultas" desde la UPI entre el 26 de Julio de 2007 y el 26 de Marzo de 2008, siendo el tamaño muestral de 25 pacientes. Se analizaron los características basales, los estudios realizados y el tiempo de demora para la consulta, doppler de troncos supraaórticos y ecocardiograma, reingreso y mortalidad a 30 días.

**Resultados.** Durante el período de estudio 25 pacientes con AIT fueron remitidos a "Mas Consultas" desde la UPI. La edad media de los pacientes fue de  $69.56 \pm 12.65$  años. El 56% eran varones. El 79,2% eran hipertensos, 29,2% diabéticos y 65,2% dislipémicos. El 62,5% eran no fumadores y el 12.5 ex-fumadores. 3 pacientes (12%) estaban en fibrilación auricular. La focalidad neurológica fue: Disartria (12.5%), monoparesia (29.2%), afasia (16.7%), amaurosis fugax (12.5%), hemiparesia izquierda (12.5%), afasia (16.7%), hemiparesia derecha (4.2%), parestesias de hemicuerpo derecho (2.7%), afasia y hemiparesia derecha (8.3%). El tiempo de espera para la consulta desde el alta fue de  $3.37 \pm 2.81$  días. En 21 casos (84%) se realizó estudio carotídeo mediante eco doppler, siendo el tiempo de espera para esta prueba complementaria de  $22.57 \pm 11.21$  días. En 2 pacientes (9.5%) se objetivaron estenosis significativas. En uno de estos casos se realizó arteriografía que corroboró los hallazgos del ecodoppler, aunque debido a la comorbilidad del paciente, se descartó intervencionismo a dicho nivel. En otro caso no se realizó angiografía debido a la edad y comorbilidad. En 1 paciente (4.7%) se visualizó una lesión límite, realizándose angioRMN de troncos supraaórticos que descartó la presencia de estenosis significativa. En 2 pacientes (9.5%) se realizó angiografía, uno ya comentado, y otro con AIT de repetición en el mismo territorio, objetivándose una placa aterosclerótica ulcerada a nivel de carótida interna derecha no significativa, procediéndose a la colocación de un stent. En 8 pacientes (32%) se realizó un ecocardiograma. El tiempo de espera fue de  $58 \pm 35.84$  días desde el alta. Tres pacientes (12%) sufrieron reingreso a 30 días por un nuevo AIT. La mortalidad a 30 días fue 0%.

**Discusión.** En los últimos años existe una tendencia a reducir la estancia hospitalaria, sin que se haya objetivado una mayor mortalidad o un aumento del número de reingresos. Una de las funciones de la UPI es coordinar la derivación a consultas de alta resolución de aquellos pacientes que precisen un estudio complementario preferente, como los AITs. El beneficio del ingreso hospitalario para un AIT radica en la mayor rapidez de acceso al doppler carotídeo, ya que estenosis mayores del 70% se beneficiarán de revascularización. El "Programa más Consultas" persigue completar los diferentes estudios de manera ambulatoria sin que esto suponga un perjuicio o retraso para el paciente. En nuestro estudio 3 pacientes reingresaron antes de 30 días (12%), una tasa similar a lo objetivado en otras series, que oscila entre el 8% y el 13.5%, no habiéndose objetivado ningún caso de mortalidad a 30 días. De estos, ninguno presentaba estenosis que se hubieran beneficiado de intervencionismo. A pesar de esto creemos que se deben acortar los tiempos para el estudio ambulatorio dado que el mayor riesgo de ACV sucede en los primeros 10 días tras el AIT.

**Conclusiones.** Los pacientes con AIT pueden ser manejados con seguridad en consultas de alta resolución. Un aspecto a mejorar en nuestro programa es la reducción del tiempo de espera hasta el doppler carotídeo.

**RV-43**

**EFFECTO DE LA PRESIÓN DE PULSO SOBRE EL DIÁMETRO DE LA RAÍZ AÓRTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS**

**A. Martínez González<sup>1</sup>, N. Vidal Lorenzo<sup>2</sup>, B. Blanco Iglesias<sup>1</sup>, J. Herrera Rubio<sup>1</sup>, A. Muela Molinero<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup> y A. Morán Blanco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** 1. Determinar la relación entre presión de pulso y dilatación de la raíz aórtica en pacientes hipertensos en comparación con un grupo control de sujetos equiparables 2. Determinar la fuerza de asociación entre ambas variables 3. Caracterizar de forma descriptiva el patrón diastólico de llenado mitral y el estado hemodinámico cardíaco por ecocardiografía en la cohorte de pacientes hipertensos. **Material y métodos.** Estudio longitudinal, prospectivo y observacio-

Tabla 1. Cifras de PA a las 15 semanas (mmHg) (RV-44).

	HC	HC/PC	HG	PC	p
TAS	142,8 ± 13,6	142,2 ± 13,5	126,1 ± 8,9	119,9 ± 9,5	< 0,001
TAD	95,0 ± 8,6	93,0 ± 9,8	82,5 ± 7,5	78,7 ± 6,2	< 0,001

nal en pacientes seguidos por HTA de nuevo diagnóstico o de control difícil en una Unidad de Riesgo Vascular. La población del estudio se seleccionó por muestreo sistemático, incluyendo a 40 pacientes consecutivos. Se excluyó a todos los pacientes portadores de una cardiopatía estructural conocida y a aquellos con pluripatología compleja o mayores de 80 años. Se realizó a todos MAPA, utilizando un aparato normalizado (Spacelab). Medidas ecocardiográficas: Se utilizó un ecógrafo multifunción homologado, midiendo raíz aórtica (Annulus, senos de Valsalva, unión sinotubular y Aorta ascendente), diámetros ventriculares, tamaño de aurícula izquierda (área por eco bidimensional) y función diastólica por Doppler color pulsado. La población control fue compuesta por 20 pacientes de edades similares, y en los cuáles se descartó la existencia previa de hipertensión arterial. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS ver 15.0. Se testaron las diferencias entre las medias de los dos grupos aplicando el Test de Student. De forma añadida, se evaluó la fuerza de asociación entre la Presión de pulso y el diámetro aórtico por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Por último, y de forma separada, se realizó una recogida de datos sin tratamiento estadístico, describiendo los patrones de llenado mitral en los pacientes hipertensos.

**Resultados.** 1. Comparación de los diámetros de la raíz de Aorta ascendente: (A: hipertensos con P. Pulso > 40 mmHg (n = 32); B: normotensos (n = 20). Valor del estadístico T, que demuestra significatividad (dos colas), siendo p = 0,003. Por tanto se concluye que existe diferencia significativa entre los dos grupos. La diferencia media es de 3 mm, y el intervalo de confianza del 95% es (0,10651-0,49892). 2. Fuerza de Asociación entre la presión de pulso y el diámetro de la raíz aórtica (C. de Correlación de Pearson) (C Pears. cercano a cero, pero positivo: CP = 0,175) la asociación es débil. Nivel de significación: p = 0,279. 3. Patrón de llenado mitral en la población hipertensa (N = 40): a) Patrón normal: en 11 pacientes b) Patrón de relajación retrasada: 16 pacientes c) Patrón pseudonormalizado: 3 pacientes (confirmado por DTI-doppler tisular) d) Patrón restrictivo: 7 pacientes e) Fibrilación auricular: 3 pacientes.

**Discusión.** Se ha detectado una diferencia significativa en el tamaño de la raíz aórtica entre pacientes hipertensos con P. Pulso mayor de 40 mmHg y pacientes normotensos. El diámetro normal aceptado es de 28 ± 3 mm. La fuerza de asociación, entre los dos parámetros es una asociación débil en cuanto a la posibilidad de una relación lineal. La asociación de la P. Pulso con el aumento del diámetro aórtico puede no tener una relación causa-efecto, sino traducir el resultado de la unión del aumento de fuerzas de tensión e incluso de cizalladura sobre la pared arterial, de la alteración homeostática y reostática en la progresión de la sobrecarga de presión y del envejecimiento normal de las grandes arterias. Queda como limitación el mencionar que no se han indexado las medidas ecográficas por peso ni superficie corporal, pero en anteriores estudios no se encontró una diferencia relevante de los resultados al seguir esta estrategia.

**Conclusiones.** 1.-En este grupo de pacientes hipertensos de alto riesgo el diámetro de la raíz de aorta ascendente proximal se relaciona significativamente con la presencia de una presión de pulso por encima de 40 mmHg 2.-No se ha logrado demostrar una asociación lineal entre hipertensión arterial mantenida con P. Pulso mayor de 40 mmHg y dilatación de raíz aórtica.

#### RV-44

#### DIFERENCIAS DE PRESIÓN ARTERIAL Y DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN CRÓNICA TRAS GESTACIÓN COMPLICADA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

L. Beltrán Romero, A. Vallejo Vaz, L. Gómez Morales, M. Miranda Guisado, P. Stiefel García-Junco, O. Muñiz Grijalvo, M. Nieto Martín y J. Villar Ortiz

Unidad de Riesgo Vascular - UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de mujeres sin HTA conocida previamente al embarazo quedando hipertensas tras gestación complicada con Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE). Estudiar las diferencias en las cifras de presión arterial (PA) en la evaluación postgestacional en función del tipo de THE presentado.

**Material y métodos.** Estudiamos a las 15 semanas tras el parto todas aquellas gestantes con THE ingresadas en el Hospital Maternal por cualquier motivo, incluido el parto, de septiembre '05 a diciembre '06. El tipo de THE presentado se estableció retrospectivamente en la evaluación a las 15 semanas -Hipertensión Crónica (HC), Preeclampsia (PC), Hipertensión Gestacional Transitoria (HG) e HC con PC superimpuesta (HC/PC)-, confirmando la persistencia o no de cifras de PA elevadas en base a la toma realizada en consulta y cifras ambulatorias aportadas por las pacientes (AMPA); en caso de discordancia entre ambas fuentes se llevó a cabo monitorización ambulatoria de la PA (MAPA 24 horas). Se excluyeron los casos de HTA secundaria.

**Resultados.** Resultaron 264 mujeres: 114 HG (43,2%), 78 PC (29,5%), 53 HC (20,1%) y 19 HC/PC (7,2%). La presencia de HTA conocida previo a la gestación fue del 58,8% en el grupo de HC y 26,3% en los casos de HC/PC. Considerando en conjunto a todas las mujeres con HC (con o sin PC añadida), la prevalencia de HTA pregestacional fue del 45,8%; es decir, el 54,2% de las pacientes que quedan hipertensas tras THE no presentaban HTA previo a la gestación. Diferencias en las cifras de PA: Tabla 1.

**Discusión.** La HTA constituye la complicación médica más frecuente del embarazo. Existen diferentes THE según el momento del diagnóstico, persistencia tras el parto y presencia de proteinuria. La HC incluye aquellos casos de HTA conocida previo al embarazo o diagnosticados antes de las 20 semanas de gestación, y persistencia de cifras elevadas más allá de las 12 semanas tras el parto. Por tanto, el diagnóstico exacto de la forma de HTA presentada exige una evaluación postparto al menos a las 12 semanas. En nuestro estudio destaca el alto porcentaje de pacientes que quedan hipertensas tras el embarazo en las que este evento constituye el momento de dicho diagnóstico; así, más de la mitad de las mujeres con HC (54,2%) no se conocían hipertensas antes de la gestación, bien porque el embarazo constituye el momento de debut de la HTA o bien porque ya la presentaban pero no había sido diagnosticada. Por otra parte, la presencia de HTA durante el embarazo se ha asociado con un mayor riesgo futuro de desarrollar HTA. En nuestro estudio las mujeres con HG presentaban ya precozmente tras la gestación cifras de PA significativamente superiores -en rango de prehipertensión- a las mujeres con PC, lo que tal vez podría traducir la posibilidad de un mayor riesgo futuro de desarrollar HTA y mayor riesgo vascular para los casos de HG. La evaluación postparto constituye, por tanto, una oportunidad para valorar riesgo vascular e identificar pacientes que quedan hipertensas tras la gestación y por tanto subsidiarias de tratamiento.

**Conclusiones.** Las cifras de PA a las 15 semanas tras el parto de gestaciones con THE, aunque por debajo de los límites normales, son superiores para los casos de HG comparados con PC. Más de la mitad de mujeres que quedan hipertensas tras la gestación no se conocían como tales previo a la misma, constituyendo el embarazo el momento del diagnóstico.



**RV-45  
EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SOBRE EL RIESGO VASCULAR**

**I. Villar-Gómez<sup>1</sup>, J. Erdozain Castiella<sup>2</sup>, I. Ruiz-Arruz<sup>1</sup>, J. Nieto Arana<sup>1</sup> y M. Egurbide Arberas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya).

**Objetivos.** En los últimos años, se propugna el manejo de los pacientes con riesgo vascular (RV) en consultas especializadas dedicadas al control simultáneo de los diferentes factores de riesgo vascular (FRV). Como objetivo primario, se pretende analizar la evolución que presenta el RV de los pacientes en prevención primaria (PP) en una consulta especializada, tras un año de seguimiento, medido por escalas de cálculo de RV. Como objetivo secundario, se pretende analizar la cumplimentación de los objetivos terapéuticos indicados por las guías de RV, así como los fármacos empleados.

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva de 82 pacientes. Se diseñó un protocolo que recogía datos demográficos, FRV, lesión de órgano diana (LOD), evento clínico (EC) y tratamientos empleados. Se seleccionaron los pacientes en PP (44) y se calculó el RV en la primera visita (RV0) y al cabo de 1 año de seguimiento en la consulta (RV1), utilizando las escalas de la Guía Europea de HTA (GEHTA) y el SCORE. Para el cálculo estadístico, se transformó la GEHTA en variable continua (RV nulo: 0, bajo: 1, moderado: 2, alto: 3 y muy alto: 4). Asimismo, se comparó la cumplimentación de los FRV en la primera visita con la del año de seguimiento, así como los fármacos empleados, en el total de pacientes de la cohorte. Para el análisis de los datos, se empleó el programa estadístico SPSS 11.0 para Mac, realizándose T de Student para muestras apareadas y Mc Nemar.

**Resultados.** La edad media (DE) del total de la cohorte es de 62,98 años (12,25), siendo 47 varones y 35 mujeres. La edad media (DE) de la muestra de pacientes en PP fue de 58,61 años (12,65), siendo 23 varones y 21 mujeres. Utilizando la GEHTA para el cálculo, se obtuvo una media de RV0 de 3,05 (0,645) y una media de RV1 de 2,55 (0,875), siendo la reducción estadísticamente significativa (media 0,5; IC 95% [0,23-0,77], p = 0,001). Con la escala SCORE, la media de RV0 fue de 3,89 (3,059) y la media de RV1 fue de 2,64 (2,168), siendo la diferencia estadísticamente significativa (1,25; IC 95% [0,7-1,8], p < 0,005). La cumplimentación de los FRV en la totalidad de la cohorte se muestra en la tabla 1. El 47,6% de los pacientes precisó 3 o más fármacos antihipertensivos. En PP, el 40,9% fue antiagregado.

**Conclusiones.** La Consulta de RV es una forma eficaz de manejo de los pacientes con RV. A pesar de ello, no se logra el control óptimo en todos los FRV, especialmente en el peso y TA.

Tabla 1. Cumplimentación de los FRV en la primera visita y a los 12 meses (RV-45).

Variables	Primera visita	1 año	P
TTa	17 (20,7%)	48 (58,5%)	< 0,001
Colesterol	41 (50%)	73 (89%)	< 0,001
LDL	34 (43%)	67 (84,8%)	< 0,001
Triglicéridos	60 (73,2%)	69 (84,1%)	0,035
Hba1c	65 (89,1%)	73 (89%)	0,388
Peso	9 (11,1%)	12 (14,8%)	0,25
Dieta	8 (9,8%)	35 (42,7%)	< 0,001
Ejercicio	33 (40,2%)	52 (63,4%)	< 0,001
Tabaco	17 (20,7%)	12 (14,6%)	0,125
HTA+DM+DLP	5 (6,1%)	38 (46,3%)	< 0,001

**RV-46  
SIGNIFICADO DE LA PROTEINURIA EN LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO**

**J. Prado<sup>1</sup>, E. García<sup>1</sup>, M. Lozano<sup>2</sup>, A. Cabrera<sup>1</sup>, F. Diaz<sup>1</sup>, M. Raffo<sup>1</sup>, G. Granados<sup>1</sup> y M. Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La nefropatía diabética, la nefropatía hipertensiva y la glomerulonefritis primaria son las causas más frecuentes de insuficiencia renal, que a su vez es un factor de riesgo cardiovascular. La hipertensión (HTA) establecida, ya sea secundaria a enfermedad renal o sea su causa, es un factor determinante en la progresión de la insuficiencia renal. Se puede precozmente valorar el binomio riñón-HTA sistólica con la detección en el análisis de proteinuria o hematuria, ya que la HTA sistólica repercute en los órganos dianas. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de una muestra al azar de 34 pacientes del Servicio de Nefrología (consultas de prediálisis) del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. El período de estudio fue del 1 enero 2007 al 1 enero de 2008. Se tomaron datos clínicos y de laboratorio para determinar los factores asociados a esta patología.: Sexo, Edad, HTA, DM, Proteinuria y Filtración glomerular (FG).

**Resultados.** 34 pacientes, 12 mujeres y 22 hombres. La edad media en mujeres fue 65 años y en hombres 69 años. La edad media del grupo fue 67 años. En el grupo de los varones, 18 presentaban HTA, incluyendo 2 mal controlados y 12 pacientes con DM. En 4 casos no había HTA. En relación a la proteinuria: 4 varones no presentaban proteinuria, 12 presentaban proteinuria < 1 g/24 h y 6 pacientes > 1 g/24 h. La proteinuria media en varones fue 938 mg/24 h, con una media de 560 mg/24 h en < 1 g/dl y de 1.233 mg/dl en > 1 g/dl. El intervalo de tensión arterial sistólica en el grupo de proteinuria < 1 gr/dl fue de TAS entre 135-90 mmHg y en el de > 1 g/dl fue de TAS 145-95 mmHg. El FG medio en pacientes con proteinuria < 1 g/24 h fue de 34 ml/min y en > 1 g/24 h fue de 25 ml/min. En el grupo de 12 mujeres, 11 presentaban HTA, incluyendo 3 mal controladas y 4 pacientes con DM. En relación a la proteinuria, 2 mujeres no presentaban proteinuria, 3 presentaban proteinuria < 1 g/24 h y 7 pacientes > 1 g/24 h. La proteinuria media en mujeres fue de 1.003 mg/24 h, con una media de 390 mg/24 h en < 1 g/24 h y de 1.400 mg/24 h en > 1 g/24 h. El intervalo de tensión arterial sistólica en el grupo de proteinuria < 1 gr/dl fue de TAS entre 130-85mmHg y en el > 1 g/dl fue de TAS 140-100 mmHg. El FG medio en mujeres con proteinuria < 1 g/24 h fue de 39 ml/min y en > 1 g/24 h fue de 27 ml/min.

**Discusión.** La presión arterial debe disminuirse con tratamiento farmacológico hasta valores inferiores a 130/80 mmHg (125/75) en pacientes con proteinuria superior a 1 gr/24 h y valores de tensión arterial 130/85 mmHg en pacientes con proteinuria inferior a 1 gr/24 h. Una proteinuria superior a 1 gr/24 h se asocia a progresión de insuficiencia renal con valores superiores de 120 mmHg de TA Sistólica. Cuanto mayor es la proteinuria mayor es el riesgo de progresar a insuficiencia renal moderada (FG:30-55ml/min), teniendo como pico destacado una proteinuria > 3.5 g/24 h. En nuestra población el FG en el intervalo > 1 g/24 h se encuentra mínimamente por debajo del FG moderado según bibliografía, por lo que se debería incrementar el tratamiento antihipertensivo en los pacientes con proteinuria mayor de 1 g/24 h, ya que la variación de proteinuria se relaciona estrechamente con daño hipertensivo renal.

**Conclusiones.** Cualquier fármaco antihipertensivo, en principio, podría ser efectivo en reducir la proteinuria y retrasar la aparición de insuficiencia renal crónica, dado que la acción más importante para enlentecer el deterioro de la función renal es el descenso y control de la presión arterial hasta las cifras adecuadas. Antes de que aparezca la HTA, el grado discernible de daño renal más precoz (cantidades mínimas de proteinuria) aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Los IECA han demostrado ser los más eficaces fármacos antihipertensivos tanto en la nefropatía diabética como en los pacientes con insuficiencia renal crónica y proteinuria < 1 g/24 h.

**RV-47**

**INFLUENCIA DEL VALOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIMENSIÓN FÍSICA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

T. Alonso Ares<sup>1</sup>, J. Cuende Melero<sup>2</sup>, J. Martín Escudero<sup>3</sup>, J. Carretero Ares<sup>4</sup>, J. Mena Martín<sup>3</sup>, R. López Izquierdo<sup>4</sup>, R. Frutos Llanes<sup>5</sup> y C. Burgos Diez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>C. S. Tordesillas. G. A. P Valladolid Oeste (Valladolid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>5</sup>G. A. P. Avila. Ávila. <sup>6</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo (diabetes, hipertensión, tabaquismo, dislipemia...) suponen la primera causa de muerte en nuestro medio y una importante morbilidad, así como un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes. En el manejo de estos pacientes es preciso calcular su riesgo coronario o cardiovascular mediante alguna escala de riesgo adaptada o calibrada a nuestro país. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la puntuación de las tablas de riesgo vascular (RV) Wilson (1998), REGICOR, DORICA y SCORE con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a través del Índice Sumario Físico (ISF) del cuestionario SF-36.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal descriptivo realizado entre 1997-2000 en el Área de Salud "Valladolid Oeste" dependiente del Hospital Universitario del Río Hortega constituida por una población de 214.445 individuos. Primeramente se estudió la prevalencia de los factores de riesgo vascular (FRV) mediante una encuesta postal enviada al 20% de la población diana (33.022 sujetos). Se obtuvo un 33,5% de respuestas válidas. Se comprobó que no había diferencias significativas entre los que contestaron y los que no. En una segunda fase se seleccionó una submuestra de 1500 personas; el muestreo fue aleatorio y poliestratificado por edad, sexo, nivel de estudios y FRV. Esta fase incluyó una entrevista en consulta y una analítica sanguínea. Se comprobaron los datos sobre FRV recogidos en la fase previa y se midió la tensión arterial, peso, talla, perímetro abdominal y de cadera. También se administró el SF-36 y se solicitó el consentimiento. Mediante un análisis de regresión lineal se estudió la relación entre las escalas de riesgo y la calidad de vida.

**Resultados.** Hemos obtenido las siguientes correlaciones entre las distintas escalas y la calidad de vida. Con la escala de riesgo de Wilson hemos encontrado la siguiente regresión: ISF = 50.81-0.48\*WILSON (r = -0,23 (p < 0,01)). Con REGICOR: ISF = 50.80-0.48\*REGICOR (r = -0,26 (p < 0,01)). Con DORICA: ISF = 50.70-0.32\*DORICA (r = -0,32 (p < 0,01)). Y con SCORE: ISF = 51.1-1.42\*SCORE (r = -0,34 (p < 0,01)). Todas las correlaciones han resultado estadísticamente significativas y del mismo carácter: negativas o inversas.

**Discusión.** Hemos encontrado resultados similares con todas las escalas independientemente que provengan del estudio Framingham o del SCORE: el riesgo cardiovascular se relaciona de forma negativa o inversa con la esfera física de la calidad de vida. Es decir, a mayor riesgo cardiovascular se aprecia un deterioro físico medido con el índice sumario físico del SF-36. Esto se puede explicar porque los factores de riesgo no controlados o las secuelas clínicas de las enfermedades vasculares afectan de manera importante a la calidad de vida.

**Conclusiones.** Los pacientes con mayor RV refieren peor CVRS en las dimensiones físicas porque hay una correlación negativa estadísticamente significativa entre la puntuación del ISF y todas las tablas de RV.

**RV-48**

**DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y RELACIÓN CON NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA TRAS GESTACIÓN COMPLICADA CON DISTINTOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**

A. Vallejo Vaz, L. Beltrán Romero, L. Gómez Morales, S. García Morillo, E. Pamiés Andreu, V. Alfaro Lara, J. López Chozas y M. Miranda Guisado

Unidad de Riesgo Vascular - UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) y su relación con niveles de Proteína C Reactiva ultrasensible (PCR) en la evaluación precoz tras la gestación en situación basal entre mujeres con diferentes trastornos hipertensivos del embarazo (THE).

**Material y métodos.** Estudiamos a las 15 semanas tras el parto todas aquellas gestantes con THE ingresadas en el Hospital Maternal por cualquier motivo, incluido el parto, de Septiembre'05 a Diciembre'06. El tipo de THE se estableció retrospectivamente a las 15 semanas: Hipertensión Crónica (HC), Hipertensión Gestacional Transitoria (HG), Preeclampsia (PC) e HC con PC superimpuesta (HC/PC). La presencia de SM se estableció según criterios ATP-III. **Resultados.** Resultaron 264 mujeres: 114 con HG (43,2%), 78 PC (29,5%), 53 HC (20,1%) y 19 HC/PC (7,2%) (tabla 1). Considerando toda la muestra, el 83,3% de las mujeres no cumplían criterios de SM. En los casos de SM los niveles de PCR (mg/l) resultaron superiores [SM 4,7 ± 3,1; no SM 3,0 ± 2,9; p < 0,001]. Los niveles de PCR fueron progresivamente más elevados cuanto mayor nº de criterios de SM se cumplían ([0: 1,9 ± 1,9] [1: 1,9 ± 1,8] [2: 3,9 ± 3,2] [3: 3,6 ± 2,4] [4-5: 5,4 ± 4,8] < 0,001). El estudio de regresión lineal mostró que niveles superiores de PCR se correlacionaban con un mayor IMC (R = 0,46, < 0,001) y perímetro de cintura (R = 0,5, < 0,001).

**Discusión.** La HTA en el embarazo se ha asociado con mayor riesgo vascular y prevalencia futura de SM. En la gestación normal se producen cambios metabólicos que incluyen hiperlipemia, resistencia a insulina y estados proinflamatorios y de hipercoagulabilidad; estos hallazgos podrían estar acentuados en casos de THE, y ello, junto con mecanismos de disfunción endotelial, obesidad u otros podrían estar detrás de este riesgo vascular aumentado. Por otra parte, los diferentes THE podrían responder a distintos mecanismos subyacentes y ello tener implicaciones sobre el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular (ECV). En nuestro estudio observamos una elevada prevalencia de SM en HC, seguida de HG, y significativamente inferior para PC; esta distinta presencia de SM podría suponer ya por sí sola un diferente riesgo vascular para los distintos subgrupos en el momento estudiado y probablemente a largo plazo, ya que este síndrome constituye un factor de riesgo independiente de ECV. Los niveles significativamente superiores de PCR para HC (y próximo a la significación para HG - p = 0,05) con respecto a PC podrían traducir un estado inflamatorio basal en los primeros grupos, actuando como marcador de riesgo y relacionarse con la diferente prevalencia de SM encontrada. Las pacientes que presentaban SM mostraron niveles superiores de PCR, y se correlacionaron con el número de criterios que cumplían. Este hallazgo podría sugerir mayor riesgo vascular de las pacientes cuanto más datos presentan de SM. Hasta donde nosotros conocemos, no hay estudios que comparen la diferente prevalencia de SM y relación con PCR entre los diferentes THE.

**Conclusiones.** La prevalencia de SM a las 15 semanas tras el parto es elevada en el grupo de HC, seguida de HG y marcadamente inferior en casos de PC, relacionándose los niveles de PCR con la presencia de dicho síndrome, el número de criterios de SM presentes, IMC y perímetro de cintura.

Tabla 1. (RV-48).

	HC	HC/PC	HG	PC	p*
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	30,3 ± 6,2	29,7 ± 6,4	30,4 ± 6,0	26,6 ± 5,0 *	< 0,001
SM (ATP-III)	42,1%	33,3%	13,9% *	4,1% *	< 0,001
PCR (mg/l)	3,8 ± 2,8	2,2 ± 2,0	3,5 ± 3,1	2,9 ± 3,0 *	= 0,026

**RV-49****ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL INICIAL Y MASA VENTRICULAR INAPROPIADA EN SUJETOS HIPERTENSOS****A. Huerta<sup>1</sup>, M. Landecho<sup>1</sup>, M. Espinosa<sup>1</sup>, G. Zalba<sup>2</sup>,****I. Colina<sup>1</sup>, J. Araquistain<sup>1</sup>, O. Beloqui<sup>1</sup> y J. Díez<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Unidad de Chequeos, Medicina Interna, <sup>2</sup>División de Fisiopatología Cardiovascular, CIMA, Universidad. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** La masa ventricular inapropiada (iLVM) es el exceso de masa ventricular (LVM) sobre la necesaria para mantener el trabajo por latido. Representa una fase de transición entre la hipertrofia compensadora y el fallo cardiaco, identificando individuos con mayor riesgo cardiovascular. Alteraciones moderadas de la función renal se acompañan de un aumento del riesgo cardiovascular. Hemos analizado en sujetos hipertensos la posible asociación entre fases iniciales de enfermedad renal (E-CKD) y la presencia de iLVM.

**Material y métodos.** Se han estudiado 334 pacientes hipertensos, clínicamente asintomáticos (edad media 50 años, 78% varones), todos ellos con un filtrado glomerular estimado mayor o igual a 60 ml/min\*1,73 m<sup>2</sup>. Consideramos como E-CKD los estadios 1 y 2 de la clasificación K/DOQI-CKD, caracterizados por tener filtrado glomerular normal y microalbuminuria (varones 17-300 mg/g y mujeres 25-300 mg/g en micción aislada). Mediante parámetros ecocardiográficos la iLVM se ha definido como LVM observada/LVM predicha mayor o igual al 128%.

**Resultados.** El 38% de los pacientes presentaban iLVM. La prevalencia de E-CKD en casos con iLVM (37,9%) fue significativamente superior a la encontrada en sujetos sin iLVM (25,5%; p = 0,025). Por otro lado la prevalencia de iLVM en pacientes con E-CKD (37,1%) también fue significativamente superior que la de sujetos con función renal normal (24,9%; p = 0,025). Finalmente tras ajustar para edad, sexo, IMC, presión arterial, tabaquismo y diabetes la E-CKD permanecía independientemente asociada con iLVM con una OR de 2,42 (95% IC: 1,32-4,44; p = 0,004).

**Conclusiones.** E-CKD se asocia de forma significativa a iLVM independientemente de los factores clásicos de riesgo cardiovascular. Esta asociación podría aumentar el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

**RV-50****INFLUENCIA DEL VALOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIMENSIÓN MENTAL DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD****T. Alonso Ares<sup>1</sup>, J. Cuende Melero<sup>2</sup>, J. Martín Escudero<sup>3</sup>, J. Carretero Ares<sup>4</sup>, J. Mena Martín<sup>3</sup>, R. López Izquierdo<sup>4</sup>, R. Frutos Llanes<sup>5</sup> y C. Burgos Díez<sup>6</sup>**<sup>1</sup>C. S. Tordesillas. G. A. P Valladolid Oeste (Valladolid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia.Palencia. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>5</sup>G. A. P. Avila. Avila. <sup>6</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo (diabetes, hipertensión, tabaquismo, dislipemia...) suponen la primera causa de muerte en nuestro medio y una importante morbilidad, así como un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes. En el manejo de estos pacientes es preciso calcular su riesgo coronario o cardiovascular mediante alguna escala de riesgo adaptada o calibrada a nuestro país. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la puntuación de las tablas de riesgo vascular (RV) Wilson (1998), REGICOR, DORICA y SCORE con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a través del Índice Sumario Físico (ISF) del cuestionario SF-36.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal descriptivo realizado entre 1997-2000 en el Área de Salud "Valladolid Oeste" dependiente del Hospital Universitario del Río Hortega constituida por una población de 214.445 individuos. Primeramente se estudió la prevalencia de los factores de riesgo vascular (FRV) mediante una encuesta postal enviada al 20% de la población diana (33.022 suje-

tos). Se obtuvo un 33,5% de respuestas válidas. Se comprobó que no había diferencias significativas entre los que contestaron y los que no. En una segunda fase se seleccionó una submuestra de 1500 personas; el muestreo fue aleatorio y poliestratificado por edad, sexo, nivel de estudios y FRV. Esta fase incluyó una entrevista en consulta y una analítica sanguínea. Se comprobaron los datos sobre FRV recogidos en la fase previa y se midió la tensión arterial, peso, talla, perímetro abdominal y de cadera. También se administró el SF-36 y se solicitó el consentimiento. Mediante un análisis de regresión lineal se estudió la relación entre las escalas de riesgo y la calidad de vida.

**Resultados.** Hemos obtenido las siguientes correlaciones entre las distintas escalas y la calidad de vida. Con la escala de riesgo de Wilson hemos encontrado la siguiente regresión: ISF = 50.81-0.48\*WILSON (r = -0,23 (p < 0,01)). Con REGICOR: ISF = 50.80-0.48\*REGICOR (r = -0,26 (p < 0,01)). Con DORICA: ISF = 50.70-0.32\*DORICA (r = -0,32 (p < 0,01)). Y con SCORE: ISF = 51.1-1.42\*SCORE (r = -0,34 (p < 0,01)). Todas las correlaciones han resultado estadísticamente significativas y del mismo carácter: negativas o inversas.

**Discusión.** Hemos encontrado resultados similares con todas las escalas independientemente que provengan del estudio Framingham o del SCORE: el riesgo cardiovascular se relaciona de forma negativa o inversa con la esfera física de la calidad de vida. Es decir, a mayor riesgo cardiovascular se aprecia un deterioro físico medido con el índice sumario físico del SF-36. Esto se puede explicar porque los factores de riesgo no controlados o las secuelas clínicas de las enfermedades vasculares afectan de manera importante a la calidad de vida.

**Conclusiones.** Los pacientes con mayor RV refieren peor CVRS en las dimensiones físicas porque hay una correlación negativa estadísticamente significativa entre la puntuación del ISF y todas las tablas de RV.

**RV-51****ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON AIT DADOS DE ALTA DESDE UNA UNIDAD DE PREINGRESO. REINGRESO Y MORTALIDAD A 30 DÍAS****L. Ferreira González<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>2</sup>, D. Llinares García<sup>2</sup>, L. Bello Rodríguez<sup>2</sup>, P. Marcos Rodríguez<sup>2</sup>, M. Trigas Ferrín<sup>1</sup>, B. Seoane González<sup>1</sup> y R. Nicolás Miguel<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Preingreso, <sup>3</sup>Unidad de Corta Estancia Médica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Análisis descriptivos de los pacientes con accidente isquémico transitorio (AIT) dados de alta desde la Unidad de Preingreso del Hospital Juan Canalejo (HJC). Valorar la seguridad de dicha estrategia, analizando la tasa de reingresos y mortalidad a 30 días.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo observacional de prevalencia de los pacientes admitidos en la Unidad de Preingreso del HJC por AIT, y que fueron dados de alta desde dicha Unidad entre el 26 de Julio de 2007 y el 26 de marzo de 2008, siendo la muestra de 37 pacientes. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, ingreso en los 12 meses previos, focalidad neurológica, fibrilación auricular (FA), derivación al alta, tratamiento antitrombótico, reingreso y mortalidad a 30 días.

**Resultados.** La edad de los pacientes fue de 72 ± 14.52 años. La mayoría de los pacientes eran varones (56.8%). El 16,2% habían precisado ingreso hospitalario en los 12 meses anteriores, de los que un 66,6% de los casos fueron motivados por patología cardiovascular. Un 72,7% eran hipertensos, el 56,3% dislipémicos y el 24,2% diabéticos. La mayoría nunca habían sido fumadores (69.7%). El 18,2% eran fumadores activos y el 12.1 ex-fumadores. La focalidad neurológica observada fue muy variada. Disartria, monoparesia y afasia fueron las más frecuentes (21,2% cada una). Le siguieron amaurosis fugax y hemiparesia izquierda con 9,1% de los episodios cada una. Hubo 2 episodios de afasia y hemiparesia derecha (6.1%). En una ocasión (3.0%) se objetivó disartria-mano torpe, hemiparesia derecha, parestesias en hemicuerpo izquierdo y derecho. 5 de los pacientes (14.3%) se encontraban en FA, estando el resto en ritmo



sinusal. El tratamiento antitrombótico prescrito al alta con mayor frecuencia fue AAS (62.8%), variando la dosis entre 100 y 300 mg/día. 6 pacientes (17.1%) fueron tratados con Clopidogrel 75 mg y 5 (14.2%) con Acenocumarol. En 2 casos (5.7%) se empleó la combinación AAS 150 mg y Clopidogrel 75 mg. En cuanto a la derivación al alta, el 67.6% (25 pacientes) fueron derivados a un programa especial de consultas de alta resolución "Programa Más Consultas", mientras que el 32.4% restante (12 pacientes) se remitió a su médico de familia. En cuanto al seguimiento a 30 días no hubo ningún fallecimiento, y reingresaron 4 pacientes (10.8%). Los motivos del reingreso fueron nuevo episodio de AIT en tres pacientes (75%) y gastroenteritis en otro (25%). En ninguno de los tres pacientes con AIT el Doppler carotídeo mostró estenosis significativas. En uno de los casos dado que se trataba del tercer episodio en el mismo territorio, se realizó arteriografía, objetivándose una lesión no significativa, ulcerada, y decidiéndose la colocación de un stent carotídeo. En los otros dos pacientes se modificó el tratamiento antitrombótico, sustituyéndose AAS por Clopidogrel en uno y Clopidogrel por acenocumarol en otro.

**Discusión.** El ingreso hospitalario supone un gran consumo de recursos. Una de los objetivos de la UPI es reducir los ingresos mediante la identificación de ingresos inadecuados y la derivación a un programa especial de consultas de alta resolución ("Programa más consultas"). Con esta estrategia se evitaron 37 ingresos en el período de estudio. En 12 casos se trataba de pacientes con elevada comorbilidad, en los que el manejo hospitalario no habría aportado beneficio, tratándose por tanto de ingresos no indicados. El resto de pacientes fueron derivados al "Programa más Consultas". Por otro lado, solo 4 pacientes reingresaron (10.8%), una tasa similar a lo objetivada en otras series, que oscila entre el 8% y el 13.5%, no habiéndose objetivado ningún caso de mortalidad a 30 días.

**Conclusiones.** El manejo ambulatorio de pacientes con AIT desde la UPI permite reducir el número de ingresos de manera segura mediante la detección de ingresos inapropiados y la derivación a consultas de alta resolución.

#### **RV-52 RIESGO CARDIOVASCULAR Y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES DIABÉTICOS**

**Y. Taboada Blanco<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup> y S. Pertega Díaz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Centro de Salud de Arteixo. A Coruña. <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de arteriopatía periférica en pacientes diabéticos, su control metabólico, riesgo cardiovascular y concordancia entre la claudicación y la presencia de arteriopatía.

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: Diabéticos del Centro de Salud de Cambre. A Coruña. Período de estudio: 2005 Tipo de estudio: prevalencia Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Tamaño muestral: n = 339 pacientes (seguridad 95%, precisión  $\pm 2,94\%$ ) Mediciones: Edad, Sexo, Peso, Talla, IMC, control analítico de lípidos, hemoglobina glicosilada, glucemia, tensión arterial sistólica y diastólica, creatinina, ácido úrico, aclaramiento de creatinina, tabaquismo, cardiopatía isquémica, retinopatía diabética e hipertrofia de ventrículo izquierdo por ECG, índice tobillo/brazo. Cuantificación del riesgo cardiovascular según: UKPDS, FRAMINGHAM, SCORE, REGICOR Y DORICA. Análisis estadístico: Estudio descriptivo y análisis de regresión logística para determinar variables asociadas a arteriopatía. Cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad para estudiar la validez de la claudicación y de modelos matemáticos para predecir arteriopatía.

**Resultados.** La prevalencia más elevada de los factores de riesgo cardiovascular corresponde a la HTA (59,9%) seguido de hipercolesterolemia (52,2%) y obesidad (47,8%). La prevalencia de arteriopatía periférica definida como un índice tobillo-brazo  $\leq 0,9$  (grados IIa, IIb, III, IV) es del 29,2%. El síntoma de claudicación intermitente es del 9,2%. Las variables que predicen la probabilidad de arteriopatía son la edad (OR = 1,15), y el ser exfumador (OR = 3,86). Las variables edad, IMC, años de evolución de la enfermedad y el ser fumador actual modifican significativamente el aclaramiento de creatinina.

La sensibilidad de la claudicación para predecir arteriopatía se incrementa a medida que aumenta la severidad de la arteriopatía llegando a 78,6% El 49,4% de los pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado (modelo UKPDS).

**Discusión.** Este estudio pone de manifiesto la alta prevalencia de riesgo cardiovascular y la prevalencia de arteriopatía periférica que muchos pacientes presentan estando asintomáticos. Es por ello que la estimación del riesgo cardiovascular y la realización de un índice tobillo-brazo para detectar arteriopatía periférica deben ser consideradas como una práctica habitual en el manejo de pacientes diabéticos.

**Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de factores de riesgo modificables. La prevalencia de arteriopatía periférica es consistente con lo publicado. La edad y el ser exfumador predicen la probabilidad de arteriopatía periférica La edad y el tiempo de evolución de la diabetes se relacionan claramente con a función renal. Existe una correlación inversa entre el aclaramiento de creatinina y la presencia de arteriopatía. La sensibilidad de la claudicación para predecir arteriopatía y el cociente de probabilidad positivo se incrementan a medida que aumenta la severidad de la arteriopatía. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan un riesgo elevado de evento coronario.

#### **RV-53 IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICO EN LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR**

**C. Álvarez Martín<sup>1</sup>, X. Masramon<sup>2</sup>, M. Hernández Presa<sup>1</sup>, S. Fernández Anaya<sup>1</sup>, S. Martínez<sup>2</sup>, J. Chaves Puertas<sup>1</sup>, J. Pascual Izuel<sup>3</sup> y Grupo de Investigadores del Estudio ESME**

<sup>1</sup>Unidad Médica. Pfizer España (Madrid). <sup>2</sup>Estadística. European Biometrics Institute (Barcelona). <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Las últimas modificaciones del Nacional Cholesterol Education Program (NCEP) indican unos objetivos terapéuticos de colesterol unido a proteínas de baja densidad (C-LDL) más bajos en los pacientes de muy alto riesgo vascular. El objetivo de nuestro estudio es establecer el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos lipídicos definidos por estas modificaciones, en pacientes con Síndrome Metabólico (SM) en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, multicéntrico de pacientes con SM reclutados de forma aleatoria en 63 consultas hospitalarias especializadas en nuestro país. El diagnóstico de SM se estableció siguiendo los criterios modificados de la AHA (American Heart Association) del 2005. Como objetivo primario, se calculó el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo de C-LDL según su riesgo coronario, como objetivo secundario se consideró el porcentaje que conseguía alcanzar el objetivo de colesterol No-HDL.

**Resultados.** Se estudió a 704 pacientes, (53%) varones. El 76% pertenecían al grupo de alto riesgo, el 18% al de riesgo intermedio y solo el 5% al de bajo riesgo cardiovascular (ATP-III). Solo el 41% del total de pacientes cumplían el objetivo terapéutico de C-LDL, con claras diferencias según el grupo de riesgo: el 78% de bajo riesgo, 48% de riesgo intermedio, y 37% de riesgo alto ( $p = 0,03$ ). El objetivo de C-noHDL lo cumplían el 36% del total. Sólo el 74% recibían tratamiento hipolipemiente (66% con estatinas, 15% con fibratos) y solo el 5% recibían tratamiento combinado. Casi la mitad de los pacientes (47%) recibían atorvastatina.

**Discusión.** Más allá de la discusión de si el Síndrome Metabólico aporta más riesgo que la suma de los factores que lo definen, el control de los factores de riesgo cardiovascular es especialmente importante en estos pacientes. La hipercolesterolemia, entre todos los factores de riesgo, es uno de los más fácilmente manejables, llegando a ser controlado en ensayos clínicos hasta en el 80 y el 90% de los pacientes en función del riesgo, de los objetivos marcados y de la dosis y el fármaco elegido. Muchas y conocidas son las causas que hacen que exista esa diferencia tan grande entre la eficacia de los ensayos clínicos y la efectividad recogida en este estudio, aunque la falta de cumplimiento, la subestimación del riesgo y la inercia tera-

peútica suelen ser de las más importantes. El bajo porcentaje de pacientes que consiguen objetivos de C-LDL / No-HDL, especialmente en el grupo de más alto riesgo, nos indica la necesidad de utilizar medidas más eficaces en la prevención de la enfermedad cardiovascular, como medidas del control del cumplimiento y el uso de los fármacos adecuados y a las dosis adecuadas.

**Conclusiones.** Los pacientes con SM atendidos en consultas especializadas tienen mayoritariamente alto riesgo cardiovascular, y menos de la mitad consiguen el objetivo de C-LDL. El tratamiento hipolipemiante debe mejorarse sobretodo en estos pacientes de más alto riesgo.

**RV-54**  
**RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA ALEATORIA Poblacional DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA (A CORUÑA)**

**P. Garrote Bouza<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup> y S. Pertega Díaz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Centro de Salud de Ortigueira. A Coruña. <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y estimación del riesgo según diferentes modelos en una muestra poblacional aleatoria de 65 y más años.

**Material y métodos.** Ámbito: Municipio de Ortigueira (A Coruña) Período de estudio: enero – Junio 2006 Tipo de estudio: Observacional de prevalencia Criterios de inclusión: Población de 65 y más años, con selección aleatoria estatificada por sexo, grupos de edad y parroquia Tamaño muestral: Ortigueira: Población: 8022 habitantes, de 65 y más años 2638). Para una seguridad del 95% (alfa = 0,05) y una precisión de ± 6% asumiendo un 15% de pérdidas de información necesitamos estudiar 285 habitantes. Tamaño final: 301. Mediciones: Determinación analítica, índice de masa corporal, escores de riesgo cardiovascular (Framingham, DORICA, REGICOR y SCORE), nivel de estudios, edad y sexo. Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos. Concordancia entre la patología conocida y diagnosticada y entre los diferentes modelos de riesgo entre sí (índice de Kappa).

**Resultados.** La prevalencia de obesidad es de 41,42%, siendo discretamente mayor en las mujeres que en los hombres (42,2% vs. 40,3%). La mayor prevalencia se objetiva en el grupo más joven de 65 a 74 años. La misma tendencia se objetiva con la HTA, el 47,0% son hipertensos conocidos. Tras dos mediciones de TA se objetiva que el 64% son hipertensos. El 5,5% son fumadores en el momento actual. La prevalencia global de diabetes conocida es de 15,5% y la prevalencia de diabetes diagnosticada (insulina, antidiabéticos orales, y/o glucemia en ayunas > = 126 mg/dl) es de 17,8%. Se conocían hipercolesterolémicos el 26,0% de los pacientes, tras la determinación analítica objetivamos que mayor o igual de 200 es el 64,2% y mayor o igual a 220 el 42,1%. La media más elevada de puntuación corresponde al modelo de Framingham, seguido de DORICA, REGICOR y SCORE. Si consideramos el riesgo elevado (por encima de un valor determinado para los diferentes modelos) objetivamos que el valor más elevado corresponde al SCORE (39,8%) seguido del Framingham (30,5%), REGICOR (15,9%) y DORICA (3,3%).

**Discusión.** Los hallazgos obtenidos son consistentes con lo publicado en la literatura. Este estudio pone de manifiesto la alta prevalencia de riesgo cardiovascular en población de 65 o más años y el desconocimiento que de dichos factores de riesgo presenta dicha población. Es por ello que el diagnóstico y control de estos factores de riesgo podrá implicar claros beneficios en el pronóstico de estos pacientes.

**Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo estos en ocasiones desconocidos por el paciente. El riesgo cardiovascular elevado disminuye en los pacientes de 70 y más años en comparación con los menores de 70 en todos los modelos estudiados.

**RV-55**  
**RIESGO VASCULAR EN PACIENTES JÓVENES CON ICTUS**

**R. Pelay Cacho, M. Sánchez Marteles, M. Matía Sanz, L. Clavel Conget, A. Cecilio Irazola, M. Callejo Plazas, M. Aibar Arregui y M. Martín Fortea**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar el riesgo vascular en pacientes jóvenes con ictus isquémico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron todos los casos de pacientes jóvenes (menores de 50 años), ingresados con ictus isquémico de forma consecutiva durante el año 2004 en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza). La muestra se compuso de 33 pacientes. En todos ellos se recogieron una serie de datos peristáticos, la presencia o no de factores de riesgo vascular y su perfil lipídico. Tras la recogida de datos, se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS de los datos obtenidos.

**Resultados.** El 81% de los pacientes eran hombres y la edad media fue de 42 años (DE 9,2 años). Un 30% de los pacientes tenían dislipemia, el 15% tenían hipertensión, un 12% presentaban sobrepeso u obesidad y un 57,6% eran fumadores activos. El colesterol total medio era de 196 mg/dl (DE 46,5 mg/dl). El perfil lipídico medio así como los valores de presión arterial sistólica y diastólica media obtenidos en la muestra se pueden ver en la tabla 1. Al estudiar el conjunto de los factores de riesgo vascular, se observó, que el 33% de los pacientes no tenían ningún factor de riesgo vascular, el 24% de ellos tenían al menos 2 factores de riesgo y más del 50% presentaban al menos un factor de riesgo.

**Discusión.** La valoración del riesgo vascular es un tema ampliamente estudiado, pero todavía con muchas cuestiones pendientes de concretar. La patología vascular tiene especialmente en los pacientes jóvenes serias consecuencias de tipo terapéutico, económico (incapacidades, bajas laborales.) y sobre la calidad de vida del paciente. La adecuada valoración, prevención y tratamiento de los factores de riesgo en estos pacientes, puede ser pues, de gran trascendencia. La muestra estudiada en el presente trabajo, es, a priori, de acuerdo con las escalas existentes (SCORE, Framingham.), una población de bajo riesgo; y sin embargo, nuestro estudio constata la presencia de un porcentaje no despreciable de factores de riesgo (al menos un 24% tiene al menos dos factores de riesgo vascular). Con todo ello, se plantea la cuestión de si las escalas actualmente existentes son suficientemente adecuadas para la valoración del riesgo de fenómenos cerebrovasculares en pacientes jóvenes. ¿Se infravalora el riesgo por ser joven? Serán necesarios más estudios para poder responder a dicha cuestión.

**Conclusiones.** 1. El 24% de los pacientes jóvenes con ictus isquémico tiene al menos 2 factores de riesgo vascular. 2. Son necesarios más estudios para una adecuada valoración del riesgo cerebrovascular en los pacientes jóvenes.

Tabla 1. Factores de riesgo vascular (RV-55).

Variable	Media	Desviación estandar
Colesterol total (mg/dl)	196,36	46,52
Colesterol LDL (mg/dl)	120,42	38,84
Colesterol HDL (mg/dl)	43,39	13,52
Triglicéridos (mg/dl)	153,18	76,01
Índice aterogénico	7,57	15,7
Presión Arterial Sistólica (mmHg)	117,03	16,04
Presión Arterial Diastólica (mmHg)	68,59	9,4

### RV-56 INFORMACIÓN DE HIPERTENSOS CON MAPA DE 24 HORAS

H. Meijide Míguez, P. Vega Riveiro, J. Díaz Díaz, S. Freire Castro, N. Martín Malmierca, S. Ruanova Suárez, R. Centoira Jiménez y C. García Martín

Servicio de Medicina Interna D. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Material y métodos.** Estudio de 50 pacientes enviados desde Atención Primaria por HTA mal controlada e HTA con sospecha de bata blanca y efecto bata blanca. Se analizan las características epidemiológicas de los pacientes a estudio, la presencia de HTA bata blanca y efecto bata blanca, la existencia HTA mal controlada por MAPA y su patrón circadiano, así como la relación de los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (FRCV), lesión de órgano diana (LOD) y enfermedad cardiovascular (ECV) con el patrón circadiano en pacientes con HTA mal controlada, y la terapia recibida. Definimos: 1) cifras óptimas de MAPA: < 125/85 (24h), < 135/85 (diurnas), < 120/70 (nocturnas); 2) HTA mal controlada en grados según SEH: I (140-159/90-99), II (160-179/ 100-109) y III (> 180/110); 3) patrón circadiano (descenso de TA nocturna): Dipper (D) > 10%, Dipper extremo (DE) > 20%, no Dipper (ND) < 10% y Riser (R) < 0%. 4) HTA bata blanca/ efecto bata blanca: HTA objetivada por MAPA pero no en AMPA; 5) FRCV: HTA, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo; 6) LOD: Hipertrofia ventricular izquierda (HVI) definida por criterios electro y ecocardiográficos y Nefropatía (creatinina > 1.3 en varones y > 1.2 en mujeres); por último definimos 7) ECV: presencia de enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, nefropatía y arteriopatía periférica.

**Resultados.** De los 50 pacientes enviados, 60% (30/50) presentaban HTA bata blanca/ efecto bata blanca, de ellos el 46% eran varones y el 53% mujeres, con una media de edad de 57,3 años. Analizaremos con más detalle el 40% (20/50) restante que corresponde a pacientes con HTA mal controlada por MAPA, siendo el 70% varones, el 30% mujeres, con una edad media de 59 años. De ellos el 95% presentaban HTA grado I. Patrón circadiano: D 15% (3/20), DE 30% (6/20), y ND 55% (11/20). FRCV: dislipemia 45% (9/20), obesidad abdominal 55% (11/20), diabetes mellitus 5% (1/20) y tabaquismo 25% (5/20). LOD (neuropatía 15% (3/20) e HVI 40% (8/20), ascendiendo a 57% (8/14) con criterios ecográficos exclusivamente y ECV manifiesta (cardiopatía isquémica) 10% (2/20). Si analizamos por subgrupos encontramos que: en diabéticos 100% (1/1) eran D; en dislipémicos 22,2% (2/9) D, 22,2% (2/9) DE y 55,5% (5/9) ND; en obesos 18,1% (2/11) D, 27,2% (3/11) DE y 54,5% (6/11) ND; en fumadores 60% (3/5) DE y 40% (2/5) ND; en pacientes con LOD, 27,2% (3/11) D, 36,3% (4/11) DE y 36,3% (4/11) ND; en aquellos con ECV 100% (2/2) ND. El 45% no recibían ningún tipo de tratamiento, un 30% un fármaco, y un 25% 2 fármacos o más. De los fármacos empleados, el 20% recibían diuréticos, el 20% calcioantagonistas, otro 20% BB, y tan solo un 15% IECAS o ARA II.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de los pacientes (60%) presentan HTA bata blanca o efecto bata blanca. 2. De los pacientes con HTA mal controlada por MAPA la mayoría (55%) son patrón circadiano no dipper. 3. Encontramos mayor relación de presencia de FRCV, LOD y ECV en el patrón circadiano no dipper. 4. La mayor parte de los pacientes son no tratados o infratratados, observándose en el 55% ya LOD.

### RV-57 CRONOTERAPIA CON ROSIGLITAZONA Y VALSARTAN EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS

A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Pazo Núñez, M. Romero, G. Calvo, F. Lado Lado, I. Rodríguez López y C. Calvo Gómez

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Rosiglitazona (ROS), además del efecto hipoglucémico, regula la presión arterial (PA). Valsartán (VAL) administrado al acos-

tarse, aumenta la profundidad de la PA en hipertensos no dipper. El objetivo del estudio, es analizar los efectos sinérgicos de VAL y ROS en pacientes hipertensos diabéticos.

**Material y métodos.** Se estudiaron 72 pacientes (29 varones y 43 mujeres) de 59,1 ± 10,5 años de edad, con HTA esencial y diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) tratada con metformina y no controlada (HbA1 > 7,5%). Los pacientes inician tratamiento con VAL 160 mg/día en cronoterapia (levantarse vs acostarse) durante 12 semanas; si HbA1 > 7,0%, se añade ROS 4 mg/día, al acostarse otras 12 semanas. La PA se monitorizó ambulatoriamente con un dispositivo SpaceLabs 90207, antes y después del tratamiento.

**Resultados.** La combinación de VAL+ROS reduce más la PAS y PAD 24 horas (18,7 y 12,1 mmHg) que VAL en monoterapia (15,1 y 9,4 mmHg; p < 0,016). La combinación es más eficaz al acostarse (reducción de PAS y PAD: 23,9 y 16,3 mmHg) que al levantarse (reducción de 11,0 y 6,8 mmHg; p < 0,001). Además, VAL+ROS en dosis nocturna mejoró la profundidad hacia un perfil más dipper (aumento de 5,6 y 7,7 en la PAS y PAD; p < 0,001).

**Discusión.** ROS aumenta la eficacia terapéutica de VAL. Cuando ambos fármacos se administran al acostarse, mejora el control de la PA de 24 horas y de la PA nocturna con aumento significativo de la profundidad hacia un perfil circadiano más dipper, lo cual es importante en pacientes diabéticos.

### RV-58 PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA

A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Romero, G. Calvo, M. Pazo Núñez, A. Pose Reino, V. Lorenzo Zúñiga y C. Calvo Gómez

Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La microalbuminuria, es un marcador de daño renal que predice morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV), tanto en hipertensos como en la población general. La ausencia de un adecuado descenso de la presión arterial (PA), está asociado a un mayor daño orgánico y a un incremento de la morbimortalidad CV y un deterioro de la función renal. En este estudio, hemos evaluado la correlación entre la profundidad de la PA ambulatoria y la función renal (Filtrado Glomerular-FG estimado con la fórmula MDRD y eliminación urinaria de albúmina-EUA), en una cohorte de pacientes con Hipertensión sistólica aislada (HSA).

**Material y métodos.** Estudiamos 874 pacientes con HSA (PAS ≥ 140 mmHg y PAD < 90 mmHg), de 66,4 ± 13,9 años de edad, 288 no recibían tratamiento antihipertensivo. La PA se monitorizó ambulatoriamente con un dispositivo SpaceLabs 90207; a todos los pacientes, se les realizó una evaluación clínica y biológica, según protocolo estandarizado y validado.

**Resultados.** El FG y EUA presentan correlación positiva con la profundidad de la PA sistólica (p < 0,001) y, en menor grado, con la media de PA sistólica y de presión de pulso (PP) nocturnas. La EUA presenta una correlación negativa con la profundidad de la PA sistólica (p < 0,001) y, en menor grado, con la media de PA sistólica y de presión de pulso (PP) nocturnas. La tasa de FG disminuye y la EUA aumenta, con la disminución de la profundidad de la PAS. En los pacientes dipper, FG: 75,7 ml/min; en los no dipper, FG: 72,5 ml/min, y en los hipertensos con patrón riser, FG: 68,3 ml/min; p < 0,001 entre grupos, corregido por la edad. Los hipertensos riser también presentan el valor más alto de EUA (44,5 mg/24 h), en comparación con los otros patrones circadianos (p < 0,001).

**Discusión.** La profundidad de la PA sistólica es el parámetro de la MAPA más importante como marcador de daño y marcador pronóstico de deterioro de la función renal, en pacientes con HSA; así, mientras el FG disminuye, la EUA aumenta progresivamente en función de la pérdida de profundidad de la PA sistólica.



**RV-61****ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y ESTATINAS**

V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, A. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, M. Almenara<sup>1</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, M. Manjón Rodríguez<sup>1</sup>, F. Molina<sup>1</sup>, A. Maestre Martínez<sup>2</sup> y J. Foronda Bengoa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** Numerosas publicaciones están demostrando la eficacia de las estatinas en la profilaxis secundaria del infarto cerebral y AIT. Estudios de prevención secundaria de cardiopatía isquémica (CARE, LIPID, 4S) han observado que los tratamientos con estatinas disminuyen el riesgo de ictus. En el estudio SPARCL se observa que la administración dosis elevada atorvastatina consigue una reducción del riesgo de ictus. Otros autores demuestran que la supresión de estatinas en la fase aguda de isquemia cerebral produce un agravamiento del daño cerebral. -El propósito de nuestro análisis es evaluar si el uso de estatinas es una medida conocida y aceptada en pacientes con accidentes cerebrovasculares.

**Material y métodos.** Se examinaron los informes de alta de pacientes hospitalizados del servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, recogiendo 100 pacientes al azar comprendidos en el primer semestre del año 2008. -De estos datos fueron recogidos la edad y el sexo del paciente, presencia de factores de riesgo vascular el número de fármacos previos al ingreso, la toma de estatinas (dosis y tipo). -Se excluyeron aquellos enfermos cuyos datos aparecieran incompletos o dieran lugar a error. -Se emplearon métodos informáticos y estadísticos para el análisis de los datos.

**Resultados.** De un total de 100 pacientes que fueron atendidos por el servicio de Neurología del Compl. Hosp. de Jaén en el primer semestre de 2008, la distribución por sexos fue de 49 hombres y 51 mujeres. -La proporción de pacientes diagnosticados de ACV isquémico o AIT que recibían estatinas fue de 70% De los 70 pacientes que tomaban estatinas de nuestra cohorte de estudio, el 55,7% recibía un régimen intensivo con atorvastatina de 80 mg/día. En cuanto al tipo de estatina: Atorvastatina era tomada por 56 pacientes (80% de los que toman estatinas), seguida en segundo lugar por simvastatina 11 pacientes (15,7%), y otras (lovastatina, fluvastatina) por 3 pacientes (4,3%). La media de fármacos por persona fue de 5,07 medicaciones/día con comorbilidad asociada de 4,05 diagnósticos relevantes/caso. En el análisis de los factores de riesgo vascular, el 66% fueron hipertensos, el 16% eran fumadores, el 32% presentaban dislipemia, el 33% eran diabéticos tipo 2 y un 14% cardiopatía isquémica.

**Discusión.** En la patología vascular el uso de estatinas es una cuestión ampliamente aceptada y por tanto algo que se realiza de modo habitual en pacientes afectos. Esta cuestión se extiende a pacientes con afectación vascular cerebral, donde el uso de estos fármacos no ha sido tan estudiado. Hemos observado en nuestra serie que el uso de estatinas en pacientes con accidente cerebrovascular es una medida habitual, siendo la atorvastatina la más empleada probablemente por un mayor número de estudios que la avalan. Nuestros pacientes presentan numerosos factores de riesgo cardiovascular, por lo que el uso de estatinas se suma a su medicación habitual con la finalidad de disminuir el riesgo vascular.

**Conclusiones.** Sería deseable que las guías de práctica clínica llegaran a establecer claramente las indicaciones y supuestos en que deben utilizarse las estatinas en la profilaxis secundaria de eventos vasculares. Conocer el beneficio de estos fármacos nos permitirá ir mejorando la calidad de vida de los pacientes intentando conseguir una disminución de la recurrencia de los accidentes cerebrovasculares isquémicos.

**RV-62****SÍNDROME METABÓLICO: EFECTO DE ROSIGLITAZONA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL**

J. López Paz, Á. Hermida Ameijeiras, M. Romero Míguez, G. Calvo, M. Pazo Núñez, A. Pose Reino, I. Rodríguez López y C. Calvo Gómez

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Además de los efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado, las tiazolidindionas tienen otros efectos "no hipoglucemiantes", entre los que figura mejorar la vasodilatación dependiente del endotelio, que suele estar disminuida en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y síndrome metabólico (SM), además de efectos antiinflamatorios sobre la pared vascular y efectos sobre la presión arterial (PA). El objetivo ha sido evaluar los efectos de Rosiglitazona sobre la PA, con independencia de su acción hipoglucemiante, en pacientes con HTA esencial ligera y SM, que no reciben tratamientos farmacológicos previos y evaluados con monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 24 horas, antes y después del tratamiento con Rosiglitazona.

**Material y métodos.** Se estudiaron 61 pacientes (28 varones y 33 mujeres) de 55,6 ± 11,9 años de edad, con HTA ligera con medidas clínicas de PA (PA sistólica 140-159 mmHg o PA diastólica 90-99 mmHg) y Síndrome Metabólico (criterios ATP-III modificado, 2005). Los pacientes fueron asignados a dos grupos de tratamiento: Medidas no farmacológicas, con recomendaciones higiénico-dietéticas (RHD, como grupo control) o tratamiento con Rosiglitazona (4 mg/día) durante 3 meses, en administración nocturna. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche con un dispositivo SpaceLabs 90207, antes y después de 12 semanas de intervención. Se analizaron los efectos sobre la PA ambulatoria y perfil circadiano en ambos grupos de tratamiento.

**Resultados.** No hubo efecto alguno de las RHD sobre la PA ambulatoria. Los resultados indican, sin embargo, una reducción significativa de la PA después de 3 meses de tratamiento con Rosiglitazona (5,3 y 3,4 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente; p < 0,001). Este efecto fue similar sobre las medias diurna y nocturna de la PA, indicando una disminución de la PA a lo largo de las 24 horas.

**Discusión.** Aparte del efecto hipoglucemiante, Rosiglitazona reduce de forma significativa la PA ambulatoria en pacientes con hipertensión ligera y síndrome metabólico. Este efecto de la sobre la PA podría estar relacionado con una mejoría de la disfunción endotelial e inflamación vascular que presentan estos pacientes.

**RV-63****HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA, VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR Y PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

J. López Paz, Á. Hermida Ameijeiras, M. Romero Míguez, M. Pazo Núñez, G. Calvo, F. Lado Lado, V. Lorenzo Zúñiga y C. Calvo Gómez

Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** En la enfermedad vascular hipertensiva, subyace un mecanismo inflamatorio. La ausencia de un descenso nocturno adecuado en la PA (patrón no-dipper) se asocia a más daño orgánico y riesgo cardiovascular. La velocidad de sedimentación globular (VSG) es un marcador inflamatorio no específico. Hemos analizado la correlación entre VSG y PA ambulatoria (MAPA), en una cohorte de pacientes con Hipertensión sistólica aislada (HSA).

**Material y métodos.** Estudiamos 874 pacientes con HSA (PAS ≥ 140 mmHg y PAD < 90 mmHg), de 66,4 ± 13,9 años de edad, 288 no recibían tratamiento antihipertensivo. La PA se monitorizó ambulatoriamente con un dispositivo SpaceLabs 90207; a todos los pacientes, se les realizó una evaluación clínica y biológica, según protocolo estandarizado y validado.

**Resultados.** Existe una correlación negativa entre la profundidad de la PAS y la VSG ( $p < 0,001$ ) y una correlación positiva entre la PAS y presión de pulso (PP) nocturnas y la VSG; ( $p < 0,001$ ). La VSG aumenta en relación con la disminución de la profundidad pesoria; los hipertensos dipper-extremo tienen una VSG de 11,5 mm; los dipper tienen una VSG de 13,74 mm; en los pacientes no dipper, la VSG aumentó hasta 16,8 mm y, en los hipertensos riser, alcanzó un valor de 19,1 mm; ( $p < 0,001$  entre grupos, corregido por la edad). **Discusión.** En pacientes con HSA, la VSG aumenta en relación con la disminución de la profundidad de la PA sistólica, posiblemente como un marcador de "inflamación y envejecimiento vascular arterial". Los resultados indican que, además de la profundidad, la PA sistólica y la PP nocturna, sean los parámetros de MAPA que pueden tener valor pronóstico en la HSA.

#### RV-64

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y TABACO: ¿IGUAL PESO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PACIENTE HIPERTENSO?

**J. López Paz, Á. Hermida Ameijeiras, M. Romero Míguez, G. Calvo González, M. Pazo Núñez, I. Rodríguez López, V. Lorenzo Zúñiga y C. Calvo Gómez**

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** El consumo de tabaco (TAB), la hipertensión arterial (HTA) y la hipercolesterolemia (HC) representan tres de los principales factores de riesgo que favorecen e incrementan la morbimortalidad cardiovascular. En todas las guías y Documentos de Consenso sobre enfermedades cardiovasculares, la eliminación en el consumo de tabaco figura como una de las medidas terapéuticas más efectivas para reducir la mortalidad. En la prevención de la morbimortalidad cardiovascular. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de tabaquismo en una Unidad de HTA y la actitud de los profesionales sanitarios a la hora de abordar dicho hábito.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en una Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela). Se incluyeron a 1.352 pacientes  $\geq 15$  años, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple del archivo de historias clínicas procedentes de la Unidad. En un modelo de historia informatizada, se analiza: consumo de tabaco, otros factores de riesgo y patologías cardiovasculares asociadas, diagnóstico y tratamiento de la HTA, estratificación de RCV, patologías y tratamientos concomitantes. En todos los pacientes hipertensos fumadores se analiza la actitud del personal sanitario (médicos y enfermeras) en referencia a la cesación tabáquica.

**Resultados.** La edad media de la muestra fue de  $56,6 \pm 14,4$  años, con un 54% de mujeres y 62,8% de los pacientes estratificados como de alto/muy alto riesgo cardiovascular. Fumadores activos representan el 26% de la muestra (46,8% en los hipertensos de alto/muy alto riesgo cardiovascular), ex-fumadores el 29% y, no fumadores el 45%. El tabaquismo como enfermedad queda reflejado en el "apartado diagnóstico" en el 86,7% de los fumadores activos y, en el 61,5% de los ex-fumadores. En el "apartado tratamiento", se hace referencia a "la supresión del hábito o eliminación del tabaco", entre las medidas antihipertensivas no farmacológicas, en el 73,8% de los pacientes ("consejos para dejar de fumar" en el 79,9%, oferta de "ayuda psicológica" o participación en "programas de deshabitación tabáquica" en el 14,7% y, tratamiento con "fármacos anti-tabaco", sólo en el 5,4% de los casos).

**Discusión.** Existe una alta prevalencia de tabaquismo entre los pacientes hipertensos estratificados de alto y muy alto riesgo cardiovascular y se objetiva una actitud bastante pasiva y poco intervencionista, por parte del personal sanitario, a la hora de afrontar un problema sanitario de la misma magnitud que la propia hipertensión arterial.

#### RV-65

220

### CRONOTERAPIA CON LA COMBINACIÓN VALSARTAN + AMLODIPINO EN PACIENTES ANCIANOS CON HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA

**C. Calvo Gómez, J. López Paz, Á. Hermida Ameijeiras, M. Rodríguez, M. Pazo Núñez, M. Romero Míguez y G. Calvo González**

Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** En pacientes ancianos, el riesgo cardiovascular es directamente proporcional a la presión arterial (PA) sistólica e inversamente proporcional a la PA diastólica, motivo por el cual la reducción de la presión arterial diferencial o presión del pulso (PP) se convierte en un objetivo terapéutico prioritario. En la Hipertensión sistólica aislada (HSA), para alcanzar los objetivos de control, habitualmente es necesario la utilización de tratamiento combinado. El objetivo del estudio ha sido investigar la eficacia de la combinación Valsartan + Amlodipino sobre el perfil circadiano de la PA y PP en una cohorte de pacientes ancianos con HSA.

**Material y métodos.** Se estudiaron 66 pacientes (29 hombres y 37 mujeres) mayores de 65 años (edad media  $72,3 \pm 6,9$  años), diagnosticados de HSA grados 2-3 (PAS  $> 160$  mmHg y PAD  $< 90$  mmHg), los cuales fueron asignados aleatoriamente a recibir la combinación Valsartan (160 mg/día) y Amlodipino (5 mg/día) en régimen de cronoterapia: ambos fármacos a la hora de levantarse o los dos a la hora de acostarse. Se analizaron ambos esquemas terapéuticos con monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, antes y después de la intervención terapéutica durante un período de 12 semanas, con la correspondiente evaluación clínica y biológica, en todos los pacientes participantes en el estudio.

**Resultados.** La eficacia terapéutica sobre la PA fue mayor cuando ambos fármacos se administraron a la hora de acostarse y menor cuando ambos se administraron al levantarse (reducción de 14,6 mmHg en la media de 24 horas de la PAS; 18,5 mmHg con ambos fármacos al acostarse;  $p < 0,001$ ) y estas diferencias fueron mayores en la reducción de PAS nocturna, cuando la combinación se administró antes de acostarse ( $p < 0,001$ ). En relación con la PP-24 horas, se objetiva una reducción de 6,1 mmHg con ambos fármacos al levantarse; 10,3 mmHg con ambos fármacos al acostarse;  $P < 0,001$ ). La profundidad de la PP aumentó sólo cuando Valsartan y Amlodipino se administraron conjuntamente al acostarse (6,1%;  $P < 0,001$  entre grupos). El perfil de tolerabilidad y seguridad fue similar en ambos esquemas de horario terapéutico.

**Discusión.** En pacientes ancianos con HSA, el tratamiento combinado Valsartan y Amlodipino es eficaz en el control de la PAS y PP ambulatorias, aunque dicha eficacia es superior si la combinación se administra por la noche, lo cual es aconsejable en este tipo de pacientes en los cuales, el envejecimiento de árbol vascular arterial condiciona una pérdida en la regulación nocturna de la PAS, con el consiguiente incremento del perfil circadiano no dipper y un aumento en el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

#### RV-66

### CRONOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA CON OLMESARTAN Y ELIMINACIÓN URINARIA DE ALBÚMINA

**C. Calvo Gómez, J. López Paz, Á. Hermida Ameijeiras, M. Rodríguez, M. Pazo Núñez, M. Romero Míguez y G. Calvo González**

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular; Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Estudios previos con Olmesartan indican que la administración de este fármaco a la hora de acostarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA), al igual que ocurre con otros antagonistas de receptores de angiotensina. [Hypertension. 2003;42:283-290]. Paralelamente, existe una correlación negativa entre la eliminación urinaria de albúmina (EUA) y la profundidad de la PA y es significativamente mayor en los pacientes no-dipper (pacientes con una profundidad  $< 10\%$ ) que en los pacientes dipper. Por ello, en este estudio hemos estudiado la eficacia anti-

hipertensiva y el efecto sobre la EUA de la administración temporalizada de Olmesartan en pacientes hipertensos esenciales.

**Material y métodos.** Estudiamos 108 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (51 varones y 57 mujeres) de 53,4 ± 12,6 años, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo previo, que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento, en función de la hora de administración de una dosis única diaria de 40 mg/día de Olmesartan: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente (MAPA) cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche con un dispositivo SpaceLabs 90207, antes y después de los 3 meses de la intervención terapéutica. En todos los casos, se realizó una valoración clínica y un estudio biológico sanguíneo (hematimetría y bioquímica) y una recogida sistemática de muestras de orina de 24 horas, para cuantificar la EUA.

**Resultados.** Se objetiva una reducción significativa de la PA después del tratamiento en monoterapia con 40 mg/día de Olmesartan ( $p < 0,001$ ); dicha reducción de PA fue similar con las dosis matutina y nocturna, tanto para la media de PA sistólica y PA diastólica de 24 horas (reducción de 15,4 y 10,2 mmHg, después de Olmesartan a la hora de levantarse; reducción de 18,0 y 12,5 mmHg, cuando el Olmesartan se administró a la hora de acostarse). La profundidad de la PAS aumentó de forma significativa (5,6;  $P < 0,001$ ) sólo después de la administración nocturna de Olmesartan. La EUA se redujo de forma significativa, especialmente en el grupo de tratamiento nocturno. Esta disminución en EUA es independiente de la reducción en la media de 24 horas de la PA, pero está significativamente correlacionada con el efecto del tratamiento sobre la media nocturna de la PA ( $p < 0,001$ ) y el consiguiente aumento de la profundidad de la PAS ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** La administración de 40 mg diarios de Olmesartan a la hora de acostarse, en comparación con la misma dosis de Olmesartan administrada a la hora de levantarse, aumenta la profundidad de la PA y modula el perfil circadiano hacia un patrón dipper y se acompaña de una significativa reducción en la EUA. Los resultados sugieren que la conversión del patrón no-dipper a dipper podría reducir el riesgo cardiovascular asociado a la alteración nocturna de PA.

## RV-67

### SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN SU PRIMERA VISITA EN UNA CONSULTA DE RIESGO VASCULAR

**J. Erdozain Castiella<sup>1</sup>, I. Villar-Gómez<sup>2</sup>, I. Ruiz-Arruz<sup>2</sup>, J. Nieto Arana<sup>2</sup> y M. Egurbide Arberas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Marina. Bilbao (Vizcaya). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Se ha demostrado que el control de los factores de riesgo vascular (FRV) en las consultas especializadas de Medicina Interna es eficaz. Se pretende conocer en qué situación de riesgo vascular (RV) llegan los pacientes a estas consultas y con qué fármacos llegan. Para ello, se pretende realizar un análisis descriptivo de las características de los pacientes remitidos a una consulta específica de RV en su primera visita.

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva de 82 pacientes. Se diseña un protocolo de recogida de datos que incluye: demográficos, FRV, lesión de órgano diana (LOD), evento clínico (EC) y tratamientos empleados, incluyendo las medidas higiénico-dietéticas. El diagnóstico de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) se realizó por electrocardiograma y/o ecocardiograma. A los pacientes en prevención primaria (PP) se les calculó el RV utilizando las escalas de la Guía Europea de HTA (GEHTA) y el SCORE. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 11.0 para MAC, realizándose procedimientos descriptivos.

**Resultados.** La edad media de la cohorte es de 62,98 años (12,25), siendo 47 varones y 35 mujeres. Del total de la cohorte, 44 (53,7%) pacientes son de PP y 38 (46,3%) de prevención secundaria (PS). Los FRV de la cohorte son: fumadores en activo 17 (20,7%), DM tipo 2 35 (42,7%), HTA 71 (86,6%), dislipemia 67 (81,7%), obesidad y/o aumento del perímetro abdominal 69 (84,1%) y antecedentes familiares 19 (23,2%). Cumplen criterios de síndrome metabóli-

Tabla 1. RV según GEHTA y SCORE (RV-67).

VRV GEHTA	Nº de pacientes	RV SCORE	Nº de pacientes
Bajo	2	0-2	15
Moderado	2	3-4	12
Alto	32	5-9	16
Muy alto	8	10-14	0
		> 15	1

co 58 (70,7%) pacientes. Presentan LOD: HVI 42 (51,9%), microalbuminuria 12 (15%) y deterioro de la función renal 15 (18,3%). Los EC son: accidente cerebrovascular (ACV) 15 (18,3%), síndrome coronario 4 (4,9%), enfermedad arterial periférica 14 (17,1%), insuficiencia renal 8 (9,8%), insuficiencia cardíaca 3 (3,7%) y retinopatía 5 (7,8%). En la tabla 1 se señala el RV según GEHTA y SCORE en los pacientes de PP. En el análisis de las medidas higiénico-dietéticas, 33 (40,2%) de los pacientes hacen ejercicio y 8 (9,8%) siguen dieta. Para el tratamiento antihipertensivo, IECA/ARA II son utilizados en 54 (65,9%), los calcioantagonistas en 17 (20,7%), betabloqueantes en 13 (15,9%) y alfabloqueantes en 7 (8,5%). Utilizan tratamiento con 3 o más fármacos antihipertensivos 15 (18,3%) pacientes. En el tratamiento para dislipemia 43 (52,4%) pacientes tienen estatina. Reciben antiagregación y/o anticoagulación 34 (41,5%) pacientes; sólo 7 (16%) pacientes están antiagregados en el grupo de PP. Los pacientes que cumplen simultáneamente los objetivos de TA, HbA1C y dislipemia recomendados por las guías de RV son escasos (5 pacientes [6,1%]).

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con RV elevado no tienen un adecuado control de sus factores de riesgo, a pesar de las guías de RV y su difusión entre los profesionales médicos.

## RV-68

### SÍNDROME METABÓLICO Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO

**C. Álvarez Martín<sup>1</sup>, M. Hernández Presa<sup>1</sup>, S. Fernández Anaya<sup>1</sup>, J. Chaves Puertas<sup>1</sup>, J. Pascual Izuel<sup>3</sup>**

**y Grupo de Investigadores del Estudio ESME**

<sup>1</sup>Unidad Médica. Pfizer España (Madrid). <sup>2</sup>Estadística. European Biometrics Institute (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Valorar la importancia del síndrome metabólico (SM) en el control de los factores de riesgos principales, HTA y C-LDL, en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal y multicéntrico de pacientes con SM reclutados de forma aleatoria en 63 consultas hospitalarias especializadas en nuestro país. El diagnóstico de SM se estableció siguiendo los criterios modificados de la AHA (American Heart Association) del 2005. Se consideró con buen control de la PA los que presentaban PA < 140/90 mmHg, o PA < 130/80 mmHg en el caso de diabéticos y control del C-LDL acorde con su riesgo coronario (ATP-III).

**Resultados.** Se estudió a 730 pacientes, (55%) varones, con edad media (DE) de 59 (13) años, y el 62% tenían diabetes añadida al SM. Sólo el 27% de los pacientes tenían la presión arterial controlada y el 42% del total de pacientes cumplían el objetivo terapéutico de C-LDL. Únicamente el 15% cumplían el doble objetivo de control de la PA y C-LDL. El control fue peor en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos ( $p = 0,0001$ ). En un análisis de regresión logística multivariante se observó que la presencia de diabetes y obesidad se les asocia de forma independiente y controlada por edad y sexo, una menor probabilidad de conseguir el doble objetivo de control de PA y C-LDL.

**Discusión.** El control de los factores de riesgo, especialmente la HTA y la hipercolesterolemia, es especialmente importante en los pacientes con SM, pero su grado de control permite más de una reflexión. La diabetes y la obesidad son especialmente frecuentes en este síndrome y se asocian a un peor control de dichos factores. Cabría pen-



sar no sólo en un tratamiento más intensivo de la HTA y de la hipercolesterolemia para mejorar el riesgo cardiovascular de estos pacientes, sino también en un planteamiento global junto a la diabetes y la obesidad, con una reducción del índice de masa corporal y la pérdida del exceso de materia grasa corporal. Estas medidas en conjunto podrían permitir la mejoría en las cifras de control de dichos factores de riesgo.

**Conclusiones.** Los pacientes con SM seguidos en consultas especializadas tienen un alto riesgo cardiovascular, con bajo control de la PA y C-LDL. El control es peor en aquellos pacientes con obesidad y/o diabetes.

#### RV-69

### REGULACIÓN NOCTURNA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

**C. Calvo Gómez, J. López Paz, Á. Hermida Ameijeiras, M. Rodríguez, M. Romero Míguez y G. Calvo González**

*Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** En la mayoría de los últimos estudios de morbimortalidad realizados en pacientes hipertensos de alto riesgo (excepto en el estudio HOPE, con una pequeña muestra), no se ha realizado monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), motivo por el cual ni conocemos el perfil circadiano de la presión arterial (PA) en estos pacientes, ni la eficacia antihipertensiva asociada a la hora de administración de los fármacos, en función del perfil circadiano de PA en estos sujetos. **Objetivo:** Evaluar el patrón circadiano de la PA en una cohorte de hipertensos, en función del nivel de PA y del riesgo cardiovascular (RCV).

**Material y métodos.** Estudiamos 3.854 sujetos (1.894 hombres y 1.960 mujeres), de  $55,2 \pm 14,6$  años de edad. De ellos, 2609 sujetos no recibían tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio. Siguiendo los criterios de inclusión del estudio VALUE (Blood Press, 1998;7:176-183), los sujetos fueron divididos en cuatro grupos en función de su nivel de PA clínica (PA sistólica/diastólica  $\geq 160/95$  mmHg en sujetos no tratados o  $< 160/95$  mmHg en pacientes con tratamiento) y del RCV (presencia de 1 o más factores de RCV o enfermedad CV, estratificado por edad y sexo). La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche (monitor Spacelabs 90207), al mismo tiempo que se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente.

**Resultados.** La menor prevalencia de patrón no-dipper se encontró entre los sujetos con PA baja y bajo riesgo RCV (38,3%). Esta prevalencia aumentó en el grupo de PA elevada y bajo RCV (45,2%;  $p = 0,023$ ), pero aumentó significativamente en los sujetos de PA baja y RCV alto (59,4%;  $p < 0,001$ ). La mayor prevalencia de un patrón no-dipper en la PA se encontró en los pacientes con PA alta y alto RCV (63,0%;  $p < 0,001$  en comparación con los 2 primeros grupos y  $p = 0,146$  en comparación con los hipertensos de PA clínica baja y alto RCV).

**Discusión.** El riesgo cardiovascular, definido de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio VALUE, está relacionado con la pérdida de regulación de la PA durante el período nocturno y una elevada prevalencia de un patrón no-dipper. Sin embargo, esta prevalencia, sólo aumenta de forma marginal y no significativa con el incremento de PA clínica, tanto en los sujetos de bajo como de alto riesgo cardiovascular. Por eso, si no disponemos de MAPA, la identificación de un perfil de alto riesgo cardiovascular, puede ser un referente para establecer un esquema terapéutico antihipertensivo en régimen de cronoterapia, dada la alta prevalencia del patrón circadiano no-dipper en estos pacientes.

#### RV-70

### IMPORTANCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**C. Álvarez Martín<sup>1</sup>, X. Masramon<sup>2</sup>, M. Hernández Presa<sup>1</sup>, S. Fernández Anaya<sup>1</sup>, S. Torrades<sup>2</sup>, J. Chaves Puertas<sup>1</sup>, J. Pascual Izuel<sup>3</sup> y Grupo de Investigadores del Estudio ESME**

*<sup>1</sup>Unidad Médica. Pfizer España (Madrid). <sup>2</sup>Estadística. European Biometrics Institute (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).*

**Objetivos.** Valorar la importancia del síndrome metabólico (SM) en el manejo y control de la HTA en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio transversal, multicéntrico de 725 pacientes con SM reclutados de forma aleatoria en 63 consultas hospitalarias especializadas en nuestro país. El diagnóstico de SM se estableció siguiendo los criterios del la AHA modificados del 2005. Se consideró con buen control de la PA los que presentaban PA  $< 140/90$  mmHg, o PA  $< 130/80$  mmHg en el caso de diabéticos.

**Resultados.** Se reclutaron 398 varones y 327 mujeres, con edad media (DE) de 59 (12) años, y el 62% tenían diabetes añadida al SM. El 85% llevaban fármacos antihipertensivos en el tratamiento, 28% llevaban 1, 30% dos y 27% tres o más. Los grupos farmacológicos más utilizados fueron los ARA-II (53%) y diuréticos (40%) seguidos de BB (28%), IECAS (26%) y ACA (25%). Los valores de PAS fueron de 141 (18) mmHg y de PAD 83 (12) mmHg, no obstante el 93% de los pacientes tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial. El 28% tenían controlada la PAS (PAS  $< 140$  mmHg, o PAS  $< 130$  mmHg en el caso de diabéticos), y el 88% tenían controlada la PAD (PAD  $< 90$  mmHg, o PAS  $< 80$  mmHg en el caso de diabéticos), y el 27% tenían controlada ambas. El control fue menor en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos ( $p \leq 0,0001$ ). En un análisis de regresión logística la presencia de diabetes se asoció de forma independiente y controlada por edad a un 26% menos de probabilidad de tener la PA controlada ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El control de la HTA en el paciente con SM debe ser una prioridad, sobretodo conociendo la alta frecuencia de diabetes asociada. Llama la atención por un lado, la alta prevalencia de HTA diagnosticada y por otro, el bajo grado de control de la PA, sobretodo a expensas de la PAD. Los pacientes diabéticos, a pesar de la edad media de la población, tienen un peor control de la PA.

**Conclusiones.** Los pacientes con SM seguidos en consultas especializadas tienen un mal control de su PA. El control es inferior en los pacientes con diabetes añadida.

#### RV-71

### ¿SON DE ALTO RIESGO LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO?

**C. Álvarez Martín<sup>1</sup>, X. Masramon<sup>2</sup>, M. Hernández Presa<sup>1</sup>, S. Fernández Anaya<sup>1</sup>, S. Torrades<sup>2</sup>, J. Chaves Puertas<sup>1</sup>, J. Pascual Izuel<sup>3</sup> y Grupo de Investigadores del Estudio ESME**

*<sup>1</sup>Unidad Médica. Pfizer España (Madrid). <sup>2</sup>Estadística. European Biometrics Institute (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).*

**Objetivos.** Determinar las características de la población de pacientes con Síndrome Metabólico (SM) atendidos en consultas especializadas de España. Evaluar el riesgo cardiovascular de esta población.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal, no intervencionista en pacientes diagnosticados de SM y atendidos en consultas hospitalarias especializadas en nuestro país. Los pacientes fueron seleccionados de la población habitual de la consulta de forma sistemática siguiendo los criterios modificados para el SM de la AHA (American Heart Association) del 2005. Un total de 72 centros de toda España y 731 sujetos fueron incluidos en el estudio, un paciente fue excluido por no cumplir criterios de inclusión. Se recogieron todas las actuaciones médicas realizadas sobre los pacientes, señalando aquellas que por no incluirse en la práctica clínica habitual, por criterio médico o por cualquier otra causa no se realizaron.

**Resultados.** Evaluamos un total de 730 (99,9%) sujetos de los que el 55% eran hombres y el 45% mujeres. La mediana de la edad (DE)

de los hombres fue de 57 (17) años y la de las mujeres de 61 (17) años, diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,005$ ). También se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto al peso, la talla, el IMC y el perímetro de cintura ( $p < 0,0001$ ). El 76,3% de los pacientes tenían criterios de prevención secundaria y del 23,7% restante, el 45,5% según tablas Score o el 54,5% según tablas Framingham tenían criterios de alto riesgo.

**Discusión.** La existencia del Síndrome Metabólico como entidad patológica independiente está siendo puesta en duda incluso por los mismos autores que en su día acuñaron este término. Otros prefieren hablar de riesgo cardiometabólico, cuando se refieren a estos pacientes. En cualquier caso parece que, al menos la población diagnosticada y que se atiende en las consultas de atención especializada, por su edad media, por la alta prevalencia de marcadores o equivalentes de riesgo vascular y por su alto riesgo cardiovascular determinado siguiendo las tablas al uso, deben ser objetivo prioritario de atención, ya que se beneficiaría mucho de un control intensivo de los factores de riesgo modificables. Sin entrar en la infraestimación del riesgo en estos pacientes siguiendo sólo las tablas SCORE y/o FRAMINGHAM, apenas el 10-12% quedaría excluido de la clasificación de alto o muy alto riesgo, por lo que un paciente diagnosticado de Síndrome Metabólico debería ser considerado de "especial atención", en nuestra práctica clínica habitual.

**Conclusiones.** Los pacientes diagnosticados de síndrome metabólico (AHA 2005) tienen una edad media relativamente baja. Además, dos de cada tres tienen criterios de prevención secundaria y sólo un 10-12% no cumple criterios de alto riesgo cardiovascular. Se trata de una población que se beneficiaría mucho de un buen control de los factores de riesgo cardiovascular.

#### RV-72

#### REGISTRO DE HIPERLIPEMIAS GENÉTICAS EN ESPAÑA (RHICOFAM)

J. Díaz Díaz<sup>1</sup>, L. Irigoyen Cucalon<sup>2</sup>, O. Muñiz Grijalva<sup>3</sup>, F. Arrieta Blanco<sup>4</sup>, M. Suárez Tembra<sup>5</sup>, D. Zambón Rados<sup>6</sup>, J. Galiana Gómez del Pulgar<sup>7</sup> y R. Alonso Karlezi<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava). <sup>3</sup>Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>5</sup>Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Instituto Médico Quirúrgico San Rafael. A Coruña. <sup>6</sup>U. Lípidos - Servicio de Dietética y Endocrinología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>7</sup>Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real. <sup>8</sup>Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

**Objetivos.** Conocer el perfil epidemiológico y clínico, grado de control lipídico y seguridad terapéutica en adultos con Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota (HF) o Hiperlipemia Familiar Combinada (HFC) atendidos en Unidades de Lípidos españolas.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, multicéntrico y longitudinal de adultos con diagnóstico clínico y/o genético de HF o HFC atendidos en Clínicas de Lípidos del territorio español (criterios de inclusión). Recogida de datos a través de un registro "online" con acceso mediante protocolo seguro (información cifrada) y código personal de acceso y contraseña para investigadores. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para análisis.

**Resultados.** De enero 2007 a mayo 2008 se recogieron 1050 casos. Se presentan resultados del análisis de 950 > 18 años (590 HF y 360 HFC). La presencia de los siguientes factores de riesgo cardiovascular fue significativamente mayor ( $p < 0,001$ ) en HFC respecto a HF: edad,  $52 \pm 12$  vs  $47 \pm 14$  años; Diabetes Mellitus tipo 2, 18% vs 4%; hipertensión arterial, 41% vs 14%; tabaquismo, 27% vs 21% y c-HDL < 40 mg/dL, 42% vs 17%; respectivamente. El antecedente de enfermedad CV prematura fue superior en HF (47% vs 27%,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto a

Tabla 1. Perfil analítico (RV-72).

	HF (n = 590)	HFC (n = 360)	p
Colesterol total	236.0 ± 59.0	220.7 ± 50.2	< 0.001
Colesterol HDL	56.3 ± 16.2	50.5 ± 27.1	< 0.001
Colesterol LDL	160.0 ± 54.0	129.0 ± 40.6	< 0.001
Triglicéridos	85.5	183.0	< 0.001

la presencia de enfermedad coronaria o arteriopatía periférica entre ambos trastornos. La tabla 1 recoge el perfil lipídico a la inclusión. Recibían tratamiento farmacológico el 90% en HF (más estatinas a dosis altas y ezetimibe) y el 83% en HFC (más estatinas a dosis bajas y fibratos), con un buen nivel de adherencia. Presentaban un riesgo cardiovascular (RCV) moderado-alto el 90% de HF y el 71% de HFC. El control subjetivo del c-LDL en función al riesgo fue muy superior al objetivo especialmente en pacientes con HF y de riesgo moderado-alto. Se mantuvo el mismo tratamiento en el 55% de HF y en el 40% de HFC reconocidos como no controlados. Los datos de 422 casos que tenían una 2ª visita (61% HF) muestran mejor control lipídico con reducción adicional de LDL-c en 7% (HF) y 9% (HFC) asociado a un mayor uso de terapia combinada y dosis más altas de estatinas.

**Conclusiones.** HF y HFC son poblaciones de alto RCV, generalmente fuera de objetivos terapéuticos. Dosis altas de estatinas y su combinación con ezetimibe o fibratos parecen seguras y bien toleradas. El seguimiento clínico mejora el control lipídico.

#### RV-73

#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A FIBRILACIÓN AURICULAR

B. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Marín Gálvez<sup>1</sup>, M. Cainzos Vázquez<sup>1</sup>, S. Facorro Pallares<sup>1</sup>, L. Cabezón Ramos<sup>1</sup>, R. Nicolás Miguel<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup> y F. De la Iglesia Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM), <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar las variables asociadas a la presencia o no de fibrilación auricular (FA).

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: UCEM del CHU Juan Canalejo. Período: septiembre/2007-febrero/2008. Tipo de estudio: casos y controles. Casos: pacientes con FA diagnosticada por electrocardiograma. Controles: pacientes sin FA diagnosticados por electrocardiograma. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UCEM, con edades entre 24 y 96 años, con o sin FA, consentimiento informado. Criterios de exclusión: portadores de marcapasos, desfibrilador implantable automático, con ritmos cardiacos alternantes o reingreso durante el estudio. Tamaño muestral: 207 pacientes (107 con FA y 100 sin arritmia cardíaca). Mediciones: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, frecuencia cardíaca, presencia o no de FA demostrada por electrocardiograma, comorbilidad y tratamiento. Se realizó un estudio descriptivo de las variables. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación típica y las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje. Se realizó un modelo de regresión logística para predecir qué variables se asocian a la presencia o no de FA.

**Resultados.** La mediana de edad de los pacientes fue de 73 años y el 59,8% fueron varones. El análisis univariado objetivó diferencias estadísticamente significativas entre los que tienen o no FA en diversas variables. Los pacientes con FA tienen más edad ( $74.4 \pm 9$  vs.  $63.8 \pm 16$  años,  $p < 0,000$ ), son más obesos ( $28.7 \pm 5$  vs.  $27.2 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>,  $p = 0,041$ ), más fumadores (63,6% vs. 15%,  $p < 0,000$ ), y tienen mayor porcentaje de antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, ACVA, EPOC, insuficiencia renal, dislipemia, neoplasia, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca. Tras ajustar por las variables edad, sexo, IMC, antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, dislipemia, fumador e insuficiencia renal objetivamos que las variables con un efecto independiente para predecir FA son edad (OR: 1.08, 95% IC: 1.04-1.12), IMC (OR: 1.1, 95% IC: 1.03-1.20), insuficiencia renal

(OR: 5.8, 95% IC: 1.9-17.2) y la exposición actual al tabaco (OR: 5.9, 95% IC: 1.9-17.8).

**Discusión.** La FA es una arritmia relativamente común. Su prevalencia es mayor en hombres y varía con la edad (0,7% en las personas de 50 a 59 años y 17,8% en los mayores de 85 años). Su importancia clínica se debe al incremento del riesgo de mortalidad global de 1.5 a 1.9 veces, al deterioro que provoca en la función cardíaca y el riesgo de embolia cerebral o a otro nivel. Conocer los factores que se asocian a la misma permite incidir especialmente en aquellos modificables para tratar de disminuir su incidencia y mejorar el pronóstico de los pacientes. Los cambios de hábitos y estilo de vida, tabaco, dieta, el ejercicio, el control adecuado del peso y el diagnóstico precoz y manejo intensivo de la insuficiencia renal son objetivos alcanzables y que modificarán la prevalencia de la FA.

**Conclusiones.** La función renal, el tabaquismo, la edad y el índice de masa corporal son factores de riesgo asociados a la presencia de fibrilación auricular.

#### RV-74

### ANÁLISIS DEL REMODELAMIENTO CARDÍACO EN POBLACIÓN ANCIANA. INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**R. Puchades, J. Ruiz Nodar, F. Rodríguez, M. Alonso, F. Blanco, R. Gabriel y C. Suárez**

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo fue evaluar la morfología del ventrículo izquierdo en una muestra de ancianos y analizar la comparación entre hipertensos y normotensos.

**Material y métodos.** Los datos de este trabajo proceden de un subgrupo de pacientes del estudio EPICARDIAN (Epidemiología CARDiovascular en los ANcianos en España). La metodología del estudio EPICARDIAN ha sido previamente publicada con detalle. De los N = 371 pacientes seleccionados, 291 (78.6%) pacientes fueron clasificados como hipertensos y 80 (21.4%) fueron clasificados como normotensos. La edad media de la muestra fue de  $74 \pm 6,72$  años. En el grupo de hipertensos la distribución fue varones 135 (74,2%), mujeres 156 (83%), ritmo sinusal 275 (94,6%) y edad media  $74 \pm 6,55$ . En el grupo de normotensos: varones 48 (25,8%), mujeres 32 (17%), ritmo sinusal 73 (91,7%) y edad media  $72 \pm 5,8$ . La morfología del ventrículo izquierdo se estudió con el grosor parietal relativo (GPR). En base a la relación entre índice de masa ventricular izquierda con el grosor parietal se clasificaron a los pacientes en cuatro grupos: I (Ventrículo izquierdo normal: índice de masa VI normal y GPR normal), II (Ventrículo izquierdo con remodelado concéntrico: índice de masa VI normal y GPR mayor de 0.44), III (Ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica: índice de masa VI con criterios de hipertrofia y GPR mayor de 0.44) y IV (Ventrículo izquierdo con hipertrofia excéntrica: índice de masa VI con criterios de hipertrofia y GPR menor de 0.44).

**Resultados.** La prevalencia de remodelamiento cardíaco según el patrón en el global de la población fue: 30,5% (tipo I), 25,9% (tipo II), 21,8% (tipo III) y 21,8% (tipo IV). La comparación entre pacientes normotensos e hipertensos mostró que las prevalencias fueron: 60,0% (tipo I), 26,0% (tipo II), 6% (tipo III) y 8% (tipo IV) para el primer grupo y 22,3% (tipo I), 26,1% (tipo II), 26,1% (tipo III) y 25,5% (tipo IV) en el grupo de hipertensos con una  $p < 0.0005$ .

**Discusión.** La determinación de la geometría del ventrículo izquierdo parece aportar información pronóstica en pacientes hipertensos, en adición a la evaluación de la masa ventricular. La prevalencia de las diferentes geometrías en ancianos se ha evaluado con distintos **Resultados.** En nuestro estudio, la prevalencia de remodelamiento cardíaco varía al comparar entre el grupo de normotensos y el de hipertensos, presentando éste último un mayor porcentaje de alteraciones morfológicas.

**Conclusiones.** La probabilidad de encontrar una morfología normal del ventrículo izquierdo en el anciano es baja, apareciendo sólo en 1 de cada 4 ancianos hipertensos. El remodelado ventricular sin hipertrofia ventricular izquierda y no sólo la hipertrofia ventricular izquier-

da es frecuente en el anciano, hecho que tiene implicaciones pronósticas en términos de morbimortalidad.

#### RV-75

### INFLUENCIA DE LA REACCIÓN DE ALERTA SOBRE EL CÁLCULO DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO VASCULAR

**D. Real de Asúa Cruzat, R. Puchades Rincón de Arellano, I. García Polo y C. Suárez Fernández**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Cuantificar la variación en el valor del índice tobillo-brazo (ITB) y en el diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP) en función del método de medida de presión arterial (PA) en miembros superiores.

**Material y métodos.** Estudio transversal sobre pacientes de alto riesgo vascular seleccionados por muestreo consecutivo. Se tomaron tres medidas consecutivas de PA en miembros superiores y una en miembros inferiores (sobre arteria tibial posterior y pedial). El ITB se determinó de tres maneras distintas: Método A: Tomando la primera medida de PA en brazo. Método B: Tomando como medida en brazo la media de la segunda y tercera medida de PA. Método C: Tomando como medida en brazo la media de las tres medidas de PA. Se comparan los resultados obtenidos por pruebas no paramétricas. Los pacientes fueron clasificados según la presencia o ausencia de EAP (ITB menor de 0.9 o mayor de 1.4) y se midió la concordancia en el diagnóstico entre métodos con el coeficiente kappa, tomando como patrón oro la medida de PA según el método B. Criterios de inclusión: edad mayor de 40 años y, al menos, uno de los siguientes: enfermedad vascular clínica o subclínica, diabetes, síndrome metabólico o presencia de tres factores de riesgo vascular.

**Resultados.** Se incluyeron 48 pacientes de edad media  $64 \pm 11$  años (rango 41-83). El valor medio de ITB fue de  $1.06 \pm 0.35$  en el grupo A;  $1.11 \pm 0.37$  en el B y  $1.09 \pm 0.37$  en el C. Las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, tampoco se objetivó una diferencia significativa en el diagnóstico de EAP entre grupos. Al comparar el método A contra los otros dos, el índice de concordancia kappa obtenido fue de 81.8%, con una sensibilidad de 100% (IC95% 66.4-100%) y una especificidad de 92,3% (IC95% 79.3-98.4%) para identificar a pacientes con un ITB patológico.

**Discusión.** A pesar de la alta prevalencia de la reacción de alerta y la importancia de su consideración para establecer el diagnóstico de HTA, no parece influir de forma significativa en el cálculo del ITB. Es suficiente, una vez identificado el brazo con la cifra más alta, realizar una única medida, lo que simplifica la técnica.

**Conclusiones.** Pese a la presencia de una posible reacción de alerta a la toma de PA, no está justificado realizar más de una medida para el cálculo del ITB en miembros superiores, ya que su consideración no tiene impacto en el diagnóstico de EAP.

#### RV-76

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

**E. Abad Picos<sup>1</sup>, M. García Couto<sup>1</sup>, M. Romero Quintela<sup>1</sup>, B. Seoane González<sup>1</sup>, V. Ramos Polledo<sup>1</sup>, C. Pellicer Vázquez<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup> y F. De la Iglesia Martínez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM), <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar las variables asociadas a la presencia o no de enfermedad cerebrovascular (ECV).

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: UCEM del CHU Juan Canalejo. Período: septiembre/2007-febrero/2008. Tipo de estudio: casos y controles. Casos: pacientes con antecedente de ECV confirmado previamente por TAC. Controles: pacientes sin antece-



dente de ECV. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UCEM, con edades entre 24 y 96 años, con o sin antecedente de ECV, consentimiento informado. Criterios de exclusión: ausencia de confirmación radiológica, o reingreso durante el estudio. Tamaño muestral: 207 pacientes (72 con ECV y 135 sin ECV). Mediciones: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, frecuencia cardíaca, presencia o no de FA demostrada por electrocardiograma, comorbilidad y tratamiento. Se realizó un estudio descriptivo de las variables. Las variables cuantitativas se expresan como media  $\pm$  desviación típica y las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje. Se realizó un modelo de regresión logística para predecir qué variables se asocian a la presencia o no de ECV.

**Resultados.** La mediana de edad de los pacientes fue de 73 años y el 59,8% fueron varones. El análisis univariado objetivó diferencias estadísticamente significativas entre los que tenían o no ECV en diversas variables. Los pacientes con ECV tenían más edad ( $74.2 \pm 11$  vs.  $66.7 \pm 15$  años,  $p < 0.000$ ), son más fumadores (83,3% vs. 17,0%,  $p < 0.000$ ), y tienen mayor porcentaje de antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, FA, EPOC, insuficiencia renal, dislipemia, neoplasia, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca. Tras ajustar por las variables edad, sexo, IMC, TA, FA, antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, EPOC, dislipemia, fumador, insuficiencia renal, neoplasia, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca, objetivamos que las variables con un efecto independiente para predecir ECV son la insuficiencia renal (OR: 8.5, 95% IC: 2.3-31.4) y la exposición actual al tabaco (OR: 4.9, 95% IC: 1.1-23.2).

**Discusión.** En España la mortalidad por ECV es relativamente baja, alrededor de 50 casos/100.000 habitantes, frente a países como Bulgaria, Rusia o China con 200 a 300 casos/100.000 habitantes. Más de la mitad de los pacientes fallecen en los primeros 28 días tras el inicio de los síntomas. Su prevalencia es mayor en hombres y aumenta progresivamente con la edad. Su importancia clínica se debe no sólo a su elevada mortalidad, 35.000 españoles en 2002, sino a las graves secuelas e incapacidades que presentan muchos de los supervivientes con las consecuencias que provocan en la esfera individual, familiar y social. Conocer los factores que se asocian a esta enfermedad permite incidir especialmente en aquellos modificables para tratar de disminuir su incidencia y mejorar el pronóstico de los pacientes. Modificar el hábito del consumo de tabaco de la población y el diagnóstico precoz y manejo intensivo de la insuficiencia renal deben ser objetivos prioritarios de nuestra práctica médica.

**Conclusiones.** La función renal y el tabaquismo son factores de riesgo asociados a la presencia de enfermedad cerebrovascular.

#### RV-77

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)

M. Ayala Gutiérrez<sup>1</sup>, I. Portales<sup>1</sup>, F. Miralles<sup>2</sup>, D. Peña Jiménez<sup>1</sup>, A. Michán Doña<sup>3</sup>, R. Molero Cabrilla<sup>4</sup>, L. Hidalgo<sup>5</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Clínica Parque San Antonio. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga).

**Objetivos.** La DM es una enfermedad de gran prevalencia y con una incidencia creciente lo que hace necesario un mayor conocimiento de la misma.

**Material y métodos.** DIAMI (Registro de Diabetes en Medicina Interna) es un registro informático multicéntrico de pacientes con DM atendidos por Medicina Interna, tanto en régimen ambulatorio como hospitalizados. Presentamos los casos de pacientes ambulatorios recogidos de enero a mayo de 2008.

**Resultados.** Se incluyeron 328 pacientes (43,9% mujeres), con una edad media de 64.8 años. La mayoría son diabéticos tipo 2 (93,3%),

con un tiempo medio de evolución de  $10.6 \pm 9.7$  años y bajo al nivel educativo (un 48,5% de los pacientes tenían estudios primarios o inferiores). El 87,4% tomaba antidiabéticos orales, fundamentalmente: metformina (82,8%), sulfonilureas (22,5%), glinidas (17,5%) y gli-tazonas (12,3%). El 34,4% de los pacientes recibía insulina asociada o no a antidiabéticos orales, principalmente insulina basal (59,8%) de tipo glargina (73,1%). La dosis media de insulina diaria fue de 44 U ( $0.52$  u/kg). El 72,7% estaban antiagregados; el 77% tomaban hipolipemiantes (estatinas en el 70,5%) y el 84,7% reciben tratamiento antihipertensivo (ARA II: 51,2%, IECA: 27,9%). El 25,8% de la muestra recibió la vacunación antigripal en el último año y el 1,2% antineumocócica. Destaca la proporción de pacientes con insuficiencia renal severa (Cockcroft  $< 30$  ml/min) tratados con metformina (3,7%), sulfonilureas (0,3%) y diuréticos tiazídicos o ahorradores de potasio (3,1%). Complicaciones microvasculares: 24,2% proteinuria, 11,7% neuropatía y un 13,5% retinopatía. Un 25,8% presentaban insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina según fórmula de Cockcroft  $< 60$  ml/min). Complicaciones macrovasculares más frecuentes: cardiopatía isquémica (18,4%), ACV (10,7%), enfermedad arterial periférica (12%). El 18,1% fue hospitalizado en el último año, principalmente por enfermedades cardiovasculares (37,3%) o por descompensación metabólica (22%).

**Discusión.** Las consultas de Medicina Interna atienden diabéticos de edad avanzada, fundamentalmente tipo 2 de larga evolución, bajo nivel cultural. El uso de metformina es generalizado. Una tercera parte de los pacientes están insulinizados, preferentemente con análogos basales. La mayoría reciben tratamiento antiagregante/anticoagulante, hipolipemiente y antihipertensivo. El 7,1% de pacientes con insuficiencia renal avanzada recibían tratamiento inadecuado. Los pacientes diabéticos presentaban una elevada comorbilidad con frecuentes complicaciones micro y macrovasculares. Las tasas de vacunación antigripal y antineumocócica son insuficientes.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con DM tipo 2 atendidos en consultas de M. Interna son de avanzada edad, bajo nivel cultural, con diabetes de larga evolución y elevada comorbilidad micro y macrovascular. 2. Las pautas de tratamiento se basan en el uso de metformina y análogos de insulina basal. 3. Más del 80% reciben medicación antiagregante/anticoagulante, hipolipemiente (fundamentalmente estatinas) y antihipertensiva (en especial ARA-II o IECA). 4. La tasa de vacunación antigripal y antineumocócica parece ser muy baja. 5. La cuarta parte de la población presenta una disfunción renal moderada o severa; el 7% de ellos recibían fármacos contraindicados en insuficiencia renal.

#### RV-78

### CONOCIMIENTO ACERCA DEL TRATAMIENTO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTICOAGULADO USUARIO DE UNA CONSULTA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

P. Alaminos García<sup>1</sup>, M. Menduñía Guillén<sup>2</sup>, R. De la Chica Ruiz-Ruano<sup>1</sup>, F. Miras Parra<sup>3</sup> y F. Pérez Blanco<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Sección UCI. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna Unidad 2, <sup>3</sup>Departamento de Medicina Universidad de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Introducción: la medicación anticoagulante oral (AO) es muy útil a largo plazo en pacientes con ciertas patologías. Su principal inconveniente son las interacciones, y sobre todo las hemorragias. El AO más empleado en nuestro medio es el Acenocumarol (Simtron). Objetivos del estudio: 1.- Conocer la información y las dudas que tienen los pacientes, usuarios de una consulta de anticoagulación del Hospital Universitario S. Cecilio, respecto de su tratamiento anticoagulante. 2.- Detectar qué grado de satisfacción tienen de los servicios recibidos y cuáles son sus expectativas de mejora.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta con 6 preguntas de respuesta múltiple y 1 de respuesta abierta, realizada en una consulta de anticoagulación oral del Hospital Universitario S. Cecilio de Granada. Se incluyeron los pacientes autosuficientes y sin deterioro cognitivo, seleccionados consecutivamente de cada grupo de 24 que el día de corte estaban

citados para su control periódico.

**Resultados.** En total se incluyeron 82 pacientes. La media de edad de los pacientes fue de  $70 \pm 5$  (48,5% mujeres, 51,5% varones). Todos dicen conocer el tipo de tratamiento que están tomando, el 90% conocen el riesgo de hemorragias. En caso de sufrir una de éstas, el 23,3% acudirían al Centro de Salud más cercano, el 66,6% iría a urgencias del Hospital, el 3,4%, llamaría al Servicio de Emergencias y sólo el 6,7% acudiría al Servicio de Hematología. El 3,4% están seguros de poder tomar complejos vitamínicos con el AO; un 6,7% sabía que se podía realizar su control estando de viaje; el 73,4% no sabría que hacer si se olvidara una toma; 96,6% creían que debían acudir en ayunas para la extracción, y tan sólo el 3,4% sabía que se podía cambiar el día de la extracción. El 96,6% referían no tener dudas acerca del régimen alimenticio a seguir. Otro 96,6% creen haber recibido una buena información al inicio del tratamiento. El 76,6% de estos conocen y saben interpretar bien la hoja de dosificación. Casi la mitad de los encuestados (46,7%) están satisfechos con la asistencia que se les presta y un 40% preferiría el control con sangre capilar.

**Conclusiones.** Todos los pacientes creen conocer su tratamiento y la mayoría, también sus complicaciones. Ante una hemorragia la mayoría iría a urgencias del hospital, lo que sugiere que son conscientes de la importancia y la gravedad de esta complicación. La mayoría ve el sistema y el servicio aceptable, pero preferirían la prueba con sangre capilar en vez de venosa. Todos piensan que les informaron ampliamente cuando le prescribieron la medicación por primera vez, sin embargo, la gran mayoría creían que debían acudir en ayunas para la extracción, tienen amplias dudas sobre la medicación concomitante y no saben que pueden realizar sus controles fuera de su residencia. La hoja de dosificación es comprensible para un alto número de pacientes.

#### RV-79

### GAMMA GLUTAMILTRANSFERASA SÉRICA COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD NADPH OXIDASA FAGOCÍTICA EN INDIVIDUOS SANOS

M. Landecho Acha<sup>1</sup>, O. Beloqui<sup>1</sup>, A. Huerta<sup>1</sup>, A. Fortuño<sup>2</sup>, G. Zalba<sup>2</sup> y J. Diez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Chequeos del Dpto. de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>2</sup>División de Ciencias Cardiovasculares. Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA). Navarra.

**Objetivos.** Se ha propuesto que la Gamma glutamiltransferasa (GGT) podría ser un marcador de estrés oxidativo ya que la GGT correlaciona de manera inversa con el consumo de antioxidantes de la dieta o con sus concentraciones plasmáticas, y de manera directa con los niveles de lípidos peroxidados. En todo caso, su utilidad como marcador de estrés oxidativo no se comprende con detalle en la actualidad. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre GGT y la actividad en células mononucleares de sangre periférica de la NADPH oxidasa, fuente bien conocida de anión superóxido in vivo.

**Material y métodos.** Hemos estudiado 241 varones sanos (edad  $54 \pm 0,8$  años). Se han aprovechado las determinaciones bioquímicas de perfil lipídico y pruebas hepáticas estándar realizadas en la consulta. Adicionalmente se ha determinado la actividad NADPH oxidasa mediante técnica de quimioluminiscencia con lucigenina tras estimulación con PMA.

**Resultados.** Los estudios de correlación han demostrado que la GGT pero no la AST ni la ALT correlaciona de manera directa con la actividad NADPH oxidasa fagocítica ( $p = 0,005$ ). Los niveles de GGT aumentaron progresivamente con los cuartiles de actividad NADPH oxidasa ( $p$  de tendencia =  $0,003$ ), estando significativamente más altos en los casos de actividad NADPH aumentada ( $p = 0,015$ ). Los niveles de GGT también correlacionaron positivamente con el IMC ( $p = 0,003$ ); el valor de HOMA ( $p = 0,001$ ); de colesterol LDL ( $p = 0,001$ ) y de triglicéridos ( $p = 0,001$ ). Por el contrario no identificamos correlación significativa con la edad, la hipertensión arterial ni el consumo de tabaco. En el análisis ajustado por IMC, HOMA, colesterolemia y trigliceridemia, la asociación entre la GGT y la producción de superóxido mantuvo la significación estadística ( $p = 0,004$ ). También se encontró una correlación significativa entre los

niveles de GGT y de LDL oxidados plasmáticos ( $p = 0,011$ ) otro parámetro bien definido de daño oxidativo.

**Conclusiones.** La GGT aparece independientemente asociada con la actividad NADPH oxidasa, importante enzima prooxidante de acción in vivo. En consecuencia, GGT podría representar un marcador precoz y sensible estrés oxidativo.

#### RV-80

### ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON DM2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

F. Muñoz Rodríguez<sup>1</sup>, J. Murillo Sanchís<sup>2</sup>, M. Sánchez Rocabert<sup>3</sup>, V. Andreu Solsona<sup>4</sup> y J. Vilaseca Bellsolà<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Endocrinología, <sup>3</sup>Unidad de Enfermería, <sup>4</sup>Unidad de Digestivo. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Analizar la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con DM2. 2. Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en los pacientes con enfermedad renal crónica de acuerdo con su medida en la consulta o mediante medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA). 3. Analizar la relación entre el patrón circadiano de la PA y la ERC.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma consecutiva 58 pacientes con DM2 (64% mujeres) seguidos en la consulta externa de endocrinología de nuestro centro hospitalario con una edad media de 64 (Extremos 44-78) años. Para la estimación del filtrado glomerular (FG) se utilizó la fórmula del estudio MDRD y la excreción urinaria de proteínas se determinó mediante el cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina (normal  $< 30$  mg/g). Se consideró insuficiencia renal (IR) cuando el FG era  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Se definió la ERC cuando existía una IR y/o excreción urinaria de albúmina  $> 30$  mg/g. A todos los pacientes se les determinó la PA en la consulta y se les efectuó un registro de MAPA durante 24 horas. Se definió un correcto control de la PA cifras inferiores a 130/80 mmHg tanto para la PA en consulta como para la PA media durante el periodo de actividad obtenida por MAPA. Se definió el patrón DIPPER o reductor cuando se producía una descenso de la PA sistólica nocturna respecto a la diurna  $> 10\%$ . Cuando el descenso era inferior se denominó patrón NON-DIPPER o no reductor.

**Resultados.** Se constató ERC en 28 (48%) pacientes: IR moderada en 14 (24%) con un FG medio de 53,4 (DE 4,4) ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, microalbuminuria en 19 (33%) casos y en 5 (9%) coexistían ambas alteraciones. La PA en consulta reveló un buen control en el 14% del total de pacientes, mientras que por MAPA ascendió al 37% ( $p = 0,003$ ). Esta superioridad en el buen control por MAPA también se constató en el grupo de pacientes con DM2 y ERC (39% vs 7%;  $p = 0,012$ ). Observamos unas cifras de PA sistólica obtenidas por MAPA significativamente más elevadas entre los pacientes con DM2 y microalbuminuria respecto a los pacientes sin microalbuminuria, tanto durante las 24 horas (137 vs 129 mmHg;  $p = 0,02$ ), como en las determinaciones diurnas (139 vs 132 mmHg;  $p = 0,04$ ) y nocturnas (131 vs 120 mmHg;  $p = 0,01$ ). Esta relación no se observó con la PA diastólica por MAPA ni con la PA en consulta. Respecto al análisis del patrón circadiano de la PA, se obtuvo un patrón DIPPER o reductor en 21 (37%) pacientes. En los pacientes con un patrón NON-DIPPER se observó una mayor prevalencia de microalbuminuria (36% vs 29%; OR 1,4), IR moderada (28% vs 19%; OR 1,6) y ERC (53% vs 43%; OR 1,5) respecto a los de patrón DIPPER, aunque sin alcanzar en ninguna de las situaciones significación estadística.

**Conclusiones.** 1. La ERC es muy prevalente entre los pacientes con DM2. 2. La determinación de la PA en la consulta infravalora el buen control de la PA en pacientes con DM2 y ERC. 3. La PA sistólica obtenida por MAPA correlaciona mejor con la presencia de microalbuminuria que la PA en consulta. 4. El patrón NON-DIPPER parece estar relacionado con un mayor daño renal en los pacientes con DM2. 5. Sería aconsejable la práctica rutinaria de la MAPA en estos pacientes para conocer mejor el grado de control de la PA.

**RV-81**

**HIDROXICLOROQUINA Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**M. Zamora Pasadas<sup>1</sup>, J. Jiménez Jáimez<sup>2</sup>, J. Vargas Hitos<sup>1</sup>, J. Sabio Sánchez<sup>1</sup>, N. Navarrete Navarrete<sup>1</sup>, A. Díaz Chamorro<sup>1</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup> y J. Jiménez Alonso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La aterosclerosis (AT) precoz es una de las principales causas de morbimortalidad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El Síndrome Metabólico (SM) se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar AT y en un trabajo previo hemos demostrado que es más frecuente en el LES. El objetivo de este estudio es analizar la influencia que el tratamiento con hidroxycoloroquina (HCQ) tiene en el desarrollo del SM en los pacientes con LES.

**Material y métodos.** Estudio transversal de casos y controles. Casos: 160 pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de nuestro Hospital. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, SLEDAI, SLICC, enfermedades concomitantes y tratamiento. Se utilizó la definición de SM según los criterios de la ATP-III. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.0

**Resultados.** La edad media de los LES con SM (n = 33) frente a la de los LES sin SM (n = 127) fue 49.1 ± 16.1 años vs 41.6 ± 14.1 (p = 0.008). El 91% de LES con SM fueron mujeres frente al 88% de los LES sin SM. Los LES con SM presentaron, respecto a los LES sin SM, mayores niveles de glucosa (89.5 ± 20.4 vs 81.5 ± 9.6 mg/dL; p = 0,001), triglicéridos (149 ± 74 vs 87 ± 40 mg/dL; p = 0,001), LDL-colesterol (108 ± 31 vs 104 ± 32 mg/dL), SLEDAI (4.5 ± 3.8 vs 3.4 ± 3.3; p = 0.085) y SLICC (2.6 ± 2.2 vs 1.3 ± 1.5; p = 0.004) pero niveles menores de colesterol total (183 ± 40 vs 185 ± 42 mg/dL) y HDL-colesterol (44 ± 17.9 vs 62.3 ± 16.4; p = 0,001). El 53% de los LES con SM estaban tomando, en el momento del estudio, HCQ frente al 74% de los LES sin SM (p = 0.035). La dosis acumulada de HCQ fue menor en los LES con SM con respecto a los LES sin SM (309 ± 315 vs 380 ± 433). Existe una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular en los LES con SM frente a los LES sin SM (28% vs 12%; p = 0,057), sobre todo en la enfermedad cerebrovascular (16% vs 3.9%; p 0,041). Los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales también fueron más frecuentes en los LES con SM respecto a los LES sin SM, sobre todo la HTA (97% vs 66%; p = 0,001), dislipemia (94 vs 59; p < 0,001), diabetes mellitus (16% vs 0.4%; p < 0,001), obesidad (53% vs 13%; p < 0,001) y sedentarismo (77% vs 57%; p = 0.066).

**Discusión.** El SM es menos frecuente en los pacientes con LES tratados con HCQ. Además el uso de HCQ se asocia con una menor prevalencia de enfermedad cardiovascular (27,3% vs 11.8%; p = 0,052), sobre todo con enfermedad cerebrovascular (15,2% vs 3.9%; p = 0,049) en los pacientes con LES. Estos hallazgos sugieren que la HCQ podría tener un efecto protector sobre el SM, teniendo influencia beneficiosa en el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular. El efecto protector de la HCQ sobre el SM podría explicar, en parte, el efecto favorable sobre la reducción del daño orgánico y el aumento de la supervivencia en los pacientes con LES. Así, en nuestro estudio los pacientes LES con SM tienen un índice SLICC mayor que los pacientes LES sin SM.

**Conclusiones.** La HCQ podría tener un efecto protector frente al desarrollo del SM debido a sus efectos beneficiosos sobre el perfil lipídico (disminuye TG y aumenta HDLc) y sobre la glucemia (la disminuye). Así, el efecto beneficioso de la HCQ sobre la aterosclerosis deriva del efecto positivo sobre el SM y posiblemente del efecto anti-inflamatorio, inmunomodulador y el que ejerce sobre el metabolismo de la insulina (disminuyendo la resistencia a la misma). En cualquier caso, el mecanismo por el que la HCQ protege frente al SM es complejo y multifactorial.

**RV-83**

**ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN DE CONSULTAS**

**V. López Mouriño<sup>1</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, O. Pérez Carral<sup>1</sup>, M. Peña Zemsch<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>1</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>2</sup>, A. Miranda Filloy<sup>3</sup> y D. García Estevez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo). <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Nova Santos. Ferrol (A Coruña). <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Xeral de Lugo. Lugo. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Describir el perfil de población que acude a dichas nuestras consultas.

**Material y métodos.** Se escoge una muestra de los 200 primeros pacientes citados como nuevos a partir del uno de enero de 2008, analizando sexo, edad, peso, IMC y perímetro abdominal.

**Resultados.** 1. Distribución de edad por sexos - de 10 a 19 años 0 varones (0%) y 2 mujeres (1%) - de 20 a 29 años 1 varón (0,5%) y 6 mujeres (3%) - de 30 a 39 años 4 varones (2%) y 8 mujeres (4%) - de 40 a 49 años 6 varones (3%) y 9 mujeres (4,5%) - de 50 a 59 años 3 varones (1,5%) y 17 mujeres (8,5%) - de 60 a 69 años 13 varones (6,5%) y 17 mujeres (8,5%) - de 70 a 79 años 27 varones (13,5%) y 38 mujeres (19%) - de 80 a 89 años 15 varones (7,5%) y 32 mujeres (16%) - de 90 a 99 años 1 varón (0,5%) y una mujer (0,5%) 2. Imc por sexos (%) ver tabla 3. Perímetro abdominal (según categorías de PC del NCEP/IDF) PC en varones < 94 cm: 33,33% de los varones 94-102 cm: 33,33% > 102 cm: 33,33% PC en mujeres < 80 cm: 11,34% de las mujeres 80-88 cm: 11,34% > 88 cm 77,32%.

**Discusión.** Las mujeres predominan frente a los hombres, tendencia que se demuestra en todos los grupos de edad salvo en los mayores de 90 años donde se igualan. El grupo de edades más frecuente es entre 60 y 89 años tanto en hombres (6,5% entre 60-69, 13,5% entre 70 y 79, 7,5 5 entre 80-89) como en mujeres (8,5% entre 60-69, 19% entre 70-79 y 16% entre 80 y 89) abarcando un total del 71% del total de pacientes. La anorexia es más frecuente en mujeres. El IMC normal y el sobrepeso son más frecuentes en los hombres. La obesidad grado I y grado II es más frecuente en las mujeres. La obesidad mórbida es más frecuente en hombres. En los varones no predomina ningún perímetro de cintura. En las mujeres predominan los perímetros de cinturas altos.

**Conclusiones.** De todo ello deducimos que los pacientes citados en consultas de Medicina Interna como nuevos respondes a las siguientes características: 1. Predominan las mujeres sobre los hombres en todos los grupos de edad 2. Las edades más frecuentes son entre 60 y 89 años, abarcando al 71% de la población 3. La anorexia, la obesidad grado I, y grado II es más frecuente en las mujeres 4. El IMC normal, el sobrepeso y la obesidad mórbida son más frecuentes en los hombres 5. En las mujeres predominan los perímetros de cintura altos, mientras en los hombres se distribuyen homogéneamente.

Tabla 1. IMC por sexos (RV-83).

IMC	% Hombres	% Mujeres
< 20	1.5	2.5
20-25	31	28.3
26-30	40	29.1
31-35	18.5	25
36-40	6	14.1
> 40	3	1



**RV-84**

**PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN Y FARMACOTERAPIA UTILIZADA EN SU MANEJO EN NUESTRA AREA DE INFLUENCIA**

V. López Mouriño<sup>1</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, M. Peña Zemsch<sup>1</sup>, O. Pérez Carral<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>2</sup>, L. Pérez Arribas<sup>2</sup>, G. García Benito<sup>2</sup> y D. García Estevez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Mostrar el manejo del tratamiento de Hipertensión en nuestra área de influencia así como su prevalencia.

**Material y métodos.** Se escoge una muestra de los 200 primeros pacientes citados como nuevos a partir del uno de enero de 2008, recogiendo si son o no hipertensos, sexo y que tratamiento realizan si están diagnosticados de hipertensión, y si reciben uno ovarios fármacos, o solo dieta y ejercicio.

**Resultados.** Prevalencia de Hipertensión ver tabla - n° fármacos ver tabla - fármacos utilizados: - Diuréticos 60 - IECA25 - ARA2 50 - AC 20 - BB 15 - AB 5 - no sabe 5 - total 180 - Combinaciones - D+I 10 - D+A 34 -A+C 15

**Discusión.** De los 200 pacientes 97 (48,5%) son hipertensos. De los 72 hombres 32 (48,5%) son hipertensos. De las 128 mujeres 65 (50,78% son hipertensas). Los fármacos más utilizados son por este orden diuréticos (60 pacientes), A2 (50), IECA (25), AC (20), BB (15), AB (5), desconoce tratamiento pero toma alguno (5). 70 de los pacientes está con monoterapia (35,05%) o biterapia (37,12%), sumando un total de (72,17%), con triple terapia están el 16% de los pacientes, con más de tres fármacos están el 5,15% y con dieta y ejercicio el 6,19%. La combinación más utilizada es asociación de ARA2+Diurético (34), IECA+Diurético (10) y Antagonista del calcio+ARA2 (15), siendo otras asociaciones menos frecuentes.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de la hipertensión en nuestra consulta es del 48,5% 2. La prevalencia es más alta en mujeres (50,78%) que en hombres (44,44%) 3. la mayor parte de los pacientes toma uno o dos medicamentos hipotensores (72,17%) 4. La medicación hipotensora más utilizada son los Diuréticos seguidos de

Tabla 1. Prevalencia HTA (RV-84).

	Si	No	Total
H	32	40	72
M	65	63	128
Total	97	103	200

Tabla 2. N° de fármacos (RV-84).

HTA	N° Pac.	% Pac.
Monot	34	35.05
Bit	36	37.12
Triplet	16	16.49
> 3 f.	16	16.49
D y E	6	6.19
Total	97	100

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de HAM y ACA (RV-85).

Caso	1	2	3	4	5	6	7
Enfermedad asociada	LES	LES	NO	PAN	NO	NO	NO
Género/Edad	M/15	H/56	M/42	H/42	M/67	M/55	M/45
TAS/TAD	240/130	240/150	186/120	200/120	190/124	165/84	240/140
Ecocardio	HVI DP	DSVI DDVI	HVI	HVI	HVI	Normal	HVI DSVI
Biopsia renal	MAT	GNPD	NR	PAN	NR	NR	NR
Proteinuria mg/24 h	2700	4000	500	1500	2600	33	750
Creatinina mg/dL	3,1	1,7	0,8	1,3	1,4	1	1,27
ACA GPL/MPL	18/57	0/31	24/19	28/0	34/0	0/27	24/0
Retinopatía	IV	III	IV	III-IV	IV	IV	III
Trombosis	Femoral	Cerebral	Cerebral	Cerebral	Cerebral	Cerebral Coronaria	Cerebral Coronaria
Evolución	Muerte	Muerte	Control	Control	Control	Control	Muerte

los ARA2, le siguen en frecuencia los IECA, Calcioantagonistas, Betabloqueantes y Alfabloqueantes 5. Las asociaciones más utilizadas son de ARA2 con diurético, seguida de Antagonista del Calcio y Ara2.

**RV-85**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS**

N. Ortega López<sup>1</sup>, J. Vidal Bugallo<sup>1</sup>, J. Montoya Martínez<sup>1</sup>, M. Martínez Pastor<sup>2</sup>, M. Hernández Ruiz<sup>1</sup>, R. Pérez Luján<sup>1</sup> y G. Ortega González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia. Centro de Salud Infante Juan Manuel. Murcia.

**Objetivos.** Descripción de nuestra experiencia en hipertensión arterial maligna (HAM) asociada a anticuerpos anticardiolipina (ACA).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de serie de casos con HAM definida como hipertensión arterial severa acompañada de retinopatía hipertensiva grado III o IV de Keith-Wagener y presencia simultánea y persistente de anticuerpos anticardiolipina (ACA) positivos a títulos al menos igual o superior a 12 u. GPL o MPL.

**Resultados.** Los principales datos clínicos y complementarios se recogen en Tabla 1. Abreviaturas: Enf Asoc: enfermedad asociada, M. mujer, H: hombre, TAS: tensión arterial sistólica en mmHg, TAD: tensión arterial diastólica en mmHg, HVI: Hipertrofia de ventrículo izquierdo, DSVI: disfunción sistólica de VI, DDVI: disfunción diastólica de VI, DP: derrame pericárdico, MAT: microangiopatía trombótica, GNPD: glomerulopatía proliferativa difusa, PAN: panarteritis nodosa, NR: no realizado.

**Conclusiones.** La hipertensión arterial (HA) se asocia de forma significativa a la presencia de trombosis arteriales en enfermos con Síndrome antifosfolipídico primario (SAP) o asociado a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en los que los fenómenos trombóticos endovasculares más causa que consecuencia de la HA. La presentación como HAM o acelerada asociada a ACA es rara y se considera consecuencia de microangiopatía trombótica renal. En estos casos el curso clínico es agresivo, destaca la elevada frecuencia de macroalbuminuria, enfermedad cerebro-vascular y cardiopatía isquémico-hipertensiva, así como el mal pronóstico en los casos asociados a LES.

**RV-86****SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)**

**M. Ayala Gutiérrez<sup>1</sup>, V. Buonaiuto<sup>1</sup>, D. Peña Jiménez<sup>1</sup>, S. Jansen Chaparro<sup>1</sup>, F. Miralles<sup>2</sup>, A. Michán Doña<sup>3</sup>, R. Molero Cabrilla<sup>4</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Clínica Parque San Antonio. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por la agrupación de otros factores de riesgo encuadrados dentro del concepto de Síndrome Metabólico. El tratamiento de estos pacientes requiere un abordaje integral de dichos factores de riesgo relacionados con la resistencia a la insulina y/o a la adiposidad abdominal. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de Síndrome Metabólico en una población diabética atendida en consultas de Medicina Interna en Andalucía. Para ello, hemos utilizado los datos del registro informático DIAMI.

**Material y métodos.** DIAMI es un registro informático multicéntrico de pacientes con DM atendidos por los servicios de Medicina Interna tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización. Presentamos los datos de pacientes ambulatorios recogidos de enero a mayo de 2008.

**Resultados.** Se incluyeron 328 pacientes (184 varones y 144 mujeres), con una edad media de 64.85 años. El 92,3% tenían diabetes tipo 2, con una evolución media de  $10.6 \pm 9.7$  años. Respecto al nivel educativo, un 48,48% de los pacientes tenían estudios primarios o inferiores, un 21,03% estudios secundarios o de formación profesional y un 16,77% estudios superiores; no se recogieron datos de nivel de estudios en un 13,72%. El 23,8% de los pacientes eran fumadores y un 27,44% exfumadores. Sólo el 43,6% de la población mantenía un nivel de actividad física cardiosaludable (caminar al menos 150 minutos semanales); el resto de la población (56,44%) se etiquetó como sedentaria. El 53,4% de la población tenía obesidad ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ), el 35,6% tenía sobrepeso ( $IMC = 25-30$ ) y un 11,5% normopeso ( $IMC < 25$ ). El perímetro de cintura medio fue 105.24 cm (rango 155-76) en los hombres y 101.74 cm (rango 138-67) en las mujeres. Según criterios de la ATP-III, la prevalencia de obesidad abdominal fue del 32,21% en hombres y del 39,88% en mujeres (perímetro de cintura  $\geq 102 \text{ cm}$  y  $\geq 88 \text{ cm}$ , respectivamente). Siguiendo los criterios de la IDF (perímetro de cintura  $\geq 94 \text{ cm}$  y  $\geq 80 \text{ cm}$ , en hombres y en mujeres), la prevalencia de obesidad abdominal fue de 47,5% en hombres y de 42% en mujeres. El 58,9% de la población tenía mal control tensional ( $PAD > 130 \text{ mmHg}$  y/o  $PAD > 80 \text{ mmHg}$ ). El HDL medio en hombres fue 44.4 mg/dl, y un 20,5% tenían niveles  $< 40 \text{ mg/dl}$ . En mujeres el HDL medio fue 52.7 mg/dl, y 19% tenían niveles  $< 50 \text{ mg/dl}$ . El 35% presentaba niveles de triglicéridos  $> 150 \text{ mg/dl}$ , siendo los niveles medios de 150.6 mg/dl. La prevalencia de Síndrome Metabólico según los criterios del NCEP-ATP-III fue del 70%, y según los criterios de la IDF del 87,7%.

**Discusión.** La población diabética tiene una elevadísima tasa de obesidad o sobrepeso (superior al 90%). Casi el 60% de la población estudiada es sedentaria y una cuarta parte es fumadora. El nivel educativo de la población estudiada es bajo, lo que puede estar relacionado con estos malos hábitos de vida. La mayoría de los diabéticos tienen Síndrome Metabólico. La prevalencia de Síndrome Metabólico fue mayor con los criterios de la IDF (cerca al 90%) que con los criterios del NCEP-ATP-III (70%).

**Conclusiones.** 1. La población diabética estudiada tiene una elevada prevalencia de obesidad, de obesidad abdominal y de Síndrome Metabólico. 2. Hemos registrado una elevada tasa de sedentarismo y de tabaquismo. 3. Estos resultados nos alertan sobre la necesidad de intensificar las medidas dirigidas a la modificación del estilo de vida para conseguir un mejor control de los factores de riesgo en la población diabética.

**RV-87****ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EMBÓLICOS EN POBLACIONES ANCIANAS**

**E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, V. López Mourinho<sup>1</sup>, D. García Estevez<sup>2</sup>, O. Pérez Carral<sup>1</sup>, M. Peña Zemsch<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>3</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>4</sup> y J. Miranda Filloy<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. <sup>4</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña). <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Estudiar los ACVA de tipo embólico en nuestro hospital hasta el 2008 prestando especial atención a los factores etiológicos en los pacientes mayores de 75 años y valorar la anticoagulación con acenocumarol.

**Material y métodos.** Se ha realizado un análisis retrospectivo en base a los datos recogidos de las historias clínicas de los factores de riesgo, tratamientos, y diagnóstico de fibrilación auricular reciente o antigua del grupo de ACVA embólico (126 pacientes) ingresados en nuestro servicio con anterioridad al 2008.

**Resultados.** Nuestros resultados muestran una frecuencia elevada de ACVA embólicos dentro del global de los ACVA ingresados en el servicio de Medicina Interna. El análisis de este tipo de pacientes muestra un mal control de los factores de riesgo especialmente de la tensión arterial y de la glucemia junto a la presencia de historia de cardiopatía no valvular. También fue significativa la presencia en este grupo de pacientes que desconocían padecer una fibrilación auricular y que además presentaban un mal control de los factores de riesgo vascular.

**Discusión.** Los pacientes ancianos no se suelen anticoagular habitualmente por considerar que con la edad hay un mayor riesgo de sangrado gastrointestinal o cerebral, dificultad de monitorización, problemas cognitivos y riesgo de interacción con otras drogas. El análisis de nuestra muestra no coincide con esta valoración al apreciar una mayor incidencia de embolias entre estos pacientes. No observamos una mayor frecuencia de hemorragias tanto gastrointestinales como cerebrales. Sin embargo, si se apreció un mal control de los factores de riesgo vascular siendo reseñable la alta frecuencia de ACVA embólicos en pacientes con fibrilación auricular no conocida.

**Conclusiones.** La mayor incidencia de ACVA embólicos en pacientes  $> 75$  años no implica una contraindicación para la anticoagulación sino que se deben considerar otro tipo de factores como la historia de insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial, diabetes mellitus o historia de accidentes cardio o cerebrovasculares previos. Nosotros creemos que una estratificación del riesgo de embolia debería sentar las bases de anticoagulación de los pacientes ancianos.

**RV-88****PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN EL ESTUDIO UCES SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DE LOS PACIENTES**

**J. Calduch Broseta, L. Andreu Giménez, M. Díaz Castellanos, M. Segarra Soria, A. Belso Candela y M. Romero Nieto**

Unidad Médica Corta Estancia/ Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

**Objetivos.** La Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE) es una de las alternativas a la hospitalización convencional. Tienen un área de actuación preferente sobre una población en general anciana y pluriopatológica cuyos diagnósticos más frecuentes de ingreso suelen ser enfermedades de alta prevalencia. Coinciden en ellos una elevada presencia de enfermedades cardiovasculares, ya sean conocidas o no. La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es una de las manifestaciones sistémicas de la aterotrombosis que se define por una obstrucción al flujo sanguíneo arterial en las extremidades inferiores. Un alto porcentaje de los pacientes no presentan sintomatología alguna y en

otros su diagnóstico resulta dificultoso. La detección de la EAP mediante el índice tobillo-brazo (ITB), es un método no-invasivo, al alcance del clínico, altamente eficiente en la detección de lesión vascular subclínica. Es una técnica de fácil aplicación y reproducible, ofreciendo una alta sensibilidad y especificidad para estenosis iguales o superiores al 50% en arterias de los miembros inferiores. Estimar la prevalencia de EAP en mayores de 50 años ingresados en las Unidades Médicas de Corta Estancia (UMCEs) en España, así como conocer la prevalencia de EAP en relación con la existencia de antecedentes de enfermedad cardiovascular (coronaria, cerebral vascular o arterial periférica).

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico de corte transversal, multicéntrico de ámbito nacional en el que se incluyeron datos de 813 pacientes mayores de 50 años ingresados por distintas causas que dieron consentimiento para la realización de un ITB durante su ingreso, considerándose patológico cifras de  $< 0.9$ .

**Resultados.** De los 812 pacientes que fueron ingresados en unidades de corta estancia a quienes se les determinó su ITB, 744 pacientes tenían valores inferiores a 1.3 en el ITB y 68 pacientes presentaron valores superiores a 1.3 o bien ITB no calculable (calcificación). Se definió EAP si el valor del ITB es menor a 0.90. De los 744 pacientes ingresados con datos de ITB valorable, 349 de ellos presentaban EAP, lo que supone una prevalencia global de la enfermedad arterial del 46.91% (IC 95%: 43.32-50.49%). Los factores asociados con un ITB disminuido con diferencias estadísticamente significativas (Test de  $\chi^2$ ) fueron la edad, tabaquismo/extabaquismo, HTA y antecedentes de enfermedades cardiovasculares.

**Discusión.** Los resultados de prevalencia entre pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares y los que no las tenían, fue prácticamente el doble, 62,3% (IC 95%: 57.26%-67.38%) entre los que tenían antecedentes frente al 33,0% (IC 95%: 28.33%-37.65%) entre los que no presentaban antecedentes. El valor medio del ITB fue 0.82 para pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular y antecedentes de coronariopatía y 0.73 para pacientes con antecedentes de enfermedad arterial periférica conocida. La tabla 1 muestra la distribución de los valores del ITB en función de la presencia/ausencia de antecedentes. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de EAP entre pacientes con presencia de antecedentes de aterotrombosis y pacientes sin presencia de antecedentes de aterotrombosis ( $p < 0,0001$ ; Test de  $\chi^2$ ).

**Conclusiones.** La prevalencia de EAP determinada mediante un ITB disminuido es elevada en las UMCEs en España, estando aumentada con la edad, la presencia de HTA, tabaquismo/extabaquismo y la existencia previa de patologías cardiovasculares. La existencia previa de enfermedades cardiovasculares se asocia a una muy elevada prevalencia de EAP con prevalencias superiores al 55%, así como las formas más severas de la enfermedad. A peor ITB, mayor afectación en otros territorios vasculares (cerebral y coronario), lo que podría aconsejar la realización de otras pruebas para determinar el estado en que se encuentran, caso de obtener cifras muy disminuidas.

#### RV-89

### ANÁLISIS DE LAS PERICARDÍTIS Y DERRAMES PERICÁRDICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE LA RIBERA DEL 2002 AL 2007

M. Fernández Garcés, Z. Pla Espinosa, M. Abdilla Bonías, C. Clep y M. Mengual Alarte

Servicio de Medicina interna. Hospital de la Ribera (1). Alzira (Valencia).

**Objetivos.** El objetivo del estudio fue analizar las características de las pericarditis y derrames pericárdicos que ingresaron en el Hospital de la Ribera entre 2002-2007, así como intentar determinar los aspectos se relacionan con el reingreso y con el éxito.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados entre los años 2002-2007 cuyo diagnóstico principal a su alta hospitalaria fue codificado, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9-MC), como pericarditis y/o derrame pericárdico en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se seleccionaron 6 códigos que hacen referencia a las pericarditis y derrames pericárdicos. La población diana fue la corres-

pondiente al Área de Salud 11 de la Comunidad Valenciana y la fuente de información, la historia clínica informatizada de atención. Las variables incluidas en el estudio fueron edad, sexo, etiología, taponamiento, pericardiocentesis, ventana pericárdica, ingreso en urgencias, reingreso, ingreso en cuidados intensivos (UCI), ingreso en medicina interna, ingreso en cirugía cardíaca, varios ingresos, tratamiento farmacológico, presencia de derrame pericárdico, espesor del derrame pericárdico y éxito. Posteriormente se utilizó el  $\chi^2$  para detectar diferencias de las proporciones según la existencia o no de reingreso o éxito.

**Resultados.** Se detectaron 198 pacientes que cumplían los criterios de inclusión descritos. La media de edad fue de 58,6 años (DT = 19,3) con un rango comprendido entre 14 y 93 años. Predominó el ingreso de varones (68,2%) sobre el de mujeres (31,8%). La tasa de incidencia de ingresos por pericarditis y/o derrame pericárdico fue de 13,2 casos/100.000 habitantes y año. La etiología más frecuente fue la idiopática (28,3%), después la neoplásica (14,6%), seguido de la post-cirugía cardíaca (10,6%), post-IAM (10,1%) y urémica (9,6%). El 13,6% presentaron taponamiento cardíaco, precisando el 10,6% pericardiocentesis y el 15,2% ventana pericárdica. Únicamente el 7,6% ingresó en urgencias, reingresando hasta el 14,1%. Precisarón de ingreso en UCI el 42,4% de los pacientes, 22,2% ingresaron en cirugía cardíaca y el 76,8% ingresaron en medicina interna. Los tratamientos más utilizados fueron el ácido acetil salicílico [AAS] (28,2%), seguido de diuréticos (17,1%) y posteriormente AINE (13,1%). El 73,7% de los casos presentaron derrame pericárdico, siendo más frecuente el ligero (35,4%) seguido de grave (23,2%) y por último moderado en un 16,2%. La mortalidad fue del 11,1% de los casos. El porcentaje de paciente con derrame pericárdico fue estadísticamente superior en el grupo de pacientes con reingreso ( $\chi^2 = 8,1$ ;  $p = 0,004$ ), siendo más frecuente este si el tamaño del mismo era grave ( $\chi^2 = 13,8$ ;  $p = 0,003$ ). Respecto a la mortalidad de estos pacientes, destacar que era más frecuente en los pacientes con etiología de neoplasia de pulmón ( $\chi^2 = 31,9$ ;  $p = 0,032$ ) con una proporción de éxitos de 9:20, y la existencia de taponamiento cardíaco ( $\chi^2 = 15,6$ ;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** La etiología más frecuente es idiopática, con claro predominio en varones, coincidiendo con los resultados descritos en otras series. Además ésta es la causa de mejor pronóstico. Los tratamientos encontrados en este estudio coinciden con los recomendados por la literatura científica más reciente, siendo el AAS el de elección si la causa es idiopática. Se ha relacionado con mayor mortalidad las pericarditis de origen neoplásico, así como la aparición de taponamiento cardíaco tal y como se ha encontrado en este estudio.

**Conclusiones.** La pericarditis y el derrame pericárdico son más prevalentes en varones y la etiología más frecuente es la idiopática. Aquellos pacientes que asocian derrame pericárdico reingresan con más frecuencia, siendo el taponamiento cardíaco la complicación que más predice la mortalidad de estos pacientes.

#### RV-90

### ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES HEMORRÁGICOS EN POBLACIONES ANCIANAS

E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, V. López Mouriño<sup>1</sup>, D. García Estevez<sup>2</sup>, M. Peña Zemsch<sup>1</sup>, O. Pérez Carral<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>3</sup>, P. García Carbó<sup>3</sup> y V. Vela García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Estudiar la importancia de los factores de riesgo, la polifarmacia y sus posibles interacciones en los ACVA hemorrágicos entre los pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro hospital hasta el 2008.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en base a la recogida de los datos obtenidos de las historias clínicas en los pacientes con ACVA hemorrágico. Se han encontrado 56 pacientes con este diagnóstico de un total de 614 pacientes con ACVA que precisaron ingreso. No se incluyeron dentro del estudio los pacientes que desde urgencias fueron remitidos por hemorragia cerebral a nuestro centro de referencia, por traumatismo, ni aquellos pacientes con



alcoholismo, cirugía reciente o trastornos primarios de la coagulación.

**Resultados.** Nuestros resultados muestran una frecuencia global de ACVA similar a las de otras poblaciones. En nuestro estudio se observa un mayor consumo de medicamentos, un mayor número de factores de riesgo vascular y especialmente un mal control de estos entre los pacientes con ACVA hemorrágicos. El ácido acetilsalicílico y otros AINEs son los medicamentos más frecuentemente encontrados como responsables. Llama la atención que la causa más frecuentemente encontrada de hemorragia es debida a un mal control de los factores de riesgo. Se analizó la relación de los ACVA hemorrágico y de los pacientes que seguían tratamiento con acenocumarol no encontrando una diferencia significativa respecto a aquellos pacientes que no lo tomaban.

**Discusión.** La mayor incidencia de ACVA hemorrágicos en pacientes > 75 años se asocia con una gran utilización de medicamentos por enfermedades concomitantes. Los pacientes analizados muestran un mal control de los factores de riesgo. La asociación más frecuentemente encontrada es el consumo de ácido acetilsalicílico y AINEs con antihipertensivos lo que podrían explicar el porque la HTA mal controlada es la causa más frecuente de hemorragia entre los pacientes estudiados.

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran una mayor frecuencia de hemorragias cerebrales en los pacientes con factores de riesgo. Los resultados muestran que la concurrencia de múltiples medicaciones que alteran la hemostasia y que interfieren con otros medicamentos serían los causantes de este incremento significativo del sangrado. No encontrando una mayor incidencia de hemorragias cerebrales en los pacientes ancianos que consumen acenocumarol.

**RV-91**

**¿SE REALIZA UNA CORRECTA HISTORIA CLÍNICA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA?**

**J. Hens Gutiérrez<sup>1</sup>, T. Aldámiz-Echevarría Lois<sup>1</sup>, T. Blanco Moya<sup>1</sup>, S. Gordo Remartínez<sup>1</sup>, J. Fraile González<sup>1</sup>, F. De la Calle Prieto<sup>1</sup>, L. Audibert Mena<sup>2</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II, <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Verificar si se realiza una correcta historia clínica desde el punto de vista cardiovascular en pacientes en prevención secundaria de riesgo vascular ingresados por cualquier motivo en una planta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se recogieron 54 pacientes entre 18 y 90 años ingresados por cualquier motivo en Medicina Interna (excluyendo pacientes con cáncer conocido/sospecha de cáncer y aquellos pacientes a cargo del grupo de investigadores) en situación de prevención secundaria de riesgo vascular. A partir del segundo día de ingreso se verificó que en la historia clínica de planta estuviesen reflejados si estaban presentes en el paciente o no cinco factores de riesgo vascular relevantes (Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidad y tabaquismo), los antecedentes familiares de enfermedad vascular y los hábitos de vida del paciente.

Tabla 1. Niveles plasmáticos de metales y aminoácidos (RV-92).

	ICTUS al ingreso	Controles	T de Student	p
Zinc (µg/dl)	66.2	77.8	-3.4	0.001
Glutamato (nml/ml)	137.9	79	3.9	0.000
Aspartato (nml/ml)	18	10.3	5.9	0.000

Tabla 2. Relación de metales y aminoácidos con pronóstico de ictus (RV-92).

	Media en ICTUS estables	Media en ICTUS con progresión	T de Student	p
Ferritina (ngr/dl)	155.9	390.6	-2.27	0.02
Cobre (µg/dl)	83.3	107.6	-2.5	0.01
Glutamato (nml/ml)	118.3	10	-2.4	0.017
Aspartato (nml/ml)	15.5	21	-2.11	0.03

**Resultados.** Los antecedentes personales de hipertensión arterial no fueron reflejados en nuestro estudio en un 5,6% de las historias clínicas de la muestra. La historia previa de diabetes mellitus tipo 2 no se encontraba presente en la historia de un 9,3% de nuestros pacientes. La dislipemia con o sin tratamiento no se recogió en el 13% del total. Con respecto a la obesidad hasta en un 87% de los pacientes fueron obviados dichos antecedentes. En un 66,7% de los pacientes era imposible localizar en la historia clínica su situación actual y pasada con respecto al hábito tabáquico. La actividad física realizada por los pacientes o, en general sus hábitos de vida llegaron a verse no reflejados hasta en un 92,6% de nuestra muestra. Los antecedentes familiares de enfermedad vascular, sin distinguir los precoces de los que no lo son, no estuvieron presentes en ninguna de las historias clínicas de planta de los pacientes de nuestro estudio.

**Discusión.** Nuestro estudio pone de manifiesto que no se realiza una adecuada historia clínica desde el punto de vista cardiovascular en los pacientes de alto riesgo ingresados por cualquier motivo en Medicina Interna de nuestro Hospital. La atención prestada a los distintos factores de riesgo vascular es muy distinta ya que se presta una gran atención a la hipertensión arterial y a la diabetes mellitus tipo 2 quedando en un segundo plano la dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y los hábitos de vida. Los antecedentes familiares de enfermedad vascular quedan obviados completamente en la realización de las historias clínicas de estos pacientes. Todo esto pone de manifiesto la pobre atención prestada a pacientes de alto riesgo vascular ya que la asistencia hospitalaria de los mismos debería enfocarse, además de al principal motivo de ingreso, a disminuir globalmente la morbimortalidad de origen vascular en estos pacientes y para ello es necesaria la correcta realización de una historia clínica en cuanto al riesgo vascular se refiere.

**Conclusiones.** Es necesario mejorar las historias clínicas desde el punto de vista vascular, sobre todo en pacientes en situación de prevención secundaria, ya que se trata de pacientes de alto riesgo por definición. El conocimiento médico actual nos indica que el correcto conocimiento y control de todos los factores de riesgo vascular presentes en dichos pacientes disminuirían de forma importante su morbimortalidad vascular, independientemente de que el motivo de ingreso no esté en relación con la enfermedad vascular y/o sus consecuencias.

**RV-92**

**INFLUENCIA DE NIVELES PLASMÁTICOS DE HIERRO, FERRITINA, COBRE, ZINC Y AMINOACIDOS EN LA ISQUEMIA CEREBRAL**

**M. Martín, S. Hernández, M. Martínez, O. Madridano, R. Muñoz, D. Alba, G. Serralta y J. Gómez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

**Objetivos.** Estudiar la influencia de los niveles plasmáticos de hierro, ferritina, cobre, zinc y aminoácidos sobre el pronóstico del ictus agudo y medir su variabilidad.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional de casos y controles apareados, valorándose prospectivamente los niveles de hierro, ferritina, cobre, zinc, glutamato y aspartato en ictus agudos y

controles sanos. Ambos grupos contaban con 34 sujetos, 24 hombres y 10 mujeres. Se hizo seguimiento de los ictus durante 3 meses. **Resultados.** Existen diferencias significativas en los niveles de zinc, glutamato y aspartato plasmático entre los ictus al ingreso y los sujetos controles (tabla 1). Observamos variaciones significativas durante el seguimiento, en los niveles de; zinc ( $\chi^2 = p < 0,05$ ), glutamato ( $\chi^2 = 101 p > 0,001$ ) y aspartato ( $\chi^2 = 117 p < 0,001$ ). Los ictus que empeoran presentan valores significativamente mayores de ferritina, cobre, glutamato y aspartato al ingreso (tabla 2). Hay correlación de ferritina con glutamato ( $r = 0,49 p < 0,04$ ) y aspartato ( $r = 0,45 p < 0,04$ ).

**Discusión.** El aumento de ferritina, cobre y aminoácidos excitatorios plasmáticos se asocian a mayor severidad de las lesiones ateroscleróticas y favorecen mecanismos de citotoxicidad a nivel cerebral directa y mediada por radicales libres.

**Conclusiones.** Los niveles plasmáticos altos de ferritina, cobre, glutamato y aspartato en ictus agudos se asocian a mal pronóstico. Hay variabilidad significativa en los valores de zinc, glutamato y aspartato durante el seguimiento.

### RV-93

#### PULSIOXIMETRÍA Y MÉTODO OSCILOMÉTRICO FRENTE AL DOPPLER EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

M. Pena Seijo<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>1</sup>, N. Cerdeira Iglesias<sup>2</sup> y J. Estevez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Centro Salud de Conxo. <sup>3</sup>Departamento de Econometría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Comparar la medida oscilométrica de la PA y la pulsioximetría de extremidades, frente a la determinación del índice tobillo por doppler para el diagnóstico de arteriopatía periférica.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo y controlado realizado en el ámbito de la consulta de Medicina Interna del Hospital de Conxo. En cada visita realizamos una exploración física general, cálculo del ITB con doppler y con oscilométrico y medida de la saturación arterial de oxígeno en ambos dedos índices y en el primer dedo de cada pie con en paciente en posición supina. Definimos como saturación anormal la diferencia de más del 2% en la saturación de oxígeno del dedo índice respecto al primer dedo del pie del mismo lado y/o el descenso de más del 2% en la saturación con los miembros inferiores al elevarlos 90° desde la posición supina en reposo y tras un minuto de ejercicio con los miembros inferiores. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan como la media + desviación standard. Para establecer la significación de las diferencias se usan test bilaterales. Se determinan correlaciones univariantes entre el ITB doppler, el ITB oscilométrico y la saturación de O<sub>2</sub> en miembros inferiores. Se calcula el valor predictivo positivo de estas variables y el valor predictivo negativo, considerando como referencia el ITB doppler.

**Resultados.** Se evaluaron un total de 58 pacientes: 29 pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) y 29 pacientes controles que no tuvieran más de tres factores de riesgo vascular. En el grupo de cardiopatía isquémica 24 fueron hombres y 5 mujeres con una edad media de 71,96 años ± 1,88; el grupo control se distribuía en 14 hombres y 15 mujeres, siendo la edad media de 67,44 años ± 2,19. En 20 extremidades de las 58 del grupo de CI y en 8 de las 58 del grupo control se detectó un ITB patológico (menor a 0,9 o mayor a 1,3); cabe destacar que 7 pacientes con CI presentaron un ITB patológico bilateral. El ITB oscilométrico fue patológico en 18 de las 54 extremidades analizadas del grupo de CI y en 4 extremidades del grupo control. Con el pulsioxímetro, detectamos una mayor prevalencia de saturación patológica cuando se cambia el miembro inferior de posición supina a 90° en 22 pacientes del grupo de infartos (miembro inferior derecho o izquierdo) y en 8 pacientes del grupo control. El ITB por doppler se correlacionó con el oscilométrico tanto en el grupo de infartos ( $p = 0,027$ ) como en del grupo control ( $p = 0,001$ ). Considerando como prueba de referencia el ITB Doppler, calculamos el valor predictivo positivo y negativo de la SO<sub>2</sub> en reposo y a 90° y tras esfuerzo a 0 y a 90° para detectar un ITB patológico en el grupo control y encontramos un valor predictivo negativo mayor a 0,9 para ambas extremidades.

**Discusión.** No hemos observado asociación entre un valor patológico del ITB doppler y una disminución de más del 2% en la saturación de hemoglobina. El alto valor predictivo negativo (VPN) en la saturación de oxígeno en miembros inferiores detectada con el pulsioxímetro nos hace pensar que esta prueba puede ser especialmente útil para descartar arteriopatía periférica silente en pacientes con CI. En cuanto al método oscilométrico si observamos un nivel de correlación significativa entre ITB calculado por doppler y el calculado por oscilométrico en el lado derecho del grupo de infartos ( $p = 0,027$ ) y en el lado izquierdo en el grupo control ( $p = 0,001$ ), para el otro lado de cada grupo el nivel de correlación, aunque no llega a ser significativo, sí es bastante elevado.

**Conclusiones.** 1. Método oscilométrico para calcular el ITB tiene una alta correlación con el doppler. 2. Aunque los resultados del estudio no son concluyentes, son concordantes con que el pulsioxímetro es un método que pudiera tener un alto valor predictivo negativo, en pacientes de riesgo vascular bajo y moderado y así podría ser útil en clínica como técnica de despistaje en estos pacientes.

### RV-94

#### ¿REALMENTE PERCIBIMOS LA OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD?

V. Giner Galvañ, I. Soler Beneyto, M. Sanchís Beneyto, A. Rhageb El Farra, L. Soubrier Pedreño y L. Terol Tendero  
Sección de Medicina Interna.. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Estimar de qué forma influencia la existencia de obesidad (ob), sobrepeso (Sbp) y síndrome metabólico (SM) en el manejo del paciente ingresado en un Servicio de Medicina Interna (SMI).

**Material y métodos.** Estudio transversal con pacientes del SMI de nuestro hospital (302 camas). De forma voluntaria el paciente respondió un cuestionario, se le hizo valoración antropométrica específica y se revisaron ingresos hospitalarios previos.

**Resultados.** Se han analizado 60 pacientes (72,8 ± 10,9 años, 64,4% varones) con 3,2 ± 1,9 enfermedades crónicas y toma de 4,6 ± 3,1 fármacos/día. Existe un elevado RCM: Framingham ATPIII de 3,4 ± 8,5% (60% »10%), SCORE 2,6 ± 1,9% (22% »3%) y 36,8% de eventos CV previos. Las características antropométricas fueron: IMC 27,5 ± 4,6 kg/m<sup>2</sup> (37,5% normopeso, 27,5% sobrepeso, 35% obesidad), perímetro de cintura 102,7 ± 10,9 cm (Ob central ATPIII e IDF 71,4% y 84,6%). Prevalencia de SM ATPIII 2004 e IDF 2005: 60% y 65,7%. Existía una indicación previa de exceso de peso en el 72,7% y 64,3% de pacientes con Sbp y Ob respectivamente, y un 13,3% con normopeso ( $p < 0,0001$ ), siendo un 72,7% y un 57,1% los Sbp y Ob que decían haber recibido instrucciones para alcanzar reducción de peso. Los pacientes refieren haber sido pesados y tallados en alguna ocasión por personal sanitario en un 30% y 20% de ocasiones, mientras que tan sólo el 2,5% refiere que se la haya medido el perímetro de cintura alguna vez, y ello de forma independiente de la categoría ponderal, RCV estimado, existencia de SM o evento CV previo. Se analizó una media de 3,3 ± 3,1 (mediana 3,0, Rango 14) informes de alta hospitalaria por paciente. En ningún caso aparecía reflejado el peso, IMC o perímetro de cintura, en un 15,2 ± 24,2% de ocasiones aparecía una referencia cualitativa del estado ponderal. En un 4,4 ± 18,8% del total de la muestra y un 7,0 ± 23,6 de Sbp/Ob aparecían los diagnósticos de Sbp u Ob, y en un 0,91 ± 4,3% el de SM (1,43 ± 5,3 de SM ATPIII y 1,3 ± 5,1 de SM IDF). Finalmente, a igualdad de número de fármacos y tomas, en los pacientes con Sbp/Ob fueron menores las tasas de control (Gráfico).

**Discusión.** No parece que la Ob/Sbp/SM haya calado, tal y como reflejan las bajísimas tasas de estos diagnósticos en informes de alta hospitalaria y de pacientes valorados antropométricamente o informados sobre su situación de riesgo y cómo corregirla. En contra de las evidencias actuales, los clínicos basamos el manejo del RCM en el control farmacológico de sus elementos individuales.

**Conclusiones.** En contra de la actitud generalmente culpabilizadora del paciente, en el fracaso de las medidas no farmacológicas muy probablemente los profesionales tengamos una parte no despreciable de causalidad.

**RV-95****FERRITINA COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS****J. Carretero Gómez<sup>1</sup> y J. Arévalo Lorido<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Llerena. Llerena (Badajoz). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz).

**Objetivos.** Se ha demostrado que el hierro tiene propiedades proaterogénicas e influencia en la reactividad vascular. En base a esto se han realizado estudios con la ferritina sérica como indicador pronóstico en pacientes con enfermedad cerebrovascular. En este trabajo se pretende valorar si existe relación entre niveles séricos de ferritina y pronóstico en la fase aguda del ictus.

**Material y métodos.** Se evalúan 97 pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular a los que se miden niveles de ferritina en las primeras 24 horas del evento. Todos los pacientes se evalúan neurológicamente mediante la escala NIHSS, funcionalmente con el índice de Rankin modificado y asimismo se establece su riesgo vascular mediante la escala de Framingham. Se divide la muestra en terciles según la distribución de la ferritina sérica y se utilizan test no paramétricos para comparación entre terciles (Kruskal Wallis).

**Resultados.** De los 97 pacientes, 44 son mujeres y 53 varones con edad media de 75.7 años (33-91 años). Los niveles de ferritina oscilan entre 8.7 mg/dl y 1333,9 mg/dl. El primer tercil (33 pacientes) se corresponde con niveles entre 8.7 mg/dl y 104 mg/dl, el segundo (33 pacientes) entre 104 mg/dl y 242 mg/dl y el tercero (31 pacientes) entre 242 mg/dl y 1333,9 mg/dl. Cuando comparamos los terciles en cuanto a severidad neurológica (NIHSS) la media por tercil fue de 7.21, 8.39 y 9.64, no significativa ( $p = 0.20$ ). En cuanto a capacidad funcional (Rankin): 2.6, 2.9 y 3.3 ( $p = 0.11$ ) Y por último en cuanto a riesgo vascular: 22.15%, 24.57%, y 25.58% ( $p = 0.06$ ).

**Discusión.** Parece admisible el papel de la ferritina como almacén de hierro en la enfermedad aterosclerótica ya que éste interviene en la oxidación de lipoproteínas y activación de plaquetas. También se ha demostrado que la disminución de los almacenes de hierro incrementa la vasodilatación mediada por flujo. En nuestro estudio como puede verse en las figuras 1, 2, 3 existe una clara tendencia, si bien no significativa por el escaso número de pacientes, a mayor gravedad tanto neurológica como funcional con mayores niveles de ferritina sérica. En la serie de Dávalos et al (Neurology 2000) en 100 pacientes los niveles elevados (mayor de 274.5 mg/dl) se correlacionaron significativamente con el volumen del infarto por TAC y un mayor número de infecciones, pero tampoco fue significativa la diferencia entre la escala de valoración de déficit neurológico, aunque en este estudio se utilizó la escala canadiense en vez de NIHSS.

**Conclusiones.** Harán falta más estudios que incluyan mayor número de pacientes para valorar mejor el papel de Ferritina como indicador pronóstico.

**RV-96****ALTA CONCORDANCIA ENTRE SCORE Y REGICOR AL CONSIDERAR LA EDAD VASCULAR****J. Cuende<sup>1</sup>, A. Acebal<sup>2</sup>, T. Hernández<sup>1</sup>, A. Alba<sup>1</sup> y F. Sánchez<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** La concordancia entre la escala de riesgo cardiovascular SCORE y la de riesgo coronario de REGICOR es baja. La edad vascular es un concepto complementario al riesgo absoluto que puede ser aplicado a escalas tanto procedentes de Framingham como SCORE. El objetivo del presente estudio es comprobar la concordancia en el cálculo de la edad vascular entre las escalas de SCORE y REGICOR.

**Material y métodos.** Se ha calculado la edad vascular a los pacientes valorados en un estudio de base poblacional en Palencia con las escalas SCORE y REGICOR. Para el cálculo de la edad vascular se

calcula en primer lugar el riesgo absoluto con los datos reales de cada factor de riesgo para cada paciente y después se calcula la edad (edad vascular) para cada paciente que tendría si tuviera el mismo riesgo calculado pero con los factores de riesgo controlados. Este cálculo de realiza tanto para la escala REGICOR como SCORE. Para el análisis de concordancia entre ambas edades vasculares hemos utilizado el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para variables cuantitativas, que se interpreta como el coeficiente kappa (para variables categóricas). También se ha calculado el coeficiente de correlación intraclase entre los valores absolutos de riesgo de ambas escalas para comprobar la ganancia de concordancia que supone el cálculo de edad vascular. Se presentan los resultados globales y por sexos.

**Resultados.** La concordancia entre los riesgos absolutos medidos con las escalas de REGICOR y SCORE son bajos tanto para la muestra global estudiada como por sexos. CCI global: 0,2138 ( $n = 486$ ), CCI mujeres: 0,0541 ( $n = 246$ ) y CCI varones 0,2720 ( $n = 239$ ). Los valores de concordancia medidos con el CCI para la variable edad vascular con ambas escalas han sido los siguientes: CCI global: 0,8738 ( $n = 340$ ), CCI mujeres 0,8735 ( $n = 117$ ) y CCI varones: 0,8126 ( $n = 223$ ).

**Discusión.** Con nuestros datos confirmamos la baja concordancia entre los riesgos absolutos entre las escalas REGICOR y SCORE. Cuando aplicamos el concepto de edad vascular la concordancia entre ambas escalas es alta. Esta alta concordancia permite obtener aproximadamente la misma edad vascular independientemente de la escala utilizada. La edad vascular es un concepto que el paciente puede entender mejor que el riesgo absoluto y constituye una herramienta para el refuerzo del paciente.

**Conclusiones.** La edad vascular es un nuevo concepto que obtiene una alta concordancia cuando se calcula con diferentes escalas de riesgo (SCORE y REGICOR). La información que podemos aportar al paciente con la edad vascular calculada con una escala u otra es similar, a diferencia de la disparidad de resultados con el riesgo absoluto.

**RV-97****AÑOS VASCULARES PERDIDOS Y RIESGO RELATIVO. UN NUEVO CONCEPTO Y UNA NUEVA RELACIÓN****J. Cuende<sup>1</sup>, T. Alonso Ares<sup>2</sup>, J. Martín Escudero<sup>3</sup>, M. Pineda Alonso<sup>3</sup>, G. Pérez Paredes<sup>3</sup>, E. Sande Nacarino<sup>3</sup> y J. Mena Martín<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. <sup>2</sup>C. S. Tordesillas. G. A. P. Valladolid Oeste (Valladolid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** La edad vascular es un reciente concepto derivado del riesgo absoluto cardiovascular. Formulamos un nuevo concepto: años vasculares perdidos. Analizamos la relación entre los años vasculares perdidos (AVP) y el riesgo relativo (RR). Buscamos relaciones entre el RR y otros conceptos más asimilables por los pacientes como la edad vascular y los AVP.

**Material y métodos.** Se ha calculado la edad vascular según la escala de REGICOR en una muestra poblacional de 1500 sujetos de ambos sexos procedentes del Estudio Hortega. Con la diferencia entre la edad vascular y la edad biológica formulamos el concepto, años vasculares perdidos (AVP). Hemos analizado las relaciones entre edad vascular, AVP, riesgo coronario absoluto y riesgo relativo (RR). Hemos analizado distintos modelos matemáticos (lineales, exponenciales, parabólicos...) de relación entre AVP y RR, según sexos.

**Resultados.** Se ha encontrado una correlación logarítmica altamente significativa en ambos sexos entre el riesgo relativo y los años vasculares perdidos. Se pueden establecer las siguientes relaciones: en varones:  $AVP = 0,0436 + 21,1348 \cdot \ln(RR)$ , con  $r^2 = 0,999$ , y en mujeres:  $AVP = 0,4480 + 8,6664 \cdot \ln(RR)$ , con  $r^2 = 0,817$ . Estas relaciones nos permiten establecer equivalencias entre RR y AVP, es decir, transformar valores de RR en AVP. Así, por ejemplo, en varones, un  $RR = 2$  supone 15 AVP,  $RR = 3$  equivale a 23 AVP y  $RR = 4$  son 29 AVP. En mujeres, la equivalencia aproximadamente es la



mitad: RR = 2 equivale a 7 AVP, RR = 3 son 10 AVP y RR = 4 son 13 AVP.

**Discusión.** Se ha descrito un nuevo concepto denominado años vasculares perdidos. El riesgo relativo, que es de interés especialmente en jóvenes, carece de referencias para establecer qué valores de RR son altos o bajos. Relacionando ambos conceptos (AVP y RR) se ha encontrado una muy buena correlación que permite una transformación de uno en otro y así poder comprender lo que supone determinado valor de riesgo relativo al convertirlo en años vasculares. Además, se ha obtenido otra idea también novedosa: no es equivalente clínicamente en años vasculares un mismo valor de riesgo relativo según el sexo, siendo el doble si se es varón. Estos conceptos son más asimilables para el paciente que un valor de riesgo absoluto.

**Conclusiones.** 1. Se ha definido un nuevo concepto: años vasculares perdidos. 2. Se puede convertir un valor de riesgo relativo en años vasculares perdidos, mediante las siguientes aproximaciones: AVP = 21\*Ln (RR) en varones y AVP = 9\*Ln (RR) en mujeres. 3. Un mismo valor de riesgo relativo supone el doble de años vasculares perdidos en varones que en las mujeres.

**RV-98  
CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO 2 EN LAS COMARCAS DEL PALLARS JUSSÀ Y SOBIRÀ (ÀREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL COMARCAL DEL PALLARS - LLEIDA)**

**L. Díez-Porres<sup>1</sup>, M. Riart<sup>2</sup>, M. Foix<sup>2</sup>, L. Morilla<sup>2</sup>, R. Mitjana<sup>2</sup>, E. Salvador<sup>1</sup>, L. Escur<sup>2</sup>, T. Montanuy<sup>2</sup> y Grupo de Investigación Pallars (Lleida)**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida). <sup>2</sup>Atención Primaria. Centros de Salud de las Comarcas del Pallars Jussà y Sobirà (Lleida).

**Objetivos.** Antecedentes: el diagnóstico y control de los factores de riesgo cardiovascular es especialmente importante en los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2. **Objetivos:** 1) Estimar el grado de consecución de los siguientes objetivos de control entre los pacientes DM tipo 2 en el área de influencia de un hospital comarcal: índice de masa corporal (IMC), presión arterial, HbA1c, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, tabaquismo, 2) Evaluar la influencia de otros factores en el grado de control de los mismos. 3) Evaluación de la calidad de vida de estos pacientes atendiendo a un cuestionario de salud.

**Material y métodos.** Estudio transversal, en pacientes entre 40 y 80 años con DM tipo 2. Se reclutaron de forma consecutiva en atención primaria de las comarcas del Pallars Jussà y Sobirà (área de influencia del Hospital Comarcal del Pallars-Lleida). Se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, examen físico y cuestionario de salud (EQ-5D, versión española). Se registraron las siguientes determinaciones analíticas realizadas en los 6 meses previos: HbA1c; colesterol total; colesterol LDL; colesterol HDL; triglicéridos. Los objetivos de control fueron los recomendados por la ADA y las guías europeas de hipertensión.

**Resultados.** Se incluyeron 109 sujetos (55% hombres) con una edad media (desviación estándar) de 70 (7.74) años. El resultado de obje-

tivos de control se recoge en la tabla. Menos de un 5% de pacientes alcanzaban todos los *Objetivos*. El tiempo de evolución de la diabetes se relacionó con el mal control de la HbA1c, del colesterol total y del colesterol LDL. La valoración subjetiva global del estado de salud fue de 69 puntos (IC 95%: 36-100). Una mayor puntuación presentó asociación significativa con un IMC < 27 kg/m<sup>2</sup>.

**Conclusiones.** Solamente una proporción muy pequeña de pacientes con DM tipo 2 consiguen todos los objetivos recomendados. Los más difíciles de conseguir fueron el IMC y la presión arterial y los de mayor consecución fueron el nivel de triglicéridos y abstinencia de tabaco. La percepción subjetiva del estado de salud no se asoció al grado de control de los objetivos.

**RV-99  
TRATANDO PACIENTES HIPERTENSOS, ¿TRATAMOS TAMBIÉN EL RIESGO VASCULAR?**

**J. Nieto López-Guerrero<sup>1</sup>, A. Criado Millán<sup>2</sup> y R. Piedra Ozcariz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Móstoles. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos llega a ser tan importante como el control de los factores de riesgo vascular, principalmente de la dislipemia y de la antiagregación. Hemos analizado los datos referidos hallados en el estudio epidemiológico 'actúa' que se realizó con el fin de conocer la actitud terapéutica en los pacientes hipertensos, tanto mal controlados como de reciente diagnóstico.

**Material y métodos.** El estudio tuvo carácter nacional, transversal y multicéntrico. Cada investigador recogió la información de hasta un máximo de 10 pacientes consecutivos que aceptaron entrar en el estudio mediante consentimiento informado firmado. Los pacientes eran hipertensos previamente tratados y mal controlados o que fueran de reciente diagnóstico en los que se decidió la actitud terapéutica tanto referente a medidas higiénico-dietéticas como farmacológicas. Se valoraron igualmente los factores de riesgo como las lesiones de órgano diana y enfermedades clínicas asociadas. Los datos fueron analizados y tratados estadísticamente por un departamento de biometría independiente.

**Resultados.** Se aceptó un total de 1.467 pacientes para el estudio con edad media de 63,8 años y relación hombre/mujer de aproximadamente 1:1 (con un 50,4% de hombres) y la mayoría (98,3%) de raza caucásica. En cuanto a factores de riesgo: 56,5% dislipémicos, 53,5% con obesidad abdominal, 32% fumadores, 26,1% diabéticos, 24,8% historia familiar de enfermedad vascular. La lesión en órganos diana fue prevalente: 21,7% incremento de creatinina sérica, 21,1% hipertrofia ventricular y 18,7% microalbuminuria. No fue relevante la presencia de enfermedades clínicas asociadas. Referente a actitudes terapéuticas: se adoptaron medidas higiénico - dietéticas en el 98,3%, farmacológicas: antihipertensivas específicas en el 96,1%, terapia hipolipemiente 51,3% y antiagregante el 33,3% si bien casi el 48% no recibía ninguna de estas últimas.

**Conclusiones.** El tratamiento hipolipemiente se utilizó en proporción similar a la presencia de dislipemia. El tratamiento antiagregante fue infrutilizado. No se trataron los factores de riesgo vascular en estos pacientes.

Tabla 1. Resumen resultados (RV-98).

Variable	Objetivo	Pacientes en objetivo (%)	IC 95%
IMC	< 27 kg/m <sup>2</sup>	25	17-33
Presión arterial	< 130/80 mmHg	24	16-32
HbA1c	< 7%	41	31-50
Colesterol total	< 200 mg/dl	54	45-63
Colesterol LDL	< 100 mg/dl	30	22-39
Colesterol HDL	> 40 mg/dl en H (> 50 en M)	64	55-73
Triglicéridos	< 150 mg/dl	75	67-83
Consumo de tabaco	No	92	87-97

### RV-100 CÁLCULO DE LA EDAD VASCULAR CON LA ESCALA SCORE

**J. Cuende, F. Del Campo, C. Ferrer, J. González y Á. Tejero**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.*

**Objetivos.** Recientemente se ha publicado una nueva escala de valoración de riesgo cardiovascular procedente del Framingham Heart Study. En dicha publicación se introduce un nuevo concepto llamado "edad vascular". El objetivo de nuestro trabajo es aplicar el mismo concepto de edad vascular a la escala del SCORE.

**Material y métodos.** La edad vascular de una persona se calcula como la edad que debería tener esa persona si tuviera el mismo riesgo actual pero con los factores de riesgo controlados. Para poder aplicar este concepto a la escala de SCORE debemos construir una tabla o una gráfica donde figure el riesgo SCORE a distintas edades con los factores de riesgo controlados y así poder aplicar la edad vascular a un paciente con determinada edad y factores de riesgo al que le hemos calculado su riesgo SCORE. Hemos calculado el riesgo SCORE según el sexo a distintas edades con los factores controlados con la ecuación original del SCORE que nos permite calcular el riesgo más allá de los 65 años.

**Resultados.** Se ha obtenido una gráfica para cada sexo que permite calcular directamente la edad vascular conociendo el riesgo SCORE de nuestro paciente. Como ejemplo de utilización podemos suponer un varón fumador de 50 años con 150 mmHg de presión arterial sistólica y 270 mg/dl de colesterol total. Su riesgo SCORE real actual es de 4%. Si buscamos en la gráfica a qué edad se tiene un riesgo de 4% sin factores de riesgo, obtenemos una edad vascular de 69 años.

**Discusión.** Se ha aplicado el concepto de la edad vascular a la escala de SCORE. Se han obtenido unas gráficas sencillas de utilizar que permiten hacer ver al paciente cuál es "la edad de sus arterias" haciéndose consciente de cuántos años de vida podría perder por sus factores de riesgo cardiovascular. Aunque las tablas de riesgo de SCORE sólo están tabuladas hasta los 65 años la utilización de las ecuaciones subyacentes publicadas permiten calcular el riesgo a cualquier edad superior a los 20 años. Se han empleado las ecuaciones originales más allá de 65 años ya que se debe calcular una edad vascular superior a dichos límites. Si existiera una sobrevaloración del riesgo a edad superior a 65 años, ocasionaría una infraestimación de la edad vascular, por lo que para edades vasculares de más de 65 años se debería decir "Su edad vascular es de al menos (tantos)... años". Se ha extendido hasta los 100 años para alcanzar un riesgo de 26% que es el valor más alto que figura en las tablas del SCORE.

**Conclusiones.** La edad vascular se puede aplicar a la escala SCORE. Es un concepto más entendible al paciente que el riesgo absoluto o relativo. La edad vascular es un cálculo sencillo y rápido con las gráficas presentadas que puede ayudar al clínico a hacer ver al paciente cuál su estado de riesgo vascular.

### RV- 101 ASOCIACIÓN DE LA CISTATINA C CON EL SÍNDROME METABÓLICO Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

**R. Pinuaga Orrasco, C. Martínez Caballero, O. Caamaño Selma, L. Vigil Medina, M. López Giménez y J. Ruiz Galiana**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).*

**Objetivos.** La Cistatina C es un marcador de la filtración glomerular (FG), y su elevación se ha relacionado con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV), aunque la fisiopatología de esta asociación permanece bajo *Discusión*. Nuestro propósito fue estudiar si la Cistatina C está relacionada con la presencia de síndrome metabólico (SM) y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una población de pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA).

**Material y métodos.** Hemos incluido a 619 pacientes (53,1% varo-

nes), con una edad media de 58,6 ± 13,67 años, diagnosticados de HTA y vistos en nuestra consulta durante un período de 12 meses consecutivos. En todos ellos se realizó historia clínica, exploración física y analítica rutinaria. La Cistatina C se determinó mediante Nefelometría (Behring). La presencia de SM se definió según criterios del ATP-III. El FG se calculó mediante la ecuación del estudio Modified Diet in Renal Disease (MDRD).

**Resultados.** El SM estuvo presente en el 45,5% del total de la muestra, con un ligero predominio en las mujeres (47,7%). La Cistatina C sérica estuvo significativamente más elevada en presencia de SM que con su ausencia (0,94 ± 0,27 mg/l vs. 0,87 ± 0,24 mg/l, p = 0,001). No hubo diferencias en los niveles de Cistatina C entre hombres y mujeres (0,89 ± 0,25 mg/l vs. 0,92 ± 0,27 mg/l, respectivamente, p: ns) Después de ajustar por edad, sexo y FG calculado (MDRD) la Cistatina C mostró una correlación positiva con el IMC (r: 0,138, p = 0,045), la cintura abdominal (r: 0,171, p = 0,013), la microalbuminuria (r: 0,275; p < 0,001), la PCR (r: 0,191, p = 0,005) y el ácido úrico (r: 0,286, p < 0,0001). Los niveles de Cistatina C mostraron también una correlación positiva con la edad (r 0,409, p < 0,0001) y negativa con el FG calculado por MDRD (r -0,638, p < 0,0001). En el análisis multivariado, incluyendo en el modelo todas las variables anteriores con correlación significativa, persistieron como predictores independientes de los niveles de Cistatina C el FG calculado por MDRD (B: -0,0060; IC -0,0068 a -0,0051; p < 0,0001), la edad (B: 0,0032; IC 0,0019-0,0044; p < 0,0001), la microalbuminuria (B: 0,0005; IC: 0,0004-0,0006; p < 0,0001), el ácido úrico (B: 0,00291; IC 0,0180-0,0402; p < 0,0001), el IMC (B: 0,0011; IC 0,0011-0,0020; p < 0,047) y la PCR (B: 0,003; IC 0,001-0,005; p < 0,008).

**Discusión.** En nuestros pacientes con HTA la elevación de la Cistatina C se relaciona con un perfil de RCV aumentado como demuestra su asociación con la presencia de SM y de otros FRCV. Estos hallazgos sugieren que la Cistatina C, además de un marcador del FG, puede ser un factor independiente de RCV. No podemos excluir que esta asociación sea debida a una disfunción renal incipiente no detectada mediante el FG calculado con fórmulas a partir de la creatinina sérica, en ausencia de una medición directa del FG, lo que permitiría un ajuste total para la función renal. Sin embargo estas técnicas de medida directa (iotalamato o iohexol) no son aplicables en la práctica diaria.

**Conclusiones.** Los niveles séricos elevados de Cistatina C se correlacionan con la presencia de SM y con otros marcadores de RCV en nuestros pacientes con HTA, lo que sugiere que la Cistatina C puede ser tanto un marcador precoz de disfunción renal, así como un factor independiente de RCV.

### RV-102 CORONARIOS JÓVENES, ¿DÓNDE ESTÁ EL RIESGO?

**B. Rodríguez Díaz, D. Galiana Martín, D. León Durán, C. Cienfuegos Basanta, E. Rodríguez Ávila y A. Álvarez-Uría**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).*

**Objetivos.** Descripción de la prevalencia y asociación de los principales factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad coronaria precoz.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los principales factores de riesgo cardiovascular en varones con edad menor o igual a 50 años, dados de alta en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias, con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) durante 22 meses consecutivos.

**Resultados.** Se registraron 109 pacientes con una edad media de 43,9 ± 4,6 años (29-50). El diagnóstico fue de SCACEST en 21 pacientes (19,3%) y SCASEST en 88 pacientes (80,7%). De entre estos últimos presentaron SCASEST tipo IAM no Q 63 pacientes (57,8%), mientras que 25 (22,9%) no presentaron elevación de marcadores, considerándose SCASEST tipo angina inestable. En cuanto a los factores de riesgo, 81 pacientes (74,3%) eran fumadores, 17 (15,6%) eran exfumadores y 11 no fumadores (10,1%). Eran hipertensos 35 pacientes (32,1%). Cumplían criterios de diabetes mellitus (DM) 16 pacientes (14,7%). Presentaban dislipemia 88 (80,7%), y de

entre ellos, presentaban varias dislipemias asociadas 48 (44% del total de sujetos). El tipo de dislipemia más prevalente consistía en niveles bajos aislados de HDL colesterol en 38 pacientes (34,9%). Presentaban un IMC mayor o igual de 25 el 71,6% (78 pacientes) y obesidad abdominal 82 pacientes (75,2%). Considerando cinco factores de riesgo: tabaquismo (incluyendo fumadores y exfumadores), hipertensión arterial (HTA), DM, dislipemia y obesidad, se establecieron 6 grupos según el número de factores de riesgo presentes de forma que: ningún paciente presentaba ausencia de factores de riesgo; el 20,2% mostraban un factor aislado, predominando el tabaquismo; el 43,1% presentaban 2 factores, siendo el tabaquismo y la obesidad la asociación más frecuente en este grupo y el 31,1% presentaban 3 factores con predominio de tabaquismo, dislipemia y obesidad.

**Discusión.** En la aparición precoz de la enfermedad coronaria, el factor de riesgo más importante es el tabaquismo. En nuestro estudio, el 89,9% de los sujetos presentaban o habían presentado hábito tabáquico, estos datos son acordes con la literatura (70-90%). En cuanto a la HTA, en la mayoría de los estudios revisados, su prevalencia en pacientes coronarios jóvenes resultó sensiblemente más baja que la registrada en nuestros pacientes. Estas diferencias podrían ser debidas a que nuestro estudio se realizó en menores de 50 años mientras que la edad de los pacientes en los estudios previamente citados era sensiblemente inferior. También podrían haber influido los criterios utilizados para el diagnóstico de la HTA, que no en todas las publicaciones coinciden con los nuestros. La prevalencia de DM entre nuestros pacientes era de un 14,7%, dato que concuerda con otros estudios recientes (13,6%-14,8%). Sin embargo, en otras publicaciones con coronarios menores de 45 años, la prevalencia era significativamente menor, probablemente por la menor edad de los pacientes incluidos. Según los criterios de la ATP III, el 80,7% presentaban alguna variedad de dislipemia. El tipo más prevalente consistía en niveles bajos aislados de HDL colesterol igual que en otros estudios. En general las cifras de dislipemia en dicha población oscilan en las diversas publicaciones revisadas entre el 40 y el 80%. En cuanto a la obesidad, el 71,6% presentaban un IMC mayor o igual de 25. Datos extraídos de otros estudios retrospectivos arrojan porcentajes entre el 61% y 99,5. La obesidad abdominal estaba presente en el 75,2% frente al 55% descrito en otros estudios. Ninguno de nuestros pacientes presentó ausencia de los factores de riesgo coronario considerados clásicos, mientras que un paciente tenía los cinco factores de riesgo. La mayoría de nuestros pacientes presentaba más de un factor, el 43,1% dos factores y el 31,1% tres.

**Conclusiones.** La presencia de enfermedad coronaria en varones de edad igual o inferior a 50 años sin factores de riesgo coronario es excepcional, constituyendo el hábito tabáquico el principal factor de riesgo coronario aislado. La asociación de factores de riesgo coronario más frecuente en nuestro grupo es la de tabaquismo y dislipemia, siendo la presencia de niveles bajos de HDL colesterol la dislipemia más prevalente.

#### **RV-103 UTILIDAD DE LA BETA 2-MICROGLOBULINA COMO MARCADOR DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA**

**D. Real de Asúa Cruzat, R. Puchades Rincón de Arellano, I. García Polo y C. Suárez Fernández**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** Cuantificar la relación entre los niveles séricos de beta 2-microglobulina (B2M) y el índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes de alto riesgo vascular.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio transversal sobre pacientes de alto riesgo vascular que ingresaron en el servicio de Cardiología o fueron remitidos a las consultas de Medicina Interna del Hospital de La Princesa. Los sujetos fueron seleccionados por muestreo consecutivo. Criterios de inclusión: edad mayor de 40 años y, al menos, uno de los siguientes: enfermedad vascular clínica o subclínica, diabetes, síndrome metabólico o presencia de tres factores de riesgo vascular. Criterios de exclusión: neoplasia linfóide, trasplante renal, insuficiencia renal estadio IV o mayor, VIH o proceso agudo que eleve la PCR. Variables analizadas: edad, sexo, índice de masa

corporal (IMC), tabaquismo, número de paquetes/año, presencia de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM), síndrome metabólico, enfermedad polivascular, número de vasos afectados por coronariografía, aclaramiento de creatinina (ClCrea), B2M e ITB. Se clasificaron a los sujetos con arreglo a su ITB como portadores de EAP (ITB menor de 0,9 o mayor de 1,4) o no (ITB entre 0,9 y 1,4). Se comparó el valor de la concentración sérica de B2M en ambos grupos, realizándose un análisis multivariante por regresión lineal múltiple para determinar la relación entre los niveles de B2M y el resto de variables consideradas. En el análisis se utilizaron pruebas no paramétricas.

**Resultados.** Cuarenta y ocho pacientes de edad media  $64 \pm 11$  años (rango 41-83) fueron incluidos en el análisis. 35 eran varones. La prevalencia de tabaquismo, HTA, dislipemia y DM fue de 54%, 87,5%, 82% y 58% respectivamente. 12 pacientes (25%) presentaron un ITB patológico. En ellos, los niveles séricos medios de B2M fueron de  $2.88 \pm$

$1.10 \mu\text{g/ml}$ . En los 36 sujetos catalogados como no portadores de EAP esta cifra fue de  $1.79 \pm 0.69 \mu\text{g/ml}$ . Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante, los niveles de B2M se correlacionaron de forma significativa con el aclaramiento de creatinina ( $p < 0,001$ ), la presencia de DM, el IMC ( $p < 0,01$  para ambas) y el sexo femenino ( $p < 0,05$ ). El valor de  $R^2$  (ajustado) para este modelo fue de 75,7%.

**Discusión.** En los pacientes de alto riesgo vascular, la prevalencia de EAP es elevada. Sin embargo, dado que en muchas ocasiones su clínica es larvada o está ausente, la detección de la misma puede dilatarse en el tiempo. La beta 2-microglobulina sérica se eleva en los pacientes con EAP. Los factores asociados de manera independiente y estadísticamente significativa con esta elevación son el aclaramiento de creatinina, la presencia de DM, el IMC y el sexo femenino.

**Conclusiones.** La beta 2-microglobulina puede ser un marcador sérico útil para determinar la presencia de enfermedad arterial periférica y por tanto, para determinar a qué pacientes realizar un ITB, como prueba fundamental de cribado de esta enfermedad.

#### **RV-104 HIPERGLUCÉMIA HOSPITALARIA Y GRADO DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**C. González Becerra, I. Vallejo Maroto, R. Aparicio Santos, M. Benticuaga Martínez, M. Álvarez Alcina, R. Fernández Ojeda, C. Palmero Palmero y A. Fernández Moyano**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas, niveles de control glucémico y metabólico así como tratamiento prescrito en nuestros pacientes diabéticos hospitalizados.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo sobre la población de diabéticos ingresados en nuestro centro sobre el total de ingresos en un punto de corte establecido el 21/11/07. El diagnóstico de Diabetes se realizó sobre la recogida de antecedentes personales en la historia clínica realizada al ingreso. Analizamos edad, sexo, síndrome coronario agudo de alto riesgo como motivo de ingreso, niveles de glucemia, control metabólico previo y tratamiento de la hiperglucemia durante la hospitalización (dieta, antidiabéticos, pauta de insulina en escala, pauta de insulina prefijada) y tipo de insulina.

**Resultados.** Sobre el total de la población ingresada en nuestro centro en dicho punto de corte (146 pacientes), el grupo de pacientes con diabetes constituyó un 31,52% (46 casos.) La distribución de los pacientes por servicios corresponde mayoritariamente (91,3%) al servicio de medicina, y el resto en plantas quirúrgicas (traumatología y cirugía general y de aparato digestivo.). La mayoría de nuestros diabéticos hospitalizados eran mujeres (56,5%), con edad media en torno a 76,89 (DE: 8,5.) En 3 de ellos (6,5%) atendidos en plantas quirúrgicas no se realizaron controles glucémicos a pesar del diagnóstico previo de DM. Los niveles de glucemia capilar media durante el ingreso fueron  $211,56 \text{ mg/dl}$  (DE 87,35.) La glucemia media con pauta a demanda fue  $203,95 \text{ mg/dl}$  (DE: 64,18 mg/dl.) La glu-



cemias media con pauta bolo basal fue basal fue 250,37 mg/dl (DE: 138,9 mg/dl) ( $p = 0.578$ ) - En relación al tratamiento pautado, la mayoría (76,1%) recibieron terapia insulínica a demanda con pauta en escala; solo un 10,9% recibieron únicamente tratamiento dietético y un 10,9% utilizaron pauta bolo-basal en multidosis; se usó insulina en perfusión continua en un 2,2% de los casos. En un 8,7% continuaron recibiendo antidiabéticos orales durante su hospitalización. - Sobre el tipo de insulina utilizada mayoritariamente se utilizó insulina rápida a demanda, reservándose a otras insulinas los porcentajes siguientes: en un 8,7% se utilizó insulina NPH; 15,2% glargina; mezclas prefijadas 6,5% e insulina en perfusión 2,2%. En el histórico de nuestro laboratorio durante el año 2007 solo tenían realizado una hemoglobina glicosilada en los meses previos un 28,3% de los pacientes, obteniéndose un valor medio de 7,8% (DE: 1,33.) - El subgrupo de pacientes ingresados por SCASEST supuso un 8,7%. Los niveles de glucemia media alcanzada en ellos fue 206,92 mg/dl (DE: 74,7 mg/dl.) Para el control de la hiperglucemia en estos pacientes se utilizó perfusión de insulina en un 25% de las ocasiones.

**Conclusiones.** La diabetes es una enfermedad prevalente en nuestro centro hospitalario, agrupándose el mayor número de estos pacientes en el Servicio de Medicina. La mayoría de nuestros pacientes presentan un mal control glucémico durante la hospitalización con cifras de glucemia capilar por encima de objetivos ( $> 200$  mg/dl), siendo escasa la determinación de Hb A1C como parámetro de control metabólico. Continuamos abusando de las pautas de insulina en escala e infrautilizamos las pautas fijas de insulina, con pobre uso aun de la terapia bolo-basal y menos aún de la perfusión intravenosa de insulina. - Esta situación es más patente en grupos de alto riesgo (síndrome coronario agudo).

#### RV-105

##### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN NUESTRAS CONSULTAS EXTERNAS

**I. Vallejo Maroto, C. González Becerra, R. Aparicio Santos, R. Fernández Ojeda, M. Benticuaga Martínez, M. Álvarez Alcina, C. Palmero Palmero y A. Fernández Moyano**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).*

**Objetivos.** Describir las características y perfil clínico de nuestros pacientes diabéticos ambulatorios atendidos en una consulta de medicina interna general de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** -Seleccionamos a un total de 180 casos consecutivos atendidos en nuestras consultas de Medicina Interna desde enero a septiembre de 2007 con el diagnóstico de DM en el informe clínico. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando datos antropométricos y clínicos. Evaluamos antecedentes personales, FRV (tabaquismo, HTA, DLP y Obesidad), LOD (Cardiopatía, Retinopatía, Nefropatía o Arteriopatía periférica), exploración clínica (peso, TA en consulta, AMPA, perímetro abdominal, datos analíticos y exámenes complementarios (Glucemia basal, Hb A1C, perfil lipídico, Microalbuminuria) y plan terapéutico y farmacológico.

**Resultados.** Nuestros pacientes tienen una edad media en torno a 67,85 (DE 10,84) en similar proporción de sexos. El principal motivo de atención en consulta de estos pacientes fue la evaluación de sus FRCV (31,7%). En un 20% acuden por insuficiencia cardíaca; 11,1% por enfermedad cerebrovascular y un 10,6% por cardiopatía isquémica. En 16,1% se recogió el antecedente de tabaquismo, en 88,3% el de HTA, en 65,6% el de Hiperlipemia y en 38,3% el de Obesidad. En un 32,8% no se identifica presencia de daño de órgano diana en el informe de atención en consultas. En relación con los parámetros de la exploración del paciente fueron deficitarios en la toma de presión arterial (30%), perímetro abdominal (0,6%) y peso (13,3%). El 84,4% de los pacientes no aportaba controles de TA y glucemias ambulatorios. En la analítica, se recogieron las cifras de HbA1C en el 72,8% y la microalbuminuria en el 59,4%. La cifras medias de glucemia basal fueron de 155,58 (DE 57,8), las de Hb A1C 8,025%, la del colesterol total 186,36 (HDL 41,64 y LDL 116,86), la de TG 187,94 y la de microalbuminuria 124,76. En relación con el tratamiento farmacológico el ADO más usado fue la Metformina (60,6%) seguido de las SU (31,1%), utilizándose Insulina

solo en el 32,8%. La AAS se pautó en 54,4% de los casos, las estatinas en 55% y los IECAS/ARA II en 43,3 y 34,4% respectivamente.

**Conclusiones.** La mayoría de nuestros pacientes diabéticos acuden a consulta para valoración de sus FRCV o bien son diabéticos complicados por enfermedad vascular establecida. La realización de informes clínicos es mejorable en la recogida de antecedentes personales y LOD al igual que algunos aspectos de la valoración global del paciente y exploración, siendo especialmente deficitaria la evaluación de la enfermedad arterial periférica y necesaria la incorporación de herramientas de valoración como el índice-tobillo brazo a nuestra práctica clínica asistencial. Nuestros pacientes diabéticos no tienen un tratamiento farmacológico suficientemente optimizado tanto en lo referente a su medicación específica, por el limitado uso de la insulino terapia, como en lo referente a control de resto de FRCV tanto en prevención primaria como secundaria.

#### RV-106

##### TRATAMIENTO MÉDICO AL ALTA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

**R. Pérez Álvarez<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, I. González Bermudez<sup>2</sup>, J. Ocampo Miguez<sup>2</sup>, E. Corral Fernández<sup>1</sup>, M. Lado Castro-Rial<sup>1</sup>, D. Pérez Callejo<sup>1</sup> y E. Paredes<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Evaluar las características clínicas de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el grado de optimización del tratamiento en el momento del alta y el control metabólico tras un año de seguimiento.

**Material y métodos.** Se incluyeron 288 pacientes consecutivos diagnosticados de Infarto Agudo de Miocardio en el año 2006. Analizamos la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, el tipo de IAM (IAMCEST/IAMSEST) y la medicación recibida en el momento del alta. Examinamos el tratamiento de 240 pacientes que sobrevivieron al IAM y que no tenían contraindicaciones para tratamiento antiagregante-anticoagulación, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina o hipolipemiantes. El tratamiento óptimo se definió como la adecuación a las guías de manejo clínico para cada grupo. Se evaluaron la situación clínica y metabólica un año después del proceso agudo.

**Resultados.** De los 288 pacientes, 222 (77,1%) eran hombres y 66 mujeres (22,9%), con una edad media al diagnóstico de 67,35 años. Doscientos cuarenta y seis (85%), presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular (tabaco-44%, hipertensión arterial-52%, hipercolesterolemia-38%, y diabetes-27%). 138 padecieron un IAMCEST y 150 pacientes desarrollaron un IAMSEST, con un porcentaje de enfermedad vascular previa en ambos grupos del 35%. 96 pacientes (33%) fallecieron durante el periodo de seguimiento, de los cuales, 48 (16%), lo hicieron durante el proceso agudo, todos ellos tras un IAMCEST; 36 por complicaciones cardiológicas tardías y 12 por neoplasia. Sólo un 8% de los pacientes del grupo de IAMCEST recibieron tratamiento óptimo, por un 20% en el grupo del IAMSEST. El 100% de los pacientes recibió tratamiento antiagregante; sólo la mitad, betabloqueantes. Fueron tratados con estatinas el 76,5% de los IAMCEST y el 60,9% de los IAMSEST. Ningún paciente recibió tratamiento hipolipemiente combinado. En menos de la mitad de los pacientes de ambos grupos (49% y 39%, respectivamente), se inhibió el Sistema Renina Angiotensina. Al año, sólo el 55% de los pacientes cumplían el objetivo terapéutico de colesterol.

**Conclusiones.** A pesar de que los eventos cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados, el manejo clínico de estos pacientes continúa siendo inapropiado. En un porcentaje elevado los pacientes no reciben un tratamiento óptimo. Son necesarias nuevas estrategias que ayuden al cumplimiento de las guías clínicas, especialmente en pacientes de alto riesgo, que son los que obtendrían un mayor beneficio terapéutico.

**RV-107**

**IMPORTANCIA DE LA ATERTROMBOSIS EN ESPAÑA. HOSPITALIZACIONES, COSTES Y MUERTES ASOCIADAS A SUS MANIFESTACIONES Y FACTORES DE RIESGO**

**J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, G. Rey García<sup>2</sup>, A. Mediero Domínguez<sup>2</sup>, M. Lado Castro-Rial<sup>1</sup>, C. Fernández Méndez<sup>1</sup>, E. Corral Fernández<sup>1</sup> y D. Miguélez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Clínica. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La aterotrombosis es la principal causa de muerte en España. Este trabajo intenta la cuantificación de las hospitalizaciones producidas por sus manifestaciones o factores de riesgo, sus costes relacionados y las muertes ocasionadas, según los datos más recientemente disponibles (2006).

**Material y métodos.** Se analizaron los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRDs) procedentes de la base de datos oficial CMBD al Alta Hospitalaria del Ministerio de Sanidad y Consumo para 2006. En el estudio de los GRDs relacionados con aterotrombosis o sus factores de riesgo se utilizaron los sugeridos por la Sociedad Española de Arterioesclerosis (Villar Álvarez F al. Informe SEA 2007), modificándolos o complementándolos según el proceso. Se estudiaron los GRDs concernientes a Cardiopatía isquémica/infarto agudo de miocardio (32 GRDs), Enfermedad cerebrovascular (10 GRDs, fundamentalmente los respectivos a procesos médicos), Insuficiencia cardíaca (4 GRDs, incluyendo implantación de dispositivos de sincronización y el trasplante cardíaco), Enfermedad arterial periférica (14 GRDs), Insuficiencia renal (4 GRDs, incluyendo en estos casos el 42% de las admisiones para diálisis y trasplante renal, que se encuentran motivadas por nefropatía diabética, hipertensiva o ambas), Diabetes mellitus [GDR 294 (> 35 años) y 596] y Enfermedad hipertensiva (GRD 134). Los costes se calcularon según estándares establecidos para 2005 (último publicado), añadiendo un 3% de inflación anual. Los fallecimientos causados por dichos procesos se obtuvieron de las causas de defunciones publicadas en 2008 por el INE para el año 2006.

**Resultados.** Se muestran en tabla. Las 41.7673 altas por procesos y factores de riesgo aterotrombóticos supusieron el 11,6% de las altas totales en el Sistema Nacional de salud, el 7,3% de los gastos hospitalarios de las Comunidades Autónomas y el 4,0% del gasto sanitario total de estas. Las muertes por tales procesos supusieron al menos el 29,9% de las 37.1478 defunciones en 2006.

**Discusión.** Los estudios epidemiológicos sobre aterotrombosis inciden en que son procesos muy prevalentes, con importante morbimortalidad y carga económica asociadas. Muchos pueden ser retardados o prevenidos mediante actuaciones específicas sobre los factores de riesgo causales.

**Conclusiones.** Las manifestaciones derivadas de la aterotrombosis y sus factores de riesgo suponen una considerable carga sociosanitaria en España. Son necesarias medidas preventivas energéticas para afrontar este creciente problema.

Tabla 1. Altas, costes asociados y muertes relacionadas con la aterotrombosis en España (RV-107).

Año 2006	Altas	Millones €	Muertes
Cardiopatía isquémica	142.046	619	37.076
Enfermedad cerebrovascular	97.311	412	32.887
Insuficiencia cardíaca	95.011	466	18.888
Enfermedad arterial periférica	55.838	338	
Insuficiencia renal crónica	5.244	41	6.035
Diabetes mellitus	18.260	60	9.672
Enfermedad hipertensiva	3.943	9	6.675
Total	417.673	1944	111.233

**RV-108**

**INCIDENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES INGRESADOS POR EVENTOS CARDIOVASCULARES EN ÁREA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**V. Pérez Vázquez, M. Escobar Llompert, C. Asencio Méndez, S. Romero Salado, J. Bernal Bermúdez, A. García Egido y J. Fernández Delgado**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** En los últimos años han sido presentadas gran número de publicaciones que demuestran que en determinadas personas existe una particular susceptibilidad a la conjunción de diversos factores de riesgo vascular y que ésta puede venir determinada por una especial resistencia a la insulina, probablemente determinada genéticamente unida a diversos factores exógenos. Esta situación se conoce como Síndrome Metabólico. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de este síndrome en los pacientes hospitalizados en el área de especialidades médicas que han sido ingresados por un evento cardiovascular (síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica).

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal donde fueron revisados todos los pacientes ingresados por un evento cardiovascular en los Servicios de Medicina Interna, Cardiología y Neurología. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron causa de ingreso, edad, sexo, perímetro abdominal, niveles de colesterol (HDL/LDL), niveles de triglicéridos, tensión arterial y glucemia plasmática. Para el diagnóstico del síndrome metabólico se aplicaron los criterios de la International Diabetes Federation de 2005.

**Resultados.** Se revisaron un total de 54 pacientes (30 hombres y 24 mujeres). Edad media: 65.2 años. Motivo de ingreso: Síndrome coronario agudo: 32 pacientes. Accidente cerebrovascular: 19 pacientes. Arteriopatía periférica: 3 pacientes. Incidencia global de síndrome metabólico: 46.29%. Incidencia de síndrome metabólico por patología: Síndrome coronario agudo: 15 pacientes (46.85%). Accidente Cerebrovascular: 8 pacientes (42.10%). Arteriopatía periférica: 2 pacientes (66.66%). Perímetro abdominal patológico (> o igual a 80 centímetros en mujeres y 94 centímetros en hombres): 25 pacientes. Hipertrigliceridemia (> 150 mg/dl): 8 (14.81%). HDL < 40 mg/dl en varones y 50 mg/dl en mujeres: 18 (33.33%). Hipertensión arterial (TAS > 130 o TAD > 85 mmHg): 31 (57.4%). Glucemia plasmática en ayunas > 100 mg/dl: 26 (48.14%).

**Discusión.** Se estima la incidencia del síndrome en personas mayores de 50 años cercana al 30% y en mayores de 60 años del 40%. En nuestra serie objetivamos una alta incidencia de pacientes que cumplían criterios de síndrome metabólico llegando al 46%. Al seguir los criterios de la IDF todos los pacientes que cumplían dichos criterios presentaban un perímetro abdominal patológico, reflejo del tejido celular subcutáneo y el tejido adiposo visceral, lo que en muchos estudios se relaciona con el desarrollo de resistencia insulínica, base del síndrome según muchos especialistas. Igualmente, desglosando los distintos factores motivo del estudio, comprobamos la alta incidencia de diabetes e hipertensión arterial que presentaban estos pacientes.

**Conclusiones.** La incidencia del síndrome metabólico en nuestra serie es elevada. Igualmente la hipertensión arterial y la diabetes están claramente relacionadas con el desarrollo de accidentes cardiovasculares en nuestros pacientes. El diagnóstico del síndrome metabólico parece identificar un riesgo cardiovascular adicional sustancial por encima de la consideración de los factores de riesgo individuales. Se hace necesario un mejor conocimiento de este síndrome y sus consecuencias al demostrarse que pacientes que lo sufren presentan un riesgo de mortalidad coronaria y cardiovascular 2-3 veces superior al de la población general.

**RV-109****ACVA INGRESADOS: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

**A. Jimeno Sáinz<sup>1</sup>, L. Guerrero Navarro<sup>1</sup>, E. Polo Marqués<sup>2</sup>, M. José García<sup>3</sup> y A. Barragán<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Oncología, <sup>3</sup>Unidad de Neurología, <sup>4</sup>Unidad de Endocrinología. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).

**Objetivos.** Valorar la incidencia de ingresos por ACVA en el Servicio de Medicina Interna del hospital Ernest Lluch. Determinar los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la primera semana del año 2008 con el diagnóstico de ACVA. Se valoraron la edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular asociados, la realización de pruebas complementarias así como su evolución y tratamiento.

**Resultados.** Se obtuvo un total de 9 pacientes, 6 hombres y 3 mujeres. Más de la mitad de los pacientes tenían una edad superior a 65 años (66,6%). Se les realizó TAC craneal a todos ellos y sólo en un caso se realizó TAC craneal urgente. El 88,8% de los casos (8 de 9) se les realizó eco-dopler de TSA y el caso que no se realizó se desestimó dado que la paciente tenía 93 años. El 77,7% de los casos (7/9) estaban en ritmo sinusal. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentemente encontrados fueron HTA y diabetes mellitus. En todos los casos estudiados fueron ACVA isquémicos. 2 casos se le realizó ecocardiograma y en un caso RNM craneal que confirmó el diagnóstico. Seis pacientes (66,6%) recibieron tratamiento con clopidogrel y 2 con AAS. Un tercio de ellos recibieron tratamiento con neuroprotectores y un caso recibió tratamiento con anticoagulantes orales coincidiendo con fibrilación auricular.

**Discusión.** En nuestro estudio nos llama la atención la incidencia de ACVA, que representan el 28% de los ingresos en el Servicio de Medicina Interna en el período estudiado. En nuestro estudio se han realizado pocos TAC craneales urgentes y probablemente esté relacionado con la no disponibilidad del TAC en el momento del ingreso. También destacamos la baja incidencia de tratamiento con neuroprotectores que en nuestro estudio no superó el tercio de los casos.

**Conclusiones.** 1. Los ACVA en nuestro medio no son infrecuentes. 2. La etiología en el período estudiado es isquémico. 3. La HTA y la Diabetes Mellitus son los dos factores de riesgo cardiovascular más frecuentemente asociados.

**RV-110****TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: REVISIÓN DE 2 AÑOS**

**A. Jimeno Sáinz<sup>1</sup>, L. Guerrero Navarro<sup>1</sup>, I. Caramés<sup>2</sup> y L. Pérez del Palomar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).

**Objetivos.** Valorar la incidencia de tromboembolismo pulmonar en nuestro hospital durante 1 años. 2. Determinar la clínica, evolución y etiología de los casos afectados.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital en un período de 2007. Se valoró las características epidemiológicas así como su evolución y tratamiento.

**Resultados.** Se obtuvo un total de 12 pacientes, de los cuales un predominio del sexo masculino (8/4). La edad media fue de 76 años. Entre los factores de riesgo destacaba la inmovilización (presente en 83,3%), la obesidad (presente en el 50% de los casos), y las neoplasias (41,6%) siendo dos casos de Ca de pulmón y 2 de esófago. El síntoma más frecuente y presente en el 100% de los casos fue la disnea. El 25% de los casos presentó hipoxemia severa aunque la mayoría sólo presentaron hipoxemia leve. El 83,3% de los casos el dímero D estuvo elevado. En 9 de los 12 casos se realizó angioTAC que confirmó el diagnóstico y en los tres casos que no se realizó, su diagnóstico fue con gammagrafía pulmonar. La localización más frecuente fue en las arterias principales. Dos pacientes presentaban fibrilación auricular. El Ecodopler de MMII se realizó en todos los casos y confirmó la etiología en 11 de los 12 casos. Dos casos se

realizó arteriografía pulmonar e ilioacavografía con fibrinolisis y en ambos casos se colocó filtro de cava. Recibieron tratamiento con HBPM y ACO. La evolución fue favorable durante su ingreso aunque 3 pacientes presentaron complicaciones (hemoptisis, hematoma, sangrado por la zona de venopunción). Cuatro pacientes fallecieron durante ese año.

**Discusión.** Nos sorprende el predominio de TEP en varones, sobre todo cuando uno de los factores más favorecedores es la inmovilización y la obesidad. Otro dato a remarcar es que no existían una gran afectación hipoxémica en los casos estudiados. El origen del TEP parece estar muy relacionado con trombosis de MMII aunque existieron algunos caso que no pudimos objetivar su origen.

**Conclusiones.** 1. El TEP en nuestro estudio afecta más a hombres que a mujeres. 2. La inmovilización y la obesidad siguen siendo dos factores importantes en la aparición de TEP. 3. El diagnóstico ha sido realizado con angioTAC y esto probablemente relacionado con la mayor disposición en nuestro hospital.

**RV-111****¿ES REALMENTE NECESARIO REALIZAR UN MAPA EN PACIENTES CON ICTUS?**

**E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, N. Cubino Bóveda, A. Romero Alegría, J. Martín Oterino, M. García Rodríguez, A. García Mingo y A. Sánchez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** En este estudio queremos valorar cual es el control de la tensión arterial, en los pacientes que presentan ictus tanto isquémico como hemorrágico durante las primeras 24 h y como influyen las cifras de TA en la evolución. También analizaremos como influye en estos eventos vasculares la aparición de arritmias supraventriculares. Otro punto del estudio será la valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo previo al ingreso. Por otra parte observaremos cual es la localización cerebral más frecuente del ictus.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio prospectivo en el que incluimos a 27 pacientes con el diagnóstico de ictus tanto isquémico como hemorrágico con edades entre 50-90 años (13 V y 14 M), que ingresan en M. I del Hospital de Salamanca en el último año. En las primeras 24 horas se realiza; anamnesis con antecedentes familiares y personales de RCV (riesgo cardiovascular), y tratamiento antihipertensivo previo al ingreso (IECAS, ARA 2, betabloqueantes, diuréticos). Se les realiza a cada uno de ellos una monitorización ambulatoria de la PA durante 24 horas con un aparato marca OMRO, obteniendo lecturas de la PA cada 20 minutos durante el día y cada 60 min por la noche. Como pruebas complementarias; TAC cerebral, donde se describe la localización de la lesión y un ECG (valoración de arritmias supraventriculares).

**Resultados.** Han presentado un 14'81% ictus hemorrágico y 85,18% ictus isquémico. La TASm en varones es 152,15 mmHg y la TAD 81'15 mmHg, en las mujeres la TASm 138,36 mmHg y la TADm es 75 mmHg. Respecto a la localización; 51'85% en ACM, el 25'92% en territorio carotídeo, el 7'40% en ACP (arteria cerebral posterior). El tratamiento previo al ingreso era el 7'40% estaba con una combinación de IECA+ARA 2+BB+Ca, o sólo con un diurético o una ARA 2, el 11'1% tenían BB+IECA+ diurético, o un CA+BB o un calcioantagonista (CA) solamente, y el 14'81% estaban con una ARA 2 o un IECA + Diurético o no tenían fármacos a su ingreso. Presentaban FA 62'96% y 37'96% el estaban en ritmo sinusal. Los pacientes que tenían DM tipo 2 al ingreso eran 40'74% con respecto 59'25% que no la presentaban. De todos nuestros enfermos monitorizados el 85'18% no fallecieron en el siguiente año tras el ictus.

**Discusión.** Se objetiva, que los pacientes están hipertensos durante las primeras 24 horas tras la aparición del ictus. Observamos como existe un mal control previo de la TA, ya que un amplio grupo de ellos no empleaban ninguna terapia antihipertensiva o utilizaban solo un fármaco para su control. Por otro lado, más de la mitad de los enfermos presentan una FA persistente, no detectada, previa a la aparición del evento. El riesgo de FA aumenta con la edad; 1'5% entre los 50-59 años y asciende al 23'5% entre los 80-89 años. La DM sigue siendo un factor de alto riesgo vascular que predispone a la aparición de cualquier tipo de evento vascular y en concreto la de



los ACVA. La localización más frecuente de ictus es a nivel de la arterial cerebral media.

**Conclusiones.** Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la 1ª causa de mortalidad en mujeres y la segunda en varones en España. La HTA es el factor de riesgo más importante y se estima que causa entre el 25 a 50% de los casos. La relación dosis-respuesta entre la HTA y el riesgo de ictus es continua a lo largo del rango de valores de PA. El riesgo de mortalidad por ictus es mayor a partir de cifras de PA 115/75 mmHg. La reducción de 10-12 mmHg en la PAS y de 5-6 mmHg en la PAD representa un descenso del riesgo de ictus de hasta el 38%. Además se ha visto que el MAPA es un predictor independiente de la aparición de isquemia cerebral. Finalmente añadir, es importante actuar sobre los factores de RV, principalmente la HTA, siendo prioritario un control exhaustivo de la TA (TA < 130/80 según guías SECH), por lo que se recomendaría la realización de un MAPA en estos enfermos, pudiéndose obtener un ajuste más preciso de la TA.

**RV-113**

**ANÁLISIS DE LAS CALCIFICACIONES ARTERIALES EN LA MAMA, DETECTADAS POR MAMOGRAFÍA. ¿REPRESENTAN UN RIESGO CARDIOVASCULAR?**

**J. Álvarez Tutor<sup>1</sup>, E. Álvarez Tutor<sup>2</sup> y J. Clint<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** El hallazgo de calcificaciones arteriales en mamografías (CAM) realizadas con fines de detección precoz o diagnóstico, es frecuente en edades superiores a 50-55 años. Nuestro objetivo fue analizar el valor de las CAM como indicador de riesgo cardiovascular en mujeres de 50 años o menores.

**Material y métodos.** Comparamos dos grupos de 46 mujeres cada uno, el grupo problema (Edad: 43,0 ± 5,3), que presentaba CAM y el grupo control (Edad: 42,8 ± 4,7) cuyas integrantes no presentaban CAM. Las 92 mujeres respondieron a una encuesta sobre antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) y sobre hábitos individuales relacionados con la ECV. También se les realizó una exploración física dirigida y varias determinaciones analíticas en sangre.

**Resultados.** Ambos grupos presentaron diferencias en antecedentes familiares de ECV (p < 0,03), antecedentes personales de hipertensión arterial (p < 0,003), paridad (p < 0,001), lactancia (p < 0,02) y hábito tabáquico (p < 0,0001). La exploración física mostró diferencias en las medidas de tensión arterial máxima (p < 0,007) y mínima (p < 0,01). Las diferencias analíticas presentaban significación para Fibrinógeno (p < 0,003) y Calcio (p < 0,02). No encontramos diferencias significativas en los demás parámetros evaluados.

**Discusión.** Las calcificaciones arteriales detectadas por mamografía pueden servir de ayuda cuando se realiza esta prueba, por lo tanto creemos que deben tenerse en cuenta a la hora de valorar el riesgo cardiovascular de una mujer.

**Conclusiones.** Aunque son necesarios estudios prospectivos a largo plazo, nuestros resultados indican que la presencia de CAM en menores de 50 años se asocia con varios factores de riesgo de ECV. Por tanto debería ser tenida en cuenta por radiólogos e internistas de cara a la prevención de ECV, pues puede constituir un eficaz detector de riesgo.

**RV-114**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN Y LA PRESENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO (SM)**

**I. Portales Fernández<sup>1</sup>, D. Narankiewicz<sup>1</sup>, N. Macías Vega<sup>1</sup>, F. Paniagua<sup>2</sup>, J. Mancera Romero<sup>2</sup>, F. Salgado Ordóñez<sup>1</sup>, R. Guijarro Merino<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Jardín. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Conocer las características socioculturales de una muestra poblacional y su relación con la presencia de SM según criterios IDF. **Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal y analítico realizado sobre una muestra aleatoria representativa de la población adulta perteneciente a un centro de atención primaria urbano de Málaga. Además de datos demográficos y antropométricos se recogieron datos sobre nivel de estudios (analfabetos o primarios vs secundarios o universitarios) y la actividad física realizada por esta población (menor o mayor a 150 minutos semanales) y la prevalencia de SM (IDF). Se plantea un análisis de regresión logística multivariante para conocer si estas variables se asocian de forma independiente a SM.

**Resultados.** Se obtiene una muestra total de 2270 adultos, siendo la edad media de 43,6 ± 15,6 años y el 50,3% eran mujeres. El 11,3% de la población tenía estudios universitarios; un 31,1%, secundarios; el 49,7%, estudios primarios y el analfabetismo alcanzó el 7,9%. Eran analfabetos o con estudios primarios el 50,5% de los que no tienen SM frente al 76,8% que sí cumple SM. (p < 0,0001; OR: 3,26; IC 95%: 2,62-4,04). El 52% de la población es sedentaria, un 24,7% realiza ejercicio físico ocasional y un 23,3% lo practica habitualmente. Sólo realiza ejercicio físico de manera regular el 19,3% de los pacientes con SM frente a un 24,8% sin SM (p < 0,0001; OR: 1,38; IC 95%: 1,09-1,75). Las diferencias por sexos de estas características se reflejan en la tabla 1. Tras el análisis multivariado encontramos los datos de la tabla 2.

**Conclusiones.** Parece que hay una relación directa e independiente entre el nivel de estudios bajo (analfabetismo/primarios), la edad y la ausencia de la realización de ejercicio físico de manera regular, con la existencia de SM según criterios de IDF.

Tabla 1. Características diferenciales de población con SM por sexos (RV-114).

	Analfabetismo/Primarios	No ejercicio regular	Edad media (años)
Varones	70,9% vs 49% (p < 0,0001)	77,9% vs 65,4% (p < 0,0001)	50,6 vs 39,9 años (p < 0,0001)
Mujeres	84,1% vs 51,7% (p < 0,0001)	84,1% vs 84,1% (p = NS)	56,9 vs 39,9 años (p < 0,0001)

Tabla 2. Relación independiente directa de las características socioculturales en función de la presencia o no de SM (RV-114).

	Sexo varón	Edad (por incremento de año)	Ausencia de ejercicio regular	Analfabetismo/primario
OR	1,63	1,054	1,434	1,678
IC 95%	1,325-2,005	1,046-1,061	1,114-1,845	1,322-3,131
p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,005	< 0,0001

**RV-115****SÍNDROME METABÓLICO Y ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, J. Sabio Sánchez, V. Manzano Gamero, I. Martínez Egea, F. Nebrera Navarro, C. Hidalgo Tenorio y J. Jiménez Alonso**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir la posible relación entre la presencia de síndrome metabólico (SM) y el desarrollo de esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). **Material y métodos.** Estudio observacional transversal. Se incluyeron 105 pacientes (85 mujeres y 20 hombres) con LES ( $\geq 4$  criterios ACR) procedentes de nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas que no presentaban un consumo de alcohol superior a 40 g/d en hombres y de 20 g/d en mujeres. En ellos se evaluó la presencia de SM según los criterios de la OMS, IDF y ATP III, se les realizó una ecografía abdominal y les fue calculada la velocidad de onda de pulso (VOP) carotídea-femoral. Asimismo se determinaron los índices SLICC, SLEDAI y de masa corporal (IMC), niveles de AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina total, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos. Se cuantificó el tiempo de evolución del LES y la dosis acumulada de corticoides e hidroxycloloquina desde su diagnóstico.

**Resultados.** Se encontró una asociación significativa entre la presencia de EHNA y el diagnóstico de SM según la ATP-III ( $p = 0,02$ ), y la IDF ( $p = 0,03$ ), pero no según la OMS ( $p = 0,39$ ). Concretamente se observó una probabilidad 1.33 y 1.29 veces mayor de desarrollar EHNA en individuos con criterios de SM según la ATP-III y de la IDF respectivamente. El tiempo de evolución del LES, el IMC, el aumento de colesterol total, LDL, triglicéridos, PCR, transaminasas y enzimas de colestasis se correlacionaron igualmente con la EHNA, pero no lo hicieron los valores de bilirrubina, la VOP, los índices SLICC-SLEDAI ni las dosis acumuladas de corticoides e hidroxycloloquina.

**Discusión.** La resistencia a la insulina (RI) parece ser el principal mecanismo etiopatogénico de la EHNA y del SM. Sin embargo no existen datos sobre la relación de estas dos entidades en pacientes con LES y la posible influencia de la enfermedad lúpica en el desarrollo de EHNA. En nuestro estudio, el SM según la ATP-III y la IDF se asoció con la aparición de EHNA, pero no según la OMS, (quizá por el menor número de pacientes con SM según estos criterios). No sólo el IMC, la dislipemia y la elevación de la PCR, transaminasas y enzimas de colestasis sino también el tiempo de evolución del LES se correlacionaron con el desarrollo de EHNA.

**Conclusiones.** La presencia de SM en pacientes con LES según la ATP-III o la IDF se correlaciona con la aparición de EHNA.

**RV-116****ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 MEDIANTE EL ÍNDICE ACI**

**I. Fernández Galante<sup>1</sup>, P. Viñas<sup>2</sup>, J. Pérez Turiel<sup>2</sup> y E. González Sarmiento<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Área de Ingeniería de Sistemas y Automática. Facultad de Ingeniería (Valladolid). <sup>3</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina (Valladolid).

**Objetivos.** Estudiar la variabilidad de la frecuencia cardíaca en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) empleando el índice de cambio de aceleración (ACI), índice nuevo y poco conocido que mide la dinámica cardíaca simpato-vagal.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 104 sujetos, tras recibir su consentimiento informado. A todos se les realizó una prueba a la que denominamos "prueba del desayuno". Esta se dividía en 4 etapas: basal o reposo, visualización del alimento, ingesta del alimento y postprandial. Durante todas las etapas, los pacientes fueron monitorizados electrocardiográficamente para recoger la frecuencia cardíaca y el intervalo RR, en un polímetro Biopac System<sup>®</sup> mode-

lo MP 100. A continuación, se estudió el ACI en las diferentes fases de la prueba del desayuno. El ACI caracteriza los cambios bruscos experimentados en la frecuencia cardíaca, cuanto más cambios más variabilidad de la frecuencia cardíaca indicativa de afectación del sistema nervioso autónomo.

**Resultados.** La muestra se compone de 34 sujetos sanos (edad media de  $51,32 \pm 18,79$  años) y 70 DM2 de los cuales 28 pacientes (edad media de  $68,40 \pm 8,62$  años) no presentaban ninguna complicación micro o macrovascular y 42 pacientes (edad media de  $69,86 \pm 11,32$  años) presentaban al menos una complicación. En nuestro estudio, se puede observar que el valor del ACI es inferior en las cuatro etapas de la prueba en el grupo control respecto al grupo de DM. Esta diferencia es más palpable en las etapas de la ingesta de alimento y postprandial, entre el grupo control y el grupo de DM con complicaciones (gráfico), con diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** Se aprecia un desbalance simpato-vagal en los pacientes DM respecto al grupo control, principalmente en aquellos pacientes DM con complicaciones vasculares y en las etapas de la ingesta de alimento y postprandial. Esto demuestra que los pacientes DM presentan una alteración en la regulación del balance de las dos ramas del sistema nervioso autónomo.

**RV-117****INFLUENCIA DE UNA ALIMENTACIÓN MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA EN COENZIMA Q SOBRE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO**

**N. Delgado Casado, M. Moreno Conde, A. García Ríos, A. Ortiz Morales, F. Fuentes Jiménez, J. Delgado Lista, F. Pérez Jiménez y J. López Miranda**

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arterioesclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** La nutrición y otros hábitos de vida ejercen un gran impacto sobre la salud y el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas que se presentan con mayor frecuencia en la edad avanzada como son las enfermedades cardiovasculares. El mecanismo clave en la disfunción endotelial del envejecimiento es el estrés oxidativo. La coenzima Q (CoQ) es un antioxidante muy importante, y regulador de la proliferación y muerte celular. Su deficiencia se ha descrito en enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas. **Objetivos:** estudiar el efecto del consumo de una alimentación mediterránea suplementada en coenzima Q sobre la disfunción endotelial que se observa en el envejecimiento.

**Material y métodos.** Se estudiaron 20 voluntarios (10 hombres y 10 mujeres), sin patología grave asociada y con edad superior a 60 años, que fueron sometidos a tres sobrecargas orales con tres dietas distintas: 1. Dieta de composición mediterránea (15% de proteínas, 50% de carbohidratos y 35% de grasa total, distribuida de la siguiente forma: < 10% de grasa saturada, 6% de poliinsaturada y 19% de monoinsaturada) suplementada en coenzima Q (600 mg/día). 2. Dieta de composición mediterránea con placebo. 3. Dieta rica en grasa saturada (15% de proteínas, 47% de hidratos de carbono, 38% de grasa distribuida de la siguiente forma: 22% grasa saturada, 12% monoinsaturada y 4% poliinsaturada). Previo a la sobrecarga se estudió la función endotelial y el período postprandial a las 2 horas y a las 4 horas tras la sobrecarga.

**Resultados.** Tras el consumo de una alimentación Mediterránea, suplementada o no con CoQ, se observa un aumento de la vasodilatación mediada por el endotelio, en comparación con una sobrecarga con dieta saturada (a las dos horas: Med  $121,88 \pm 83,13$ , CoQ  $96,5 \pm 51,22$ , Sat  $59,28 \pm 39,05$ , con una  $p < 0,001$  y a las 4 horas Med  $90,76 \pm 63,31$ , CoQ  $97,01 \pm 55,33$ , Sat  $69,82 \pm 47,67$ , con una  $p = 0,001$ ). Al medir el incremento de flujo respecto al basal, obtenemos similares resultados, existiendo en la hora 4 un claro aumento de la vasodilatación tras la sobrecarga suplementada con CoQ respecto a la suplementada con placebo (a las 2 horas: Med  $44,15 \pm 80,03$ , CoQ  $24 \pm 46,52$ , Sat  $-11,97 \pm 45,87$ , con  $p = 0,011$ , y a las 4 horas Med  $13,03 \pm 56,79$ , CoQ  $24,52 \pm 52,61$ , Sat  $-1,33 \pm 36,62$ , con una  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones.** Una alimentación Mediterránea suplementada en CoQ mejora la disfunción endotelial asociada al envejecimiento,

pudiendo tener utilidad en la prevención de eventos cardiovasculares, en comparación con una dieta Mediterránea y una dieta rica en grasa saturada.

**RV-118**  
**INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA MEDICINA INTERNA ESPAÑOLA EN EUROPA (1997-2007). EL ÉXITO DE UN MODELO**

**J. Montes Santiago, M. Lado Castro-Rial, C. Fernández Méndez, E. Corral Fernández, D. Miguélez, J. Fernández Martín A. Asorey Carballeira y R. Pérez Álvarez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

*Objetivos.* En 1997 se celebró el 1º Congreso de la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM). En fechas análogas la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) decidía impulsar la creación de Grupos de Trabajo y en 1999 celebraba su 1ª Reunión oficial el Grupo de Insuficiencia Cardíaca (IC), seguida rápidamente por otros: Riego vascular (RV), Enfermedad tromboembólica venosa (ETV), Infecciosas-VIH, etc., hasta llegar a los 14 actuales. Aquí se realiza un balance de la contribución de los internistas españoles a los Congresos EFIM en el período 1997-2007, con enfoque especial sobre las materias de los primeros Grupos constituidos.

*Material y métodos.* Se cuantificaron las Comunicaciones Orales y Pósters de los Libros de Resúmenes de los Congresos EFIM (Maastricht-97, Florencia-99, Edimburgo 01, Berlín-03, París-05, Lisboa-07). Para ello se tabularon las comunicaciones procedentes de España y del resto de países, tanto globalmente como las referentes a RV (incluyendo diabetes mellitus), enfermedades infecciosas/VIH y también sobre IC y ETV (las dos últimas sólo para mostrar un perfil completo del asunto estudiado, pues han merecido un examen más detallado). Las comunicaciones sobre tales materias constituyeron el 69,6% del global de las españolas y el 55,0% del global de congresos. No se consideraron las comunicaciones "case reports".

*Resultados.* Fueron analizadas un total de 2540 comunicaciones. España fue el país con mayor nº de comunicaciones, tanto globalmente (29,8%) como sobre cada una de las materias específicas (tabla). Tras ella se sitúan Portugal (14,3%), Francia (11,1%) e Italia (8,1%).

*Discusión.* Aunque la constitución de Grupos de Trabajo no haya sido el papel decisivo en las contribuciones científicas estudiadas, indudablemente ha contribuido a dinamizarlas (p. Ej., las generadas por el Registro RIETE del Grupo de ETV, los de estudios impulsados por los Grupos de IC, RV, Osteoporosis, Infecciosas, etc.). Actualmente es evidente la energía desplegada por los internistas españoles, pues durante la última década son globalmente responsables del 30% de las comunicaciones en Congresos Europeos de su especialidad.

*Conclusiones.* Los internistas españoles despliegan una notable actividad investigadora, especialmente en los campos de Infecciosas/VIH, RV, IC y ETV en el contexto europeo y globalmente son autores de casi 1 de cada 3 comunicaciones en los Congresos de Medicina Interna.

**RV-119**  
**PREVALENCIA DE COLESTEROL HDL BAJO EN PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO DYSIS-ESPAÑA**

**J. González Juanatey<sup>1</sup>, J. Millán<sup>2</sup>, C. Guijarro<sup>3</sup>, E. Alegría<sup>4</sup>, V. Inaraja<sup>5</sup> y L. Cea Calvo<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>5</sup>Departamento de Investigación Clínica. Merck Sharp Dohme de España (Madrid).

*Objetivos.* La concentración baja de colesterol HDL incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares, especialmente coronarias. El objetivo de este trabajo fue valorar la prevalencia de colesterol HDL bajo en pacientes tratados con estatinas.

*Material y métodos.* Análisis de los pacientes de España incluidos en el estudio DYSIS (Dyslipidemia International Survey), estudio epidemiológico y transversal, realizado en países de Europa y en Canadá. Se incluyeron pacientes de 45 o más años de edad, en tratamiento con estatinas, y que tuviesen medido al menos uno de los lípidos en los últimos 12 meses (colesterol total, HDL, LDL, y/o triglicéridos). Todos los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se definió colesterol HDL bajo como una concentración < 40 mg/dl (hombre) o < 50 mg/dl (mujer) (puntos de corte del National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III [NCEP ATP III]). Se presenta un análisis preliminar con los primeros 1000 pacientes incluidos en el estudio.

*Resultados.* En 1.031 pacientes (edad media 64 años, 54% varones y 46% mujeres, 46% con antecedente de consumo de tabaco), el 70% presentó antecedente de hipertensión arterial, el 38% diabetes mellitus y el 33% algún tipo de enfermedad cardiovascular. El 34% de los pacientes presentaron un colesterol HDL bajo (IC 95%: 31-37%). La prevalencia fue mayor en mujeres (40% vs. 29% en hombres, p < 0,01) y en pacientes con diabetes mellitus (38% vs. 32% en no diabéticos, p = 0,05). La prevalencia de HDL bajo fue también discretamente superior en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (37%) frente a sujetos libres de enfermedad (33%), si bien no alcanzó significación estadística (p = 0,14).

*Discusión.* Las estatinas han demostrado reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares en un 30-40% en una amplia gama de pacientes en prevención primaria y secundaria. Sin embargo, a pesar del tratamiento con estatinas, un amplio porcentaje de complicaciones cardiovasculares no puede prevenirse. Es posible que otros factores de riesgo no bien controlados, u otros lípidos apenas modificados por las estatinas puedan condicionar el elevado riesgo persistente en estos pacientes. Entre ellos, el colesterol HDL bajo se ha relacionado con un incremento de las complicaciones cardiovasculares también en pacientes tratados con estatinas en los que se consigue una reducción importante del colesterol LDL. Los tratamientos dirigidos simultáneamente a reducir el colesterol LDL y aumentar el HDL podrían tener un impacto mayor en la prevención cardiovascular, si bien se precisan ensayos clínicos para dar respuesta a esta hipótesis.

*Conclusiones.* En esta muestra de pacientes tratados con estatinas, uno de cada tres presentó cifras de colesterol HDL bajas. La prevalencia de HDL bajo fue mayor en mujeres y en diabéticos y, sin alcanzar significación estadística, en pacientes con enfermedad cardiovascular. El colesterol HDL bajo es un marcador de riesgo cardiovascular, cuya valoración puede mejorar el abordaje preventivo de la enfermedad cardiovascular.

Tabla 1. Comunicaciones procedentes de España y resto de países en Congresos EFIM 1997-2007 (RV-118).

Materias	Riesgo vascular	Infecciosas/VIH	I. cardíaca	ETV	Totales
España	212	226	41	47	756
Total Europa	749	445	94	109	2540
% España/Europa	28,3	50,8	43,6	43,1	29,8

ETV: enfermedad tromboembólica venosa.



**RV-120****ANOMALÍAS PERSISTENTES EN EL PERFIL DE LÍPIDOS EN PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO DYSIS-ESPAÑA**

**J. González Juanatey<sup>1</sup>, C. Guijarro<sup>2</sup>, J. Millán<sup>3</sup>, E. Alegría<sup>4</sup>, F. Chazelle<sup>5</sup> y L. Cea Calvo<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid).

<sup>3</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>5</sup>Merck Research Laboratories. Merck Co.

<sup>6</sup>Departamento de Investigación Clínica. Merck Sharp Dohme de España (Madrid).

**Objetivos.** La persistencia de anomalías en los lípidos podría al menos en parte condicionar la persistencia de una alta incidencia de complicaciones cardiovasculares en pacientes tratados con estatinas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de anomalías en los lípidos en pacientes tratados con estatinas.

**Material y métodos.** Análisis de los pacientes de España incluidos en el estudio DYSIS (Dyslipidemia International Survey), estudio epidemiológico y transversal, realizado en países de Europa y en Canadá, en pacientes de 45 o más años de edad en tratamiento con estatinas. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el riesgo cardiovascular de los pacientes según el National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III [NCEP ATP III] y se asumieron los objetivos de lípidos o las concentraciones consideradas como recomendables según esta directriz. Se presentan datos preliminares de los primeros 1000 pacientes incluidos en el estudio.

**Resultados.** En 1.031 pacientes (edad media 64 años, 54% varones y 46% mujeres, 46% con antecedente de consumo de tabaco, 70% hipertensos, 38% diabéticos, 33% con enfermedad cardiovascular) el 93% tuvieron un perfil de lípidos completo. El colesterol LDL no se encontraba dentro de la cifra recomendada en el 52% de los pacientes. Entre los pacientes de riesgo alto (objetivo < 100 mg/dl), el 59% no se encontraba dentro de dicho objetivo (el 89% si asumimos un objetivo más estricto de < 70 mg/dl). Entre los pacientes en riesgo moderado (objetivo < 130 mg/dl) o bajo (< 160 mg/dl), los porcentajes por encima de estas cifras fueron, respectivamente, 52% y 26%. Presentaron colesterol HDL bajo el 34% de los pacientes (el 40%, 41% y 2% de los sujetos en alto, medio o bajo riesgo). La concentración de triglicéridos estaba por encima de 150 mg/dl en el 37% (40%, 40% y 20% en pacientes de alto, medio o bajo riesgo). El colesterol no-HDL (colesterol total menos colesterol HDL) estuvo elevado en el 50% (60% en pacientes de alto riesgo [objetivo < 130 mg/dl], 48% en los de riesgo intermedio [objetivo < 160 mg/dl] y en el 24% en los pacientes de bajo riesgo [objetivo < 190 mg/dl]). Únicamente el 15% de los pacientes tuvieron los tres lípidos dentro de los límites recomendados por esta guía como óptimos.

**Discusión.** La persistencia de anomalías en los lípidos en pacientes tratados con estatinas (objetivos de LDL no conseguidos, HDL bajo o triglicéridos por encima de las cifras consideradas como óptimas), podría condicionar, al menos en parte, la alta incidencia de complicaciones cardiovasculares persistente a pesar del tratamiento. El colesterol LDL debe descenderse aún más, y la idoneidad de un tratamiento más agresivo que aborde el perfil lipídico al completo para disminuir el riesgo residual de los pacientes tratados con estatinas debe estudiarse en ensayos clínicos.

**Conclusiones.** En pacientes tratados con estatinas, persiste una elevada prevalencia de valores anormales en los tres lípidos, en especial en sujetos con riesgo cardiovascular alto. El abordaje integral de la dislipidemia podría ser de interés para intentar reducir aún más el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

**RV-121****LA PARADOJA DE LA EPIDEMIOLOGÍA INVERSA**

**E. Martín Ponce, C. Rodríguez López, D. García Rosado, R. Alemán Valls, A. Martínez Riera, M. Rodríguez Gaspar, M. Sánchez Pérez y F. Santolaria Fernández**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** En los últimos 10 años, se ha visto en los enfermos con insuficiencia renal crónica en diálisis, con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, y en ancianos, como aquellos con sobrepeso u obesidad tienen una mejor supervivencia que los que tienen un peso normal. El mismo efecto que tiene la obesidad en este tipo de pacientes lo tienen también la HTA y la hiperlipemia. Este fenómeno se conoce como epidemiología inversa. El objetivo de este estudio es analizar de una manera prospectiva si estos factores de riesgo cardiovascular aumentan o no la supervivencia de los pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna General, comparándola con la de la población de igual edad. También analizar las posibles razones que expliquen este hecho paradójico.

**Material y métodos.** Incluimos a 400 pacientes, mayores de 60 años (207 varones y 193 mujeres), hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HUC. Al ingreso se analizan los factores de riesgo: obesidad (IMC > 30), dislipemia, HTA, diabetes y tabaco; los episodios cardiovasculares previos; el estado de nutrición y la capacidad funcional: dinamometría y capacidad para caminar, la RFA (reacción de fase aguda), la disfunción de órganos y el tipo de enfermedad. Las enfermedades con mayor mortalidad fueron: sepsis, neumonía, EPOC, cáncer y demencia. Valoramos la mortalidad durante el ingreso y a largo plazo.

**Resultados.** La mortalidad durante el ingreso fue significativamente menor, 8,2% en los que tienen obesidad (IMC > 30%) y 12,5% en los que tienen sobrepeso (IMC 25-30), en comparación con un 21,4% en los que tienen peso normal (IMC 20-25) y un 24,4% en los desnutridos (IMC < 20); También a largo plazo la mortalidad era menor en los obesos en relación con los que tenían un peso normal. Lo mismo sucede con el colesterol y la presión arterial, los pacientes con colesterol < 130 mg/dl o triglicéridos < 60 mg/dl tienen peor pronóstico. Los pacientes con PA < 110 mmHg tienen mayor mortalidad tanto durante el ingreso (53%) como a largo plazo. Comparando la mortalidad de nuestros pacientes con la de la población de Tenerife, de igual edad, vemos que es unas 15 veces mayor en el grupo de edad entre 60-64 y 3 veces mayor en el grupo de > 85 años. Por lo tanto la mortalidad en los supuestos grupos de buen pronóstico (obesidad, cifras superiores de colesterol y PA) es muy superior a la de la población general. La obesidad se relaciona con un mejor estado de nutrición, valorado mediante antropometría y valoración nutricional subjetiva (VNS), con una mejor capacidad funcional, con una RFA menos intensa, y con una menor frecuencia de algunas de las enfermedades que tienen una mayor mortalidad como sepsis, neumonía y demencia. La pérdida de peso se relaciona con un peor pronóstico de forma independiente del IMC.

**Conclusiones.** Más que la obesidad se asocie a un buen pronóstico, es la desnutrición relacionada con la enfermedad la responsable del mal pronóstico. El sobrepeso o la obesidad serían una garantía de que el proceso de desnutrición no se ha iniciado.

**RV-122****PERFIL DE SEGURIDAD DE ROSUVASTATINA VS. ATORVASTATINA EN PACIENTES ESPAÑOLES CON HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA. ESTUDIO CESAR**

**R. Alonso Karlezi<sup>1</sup>, J. Palma Nieto<sup>2</sup>, P. Mata<sup>1</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>2</sup>Área Cardiovascular. Departamento Médico AstraZeneca España.

<sup>3</sup>Unidad de Lípidos - Departamento de Medicina. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Existe suficiente evidencia del beneficio de las estatinas en la reducción del riesgo cardiovascular a largo plazo. Además de su probada eficacia, el tratamiento es seguro. El objetivo de este estudio es comparar el perfil de seguridad de Atorvastatina (A) con el de

Rosuvastatina (R), fármaco aún no comercializado en nuestro medio, en el contexto del estudio CESAR.

**Material y métodos.** CESAR es un estudio multicéntrico, dobleceigo, aleatorizado de 24 semanas de duración realizado en 41 centros de España. Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos > 18 años con c-LDL > 160 y < 250 mg/dL y triglicéridos (TG) < 400 mg/dL. Los pacientes incluidos tuvieron un período de 4 semanas de lavado de tratamiento farmacológico siguiendo una dieta estándar. Posteriormente, fueron aleatorizados para recibir A 10 mg (205 pacientes) o R 10 mg (209 pacientes) durante 12 semanas. Las muestras de sangre se obtuvieron en ayunas de 12 horas en intervalos de tiempo predefinidos. Se determinó el colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL y algunos marcadores inflamatorios.

**Resultados.** De los 256 AE registrados (9 en el grupo no aleatorizado, 122 en el grupo R y 125 en A), 29 (11,33%) fueron relacionados con R (13) o A (16). En el grupo de R se consignaron 13 (44,8%) y 16 (55,2%) en el de A (p = NS). Los AE más frecuentes fueron mialgia (1,4% del grupo R y 1,4% del grupo A), cefalea (0,95% del grupo R y 0,48% del grupo A), y parestesias (0,48% del grupo R y 0,48% del grupo A). Se consideraron 9 AE severos (SAEs) consistentes en aumento de transaminasas (> 3x ULN) observado en 1 paciente tratado con R, y 5 pacientes en el grupo tratado con A; aumento de CPK (> 10 xULN), en 1 paciente del grupo de A y ninguno en el de R; y aumento de la creatinina sérica (> 30% respecto al valor basal) que fue observado en 1 paciente de cada grupo. Los AE relacionados con el tratamiento, motivaron la retirada del tratamiento en 8 pacientes (4 de cada grupo) por parte de los investigadores.

**Conclusiones.** Rosuvastatina 10 mg y Atorvastatina 10 mg, tienen un adecuado y similar perfil de seguridad en pacientes españoles con hipercolesterolemia primaria.

**RV-123**

**EFFECTO SOBRE LOS OBJETIVOS DE COLESTEROL- LDL DEL TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA BASADO EN LA SELECCION DE DOSIS EN DIABÉTICOS TIPO 2**

**E. Sánchez Ballester<sup>1</sup>, J. Ferrer García<sup>2</sup>, R. Albalat Galera<sup>2</sup>, M. Berzosa Sánchez<sup>3</sup>, A. Muñoz Izquierdo<sup>2</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Diabetes y Endocrinología, <sup>3</sup>Servicio de Oncología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** El tratamiento tradicional de la dislipemia diabética consiste en iniciarlo con dosis medias o bajas de atorvastatina y titulado las mismas a lo largo del tiempo hasta conseguir los objetivos de LDL-c con dosis más altas. En este estudio se analiza la viabilidad de un estrategia hipolipemiente basada en la dosis inicial de atorvastatina de acuerdo con los niveles iniciales de LDL-c y los objetivos previstos (< 100 mg/dl) LDL después de 24 semanas con la dosis inicial.

**Material y métodos.** 202 pacientes diabéticos tipo 2 con niveles plasmáticos de LDL-C > 100 mg/dl y no tratados con estatina, fueron incluidos en este estudio prospectivo y abierto. Después de 6-12 semanas de dieta y control de glucemia, los pacientes fueron asignados a recibir una dosis de atorvastatina en base en los niveles de LDLc. La asignación de dosis de atorvastatina fue: LDL-C 100 a 146 mg/dl, 10 mg; LDL-C 147 a 158 mg/dl, 20 mg; LDL-C 159 a 179, 40 mg y C-LDL ≥ 180 mg/dl, 80 mg. El objetivo principal del estudio fue la proporción de pacientes que consiguieron los niveles LDL-C < 100 mg/dl después de 24 semanas de tratamiento. No se realizaron cambios en la dosis prescrita de atorvastatina.

**Resultados.** 188 pacientes completaron el estudio correctamente, 71, 61, 35 y 17 fueron asignados a 10, 20, 40 y 80 mg de atorvastatina, respectivamente. Al finalizar el estudio, el 66,5% de los pacientes diabéticos (74,7%, 67,2%, 58,4% y 58,8%, con 10, 20, 40 y 80 mg, respectivamente) alcanzaron el LDL-C objetivo. Atorvastatina redujo un 29%, 35%, 3% y el 22% los niveles de colesterol total, LDL-C, HDL-colesterol y triglicéridos, respectivamente. El tratamiento fue bien tolerado y sólo se presentaron dos retiradas de tratamiento: a causa de aumento de las enzimas hepáticas en un paciente tratado con 80 mg y por un leve dolor muscular en un

paciente tratado con 20 mg.

**Conclusiones.** Este estudio demuestra que individualizar la dosis inicial de atorvastatina de acuerdo con los niveles iniciales y objetivo de LDL-C, permite que un alto porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2 consigan cumplir dichos objetivos tras 24 semanas con la dosis inicial. Esta estrategia fue segura y podría aumentar la adherencia terapéutica con atorvastatina en pacientes con diabetes tipo 2.

**RV-124**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR**

**I. Sanz Acevedo<sup>1</sup>, C. Gómez Torrijos<sup>1</sup>, P. Rollán García<sup>1</sup>, L. Fácila<sup>2</sup>, T. López Buades<sup>1</sup>, J. Fernández-Cuervo<sup>1</sup> y F. Bertomeu Franch<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón). <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** La presencia de fibrilación auricular (FA) en un paciente hipertenso orienta hacia un peor perfil de riesgo, y es por ello que las guías de práctica clínica indican un tratamiento más agresivo en dichos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las diferencias en los pacientes hipertensos de nuestra área.

**Material y métodos.** Se estudia de manera prospectiva y consecutiva a 100 pacientes diagnosticados de HTA, vistos en dos consultas de cardiología y atención primaria, analizándose datos analíticos, epidemiológicos y de tratamiento ( $\chi^2$  cuadrado y t de student).

**Conclusiones.** Existen diferencias en cuanto al perfil epidemiológico y terapéutico de los pacientes HTA con FA con respecto a los que no presentan dicha arritmia, presentando una mayor tendencia a un mayor riesgo cardiovascular.

Tabla 1. Características basales (RV-124).

Edad media (años) ± DE	65,6 ± 6,0
Varón (%)	46,8%
FA (%)	26,6%
DL (%)	52%
DM (%)	25,5%
Fumadores (%)	12,%
Obesidad (%)	44,7%
C. I. (%)	16%
EPOC (%)	8,5%
ACV (%)	9,6%

Tabla 2. Resultados (RV-124).

	Con FA	Sin FA	p
Edad media (años) ± DE	70,6 ± 10,5	63,6 ± 12,7	0,011
ACV	16%	7,9%	0,007
PAd	82,5 ± 6,9	78,1 ± 12,7	0,047
Sobrecarga ECG	50%	15,6%	0,040
Anticoagulantes	79,2%	0%	< 0,001
ARA2	72%	57,4%	0,002

**RV-125**  
**ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

G. Vives, A. Castro, S. Iftimie, R. Ferré, S. Amorós, N. Plana, V. Pérez y P. Sardà

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune asociada a un elevado riesgo cardiovascular. Con una prevalencia estimada entre el 6-10%, entre los 35 y 44 años el riesgo llega a ser 52 veces superior a la población sana. Si bien se ha demostrado la existencia de una arteriosclerosis acelerada, los factores de riesgo tradicionales no justifican la elevada incidencia de enfermedad cardiovascular. Todo ello sugiere la coexistencia de factores adicionales en su patogenia. Se plantea el objetivo de determinar la presencia de arteriosclerosis subclínica en pacientes con LES en prevención primaria, así como su posible relación con el perfil lipídico y marcadores inflamatorios.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo sobre 43 pacientes diagnosticados de LES, siguiendo los criterios de clasificación de la ACR, y grupo control de población sana (n = 35). Se determinó la función endotelial mediante tonometría arterial periférica (PAT2000), el índice tobillo-brazo, parámetros antropométricos, y el grosor íntima-media carotídeo (GIM) por eco-doppler carotídeo. Se determinaron los parámetros del perfil lipídico y parámetros inflamatorios.

**Resultados.** El grupo LES presentó diferencias significativas respecto el grupo control en los siguientes parámetros: PAT2000 (0,24 vs 0,31 p = 0,005), grosor íntima media (GIMc medio 0,72 vs 0,65 p = 0,04) y PCR ultrasensible (2,8 vs 1,6 p = 0,002). El GIM, en el LES, se asoció a c-LDL (p = 0,005 r: 0,44) y niveles de Lp (a) (p = 0,02 r: 0,36). Se observó correlación entre el PAT2000 y el c-HDL (p: 0,038, r = 0,33). Por análisis ANCOVA los parámetros que más influyeron sobre la función endotelial fueron la PCR ultrasensible (p = 0,001, B = - 0,014) y el GIM (p = 0,001 B = 1,2). Los pacientes con cLDL > a 130 mg/dL (143,2 mg/dL, SD 13,68) mostraron una PCRus más elevada (3,3 vs 2,0, p = 0,03) y un mayor GIM (0,77 vs 0,66 p = 0,04) respecto a los pacientes con cLDL < a 130 mg/dL.

**Discusión.** Los pacientes con LES presentan mayor disfunción endotelial y mayor GIM que la población sana. El GIM carotídeo se asoció a los parámetros lipídicos (apo B, y niveles de Lp (a)). La PCR us y el GIM carotídeo fueron los parámetros que mejor determinaron la función endotelial en el grupo LES. Aunque la dislipemia en los pacientes con LES no es intensa, tratándose de prevención primaria, existe una relación significativa entre la función endotelial y el estado inflamatorio entre los pacientes con niveles de c-LDL > a 130 mg/dL.

**Conclusiones.** Los pacientes con LES presentan mayor arteriosclerosis subclínica que la población sana. La PCRus como parámetro inflamatorio es determinante en la disfunción endotelial presente en estos pacientes. El GIM en la población con LES es superior a la población sana y se asocia a niveles de cLDL mayores aunque éstos no se hallen en rango patológico. Sin presentar mayor incidencia de factores de riesgo clásicos la población estudiada manifiesta un mayor riesgo cardiovascular. Sin embargo se precisan estudios más amplios a largo plazo que confirmen la relación de estos parámetros con la aparición de eventos cardiovasculares.

Tabla 1. (RV-126).

	SM-ATP-III (524)	SM-IDF(617)	V P	F P	F N
EP. C ATP-III (+)757	412	412	412 ATP-III e IDF	345 ATP-III e IDF	0 ATP-III e IDF
P. C IDF (+) 1267	474	617	474 para ATP-III 617 para IDF	793 para ATP-III 650 para IDF	50 para ATP-III 0 para IDF

Tabla 2. (RV-126).

P. cintura IDF/SM ATP-III	P. cintura IDF (+)	P. cintura IDF (-)	Total
SM ATP-III (+)	474 (90,5%) (VP)	50 (9,5%) (FN)	524 (100%) Enfermos
SM ATP-III (-)	793 (45,4%) (FP)	953 (54,6%) (VN)	1746 (100%) (Sanos)
Total	1267	1003	2270

**RV-126**  
**RELACIÓN DEL PERÍMETRO DE LA CINTURA Y EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO ¿ES EL PERÍMETRO DE LA CINTURA POR SÍ SOLO UN BUEN INDICADOR DIAGNÓSTICO?**

P. Gallardo Jiménez<sup>1</sup>, L. Valiente de Santis<sup>1</sup>, B. Sobrino Díaz<sup>1</sup>, M. López Carmona<sup>1</sup>, A. Baca Osorio<sup>2</sup>, S. Jansen Chaparro<sup>1</sup>, R. Guijarro Merino<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital General. Málaga.

**Objetivos.** Conocer si la medición del perímetro de la cintura por sí solo puede considerarse como un buen estimador del Síndrome Metabólico (SM) en población adulta.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal y analítico sobre una muestra aleatoria y representativa de la población adulta (18-80 años) adscrita a un Centro de Salud del área urbana de Málaga. Usamos los criterios de SM y perímetro de la cintura del Adult Treatment Panel-III (ATP-III) y de la International Diabetes Federation (IDF).

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 2.270 sujetos adultos de los que 1.129 (49,7%) fueron varones y 1.141 (50,3%) mujeres. La edad media fue 43,65 ± 15,6 años (rango: 18-80 años). Encontramos una prevalencia de SM del 23,1% (524 pacientes) según los criterios del ATP-III y del 27,2% (617 pacientes) según criterios de la IDF. La concordancia entre ambos criterios fue aceptable (K = 0,775). La prevalencia de obesidad abdominal fue del 33,3% (757 pacientes) y del 55,8% (1.267 pacientes) según los criterios ATP-III e IDF respectivamente. El 54,4% de los pacientes con obesidad abdominal según criterios ATP-III cumplían criterios de SM, tanto por ATP-III como por IDF. La sensibilidad (S) y especificidad (E) del perímetro de la cintura según ATP-III para la predicción de SM fue según criterios ATP-III: S 78% y E 80%; y según criterios IDF: S 67% y E 79%. Entre la población con obesidad abdominal por criterios IDF, cumplía criterios de SM un 37,4% según ATP-III y un 48,7% según IDF (tabla 1). La S y E del perímetro de cintura definido por IDF para el diagnóstico de SM (criterios ATP-III) fue del 90% y 55% (tabla 2). Con independencia de los criterios utilizados, el perímetro de la cintura se asoció a la presencia de SM más en hombres que en mujeres (p < 0,001).

**Conclusiones.** El perímetro de la cintura como medida aislada puede ser un aceptable aproximador diagnóstico del SM si tomamos las medidas de la IDF dada su alta sensibilidad aunque presenta baja especificidad. Sería conveniente generalizar la medida de este parámetro en todos los pacientes que asisten a consulta con el objetivo de detectar a toda la población en riesgo de presentar SM



**RV-127**  
**PRESIÓN ARTERIAL ANTES Y DESPUÉS DE CONOCER**  
**LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE CONTROL EN**  
**LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH**

**B. Roca, M. Del Monte, M. Celades, C. Evaristo, J. Fancio y G. Cebrían**

*Servicio de Medicina Interna, Universidad de Valencia. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).*

**Objetivos.** El estrés psíquico puede modificar los valores de presión arterial, lo cual limita la utilidad de su medición en la consulta. Aunque ya existe información al respecto, son necesarios más estudios para conocer con mayor precisión el impacto real de dicho estrés en la presión arterial. En el presente estudio pretendemos evaluar las repercusiones que tiene en la presión arterial la situación estresante que padecen los pacientes con infección por el VIH, cuando acuden a la consulta y están a punto de recibir los resultados de los análisis que reflejan la evolución de su enfermedad.

**Material y métodos.** En una cohorte de pacientes con infección por el VIH, con un esfigmomanómetro automático homologado, medimos la presión arterial y el pulso de cada paciente en dos ocasiones: una primera vez nada más entrar el paciente a la consulta, justo antes de conocer los resultados del recuento de linfocitos CD4, la carga viral del VIH y el resto de datos de los análisis rutinarios, y una segunda vez cinco a diez minutos más tarde. Comparamos los resultados de ambas determinaciones y buscamos factores que se asociaran con eventuales diferencias entre ambas determinaciones.

**Resultados.** Incluimos un total de 95 pacientes, la mediana de la edad era de 41 años, 66 (69%) eran varones; 71 (75%) eran fumadores, 11 (12%) tenían hipertensión, 12 (13%) tenían diabetes, 19 (20%) tenían dislipemia y 74 (78%) estaban tomando tratamiento antirretroviral. La tabla adjunta muestra los resultados, antes y después de que los pacientes conocieran los datos de los análisis. PAS = presión arterial sistólica en mmHg; PAD = presión arterial diastólica en mmHg. No se encontró ninguna asociación significativa entre la diferencia en la presión arterial entre ambas determinaciones y los distintos factores estudiados, aunque se observó una tendencia no significativa a que dicha diferencia fuera mayor en las mujeres que en los hombres  $p = 0,071$ .

**Conclusiones.** La ansiedad que experimentan los pacientes con infección por el VIH cuando van a conocer los resultados sobre la evolución de su enfermedad provoca frecuentemente en ellos un aumento significativo de la presión arterial sistólica.

Tabla 1. Resultados (RV-127).

	Antes	Después	p =
Mediana de la PAS	129	122	0,000
Mediana de la PAD	77	78	0,980
Pacientes (y%) con PAS $\geq$ 140	31 (33)	16 (17)	0,001
Pacientes (y%) con PAD $\geq$ 90	13 (14)	12 (13)	0,739
Mediana del pulso, por minuto	84,5	83	0,020

Tabla 1. (RV-128).

P. cintura IDF/ SM ATP-III	SM ATP III (+)	SM ATP-III (-)	Total
P. cintura IDF (+)	474 (VP)	793 (FP)	1.267
P. cintura IDF (-)	50 (FN)	953 (VN)	1.003
Total	524 (Enfermos)	1746 (Sanos)	2.760

Tabla 2. (RV-128).

Total 524	Edad años	Sexo varón	Glu > 100	TG	HDL-C	PA > 130/85	HTA
P. cint + 474	55,15+14,3	51,3%	61%	54,6%	54,9%	92%	32,7%
P. cint - 50	41,82+13	84%	48%	88%	84%	94%	32%
p	< 0,001	0,053	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,435	0,529

**RV-128**  
**PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO SIN OBESIDAD, ¿PENSAMOS EN ELLOS EN LAS CONSULTAS?**

**L. Valiente de Santis<sup>1</sup>, P. Gallardo Jiménez<sup>1</sup>, Sobrino Díaz<sup>1</sup>, M. López Carmona<sup>1</sup>, J. Mancera<sup>2</sup>, S. Jansen Chaparro<sup>1</sup>, R. Guijarro Merino<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital General. Málaga.*

**Objetivos.** Estudiar características de la población con Síndrome Metabólico (SM) que no cumple criterios de perímetro de la cintura según la International Diabetes Federation (IDF).

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal y analítico de una muestra aleatoria representativa de la población adulta (18-80 años) adscrita a un Centro de Salud urbano de Málaga. Usamos los criterios de SM del Adult Treatment Panel-III (ATP-III) y de la IDF. Seleccionamos aquella población con criterios de SM según ATP-III sin obesidad abdominal según criterios IDF, quienes por tanto, hubieran quedado excluidos del diagnóstico de SM (falsos negativos).

**Resultados.** Muestra de 2.270 sujetos adultos, el 49,7% fueron varones y 50,3% mujeres. La edad media fue 43,65  $\pm$  15,6 años. Cumplían criterios de SM según la ATP-III, 524 pacientes (23,1%), de los que 50 no tenían obesidad abdominal según criterios de IDF (tabla 1). La tasa poblacional de falsos negativos fue del 2,2%. La población con SM (criterios ATP-III) sin obesidad abdominal (criterios IDF) estaba compuesta por 50 pacientes, 42 varones, con edad media de 41,8  $\pm$  13 años. El análisis de las distintas variables epidemiológicas y analíticas de los grupos con y sin obesidad abdominal vienen recogidas en las tablas 2 y 3. Los pacientes "metabólicos delgados", respecto a los "metabólicos obesos" fueron predominantemente varones, más jóvenes, con mayor tasa de normopeso, tabaquismo y dislipemia aterogénica (hipoHDL e hipertrigliceridemia) y actividad física. Presentan menor prevalencia de disglucemia, DM y antecedentes cardiovasculares. El 94% tenían cifras tensionales mayor de 130/85 mmHg.

**Conclusiones.** El perímetro de la cintura según criterios IDF es un buen screening de SM dada su alta sensibilidad. Los sujetos con SM sin obesidad abdominal son preferentemente hombres jóvenes con normopeso, fumadores activos, con pre-hipertensión y dislipemia aterogénica. El tabaquismo podría jugar un papel favorecedor del SM en sujetos genéticamente predispuestos.

Tabla 3. (RV-128).

DM2	AP Enf CV	IMC > 25	Tabaco	Act Física	LDL-c > 130 mg/dl
17,7%	12,4%	96,2%	23,2%	18,4%	58%
8%	2%	52%	40%	30%	54%
0,053	0,014	0,001	0,009	0,041	0,34

### RV-130 HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA: UNA ENTIDAD OLVIDADA

R. González Fuentes<sup>1</sup>, E. Morales Ruiz<sup>2</sup> y M. Praga Terente<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Revisar la experiencia de nuestro hospital en Hipertensión Arterial Maligna (HTAm), analizando su frecuencia, epidemiología, presentación clínica, etiología subyacente y manejo terapéutico inicial.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos de HTAm diagnosticados entre 1974-2007. Al diagnóstico en todos los pacientes se recogió la edad, el sexo, la presencia de HTA previa, las cifras de presión arterial (PA), la clínica de presentación, así como los datos del hemograma, bioquímica sanguínea y del urianálisis con cuantificación de proteinuria. También se ha analizado el empleo de distintas pruebas diagnósticas en el estudio etiológico y de fármacos hipotensores en fase aguda.

**Resultados.** Se han identificado 329 pacientes. La distribución por lustros oscila entre 29-64 casos, con una media de 47, y picos de presentación en 1984-1988 y 1994-1998. La edad de presentación fue de  $47 \pm 14$  años. 12,5% tenían > 65 años. El 62% eran varones. El 97% eran caucásicos. El 59% se conocían hipertensos. La HTAm se manifestó más frecuentemente con cefalea y alteraciones visuales en 1/3 de los casos. En un 9%, como un ACVA y en un 1,5% como encefalopatía hipertensiva. En un 3% se presentó con disnea o angor y en un 13% con una clínica variada (sangrado mucoso, cansancio, dolor abdominal). De reseñar que un 60% de los pacientes no aquejó síntomas visuales y que un 21% se presentó como crisis hipertensiva oligosintomática. Las cifras de PAS, PAD y PAM fueron de  $210 \pm 33$ ,  $126 \pm 21$  y  $154 \pm 23$  mmHg. El 65% se presentaron con retinopatía hipertensiva grado III (exudados, hemorragias) y el resto con grado IV (se añade papiledema bilateral). Un 71% presentaron fracaso renal agudo (FRA: MDRD-4 < 60 ml/min/m<sup>2</sup> o empeoramiento de una I. Renal previa). Las cifras de Crs fueron de  $3,0 \pm 3,0$  mg/dl. En un 59% de los pacientes la proteinuria diaria fue > 0.3g, con unos valores medios de  $1,3 \pm 2,4$  g/día. El 39% de los pacientes presentaba microhematuria. Un 7,4% presentaron hiponatremia mientras que un 20,6% tenían hipokalemia. Un 5,6% reunía criterios de anemia microangiopática. El 91% de los pacientes a los que se realizó un ECG presentaban criterios de HVI. La etiología subyacente principal fue la esencial (69,3%). Entre las causas 2ª, la glomerular y la vasculorrenal fueron las más frecuentes (11,9 y 8,8%). Se realizó una arteriografía o ecodoppler renal a 99 pacientes. Se realizaron 54 biopsias renales. La presencia de glomeruloesclerosis, fibrosis intersticial y atrofia tubular se distribuyó homogéneamente en sus distintos grados. A nivel vascular, la hiperplasia parietal variable con estrechamiento de la luz fue el hallazgo más frecuente encontrándose necrosis fibrinoide sólo en un 30,4%. En fase aguda, los IECA, calcioantagonistas (ACC), betabloqueantes y diuréticos fueron los fármacos más usados (entre 50-60%). Se precisó el empleo nitroprusiato en 73 casos (22,2%). El uso de hidralazina y simpaticolíticos fue mayor en las primeras décadas y el de IECA y ACC en los últimos años ( $p < 0,05$ ). El 10,6% precisó hemodiálisis aguda, abandonándola sólo 4 pacientes en los meses siguientes.

**Discusión.** La HTAm es una forma de HTA definida por una elevación súbita e importante de la PA y el desarrollo de una retinopatía hipertensiva grado III-IV, que puede producir afectación aguda de otros órganos diana (renal, cardíaca, neurológica). Con la llegada de mejores hipotensores y el mejor manejo de la HTA, en algunos foros se ha considerado a la HTAm una entelequia. Nuestra experiencia es discordante: su frecuencia no ha disminuido en las últimas décadas. Si bien no se observan cambios significativos en el tiempo ni en la

etiología subyacente ni en sus manifestaciones más graves (FRA, ACVA, ICC), en las últimas décadas existe una mayor tendencia hacia formas oligosintomáticas ( $p = NS$ ), por lo que el índice de sospecha debe ser alto para su diagnóstico. Su detección es de vital importancia, por afectar a pacientes jóvenes, porque puede ser el debut de una forma de HTA 2ª y porque una terapia más agresiva y un control clínico más estricto pueden reducir el daño agudo en órganos diana o contribuir a reducir sus secuelas.

**Conclusiones.** La HTAm mantiene su vigencia. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y del examen sistemático del fondo de ojo en pacientes con crisis hipertensivas. Su detección precoz es vital para reducir sus secuelas.

### RV-131 EFICACIA DE LA VACUNACION ANTIGRIपाल SOBRE ACONTECIMIENTOS VASCULARES EN LA TEMPORADA 2006-07

L. Vicente Domínguez, N. Pacho Gómez, P. Barquilla Cordero, M. Martín Martín, J. Luengo Álvarez, R. Velasco Romero, A. Costo Campoamor y J. Sánchez Muñoz-Torrero

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

**Objetivos.** No está claro si la vacunación antigripal influye positiva o negativamente sobre el desarrollo de acontecimientos vasculares (AV). Nos planteamos valorar la eficacia de la vacunación antigripal sobre los acontecimientos vasculares durante la temporada 2006-2007 en el hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

**Material y métodos.** Estudio observacional caso/control (acontecimiento vascular durante la temporada de gripe "caso" o, fuera de ella "control"). El estudio se realizó entre los meses de diciembre 06-Mayo 07 (casos) y Junio-Septiembre 07 (controles), se incluyeron todos los pacientes que ingresaron por en el Hospital de Cáceres por AV. Se comparó el status de vacunación antigripal y otras variables de riesgo vascular entre ambos grupos.

**Resultados.** El número de AV fue de 282 (179 cardiopatía isquémica y 103 ictus): 197 (70%) en la temporada de gripe y 85 (30%) fuera de ella. El porcentaje de vacunación en los casos vs controles fue del 67% vs 64%;  $p = NS$ . En el análisis estandarizado de los factores que más influyeron sobre la probabilidad de un AV en los casos fueron (OR (CI 95%) valor p): Obesidad 2.7 (1.2-5.8)  $p = 0,012$ ; Hipertensión: 3.4 (1.3-8.9)  $p = 0,013$  e Insuficiencia cardíaca: 5.02 (1.15-22)  $p = 0.03$ . Las influencias de la vacunación antigripal sobre estos grupos fue: Global: 0.87 (0.51-1.5)  $p = 0,62$ ; Obesidad 0.64 (0.15-2.8)  $p = 0.5$ ; HTA 0.55 (0.25-1.2)  $p = 0.13$ , ICC 0.13 (0.03-0.58)  $p = 0,007$ .

**Conclusiones.** La vacunación antigripal no influye significativamente en la probabilidad de desarrollar un AV, aunque si protegería a los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Sería necesario un estudio con mayor número de pacientes para profundizar en el conocimiento de estos hallazgos no descritos previamente.

## RV-132

**TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES TIPO 2. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN REGISTRO INFORMATIZADO MULTICÉNTRICO DE SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA (DIAMI)**

M. Ayala Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Chaves Peláez<sup>1</sup>, M. Bustamante Araujo<sup>2</sup>, P. Chicharro Manso<sup>3</sup>, B. Rodríguez Rodríguez<sup>4</sup>, B. Rueda Rodríguez<sup>5</sup>, S. Gallego Rodríguez<sup>5</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Conocer cómo se tratan los diabéticos tipo 2 hospitalizados en Servicios de Medicina Interna. Analizar los hábitos de prescripción, el control glucémico y la incidencia de hipoglucemias.

**Material y métodos.** Se analizaron, mediante un registro informático "on line", los datos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) ingresados en Servicios de Medicina Interna de 8 hospitales españoles, captados de manera oportunista durante un periodo de 30 días (abril de 2008).

**Resultados.** Muestra de 188 pacientes (50% mujeres) con una edad media de 77.5 años, duración media de la DMT2 de 9.4 años y la HbA1c medial al ingreso de 7.29%. Peso corporal medio de 73.2 kg., con IMC medio de 27.5 kg./m<sup>2</sup> y perímetro de cintura de 97.8 cm y 94.4 cm en hombres y mujeres respectivamente. Principales causas de ingreso: infecciones (39.9%), insuficiencia cardíaca (30.8%), EPOC (13.8%), y descompensación metabólica (14.9%, el 1% por hipoglucemia). La estancia media. 11.4 días. El 53% de los pacientes habían ingresado al menos en otra ocasión durante el último año (48% por patología cardiovascular). El grado de comorbilidad fue elevado, principalmente insuficiencia cardíaca (36.9%) y nefropatía diabética (27.3%). El 63,6% de los pacientes presentaban una glucemia basal de 126 mg/dl o mayor. Tasa de hipoglucemias: 6.4%. Tasa de mortalidad hospitalaria: 1.6%. Antes del ingreso, un 55% tomaban antidiabéticos orales (ADO): metformina 38% y secretagogos 28%, 2.3 ADO por paciente; un 38,5% recibían insulina (23,5% basal, 14,4% mezclas, 2,7% basal-bolo) y un 6,5% insulina más ADO. El 44,9% tomaban antiagregantes, el 24% anticoagulantes y el 3,7% ambos. En 34,7% recibían hipolipemiantes (92% estatinas) y un 81,3% antihipertensivos (42% IECA, 28% ARA II). El 47,6% de los pacientes fueron dados de alta con insulina, fundamentalmente basal, el 56,2% con ADO (70,5% metformina, con una media de 2.3 ADO por paciente) y el 19,8% con terapia combinada oral-insulina. Al alta hospitalaria se indicó IECA o ARA II en el 70% de los pacientes, estatinas el 34% y antiagregación o anticoagulación en el 77%. La dosis media de insulina basal y rápida al ingreso y al alta fue 40.3U/10.7U y 33.4U/17.7U, respectivamente.

**Discusión.** El paciente diabético ingresado en Medicina Interna es de edad avanzada, alta comorbilidad y elevada tasa de reingresos. La mayoría tiene una diabetes de larga evolución con elevada tasa de insulinización al ingreso con control glucémico aceptable. Durante su ingreso sólo el 33% recibieron insulina basal. La tasa de insulinización fue superior en el momento del alta que al ingreso, observándose una baja utilización de la pauta basal-bolo. Las medidas de prevención secundaria parecen subóptimas. Limitaciones del estudio: pequeño tamaño muestral y captación no sistemática de los pacientes que limitan la generalización de los resultados. La baja tasa de mortalidad puede reflejar un sesgo de selección.

**Conclusiones.** 1. Las pautas de tratamiento antidiabético son subóptimas (> 60% mantuvieron un control glucémico inadecuado). 2. Se observó un ligero incremento de la tasa de insulinización al alta hospitalaria respecto al ingreso, con una baja utilización de la pauta basal-bolo. 3. Son necesarios más estudios para mejorar nuestro conocimiento sobre el manejo de la diabetes en el paciente hospitalizado.

## RV-133

**INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME METABÓLICO**

N. Navarrete Navarrete, M. Zamora Pasadas, M. Peralta Ramírez, J. Sabio Sánchez, I. Martínez Egea, C. Hidalgo Tenorio, A. Díaz Chamorro y J. Jiménez Alonso

Unidad Enfermedades Sistémicas. Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La aterosclerosis (AT) es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La prevalencia de síndrome metabólico (SM) en nuestra cohorte de pacientes con LES menores de 40 años (15.8%) es más frecuente que en la población general de la misma edad ( $p < 0,05$ ). Por otra parte, los pacientes lúpicos con estrés cotidiano presentan más trastornos psicológicos que la población general, sobre todo ansiedad y depresión. Nuestro objetivo es analizar si la presencia de SM (determinado según los criterios de la ATP-III) o alguno de sus componentes se asocia a alguno de tales trastornos.

**Material y métodos.** Estudio transversal de casos: 20 enfermos con LES (al menos 4 criterios de la ACR) y niveles elevados de estrés cotidiano (puntuación Cuestionario de Estrés Percibido de Cohen: al menos 27 puntos en mujeres y al menos 24 puntos en varones) atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de nuestro hospital. Determinamos la prevalencia de variables psicológicas (vulnerabilidad y percepción al estrés, ansiedad y depresión) de FRCV y de SM. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.0 y la t de Student para muestras independientes.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue  $43,45 \pm 11$  años de edad, siendo el 90% (18) mujeres y con una media de  $12,90 \pm 7,41$  años de evolución de enfermedad. Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con LES y SM respecto a los pacientes con LES sin SM en la variable vulnerabilidad al estrés [t (1,18) = 2.218;  $p \leq 0,40$ ]. La HTA se asoció con mayor percepción y vulnerabilidad al estrés [t (1,18) = 0.235;  $p \leq 0,005$ ] y más ansiedad [t (1,18) = 0.153;  $p \leq 0,022$ ]. Los pacientes con DM o hiperglucemia presentaron más vulnerabilidad al estrés [t (1,18) = 0.103;  $p \leq 0,050$ ]. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de trastornos psicológicos respecto a las cifras de HDL-C, aunque los valores de depresión ( $18,09 \pm 10$  y  $11,20 \pm 6,26$ ;  $p \leq 0,09$ ) y ansiedad ( $42 \pm 20$  y  $28 \pm 11,10$ ;  $p \leq 0,08$ ) fueron menores en los pacientes con HDL-c elevado. Tampoco se encontraron diferencias significativas en las características psicológicas entre los pacientes LES con y sin hipertrigliceridemia.

**Discusión.** La presencia de SM o de alguno de sus componentes en los pacientes con LES y estrés cotidiano se asocia con niveles más elevados de vulnerabilidad y percepción de estrés, ansiedad y mayor tendencia a la depresión clínica.

**Conclusiones.** El tratamiento precoz y adecuado de los factores de riesgo cardiovasculares modificables podría disminuir la incidencia de trastornos psicológicos asociados al estrés cotidiano en pacientes con LES.

## RV-134

**PATRÓN NON DIPPER Y FUNCIÓN RENAL**

C. Teijo Núñez, S. Álvarez Álvarez y F. Vega Rollán

Servicio de Medicina interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** En condiciones normales, la tensión arterial media nocturna medida mediante MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) desciende entre un 10 y un 20% respecto los valores diurnos (patrón dipper). Sin embargo; en ocasiones este descenso es inferior al 10%, denominándose patrón no-dipper. Algunos estudios han mostrado mayor prevalencia de afectación de órganos diana en los pacientes non-dipper. Analizamos si existía alguna relación entre la ausencia de descenso nocturno de la presión arterial y la función renal medida mediante aclaramiento de creatinina (Cockcroft-Gault) y micro albuminuria de 24 horas.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 155 pacientes con hipertensión arterial esencial que acudieron consecutivamente duran-



te 1 año a nuestra consulta. Se monitorizó la presión arterial durante 24 horas mediante el monitor Spacelabs 90207, tomando mediciones cada 20 minutos durante el período diurno y cada 45 minutos durante el nocturno. El período nocturno se determinó en base al momento en que los pacientes referían acostarse. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 12.

**Resultados.** El 62,6% de los pacientes presentaron un patrón no-dipper y el 37,4% dipper. Los valores diurnos de la MAPA fueron superiores en el grupo dipper (PAS: 132[17,5] frente a 130[15,8] mmHg; p 0,453 / PAD: 79,8[9,6] frente a 75,5[9,2] mmHg; p 0,007); mientras que durante el período nocturno fueron superiores en el no-dipper (PAS: 126[18,1] frente a 111[15,5] mmHg; p 0,000 / PAD: 71,2[10,9] frente a 64,2[7,9] mmHg; p 0,000). Se observó un descenso del aclaramiento de creatinina mediante Cockcroft-Gault (80 vs 90); así como mayor excreción de albúmina (61 vs 35 mg/24 horas) en el grupo no-dipper (no significación a p < 0,05).

**Conclusiones.** En conclusión, en el presente estudio se observa que los pacientes con ausencia de descenso nocturno de la tensión arterial presentan aumento de la excreción de albúmina; así como descenso del filtrado glomerular; aunque sin significación a p < 0,05; lo que apoyaría la teoría de aquellos autores que confieren al grupo no-dipper mayor riesgo cardiovascular a través de la mayor afectación de órganos diana que presentan.

### RV-135 PATRÓN NON DIPPER Y ALTERACIONES DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO

**C. Teijo Núñez, S. Álvarez Álvarez y S. López Nicolás**

Servicio de Medicina interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** En condiciones normales, la tensión arterial media nocturna medida mediante MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) desciende entre un 10 y un 20% respecto los valores diurnos (patrón dipper). Sin embargo; en ocasiones este descenso es inferior al 10%, denominándose patrón no-dipper. Analizamos si existía alguna relación entre la ausencia de descenso nocturno de la presión arterial y las alteraciones del metabolismo hidrocabonato (Glucemia y HbA1c).

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 155 pacientes con hipertensión arterial esencial que acudieron consecutivamente durante 1 año a nuestra consulta. Se monitorizó la presión arterial durante 24 horas mediante el monitor Spacelabs 90207, tomando mediciones cada 20 minutos durante el período diurno y cada 45 minutos durante el nocturno. El período nocturno se determinó en base al momento en que los pacientes referían acostarse. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 12.

**Resultados.** El 62,6% de los pacientes presentaron un patrón no-dipper y el 37,4% dipper. Los valores diurnos de la MAPA fueron superiores en el grupo dipper (PAS: 132[17,5] frente a 130[15,8] mmHg; p 0,453 / PAD: 79,8[9,6] frente a 75,5[9,2] mmHg; p 0,007); mientras que durante el período nocturno fueron superiores en el no-dipper (PAS: 126[18,1] frente a 111[15,5] mmHg; p 0,000 / PAD: 71,2[10,9] frente a 64,2[7,9] mmHg; p 0,000). En el porcentaje de diabéticos de ambos grupos (dipper y non dipper) no existió diferencias significativas (p 0,17). En cambio si se observó una elevación tanto de la glucemia (111 mg/dl vs 100 md/dl p 0,04) como de la HbA1c (4,8% vs 4,2% p 0,018) en el grupo no-dipper.

**Conclusiones.** En conclusión, en el presente estudio se observa que los pacientes con ausencia de descenso nocturno de la tensión arterial presentan aumento tanto de la glucemia basal como de la HbA1c (glucemia media en los tres meses previos); lo que sugiere que los pacientes no dipper podrían presentar a largo plazo mayor porcentaje de alteraciones del metabolismo hidrocabonato.

### RV-137 USO DE INHIBIDORES DEL EJE RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

**M. Chaves Peláez, C. García Fernández, M. Ayala Gutiérrez, D. López Carmona, R. Guijarro Merino, S. Jansen Chaparro, A. Villalobos y R. Gómez Huelgas**  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Numerosos ensayos clínicos han demostrado los beneficios de los IECA en pacientes con enfermedad cardiovascular o diabetes con lesión de órgano diana en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad por causas cardiovasculares, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y revascularización. Recientemente el estudio ONTARGET demostró la no inferioridad de los ARA II en pacientes similares. El objetivo de este estudio es conocer el uso real de inhibidores del eje renina-angiotensina-aldosterona (IECA y ARA II) en la población general.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal sobre una muestra aleatoria de los pacientes adscritos al Centro de Salud de Ciudad Jardín del Distrito Málaga. Se excluyeron pacientes con enfermedad asociada grave, en fase terminal o inmobilizados, embarazadas, pacientes hospitalizados en el momento del estudio, con trastornos mentales severos, alcoholismo o drogadicción, menores de 18 años o mayores de 80, y diabéticos tipo 1. Se consideró enfermedad cardiovascular la enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o aneurisma aórtico. Se consideraron sedentarismo el realizar una actividad física inferior a caminar 150 minutos semanales.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 2270 pacientes con una edad media de 43.65 ± 15.6 años (rango 18-80 años), de los cuales el 50,3% (1141) eran mujeres y el 49,7% (1129), varones. El 52% de los pacientes eran sedentarios, con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (60,8% frente a 43%, respectivamente). El 27,7% de los pacientes eran fumadores y el 12,4% exfumadores. El 4,4% de la población padecía enfermedad cardiovascular. El 16% de la población era hipertensa; el 5,1% eran diabéticos tipo 2 y el 15%, dislipémicos. El 61,5% tenía un índice de masa corporal (IMC) en rango de sobrepeso (38,4%) u obesidad (23,1%). En conjunto la prevalencia de síndrome metabólico fue del 27,2% según criterios IDF y del 23,1% según criterios NCEP-ATP III. En la población completa el uso de IECA o ARA II alcanzó el 11% (250 pacientes). Del total de la muestra, el 4,8% (110 pacientes) tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular sin incluir la insuficiencia cardíaca (HTA, cardiopatía isquémica, ACV o enfermedad arterial periférica,) y/o diabetes mellitus con microalbuminuria (proteinuria > 30 mg/24h). De ellos sólo 48, el 43,6%, recibían IECA o ARA II.

**Discusión.** Si bien el uso de IECA o ARA II en la población general es bajo, sólo el 11%, llama la atención su escaso uso en pacientes con enfermedad cardiovascular, excluyendo la insuficiencia cardíaca, o diabéticos en los que estos fármacos han demostrado ser capaces de reducir la tasa de mortalidad por causas cardiovasculares, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y revascularización.

**Conclusiones.** 1.- Hemos encontrado una baja tasa de uso de IECA y ARA II en pacientes diabéticos tipo 2 o con enfermedad cardiovascular en los que estos fármacos han demostrado ampliamente sus beneficios.

### RV-138 MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: NECESIDAD DE AUTOCRÍTICA Y APLICACIÓN DE GUÍAS TERAPÉUTICAS

**S. Caro Bragado, T. Sancho Bueso, M. Núñez Campos, A. Lorenzo Hernández, C. Navarro San Francisco, A. Martín Quirós, J. Camacho Siles y N. Iniesta Arandía**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Nos hemos planteado comprobar si las guías de manejo del paciente hospitalizado se utilizan en la práctica clínica diaria.

**Material y métodos.** Revisión de los informes de alta de los pacientes ingresados en dos unidades de hospitalización convencional de

Medicina Interna en dos años consecutivos en muestras aleatorias de 3 meses al año. Se han analizado las siguientes variables: HbA1c, factores de riesgo vascular asociados, motivos de ingreso, tratamiento previo y cambios de tratamiento.

**Resultados.** Se han analizado un total de 150 pacientes diagnosticados de DM-2 a su ingreso en Medicina Interna. La edad media de los pacientes fue de 75 años, siendo de 71 años en los hombres y 78 años en mujeres (57% de la muestra). Se documentó la duración de la diabetes únicamente en 29 pacientes, siendo la mayoría de duración superior a 1 año (14 años de media). Además el 68% tenía HTA, el 28% DL, 25% ambas y únicamente un 6% eran fumadores activos. Los motivos de ingreso se registraron de manera muy simplificada como Infección (30%), ICC (20.6%), EPOC (4%) y otros (45.3%). 5 pacientes fallecieron en el ingreso. Respecto a las recomendaciones de determinar HbA1c a todo paciente ingresado sólo lo hemos realizado en 55 pacientes (36.6%). La media de HbA1c fue de 7.23%. Previo al ingreso recibían tratamiento con ADOs el 43% y con insulina el 36%. La Hb glicosilada fue curiosamente mejor en los pacientes tratados con ADOs (6.99%) que los que recibían insulina (7.67%). Al analizar en cuantos pacientes se cambió el tratamiento encontramos que sólo se hizo en un 30%. La determinación de HbA1c se había realizado en únicamente 15 de los pacientes a los que se cambió el tratamiento. La media de HbA1c de estos pacientes fue de 7.25%. Sin embargo, la media de HbA1c de pacientes a los que no se realizó cambio terapéutico fue de 7.18. Otros 29 pacientes sufrieron un cambio de tratamiento sin que se les hubiera determinado la Hb A1c. Tampoco este cambio parece tener relación con la edad del paciente (74.8 vs 75.7 años) ni con el motivo de ingreso (Infección 20%, ICC 26%, EPOC 33%, Otros 35%).

**Discusión.** Se trata de un estudio retrospectivo basado en la recogida de datos en el informe de alta por lo que no podemos extrapolar datos del ingreso como el tratamiento durante el mismo o si existía alguna contraindicación para determinados cambios de tratamiento. La población de estudio es mayor, de edad avanzada, por lo que la administración de algunos fármacos puede estar contraindicada (por ejemplo, determinados ADOs) o resultar de difícil cumplimiento (insulina). Sin embargo, de este estudio se pueden desprender ciertos hechos que nos tienen que obligar a replantear el tratamiento diabético en nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Hemos comprobado que no se siguen las recomendaciones internacionales en el manejo del paciente diabético hospitalizado en aspectos básicos como la determinación de Hb glicosilada. Esto no parece depender de la edad del paciente o el motivo de ingreso. Debemos poner en práctica estas guías para mejorar el control metabólico de nuestros pacientes que, por otra parte, tienen múltiples factores de riesgo vascular asociados.

#### RV-139 ELEVACIÓN DE CPK EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR DISLIPEMIA

M. Mañas<sup>1</sup>, C. Monroy<sup>1</sup>, P. Calderón<sup>1</sup>, M. Sidahi<sup>1</sup>, E. Marchan<sup>1</sup>, J. Galiana<sup>1</sup>, D. Bellido<sup>1</sup> y J. Quejigo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Analizar las causas de elevación de los niveles de creatinofosfoquinasa (CPK) en los pacientes en seguimiento por dislipemia.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes revisados en la consulta de lípidos del Hospital General de Ciudad Real durante los años 2002-2007. Se incluyeron en el estudio aquellos en los que se objetivó elevación de CPK en la analítica. Se excluyeron aquellos de los que no se disponía de seguimiento después de la primera visita. Según los valores de referencia de nuestro laboratorio se consideró CPK elevada > 140 UI/L en mujeres y > 174 UI/L en varones. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron edad, sexo, consumo de tóxicos, factores de riesgo miopáticos (entre ellos la toma de fármacos hipolipemiantes), síntomas de miopatía y alteraciones analíticas.

**Resultados.** Se incluyeron finalmente 55 pacientes. De ellos 42 (76,4%) eran varones. La edad media fue de 52 años (19-95). El IMC medio fue de 28,99 (23,34-38,45). Los valores de CPK oscilaron entre 141 y 3254 con una media de 338,24. Dentro de los fac-

tores de riesgo miopáticos destacaron la ingesta etílica en 4 (7%) pacientes, hipotiroidismo en 6 (10,9%), y toma de fármacos en 35 (63,6%). Dentro de este último grupo, 31 se encontraban en tratamiento con fármacos hipolipemiantes, 18 con simvastatina y 7 con atorvastatina. En ningún caso se relacionó con alteraciones electrolíticas. En 10 casos la elevación se objetivó en la primera consulta. Seis pacientes eran hipotiroideos, 3 tomaban estatinas de forma simultánea. Los valores de CPK se normalizaron tras la suspensión de la estatina en 2 casos y en 1 paciente tras introducir tratamiento sustitutivo tiroideo. En 25 (45,5%) pacientes la elevación se recogió en la segunda visita tras iniciar el tratamiento hipolipemiante. En 3 casos fue necesario suspender el fármaco. En 4 se cambió la dosis. Cuatro pacientes consultaron por mialgias y uno por astenia. Todos se encontraban tomando hipolipemiantes en ese momento. Los síntomas cedieron aproximadamente dos semanas después de suspender los fármacos. El resto cursó de forma asintomática.

**Discusión.** Los factores de riesgo asociados a elevación de CPK son múltiples. Los más frecuentes son el consumo de tóxicos, los fármacos incluidos los hipolipemiantes, las alteraciones endocrinas y electrolíticas, las infecciones, las inflamaciones musculares primarias y los traumatismos. En nuestro caso, todos los pacientes habían sido derivados a la consulta para estudio o control de dislipemia. Llama la atención que de los pacientes en los que se objetivó elevación de CPK en la primera visita, en un elevado número de casos se diagnosticó patología tiroidea subyacente. En la literatura publicada sobre el tema, se recoge que el hipotiroidismo predispone al desarrollo de miopatía asociada a estatinas. Las cifras de CPK se normalizan tras suspender el fármaco. El resto de casos se diagnosticaron en la segunda y tercera visitas y se controlaron tras realizar cambios en la medicación o disminuir las dosis. El daño muscular es raro durante el tratamiento con estatinas en monoterapia. Las revisiones publicadas recogen un 2-11% de mialgias, 0,5% de miositis y menos de 1% de rabdomiolisis. Las mialgias se pueden producir sin objetivar elevación en la CPK. En casi todos los casos, los niveles séricos de CPK vuelven a la normalidad tras suspender el tratamiento con estatinas. Si posteriormente se debe reiniciar, se recomienda pautar pravastatina o fluvastatina con una cuidadosa monitorización, ya que son los fármacos que menos daño muscular producen.

**Conclusiones.** La suspensión de la estatina es suficiente en la mayoría de los casos para normalizar los niveles de CPK. La monitorización rutinaria de CPK no está recomendada, pero es útil obtener un valor de referencia antes de iniciar el tratamiento. En los pacientes que hayan presentado toxicidad muscular con estatinas, si fuera necesario reiniciar hipolipemiantes se puede valorar tratamiento con pravastatina o fluvastatina.

#### RV-140 ESTUDIO DE LA RESERVA PANCREÁTICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 A TRAVÉS DEL PÉPTIDO C

B. Otero Perpiñá<sup>1</sup>, F. Álvarez de Miguel<sup>1</sup>, A. Moreno Fernández<sup>1</sup>, C. Gómez Cuervo<sup>1</sup>, J. Medina Asensio<sup>1</sup>, C. Perpiñá Zarco<sup>1</sup> e I. Sánchez Pulgarín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Conocer, sobre una población de pacientes diabéticos tipo 2: La reserva pancreática a través de la determinación del péptido C en suero y el tratamiento que realizan. La comorbilidad, así como su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. El control de la enfermedad a través de la hemoglobina glicada.

**Material y métodos.** Estudio observacional y descriptivo sobre tratamiento, factores de riesgo, enfermedades asociadas y reserva pancreática de 51 pacientes diabéticos tipo 2 ingresados o vistos en consulta de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre durante los dos últimos años por cualquier causa. Se recogieron 38 variables. Los datos se recogieron a partir de la base de datos File Maker y se analizaron con el programa estadístico R Sigma.

**Resultados.** La edad media: 70,76 años. COMPLICACIONES: 30% tenían cardiopatía isquémica, 18% ACVA. ENFERMEDADES ASOCIADAS: HTA 66,6% de los casos, IC 43,13%, Hipercolesterolemia 27,45%, Hipertrigliceridemia 1,96%, mixta 13,72%, obesidad

23,52, sd metabólico 37,25. DATOS ANALÍTICOS: glucemia en ayunas 200,07 IC (168,72-231,43), HbA1c 8,11 IC (7,408-8,82), péptido C 3,79 IC (3,15-4,43). TRATAMIENTO: 21,6% cumplían dieta, 4,9% cumplían ejercicio, 40,2% metformina, 23,5% insulina, 6,9% sulfonilureas, 1% inhibidores de la alfa glucosidasa, 2% tiazolidionas. RELACIÓN PÉPTIDO C Y HbA1c: Para HbA1c < 7 el péptido C medio era 4,38, para HbA1c > 7,1 era 3,4. RELACIÓN DEL PÉPTIDO C Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: Pacientes obesos tenían péptido C medio 4,71, los no obesos 3,5. Pacientes con síndrome metabólico tenían péptido C medio de 4,31, sin él 3,47. Pacientes con cardiopatía isquémica tenían péptido C medio 4,37, sin ella 3,54. Pacientes con ACVA tenían péptido C medio 4,24, sin él 3,63. TRATAMIENTO Y PÉPTIDO C: péptido C medio de 3,76 en pacientes con metformina y sin ella de 3,9. Pacientes con metformina y sulfonilureas tenían péptido C medio de 3,43 y con sulfonilureas sin metformina 5,2. Pacientes con insulina tenían péptido C medio de 2,57, y sin insulina de 4,83.

**Discusión.** La población estudiada tiene una edad media elevada. La HbA1c, como indicador del control de la DM2, está por encima de los valores aconsejados, demostrando que la muestra estudiada no tenía buen control de la diabetes. La mayoría de los pacientes están tratados con antihipertensivos orales, principalmente metformina. El péptido C medio de la muestra fue 3,7, lo que indica una reserva pancreática levemente disminuida. El péptido C es mayor en pacientes obesos y con síndrome metabólico. Los pacientes con peor control metabólico presentan una peor reserva pancreática. No hay diferencias en cuanto al péptido C en pacientes tratados con metformina o sin ella. Los pacientes con mayor reserva pancreática no reciben tratamiento con insulina. Los pacientes tratados con sulfonilureas únicamente presentan un péptido C mayor que los tratados con metformina y sulfonilureas.

**Conclusiones.** Los pacientes diabéticos tipo 2 presentan una edad media alta, lo que conlleva una pluripatología importante. Los pacientes estudiados no presentaban un control adecuado de la diabetes mellitus tipo 2. En los casos de diabetes mellitus tipo 2 mal controlados se intensifica el tratamiento asociando insulina o empleándola en monoterapia. La reserva pancreática de los pacientes estudiados está ligeramente disminuida, siendo menor en los pacientes peor controlados. Los pacientes obesos o con síndrome metabólico presentan un mayor grado de hiperinsulinismo, en relación con una mayor resistencia a la insulina. La reserva pancreática no es un factor que se tiene en cuenta para instaurar el tratamiento con metformina. Los pacientes con mayor reserva pancreática no reciben insulina dentro del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes tratados únicamente con sulfonilureas presentan un péptido C mayor que los tratados con metformina y sulfonilureas.

#### **RV-141 REPERCUSIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2**

**I. Fernández Galante<sup>1</sup>, L. Hernando Ortiz<sup>1</sup>, M. Toledano Barrero<sup>2</sup>, M. Muñoz Moreno<sup>3</sup> y E. González Sarmiento<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica, <sup>3</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>4</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina (Valladolid).

**Objetivos.** Estudio de la calidad del sueño en pacientes diabéticos tipo 2. Valorar su repercusión en la calidad de vida.

**Material y métodos.** Se estudiaron 40 pacientes diabéticos tipo 2, consecutivos que acudieron a la consulta de Medicina Interna. Todos ellos rellenaron un cuestionario con la escala de insomnio y el test PSQI (Pittsburg Sleep Quality Index) con su previo consentimiento. El test PSQI evalúa la calidad de sueño y las alteraciones en el último mes. Consta de 19 ítems sobre una amplia variedad de factores relacionados con la calidad del sueño que incluyen la estimación de la duración y latencia del sueño y la frecuencia y severidad de problemas específicos relacionados con éste. Estos 19 ítems se agrupan en 7 componentes puntuados todos ellos en escala de 0 a 3. Se considera patológico una puntuación global superior a 5 puntos. Los

datos fueron recogidos de forma anónima y confidencial. Las variables cualitativas se analizaron estadísticamente mediante tablas de frecuencia o porcentajes y las cuantitativas mediante la media y la desviación.

**Resultados.** La distribución de la muestra es de 42,5% de hombres (17) con una edad media de 71,47 ± 2,085 años y 57,5% de mujeres (23) con una media de 74,04 ± 2,279 años. En el test de PSQI el 72,7% (24) tiene resultado patológico con una media de valor de 9,03 ± 5,79. El 46,2% (18) tienen una mala o muy mala calidad de sueño subjetivo. El 55,3% (21) tiene problemas en el ánimo para realizar sus actividades de la vida diaria. El 77,8% (28) presentan alteraciones del sueño. La mitad de los pacientes se acuestan entre las 23:00 y 00:00 horas. El 51,3% (20) tardan más de 30 minutos en conciliar el sueño con una media de 36,95 ± 43,068 minutos. El 40% (16) de los pacientes presentan una calidad de bienestar disminuida. El 42,1% (16) necesitan tomar pastillas para dormir al menos 3 días por semana.

**Conclusiones.** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presentaron en su mayoría una mala calidad de sueño en todos sus componentes tanto en la calidad subjetiva del sueño, alteraciones del sueño y disfunción durante el día. Esto se relaciona directamente con un importante decremento en su calidad de vida global. La mala calidad de sueño aumenta la insulinoresistencia y ésta es un factor predisponente para el desarrollo de diabetes mellitus y su mal control metabólico. Los pacientes de nuestra muestra presentan una mala calidad de vida condicionada por una mala calidad de sueño.

#### **RV-142 AFECCIÓN RENAL DIFERENTE DE LA CRISIS RENAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

**A. Roda<sup>1</sup>, C. Simeón<sup>2</sup>, A. Segarra<sup>1</sup>, V. Fonollosa<sup>2</sup>, N. De Iriarte<sup>2</sup>, J. Camps<sup>1</sup>, M. Vilardell<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron-Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar la presencia de afección renal diferente de la crisis renal (CRE) en los pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (ES).

**Material y métodos.** Se han estudiado de forma prospectiva a 50 pacientes afectados de ES (6 hombres y 44 mujeres). La edad media fue de 57,3 (30-83) años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 313,12 (19-4254) meses. Un 46% presentaba ANA positivo; un 18%, Scl70 positivo; y un 24% Ac anticentrómero. Un paciente presentaba anticoagulante lúpico positivo. Once pacientes presentaban ES difusa; 29, ES limitada; 8, esclerodermia sine esclerodermia; 2, preesclerodermia. 18 pacientes recibían tratamiento con IECA o ARAII; y 6 pacientes recibían D-penicilamina. Un enfermo seguía tratamiento con AINES. Se determinó la tensión arterial, la función renal, filtrado glomerular mediante MDRD4, proteinuria, microalbuminuria, hematuria y se realizó un estudio ecográfico de la morfología renal y de los vasos renales mediante doppler.

**Resultados.** Se han registrado 18 (36%) pacientes hipertensos. La estimación del filtrado glomerular fue inferior a 60 ml/min en 12 (24%) pacientes. Se detectó microhematuria en 22 (44%) pacientes; en dos se acompañaba de bacteriuria y leucocituria. Cuatro pacientes presentaron microalbuminuria. En un paciente se objetivó proteinuria superior a 500 mg/L. Se observó disminución unilateral del tamaño renal en un paciente; en otro, la disminución fue bilateral. Se halló un quiste renal en 2 pacientes: uno fue complicado y otro > 44 mm. El estudio doppler fue normal.

**Discusión.** La hipertensión arterial, las alteraciones en el sedimento urinario, la microalbuminuria, la proteinuria, la insuficiencia renal son indicadores de afectación renal crónica en los pacientes con ES. El 36% de 50 pacientes de nuestra cohorte fueron hipertensos, el 24% tenían FG disminuido. Un paciente presentó proteinuria subnefrótica.

**Conclusiones.** Los pacientes con ES que no han sufrido CRE presentan con frecuencia alteraciones renales consistentes en: anomalías del sedimento urinario, microalbuminuria y/o proteinuria e hipertensión arterial. Es necesario analizar las posibles etiologías, así como las potenciales implicaciones de estas alteraciones a largo plazo.



Tabla 1. (RV-143).

IMC	HDL bajo	HTA	Diabetes	TG > 200	Tabaco	LDL > 130
Normal	18%*	6.1*	2*	2.8*	30.9#	30.7*
Sobrepeso	27.5&	19.2&	4.4&	6.8 &	27.9&	45.2&
Obesidad	34.3	28.1	11.7	15	21.6	53.1

**RV-143**

**PREVALENCIA DE LOS FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

N. Macías Vega<sup>1</sup>, I. Márquez Gómez<sup>1</sup>, I. Portales Fernández<sup>1</sup>, A. Baca Osorio<sup>2</sup>, M. Kuhn<sup>2</sup>, F. Salgado Ordóñez<sup>1</sup>, R. Guijarro Merino<sup>1</sup>, R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Jardín. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Conocer los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados a la presencia de sobrepeso y obesidad en una muestra representativa de la población adulta urbana en un centro de salud de Málaga.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico de corte transversal y analítico sobre una muestra aleatoria y representativa de la población adulta adscrita a un centro de salud del Distrito Málaga. A todos los sujetos se les determinó el peso, talla y presión arterial y se le realizó una analítica en ayunas para determinar niveles de glucemia y lípidos plasmáticos. El índice de masa corporal (IMC) se agrupó en tres categorías: normal (< 25 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25-29.99 kg/m<sup>2</sup>) y obesidad (≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Los FRCV analizados en cada grupo fueron: diabetes mellitus (según criterios de la ADA), tabaquismo, hipertensión arterial (cifras tensionales > 140/90 mmHg o toma de antihipertensivos), hipercolesterolemia (cifras de LDL-colesterol ≥ 130 mg/dl o toma de hipolipemiantes), colesterol HDL bajo (< 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres), hipertrigliceridemia (triglicéridos plasmáticos ≥ 200 mg/dl o toma de fármacos para disminuir los triglicéridos).

**Resultados.** Se incluyeron 270 pacientes entre 18 y 80 años, de los cuales 1.141 eran mujeres (50.3%). La edad media fue de 43.65 ± 15.6 años, sin observarse diferencias significativas entre ambos sexos. Un 60,8% de la población estudiada tenía un IMC por encima de 25 kg/m<sup>2</sup>, con sobrepeso en el 38,6% y obesidad en el 22.2%. La distribución por factores de riesgo fue la siguiente: Tabla 1. \*p < 0,05 normal vs sobrepeso y obesidad. &p < 0,05 normal vs obesidad. #p < 0,05 sobrepeso vs obesidad.

**Conclusiones.** 1. Hay una alta prevalencia de pacientes con sobrepeso y obesidad en la población adulta general. 2. Existe una relación directa entre los factores de riesgo cardiovascular clásicos y el sobrepeso y la obesidad, incluyendo el LDL-colesterol. 3. Hay una menor prevalencia de tabaquismo en población con sobrepeso y obesidad que puede estar en relación con la instauración de medidas higiénico-dietéticas en esta población.

**RV-144**

**OBESIDAD ABDOMINAL, TABAQUISMO E HIPERTRIGLICERIDEMIA COMO FACTORES ASOCIADOS A NIVELES REDUCIDOS DE HDL EN PACIENTES VARONES DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**

B. Gutiérrez Gutiérrez, C. Rivera Rubio, I. Luque Fuentes, J. Bravo-Ferrer Acosta, J. Sojo Dorado, A. Prados Gallardo, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar diversos factores relacionados con niveles disminuidos de HDL-col en pacientes demandantes de la consulta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudió una muestra de pacientes varones de la consulta de Medicina Interna según muestreo consecutivo. Se establecieron dos grupos: Grupo I: niveles normales de HDL: (≥ 40 mg/dl) Grupo II: niveles bajos de HDL: (< de 40 mg/dl) En cada uno de los grupos se anotaron diversas variables: edad, consumo de tabaco, tratamiento hipolipemiente, perímetro de cintura y niveles de triglicéridos. Se definió hipertrigliceridemia para valores mayores de 150 mg/dl Estadística: comparación de medias, χ<sup>2</sup>.

**Resultados.** Se analizó una muestra de 72 pacientes varones, con una edad media de 60.9 ± 16.8. Los pacientes con niveles bajos de HDL presentaron menor edad, mayor porcentaje de consumo de tabaco, con valores más altos de perímetro de cintura y de triglicéridos (ver tabla I). Resultados prácticamente similares se registraron en el análisis de regresión logística.

**Discusión.** Los resultados no difieren sustancialmente de los encontrados en población no demandante.

**Conclusiones.** El aumento del perímetro de cintura, el consumo de tabaco y la hipertrigliceridemia son tres factores asociados al descenso de HDL en pacientes varones de la población demandante de la consulta de Medicina Interna.

Tabla 1. (RV-144).

	HDL normal (N = 53)	HDL reducido (N = 19)	P
Edad (años)	62.7 ± 13.9	54.9 ± 16.4	< 0.05
Fumador (%)	23%	58%	< 0.005
Perímetro de cintura (cm)	102.8 ± 13	110.6 ± 16	< 0.07
Hipertrigliceridemia	13%	53%	< 0.01
Tratamiento hipolipemiente	11,3%	21%	NS

## RV-145

**AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO PONDERAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (SMI)****I. Soler Beneyto, V. Giner Galvañ, M. Sanchís Moreno, M. Esteban Giner, A. Ragheb El Farra, R. Girbés, S. Martínez Tudela**

Sección de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Estimar la percepción que de la obesidad (Ob) y el sobrepeso (Sbp) tienen los pacientes ingresados en un SMI.

**Material y métodos.** Estudio transversal de pacientes ingresados en SMI de nuestro hospital (302 camas) independientemente del motivo de su ingreso. De forma voluntaria el paciente respondió un cuestionario, se le realizó valoración antropométrica, y se revisaron la Historia Clínica tanto electrónica como convencional.

**Resultados.** Se han analizado 60 pacientes (72,8 ± 10,9 años, 64,4% varones) con 3,2 ± 1,9 enfermedades crónicas y toma de 4,6 ± 3,1 fármacos. Las puntuaciones medias Framingham ATPIII (13,4 ± 8,5%, 60% »10%) y SCORE (2,6 ± 1,9%, 22% » 3%), la existencia de un 36,8% de eventos CV previos y la elevada prevalencia de SM (ATPIII 60%, IDF 65,7%) confirmó un elevado RCM. Hubo una gran concordancia (Kappa 0,62, p < 0,001) al comparar el estado ponderal por el IMC y percibida (Gráfico), con un 20% que infraestimaron y un 10% que sobreestimaron. Las opiniones concordantes provinieron fundamentalmente de participantes con normopeso (93%) seguidos de Ob (71,4%) y con Sbp (36%), siendo las diferencias significativas (p < 0,001) entre grupos ponderales. Hubo mayor concordancia (%) entre mujeres (66,7 vs 62,1, p 0,037), estudios superiores (65 sin estudios+básica vs 100 bachiller+universitarios, p < 0,0001), agricultores y amas de casa (71,4 y 70 respectivamente) frente a industria y servicios (66,7 y 64,3) (p < 0,0001), ausencia de evento CV previo (70,8 vs 64,3, p < 0,0001), y ausencia de obesidad central (ATPIII: 80 vs 60, p < 0,0001. IDF: 100 vs 63,6, p < 0,001), SM (ATPIII: 85,7 vs 57,1, p < 0,0001. IDF: 83,3 vs 60,9, p < 0,001), o diagnóstico previo de Ob (82,4 vs 63,2, p < 0,0001). El 60% de participantes atribuyó el exceso de peso a sobreingesta, opinando que es posible corregirlo el 9,1% de Sbp y el 42,9% de Ob (p = 0,042). En cuanto al impacto que sobre la salud supone la Ob, la mayoría refiere que es la disnea (44%), mientras un 33% afirma que ninguna.

**Discusión.** Contrasta con las elevadas tasas de control de otros FRCV acorde con un RCM elevado el pobre control ponderal de los pacientes ingresados en un SMI. A pesar de que la mayoría cree alcanzable el control ponderal es baja la percepción del riesgo. A pesar de haber una buena concordancia global en la autopercepción ponderal e IMC, hay tendencia a infraestimar en grupos de RCM añadido.

**Conclusiones.** Es necesario potenciar la información médica dirigida al paciente con sobrepeso como estrategia para un mejor control del RCM.

## RV-146

**ELEVACIÓN DE TROPONINA I EN PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA****F. Arnalich<sup>1</sup>, M. Menéndez<sup>2</sup>, J. García Puig<sup>1</sup>, M. Gómez<sup>2</sup>, A. Buño<sup>3</sup>, F. Mateos<sup>3</sup>, M. Moreno<sup>4</sup> y J. López Sendón<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Departamento de Medicina, UAM, <sup>3</sup>Laboratorio Análisis Clínicos, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** En la cetoacidosis diabética (CAD) pueden observarse arritmias y paradas cardíacas y, en algunos casos elevación de CK y troponina I (TnI) de significado no aclarado. En el presente trabajo estudiamos la frecuencia y el valor pronóstico de la elevación de TnI en pacientes con CDA sin antecedentes de enfermedad coronaria conocida.

**Material y métodos.** Se estudiaron prospectivamente 57 pacientes ingresados por cetoacidosis diabética durante el bienio 2005-2006, y seguidos durante un año en la policlínica de M. Interna/

Tabla 1. Características de los pacientes (RV-146).

	TnI elevada	TnI normal	p
Edad	41 ± 8	37 ± 9	NS
Varón, n (%)	11 (64%)	23 (56%)	< 0.05
P. arterial S/Diast.	132 ± 2/83 ± 10	125 ± 16/68 ± 7	< 0.01
Bicarbonato (mEq/l)	7.2 ± 3.1	8.8 ± 2.9	< 0.05
Potasio (mEq/l)	3.9 ± 0.8	4.2 ± 1.0	NS
Anion Gap (mEq/l)	27 ± 5	22 ± 4	< 0.05
Glucosa (mg/dl)	258 ± 82	230 ± 64	< 0.05
TnI (mcg/ml)	0.12 ± 0.06	0.05 ± 0.01	< 0.01

Cardiología. Fueron excluidos los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca conocida. Se aplicó el protocolo diagnóstico y terapéutico de la American Diabetes Association. En todos los casos se realizó un ECG inicial que se repitió a las 24 y 48 h. Junto a la analítica habitual se determinó la TnI a las 0, 6, 12, 24 y 48 h. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según tuvieran o no elevación de TnI al ingreso. Los parámetros clínicos y bioquímicos, duración de hospitalización, y evolución cardiológica de ambos grupos se compararon mediante el test de Wilcoxon para las variables continuas, y el test de Fisher para las variables categóricas. La correlación entre las variables estudiadas y la concentración de TnI fue evaluada mediante el test de Pearson y análisis de regresión múltiple.

**Resultados.** Diecisiete pacientes (29.3%) presentaron elevación de TnI durante las 6 h iniciales (grupo 1). Tres pacientes (5.2%) presentaron un infarto no Q con resolución en 3 días, y en los restantes casos se normalizaron los valores de TnI a las 12 h. del ingreso. La concentración de TnI se correlacionó directamente con la concentración de urea (r = 0.31) y anion gap (r = 0.42, p < 0,01). En el análisis de regresión múltiple, solo el anion gap fue un factor predictivo independiente de elevación de TnI (p < 0,03). La hospitalización fue más prolongada en los pacientes del grupo 1 (8.6 ± 2.4 versus 7.3 ± 2.9, p < 0,01). En cuatro pacientes se realizó cronografía durante los 6 meses siguientes por presentar angor inestable y en dos casos se detectaron estenosis significativas.

**Discusión.** Hemos encontrado que los pacientes con CDA presentan frecuentemente elevación de TnI, probablemente en relación con la acidosis metabólica, que revierte al corregirse esta. Sin embargo, en algunos pacientes puede coexistir un SCASET inadvertido, y en otros puede aparecer un SCA en la evolución a 6 meses.

**Conclusiones.** Los pacientes con CDA que desarrollan elevación de TnI representan un grupo de alto riesgo, con una morbi-mortalidad que deberá establecerse en estudios próximos.

## RV-147

**LÍPIDOS Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR****M. González Rozas, M. Andrés Calvo, E. Izquierdo Delgado, G. Vega Tejedor, J. Soler González, M. Pineda Alonso, D. Morchón Simón y J. Pérez Castrillón**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Valorar la relación entre el colesterol y triglicéridos con la masa ósea, en una población con enfermedad cardiovascular definida como HTA y/o Síndrome coronario agudo.

**Material y métodos.** En este estudio se incluyeron 217 pacientes con edades comprendidas entre 36 y 76 con una edad media de 59 ± 11 pacientes estaban diagnosticados de HTA y 134 de síndrome coronario agudo. Se obtuvieron medidas antropométricas, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, y densidad mineral ósea medida en columna lumbar.

**Resultados.** La densidad mineral ósea fue menor en aquellos pacientes con los terciles más elevados de colesterol, con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,041). Este efecto se mantuvo después de ajustar con la edad y el índice de masa corporal. Sin embargo no se obtuvo ninguna asociación entre los triglicéridos, LDL-colesterol, HDL colesterol y masa ósea.

**Discusión.** En nuestro estudio encontramos relación inversa entre

niveles elevados de colesterol total y baja densidad mineral en pacientes con enfermedad cardiovascular. Ya Broulik et al. (1) y Yamaguchi et al. (2) habían encontrado esta relación, e incluso algunos autores como Parhami han sugerido la posibilidad de la participación lipídica en la etiología de la osteoporosis. Sin embargo, otros estudios como NHAMES o el realizado por Dennison et al no demuestran asociación significativa al ajustar los parámetros al IMC. **Conclusiones.** En nuestro estudio se ha encontrado una relación inversa entre niveles elevados de colesterol total y baja densidad mineral ósea en pacientes con enfermedad cardiovascular.

#### RV-148

#### HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) Y PRESIÓN DE PULSO EN MEDICINA INTERNA

**J. Pérez Marín, Z. Santos Moyano, F. Acosta de Bilbao, A. Mohamad Tubío, H. Sterzik, J. López Vega, M. Jaén Sánchez y J. Gómez Díaz**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Estudiar el control de TA y la presión de pulso (PP) en ingresados en Medicina interna y su relación con su comorbilidad.

**Material y métodos.** 75 pacientes durante 15 días. Determinamos edad, sexo, número de antihipertensivos previo y durante el ingreso. Valoramos frecuencia cardíaca (FC), Tensión arterial sistólica (TAS), Tensión arterial diastólica (TAD) y PP en mañana, tarde y noche. Comorbilidad: Diabetes mellitus, EPOC, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia renal crónica, vasculopatía periférica e HTA. Valoramos creatinina plasmática (Crp), aclaramiento de creatinina (GFR) por MDRD, fiebre y saturación de oxígeno.

**Resultados.** N = 75 pacientes. Edad media de  $72.49 \pm 12.20$ , 46,7% varones. 70,7% hipertensos, 50,3% diabéticos, 22,7% cardiopatía isquémica, 8% EPOC y 5,3% vasculopatía periférica. Resultados de TA y PP en tabla 1. Crp.  $-1.81 \pm 1.07$  (0.38-5.81). Se reflejó saturación de oxígeno en un 31%. El 44% previo a su ingreso no tenían antihipertensivos, 8% tenían 2 o más. Durante su ingreso el 46,7% no tenían antihipertensivo, el 4% tenían 2 o más. Encontramos diferencias significativas en PP de la mañana entre hipertensos y no hipertensos ( $p = 0,050$ ) y en TAD por la tarde ( $p = 0,048$ ) y en TAN ( $P = 0,042$ ) en EPOC. El 16% tuvo fiebre. El GFR por MDRD.  $-63.22 \pm 37.51$  ml/min (10-188). Hubo diferencias significativas en Crp ( $p = 0,04$ ) y GFR ( $p = 0,010$ ) en hipertensos, no existiendo diferencias en el resto de comorbilidades. TASM  $123 \pm 18$  (80-180) mmHg TADM  $71.35 \pm 13$  (40-110) mmHg FCM  $79.47 \pm 13$  (50-126) l. P. M PPM  $51.35 \pm 12.69$  (25-90) mmHg TAST  $123.8 \pm 17.27$  (90-160) mmHg TADT  $69.49 \pm 9.8$  (50-100) mmHg FCT  $122.83 \pm 20.10$  (90-200) l. P. M PPT  $54.65 \pm 13.85$  (30-90) mmHg TASN  $122.83 \pm 20$  (90-200) mmHg TADN  $68.95 \pm 11.37$  (50-110) mmHg FCN  $78.88 \pm 12.04$  (50-116) l. P. M PPN  $53.71 \pm 17.11$  (25-105) mmHg.

**Conclusiones.** 1. Alto porcentaje de hipertensos y diabéticos, con un bajo número de antihipertensivos. 2. En PP mayor de 50 mmHg, debemos ser más agresivo para control de TAS. 3. Debemos valorar MAPA si la PP es mayor de 65 mmHg, para mejor control de TAN.

#### RV-149

#### UTILIDAD DEL OMRON COMO SCREENING DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES

**C. Sanclemente Ansó<sup>1</sup>, A. Pedragosa Vall<sup>2</sup>, O. Mascaró Cavalier<sup>2</sup>, E. Corbella Inglés<sup>1</sup>, X. Pintó Sala<sup>1</sup> y R. Pujol Farriols<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L) (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

**Objetivos.** Introducción: la medición del índice tobillo-brazo con un aparato doppler es de gran utilidad para el diagnóstico de enfermedad arterial de extremidades inferiores, pero se han de emplear como mínimo 20 minutos en su realización. **Objetivo:** estudiar la eficacia y reproductibilidad de la medición del índice tobillo-brazo (ITB) con la medición de las tensiones sistólicas con un aparato automáti-

co homologado (OMROM) como método de screening-diagnóstico de enfermedad arterial de los miembros inferiores y comparar esta medición con la obtenida con el aparato doppler.

**Material y métodos.** Se realizó la medición del ITB con un aparato doppler y se midieron las presiones arteriales en las cuatro extremidades con un aparato automático OMRON calculándose el ITB. Las 2 técnicas se llevaron a cabo por observadores diferentes. Se realizó en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, por diferentes causas.

**Resultados.** N total = 145 con una edad media de  $70 \pm 10$  La distribución de los FRCV fue: HTA 73.1%, Dislipemia 55.9%, Diabetes 41.4%, tabaco:19.3%, insuficiencia renal (creat > 1.2): 23.4%, hipertrofia ventricular izquierda: 24.8%, el IMC medio fue de  $27 \pm 4$ , perfil lipídico: colesterol total:  $182 \pm 39$ , c-LDL:  $120 \pm 34$ , c-HDL:  $39 \pm 11$ , Triglicéridos:  $130 \pm 81$ , tenían antecedentes de cardiopatía isquémica un 17,9% y de enfermedad cerebrovascular isquémica un 75.9%. Se asoció el ITB patológico (doppler) menor o igual a 0.9, a tener dislipemia, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente y aclaramiento de creatinina disminuido, y no a la HTA, diabetes, tabaco, insuficiencia renal medida como > 1.2, antecedentes de ictus, o Hipertrofia ventricular izquierda, la edad tenía tendencia a la significación. Al comparar las 2 técnicas podemos decir que para un valor menor o igual a 0.95 obtenido con el OMRON obtendríamos una sensibilidad del 65% con una especificidad del 86%.

**Conclusiones.** 1. El cálculo del ITB con un aparato de presión OMRON puede servir de screening de la enfermedad arterial de extremidades inferiores con un valor de corte menor o igual a 0.95 y utilizando un menor tiempo que en la medición que con un aparato doppler. 2. Hubo una mayor asociación del aclaramiento de creatinina al ITB patológico que la insuficiencia renal medida con la creatinina sola. 3. En los pacientes con dislipemia, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente o aclaramiento de creatinina disminuido sería recomendable buscar enfermedad arterial en miembros inferiores. 4. El OMRON nos puede servir de forma orientativa como screening de enfermedad arterial de miembros inferiores utilizando un tiempo muy inferior al utilizado con la medición con el doppler.

#### RV-150

#### PREVALENCIA DE OBESIDAD ABDOMINAL EN LAS DISTINTAS CC.AA. EN ESPAÑA (ESTUDIO IDEA)

**M. A. Rubio<sup>1</sup>, M. De la Figuera<sup>2</sup>, M. García-Vitoria<sup>3</sup>, V. López<sup>4</sup> y C. Suárez<sup>5</sup>, en nombre del grupo investigador del estudio IDEA en España**

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>CAP La Mina. Barcelona. <sup>3</sup>Sanofi-Aventis. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital La Princesa. Madrid.

**Objetivos.** IDEA es el primer estudio epidemiológico de ámbito mundial para determinar la prevalencia de obesidad abdominal (OA) medida por perímetro de cintura (PC), otros factores de riesgo cardiometabólico y enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes de atención primaria (AP), y contó con la participación de España.

**Material y métodos.** Como parte del estudio IDEA (estudio epidemiológico, internacional, aleatorizado y transversal que incluyó 168.159 pacientes en 63 países de los 5 continentes) 839 médicos de AP en España reclutaron 17930 pacientes evaluables en las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) entre 18-80 años (se excluyeron embarazadas) que acudieron a consulta ambulatoria durante dos medios días en 2005. Se registraron edad, género, talla, PC, peso, nivel de educación, actividad profesional, hábito tabáquico, estado menopáusico, ECV, dislipemia, hipertensión y Diabetes Mellitus.

**Resultados.** La edad media fue de 53.2 (15,9) años y el 43,9% de los pacientes eran hombres. El PC medio fue de 99,9 (13,05) cm en hombres y de 91,6 (14,52) cm en mujeres. El índice de masa corporal (IMC) era similar entre hombres y mujeres [28,5 (4,6) y 28,10 (5,65) respectivamente] En la mayoría de las comunidades excepto en Islas Baleares, Madrid y País Vasco el 70% o más de la población presentaban sobrepeso u obesidad. Cuando se ajustaba por edad, en sobrepeso Asturias, La Rioja y País Vasco presentaban las prevalencias mayores mientras que en obesidad lo eran Extremadura, Murcia y Galicia. Según ATP III las comunidades que presentaron más obe-



sidad abdominal fueron Extremadura (66%), Islas Canarias (57%) y la Rioja (56%). Si consideramos IDF tendríamos que añadir Andalucía a las tres comunidades anteriores.

**Conclusiones.** IDEA demuestra también en España una alta prevalencia de obesidad y concretamente de obesidad abdominal en las distintas CCAA.

#### RV-152

### RELACIÓN ENTRE EL PERÍMETRO DE CINTURA Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON DIABETES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LAS DISTINTAS CC.AA. EN ESPAÑA (ESTUDIO IDEA)

**R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>, I. Aristegui<sup>2</sup>, P. Conthe<sup>3</sup>, J. M. Lobos<sup>4</sup>, X. Pintó<sup>5</sup> y C. Vázquez<sup>6</sup>, en nombre del grupo investigador del estudio IDEA en España**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga. <sup>2</sup>Sanofi-Aventis, Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón, Madrid. <sup>4</sup>Centro de Salud Villablanca. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** IDEA (Internacional Day for the Evaluation of Abdominal Obesity) es el primer estudio epidemiológico, internacional, aleatorizado y transversal de ámbito mundial para determinar la prevalencia de obesidad abdominal (OA) medida por perímetro de cintura (PC), y su asociación con otros factores de riesgo cardiometabólico y con la enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes de atención primaria (AP). Contó con la participación de pacientes de todas las comunidades autónomas (CC.AA.) de España.

**Material y métodos.** Un total de 17930 pacientes que acudieron a las consultas de médicos de AP en las 17 CCAA. fueron evaluados. El PC, el peso y la altura fueron medidos, y datos demográficos, el índice de masa corporal (IMC), la presencia de diabetes mellitus (DM) (tipo 1 o 2) y/o de ECV fueron registrados. Se estimaron *odds ratio* (ORs) e intervalos de confianza del 95% (ICs) para la prevalencia de ECV y DM para un incremento de 1 desviación estándar (DE) en cada variable, mediante análisis univariante de regresión logística después de ajustar por edad y región.

**Resultados.** La prevalencia de ECV en la población española fue de 16% en hombres y de 9% en mujeres, siendo considerablemente más altas en hombres que en mujeres en todas las CCAA. La prevalencia de DM fue de 16% en hombres y de 13% en mujeres con porcentajes más próximos entre hombres y mujeres que la de ECV, aunque casi siempre menores en las mujeres. En hombres, en la mayor parte de las CC.AA. los ORs para ECV ajustados por edad eran superiores cuando se asociaban con el PC que con el IMC. En mujeres esta regla también se cumplía para la mayoría de las CC.AA., siendo los ORs, en general, superiores a los hombres. Los ORs para DM ajustados por edad eran superiores asociados con el PC que con el IMC en prácticamente todas las CC.AA.

**Conclusiones.** El PC y el IMC fueron predictivos tanto de DM como de ECV en el total de la población española del estudio IDEA, así como en la mayoría de las CC.AA. La asociación entre ECV y DM, y PC e IMC fue superior en mujeres que en hombres.

#### RV-153

### PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

**J. Pérez Marín<sup>1</sup>, O. Artiles Cabrera<sup>1</sup>, M. Ávila González<sup>1</sup>, J. Lima Sánchez<sup>1</sup>, J. Limiñana Cañal<sup>2</sup> y J. Gómez Díaz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de EAP en los pacientes diabéticos ingresados en nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Estudio transversal mediante la determinación

de ITB de pacientes diabéticos ingresados en nuestro servicio durante un mes y que cumpla criterios de la ADA para realización de ITB. **Resultados.** Durante el mes de Mayo de 2008 ingresaron en nuestro Servicio 220 pacientes de las cuales 97 (44.1%) eran diabéticos. Se incluyeron en el estudio 88 pacientes (40%) y se excluyeron 9 por motivos éticos. El 4,6% de los pacientes del estudio estaban diagnosticados previamente de EAP. De nuestra serie el 42,6% eran hipertensos, el 38,3% tenían dislipemia, el 48,5% de los pacientes padecían obesidad. La prevalencia de ITB menor de 0.9 en nuestra serie es del 39%. Se detectó un 6,8% (n = 6) de pacientes con ITB > 1.4 lo que hace que consideremos patológico el ITB al 46,6% de la muestra. Hallamos asociación estadísticamente significativa con los años de evolución de su Diabetes (a partir de los 10 años con p = 0.009. OR 3.562 (1.3-9.4), con el mal control metabólico (HbA1C > 7%. p = 0,048. OR 2.57 (1.01-6.5) y con el sedentarismo (p = 0,026. OR 3.01 (1.1-7.8). No hallazgos significación estadística en hábito tabáquico, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y cuestionario de Edimburgo. De los enfermos diagnosticados previamente el 50% tenían un estado avanzado de EAP, mientras que de los no diagnosticados previamente solamente el 3,2% presentaban clínica de claudicación intermitente. El cuestionario de Edimburgo modificó resultó tener una baja sensibilidad (11.8%, IC 95% 0-24.1) para el diagnóstico de EAP. Respecto al tratamiento el 37,1% no estaban anticoagulados o antiagregados y el 57,1% no tenían una estatina en su tratamiento.

**Discusión.** En este estudio hemos constatado la alta prevalencia de EAP en diabéticos ingresados en Medicina Interna. Nuestros datos son semejantes a los del estudio VITAMIN que obtuvo una prevalencia del 37.9%. Consideramos que la proporción de EAP encontrada (39,8% con ITB < 0.9) es importante para realizar ITB a todos los pacientes diabéticos ingresados en nuestros Servicios de Medicina Interna.

**Conclusiones.** 1. La EAP es una enfermedad frecuente en diabéticos infradiagnosticada e infratratada. 2. Debe realizarse ITB a todos los pacientes ingresados en Medicina Interna que cumplan criterios de la ADA. 3. El mejor control metabólico de la diabetes (hemoglobina glicosilada) y el ejercicio mejoran la EAP.

#### RV-154

### VALOR DE LA GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASA COMO MARCADOR DE RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, J. Sabio, P. Baños Piñero, M. Arenas Miras, P. Alarcón Blanco, C. Hidalgo Tenorio y J. Jiménez Alonso**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir la posible utilidad de la gamma-glutamilttransferasa (GGT) sérica como marcador de rigidez arterial en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal. Se incluyeron 128 pacientes (100 mujeres y 28 hombres) con LES ( $\geq 4$  criterios ACR) procedentes de nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas que no presentaban un consumo de alcohol superior a 40 g/d en hombres y de 20 g/d en mujeres. A todos ellos se les realizó la velocidad de onda de pulso (VOP) carotídea-femoral y se les determinó los niveles de GGT séricos.

**Resultados.** No se encontró una correlación significativa entre los valores de GGT y los de la VOP carotídea femoral. Concretamente, el índice de correlación de Spearman fue de 0,173 (p = 0,052).

**Discusión.** Los valores de GGT se han relacionado recientemente en la población general con la mortalidad cardiovascular y la rigidez arterial, (marcador precoz de aterosclerosis y estimada a través de pruebas como la VOP carotídea-femoral). Sin embargo, no existen datos sobre dicha relación en pacientes con LES. En nuestro estudio, las cifras de GGT no se correlacionaron con las de VOP carotídeo-femoral. La ausencia de correlación pudo ser debida a un tamaño muestral insuficiente o a la existencia de mecanismos aterogénicos diferentes entre la población general y la población lúpica.

**Conclusiones.** Según nuestro estudio, los valores de GGT no tienen utilidad como marcadores de rigidez arterial en pacientes con LES.

**RV-155****HIPERTENSIÓN FARMACOLÓGICA (HTAF) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (SMI)**

**A. Ragheb El Farra, L. Tomás Gil, V. Giner Galvañ, M. Esteban Giner, G. Cortell Soler, I. Soler Beneyto, R. Gorbés y E. Ferrás Garcés**

Sección de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Estimar la incidencia de hTAF en la práctica clínica habitual de una población con RCV elevado y potencialmente susceptible como la atendida en un SMI.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de hTAF (presencia de este diagnóstico en el informe de alta hospitalaria CIE-9 458.29) atendidos en sala de hospitalización convencional por uno de los cinco internistas de nuestro hospital (305 camas) en el periodo Mayo 2005-Mayo 2007.

**Resultados.** De los 545 pacientes valorados 43 (7,9%) tuvieron hTAF, mayoritariamente mujeres (60%) de  $78,6 \pm 7,4$  años portadores de  $4,1 \pm 1,9$  enfermedades crónicas (87% hipertensos) tratados con  $6,7 \pm 3,1$  fármacos/día. La prevalencia de eventos CV previos y LOD era elevada (44% y 35,7 respectivamente), lo que se traducía en elevado RCV por distintas escalas (ESH 68%, Framingham 40%, SCORE 16%, REGICOR 15,4%). Tanto el IMC ( $70\% \text{ IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) como el perímetro de cintura (100% Obesidad central IDF 2005) fueron elevados en la mayoría de casos. Los motivos principales de consulta fueron el síncope (37,2%), la disnea (18,6%), el malestar general (11%), y los mareos (7%) y el 30% contaba con ingresos previos por mareo/inestabilidad/síncope el 30%). A pesar de tener un brazo  $> 32 \text{ cm}$  el 60%, todos referían medidas con manguito estándar en toma única, y ortostatismo habitual el 34,5%. Eran hipertensos de larga evolución (Mediana/Rango 60/359 meses) diagnosticados en toma casual (84,6%) en su CS, donde se controlaba el 75,6% con una media de  $1,9 \pm 0,8$  antiHTA (51% Diur, 44% Ca-Antg, 35% ARA II, 28% IECA, 19% alfa-Bloq., 16% b-Bloq.), con un 70% tomando dos o más antiHTA (48,8% dos, 14,6% tres, 4,9% cuatro antiHTA). No hubo diferencias significativas entre PA clínica (PAc) y de MAPA (Tabla). Hubo correlación entre PAS y PAD al ingreso y la media durante este (PAS:  $r = 0,451$ ;  $p = 0,003$ . PAD:  $r = 0,402$ ;  $p = 0,008$ ) pero no con MAPA. Al comparar la variabilidad de PA con MAPA y la diferencia entre valores máximos y mínimos durante el ingreso y las diferencias entre tres medidas consecutivas se observan diferencias significativas con las primeras ( $p < 0,0001$  para PAS y  $p = 0,006$  para PAD), pero con las segundas. Tampoco se objetivan correlaciones significativas entre estos parámetros de variabilidad. En función de la existencia de LOD y la realización de MAPA con (el 40%) o sin antiHTA se etiquetaron los pacientes como con HTA de Bata Blanca el 60% de pacientes e HTA con Efecto BB el 40%.

**Discusión.** El paciente anciano, pluripatológico y multimedicado, a pesar de presentar un elevado RCV, es un paciente de elevado riesgo a la hora de alcanzar valores de PA bajos. Muy probablemente esté mediatizado por una incorrecta medición de PA. Es probable que una adecuada medición de la PA clínica pueda ser tan eficaz como una MAPA a la hora de detectar hTAF.

**Conclusiones.** Reducciones estrictas de PA aún en presencia de elevado RCV deben realizarse de forma cauta e individualizada dada la más que probable existencia de una curva en J.

**RV-156****PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN LA POBLACIÓN URBANA DE MÁLAGA**

**C. García<sup>1</sup>, B. Sobrino<sup>1</sup>, L. Valiente<sup>1</sup>, S. Jansen<sup>1</sup>, J. Mancera<sup>2</sup>, A. Baca<sup>2</sup>, R. Guijarro<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Centro de Salud de Ciudad Jardín Málaga. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de los FRCV en una muestra aleatoria representativa de la población atendida en un centro de salud

del área norte de Málaga capital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de sujetos pertenecientes a un centro de salud de Málaga capital. Los FRCV incluidos fueron: hipertensión arterial (cifras tensionales mayor o igual 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo), diabetes mellitus (según criterios de la ADA), hipercolesterolemia (cifras de LDL-colesterol mayor o igual a 130 mg/dl o consumo de hipolipemiantes), colesterol HDL bajo ( $< 40 \text{ mg/dl}$  en varones o  $< 50 \text{ mg/dl}$  en mujeres), hipertrigliceridemia (triglicéridos plasmáticos mayor o igual 200 mg/dl o tratamiento para hipertrigliceridemia), sobrepeso/obesidad (índice de masa corporal mayor o igual a 25  $\text{kg/m}^2$ ) y consumo de tabaco. Para el análisis estadístico se empleó en programa SPSS versión 12.0.

**Resultados.** Se incluyeron 2270 sujetos, de los que el 50,3% (1.141) eran mujeres. La edad media de la muestra fue de 43 años (rango 19-80 años). El 27,7% eran fumadores, siendo mayor la prevalencia en varones (33%) que en mujeres (22,3%). El 12,4% eran ex fumadores. Un 16% eran hipertensos, siendo también mayor la prevalencia en los varones (19%) que en las mujeres (13,1%). Presentaban diabetes mellitus un 5% de la muestra, sin diferencias entre sexos. El 24% de los varones y el 26,5% de las mujeres presentaron niveles plasmáticos bajos de HDL-colesterol. Un 61% de la población estudiada (56,8% de varones y 52,6% de mujeres) tenía un IMC mayor

o igual a 25  $\text{kg/m}^2$  (sobrepeso 38,4% y obesidad 23,1%). Se encontró hipertrigliceridemia en el 7% de la muestra (9,5% de varones y 4,7% de mujeres). La prevalencia de hipercolesterolemia se situó en torno al 41% del total de la muestra sin diferencias entre sexos (41,3% varones y 41,2% mujeres).

**Conclusiones.** La prevalencia de FRCV en la muestra analizada es elevada, destacando el alto porcentaje de sujetos con sobrepeso y obesidad y el número de fumadores. Es necesario insistir en el control de estos factores para disminuir la aparición de eventos cardiovasculares futuros en nuestra población.

**RV-158 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EDEMA PERIFÉRICO: AMLODIPINO/ VALSARTAN VS AMLODIPINO**

**C. Calvo<sup>1</sup>, J. Schraeder<sup>2</sup>, E. Akpınar<sup>3</sup>, A. Salvetti<sup>4</sup>, L. Keeling<sup>5</sup>, M. Weoskopf<sup>5</sup> y P. Brunel<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>St Josef Hospital, Cloppenburg. Cloppenburg, Germany. <sup>3</sup>Cukurova University. Cukurova University Medical Faculty Yalim Erez Centre, Turkey. <sup>4</sup>Ospedali Riuniti S. Chiara, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti S. Chiara, Pisa, Italy. <sup>5</sup>Clinical Development & Medical Affairs. Novartis Pharma, Switzerland.

**Objetivos.** Demostrar, en pacientes con hipertensión arterial (HTA), la eficacia de la combinación Amlodipino/Valsartán 5/160 mg/día (V/A) versus Amlodipino 10 mg/día (A-10 mg), en la reducción de la presión arterial sistólica (PAS) y analizar el perfil de seguridad en la incidencia de edema periférico.

**Material y métodos.** Después de 4-semanas de tratamiento con Amlodipino 5 mg/día, en pacientes hipertensos mayores de 50 años y PAS no controlada, los pacientes se randomizan, en diseño doble ciego, a recibir la combinación A/V versus A-1 mg/día durante 8 semanas; posteriormente, todos los pacientes reciben la combinación A/V durante 4 semanas. Se analizan los cambios de PAS post tratamiento y la incidencia de edema periférico.

**Resultados.** Después de 8 semanas de tratamiento, se objetiva una mayor reducción de la PAS media con la combinación V/A que con A-10 mg ( $-8,01 \text{ mmHg}$  versus  $-5,95 \text{ mmHg}$ ,  $p < 0,001$ ). El control de PAS ( $< 140 \text{ mmHg}$ ) y la respuesta antihipertensiva (reducción de PAS  $> 10\%$  respecto a basal) fue mayor con la combinación A/V que con A-10 mg (34 vs. 26%; 57 vs. 50%). La incidencia de edema periférico fue significativamente más baja con la combinación A/V que con A-10 mg (6.6 vs. 31,1%,  $p < 0,001$ ). El edema se resolvió en el 56% de los pacientes que cambiaron A-10 mg por la combinación V/A, a la par que se mantuvo la eficacia antihipertensiva.

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos que no responden a Amlodipino 5 mg/día, la combinación Amlodipino-Valsartán 5/160

mg/día, es más eficaz y segura que Amlodipino 10 mg/día, condiciona menos efectos secundarios y resuelve en más de la mitad de los casos el edema periférico producido por Amlodipino 10 mg/día.

**RV-159**  
**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS**

**B. Sobrino, M. López, M. Chaves, I. Portales, P. Gallardo y R. Gómez**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.*

**Objetivos.** El objetivo principal de este trabajo fue determinar la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en pacientes ingresados en un hospital de Tercer Nivel y describir las características clínico-patológicas de relevancia en la población diabética hospitalizada.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio observacional de corte transversal en el que se incluyeron todos los pacientes no críticos hospitalizados en nuestro centro un mismo día. Entre ellos se seleccionaron para el análisis aquellos con diagnóstico previo de DM y los que sin diagnóstico previo, cumplieron durante el ingreso criterios diagnósticos de DM según la ADA. Se recogieron datos referentes al perfil epidemiológico de cada paciente, tipo de DM (1 o 2), coexistencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), motivo de ingreso, días de estancia hospitalaria y ubicación así como el tratamiento realizado en domicilio y el grado de control glucémico durante la hospitalización estableciéndose este en base a la media de las glucemias capilares recogidas en las últimas 72 horas. Para caracterizar la complejidad de los pacientes atendidos en nuestro centro se utilizó el índice de Charlston, estableciéndose el valor 3 como punto de corte para identificar a los pacientes con mayor comorbilidad. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 12.

**Resultados.** La muestra final incluyó un total de 469 pacientes hospitalizados. La prevalencia de DM fue del 24,5% (115 sujetos) en un 23% de estos casos el diagnóstico de DM no era conocido. El 54,8% de los diabéticos hospitalizados fueron varones y la edad media se situó en 65,8 ± 13,2 años, 10 años superior a la de la población hospitalizada no diabética. En el 80% de los casos la DM fue tipo 2, coexistiendo en 65,2% con otros FRCV; hasta en un 30% de los casos se asociaron 2 o más de ellos. En cuanto a los motivos de ingreso, en el 8,7% de los casos fueron debidos a descompensación metabólica, enfermedad cardiovascular en un 20% e infecciones en un 10,4%. Cardiología, Neurología, Geriátrica, Cirugía Cardiovascular y Medicina Interna aglutinaron la mayor parte (porcentajes para la exposición). La estancia media fue de 13,56 días El 2,5% de los pacientes realizaba tratamiento en domicilio solo con dieta, un 31% utilizaba antidiabéticos orales (ADO) en monoterapia, un 29% se controlaba solo con insulina y en el 14,2% de los casos recogidos se combinaban ADO e insulina. La media de las glucemias preprandiales fue de 173 ± 62 mg/dl; hasta en un 12,6% de los pacientes diabéticos se objetivaron medias superiores a 250 mg/dl. Un 53,5% presentaba un Índice de Charlston igual o superior a tres. La media de la comorbilidad según este índice fue de 4,35 puntos.

**Conclusiones.** Constatamos una alta prevalencia de DM entre pacientes hospitalizados destacando a este respecto un porcentaje importante de pacientes diabéticos no diagnosticados. La población diabética hospitalizada es más añosa que la no diabética, se acompaña de una importante comorbilidad y supone estancias medias más largas. El grado de control de la hiperglucemia durante la hospitalización se aleja considerablemente de los estándares propuestos por las principales sociedades internacionales. Consideramos necesarias estrategias de formación en el manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado diabético o no.

**RV-161**  
**IMPACTO INMEDIATO DE LA HIPOTENSIÓN FARMACOLÓGICA (HTAF) EN PACIENTES DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**V. Giner Galvañ, M. Esteban Giner, L. Tomás Gil, A. Ragheb El Farra, L. Palacios Bou, M. Sanchís Moreno, I. Soler Beneyto y L. Olcina Tendo**

*Sección de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).*

**Objetivos.** Estimar el impacto que a corto plazo supone la hTAF detectada en la práctica clínica habitual de una población potencialmente de riesgo para su desarrollo como es la de un SMI.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de hTAF (presencia de este diagnóstico en el informe de alta hospitalaria CIE-9 458.29) atendidos en sala de hospitalización convencional por uno de los cinco internistas de nuestro hospital (305 camas) entre Mayo 2005 y Mayo 2007.

**Resultados.** De los 545 pacientes valorados 43 (7,9%) fueron diagnosticados de hTAF. Con una toma diaria de 1,9 ± 0,8 antiHTA (51% Diur, 44% Ca-Antag, 35% ARA II, 28% IECA, 19% a-Bloq., 16% b-Bloq), con un 70% con dos o más antiHTA. Había requerido ingreso hospitalario previo por mareo/inestabilidad/síncope el 30% (1, 2, 3, o 4 ingresos hospitalarios previos en el 17%, 8%, 2,5% y 2,5%). Han estado ingresados una media de 5,4 ± 3,9 días, habiéndose practicado 37 exploraciones de "alta tecnología" (TAC, RM...), todas ellas normales. Se identificaron complicaciones en un 54,7% de pacientes (hipoNa 25%, insuficiencia renal aguda 23%, fracturas 19%, hiperK 12%, hipok 7%, hiperNa 2,3%), siendo los factores de riesgo ser mujer (29,4% vs 69,2%, p = 0,027), presencia de LOD (71,4% vs 45,8%, p = 0,037) y la no toma de Ca-Antg. (p = 0,06) (Gráfico). Otros factores relacionados fueron PA menor (PAS/PAD Ingreso: 129,6 ± 31,3 / 61,4 ± 16,8 vs 137,9 ± 35,0 / 70,6 ± 20,9 mmHg, p = 0,731 / 0,304. PAS/PAD Media de ingreso: 127,6 ± 14,3 / 64,0 ± 13,9 vs 131,4 ± 24,7 / 71,6 ± 10,2 mmHg, p = 0,835 / 0,170. PAS/PAD MAPA: 125,5 ± 15,4 / 76,7 ± 12,3 vs 141,0 ± 15,3 / 86,5 ± 7,0 mmHg, p = 0,729 / 0,585) y mejor perfil lipídico (LDL: 94,2 ± 18,3 vs 174,0 ± 36,7 mg/dl, p = 0,0032. HDL: 65,5 ± 19,7 vs 54,0 ± 7,25 mg/dl, p = 0,585. TG: 87,3 ± 26,2 vs 130,0 ± 51,1 mg/dl, p = 0,154). Al alta hubo una reducción significativa (p < 0,0001) de fármacos y tomas respecto al ingreso de -2,5 ± 2,8 (Mediana: -3,0. Rango: 15) y -2,56 ± 3,6 (Mediana: -2,0. Rango: 15), sin diferencias estadísticas entre pacientes con o sin complicaciones.

**Discusión.** La hTAF supone un fuerte impacto sobre el estado de salud del paciente y consumo innecesario de recursos. Parece que el paciente más frágil ante una hTAF es mujer, con LOD, control más estricto de PA y perfil lipídico y uso de antiHTA no calcioantagonistas. Es llamativo el impacto negativo de los diuréticos, del que existe un inadecuado manejo, sobre de antialdosterónicos.

**RV-162**  
**POLIMORFISMOS GENÉTICOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

**E. Sánchez Ruiz-Granados, P. Sáez Rosas, J. Santos Morano, R. Fernández Parrilla, M. A. González Benítez, C. Bautista Vidal, M. Beltrán Robles, A. Grilo Reina.**

*Unidad de HTA. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.*

**Objetivos.** Los PPAR son genes que intervienen en la regulación de la glucosa, lípidos y metabolismo energético. Determinados polimorfismos están asociados con mayor riesgo para el desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones así como para el desarrollo de obesidad y otras enfermedades cardiovasculares. Nuestro objetivo es demostrar si determinados polimorfismos de los genes PPAR se asocian a la mayor tendencia a desarrollar enfermedades cardiovasculares.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio de cohortes prospectivo. De 1200 pacientes atendidos en la consulta de hipertensión se obtuvo el ADN en 300 de ellos. Se obtuvo 5ml de sangre periférica de



todos los pacientes para aislar el DNA germinal de los leucocitos. Investigamos la contribución a determinadas enfermedades cardiovascular de tres variantes en dos genes diferentes: PPAR G y PPAR D (miembros de la familia de los receptores activadores del proliferador de peroxisoma). En el análisis estadístico las variables cualitativas se miden en frecuencias y porcentajes y en el análisis inferencial la relación entre las variables se mide mediante tablas de contingencia y la prueba de  $\chi^2$ .

**Resultados.** No hemos obtenido diferencias significativas en cuanto al tipo de polimorfismo genético y la tendencia a padecer enfermedades tipo DM tipo 2 y sus complicaciones tanto microvasculares como microvasculares, obesidad, hiperlipemia, SAOS... Sólo en el caso de la obesidad las diferencias rozan la significación estadística. En el caso de la obesidad el fenotipo PPAR G CC aparece en un 17% en los no obesos y en un 83% siendo la  $p = 0.06$ .

**Conclusiones.** El presentar determinado polimorfismo genético predispone o bien supone un factor protector para el desarrollo de diferentes enfermedades así como fenotipos determinados. Conocer esta predisposición genética nos ayudaría para el diagnóstico y tratamiento precoz de determinadas enfermedades. En nuestro estudio no hemos obtenido las diferencias esperadas probablemente por escaso tamaño muestral. Sería además interesante conocer el genotipo de la población general ya que en este caso nos hemos basado en una muestra de hipertensos y esto quizá difiera de la población general.

---

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

---

### T-1 UNIDAD DE TROMBOSIS MULTIDISCIPLINAR, EN UN HOSPITAL COMPLEMENTARIO DE ÁREA Y DE REFERENCIA EN ONCOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

M. Peris<sup>1</sup>, A. Climent<sup>1</sup>, C. Vilar<sup>2</sup>, S. Molla<sup>2</sup>, M. Modesto<sup>1</sup>, M. Beltran<sup>1</sup>, F. Rios<sup>2</sup> y J. Llopis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** El Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, complementario de área y de referencia en Oncología y Psiquiatría, pone en marcha una Unidad de Trombosis Multidisciplinar. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE), es una importante causa de morbi-mortalidad y supone un considerable consumo de recursos. Los objetivos son diagnosticar y tratar sin demora las sospechas de ETE. Tratamiento y seguimiento de ETE ya diagnosticados. Evitar el ingreso, ser atendido con los mismos medios y sin demora en el tratamiento. Estudio de enfermedad neoplásica en pacientes con trombosis idiopáticas mayores de 50 años. Despijaje de trombofilia en menores de 50 años. Creación de protocolos diagnósticos, profilaxis y tratamiento de ETE consensuados con todas las especialidades implicadas. Crear base de datos de ETE en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Unidad Multidisciplinar, donde están implicados los Servicios de Hematología, Medicina Interna, Cirugía Vasculosa. Los Servicios de apoyo son el de Radiología (Eco Doppler y TAC helicoidal), Medicina Nuclear (gammagrafía), y Biología Molecular (estudio de trombofilia).

**Resultados.** Ante la sospecha clínica de ETE, desde cualquier Servicio del Hospital, incluido Urgencias, el paciente es remitido con Interconsulta al S. de Medicina Interna, siendo visto el mismo día, por Consulta de Alta Resolución (CAR) o Hospital de Día Médico (HDM). El Internista realiza anamnesis y exploración detallada, Test de Wells y clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP). Solicita analítica (Hemograma, coagulación, función renal y hepática y Dímero D), ECG, Rx Tórax y Eco Doppler, que se realizará el mismo día. Así mismo se solicitará a todos los pacientes TAC Helicoidal Pulmonar. Si se confirma diagnóstico de ETE inicia tratamiento médico con heparinas de bajo peso molecular y se remitirá a la Consulta de

Hematología para seguimiento. Si sospecha TEP, se procede a ingreso en el S. de M. Interna. Los pacientes menores de 50 años o con sospecha clínica se realizará despijaje de Trombofilia, en Consulta de Hematología. El seguimiento clínico será mensual, realizando ECO al 1er mes, si es negativa no se repite, si es positiva se repite mensualmente hasta ser negativa. Se realizan nuevos Dímero D antes de finalizar el tratamiento. Los pacientes mayores de 50 años o con sospecha clínica se realizará despijaje de neoplasia oculta, por CAR. Se les solicitará analítica amplia, eco abdominal a todos y según clínica pruebas oportunas complementarias (TAC, Endoscopias, RMN,...).

**Discusión.** Dadas las características de nuestro Hospital, en el que un elevado número de pacientes son oncológicos o quirúrgicos, se cree necesario la puesta en marcha de una Unidad específica para el diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de la ETE. Es importante una atención integradora, donde se unifique el trabajo y se aúnen las fuerzas para un mayor servicio y pueda consolidarse como una Unidad de referencia. Está demostrado que la creación de Unidades específicas multidisciplinares elevan los porcentajes de supervivencia y rebaja las complicaciones. Se ofrecen ventajas al paciente, evitando el ingreso, disminuye la ocupación de camas y permite un seguimiento de la enfermedad y la posibilidad de vigilar la aparición de complicaciones.

**Conclusiones.** 1. La Unidad de Trombosis precisa para su puesta en marcha una planificación efectiva de los procesos y también es necesario que los facultativos sepan reconocer los síntomas y signos para la detección precoz y necesidad de instaurar tratamiento con la máxima rapidez posible y evitar las complicaciones que de ello se derivan. 2. Para el buen funcionamiento de la Unidad de Trombosis se precisa colaboración y coordinación con los Servicios Centrales. 3. Señalar la importancia establecer protocolos consensuados con los distintos Servicios. 4. El trabajo Multidisciplinar debe aportar mayor eficiencia y satisfacción del usuario y profesionales.

### T-2 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR

L. Ramírez Relinque, B. Rodríguez Martín, G. Jarava Rol, J. Moreno, V. Rueda y J. Solera Santos

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** La embolia pulmonar (EP) es una urgencia médica. Tiene asociada una elevada mortalidad, aproximadamente el 30%. Por ello es importante el realizar un diagnóstico precoz y comenzar con el tratamiento adecuado. Por la importancia, gravedad y elevada mortalidad asociada al embolismo pulmonar (EP), surge la necesidad de conocer si existen factores que nos permitan conocer o predecir la evolución favorable o desfavorable del EP.

**Material y métodos.** Es un estudio retrospectivo que incluye todos los episodios de EP ocurridos durante el período de tiempo comprendido entre 1 de enero del 2003 hasta 31 de diciembre de 2004 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Todos los episodios fueron diagnosticados y confirmados tras la realización de TC multicorte de 16 filas de detectores. Se consideró diagnóstico de EP la presencia en el TC de un defecto de repleción de la arteria pulmonar en cualquiera de sus ramas. Se detectaron 84 casos. La información se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas. Se cumplimentó un protocolo en el que se recogían datos administrativos del paciente, demográficos, datos de comorbilidad. La presencia de antecedentes favorecedores para el desarrollo de EP, datos referentes a la sintomatología con la que debutó el episodio, exploración física y determinadas pruebas complementarias como la radiografía simple de tórax, la diferencia alveolo-arterial de O<sub>2</sub> (grad A-a O<sub>2</sub>), la puntuación en la escala de Wells, valores de laboratorio, electrocardiograma, ecocardiograma, eco-doppler de miembros inferiores, flebografía y gammagrafía de ventilación-perfusión. Por último se registraron los datos referentes al tratamiento y a la mortalidad.

**Resultados.** Durante el ingreso se registraron 7 casos (8.3%) de muerte relacionadas con el episodio agudo de EP. Al analizar los datos podemos afirmar que no se han encontrado diferencias significativas respecto a la edad, sexo y presencia o no de factores de riesgo asociados a ETE (enfermedad tromboembólica venosa) en los pacientes que fallecieron y en los que sobrevivieron al episodio de

EP. Al realizar el análisis multivariante por regresión logística binaria se obtuvieron como factores predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria: a) una puntuación en la escala de Wells mayor de 4, b) una diferencia alveolo-arterial de oxígeno (grad A-a  $O_2$ ) mayor de 43 mmHg c) la presencia de un dímero D (DD) mayor de 1500. El análisis multivariante demuestra que estas tres variables son independientes entre sí. Este modelo mostró una sensibilidad del 71%, una especificidad del 98%, con un valor predictivo positivo del 83% y un valor predictivo negativo del 97%.

**Discusión.** El EP es una urgencia médica. Corresponde a la tercera causa de mortalidad intrahospitalaria y en el 30% de los pacientes que sufren un episodio agudo el fallecimiento se produce en los primeros 30 días. Analizados los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos decir que existen factores predictores de mortalidad intrahospitalaria basados en variables clínicas y analíticas cuya presencia aumenta las posibilidades de una evolución desfavorable (exitus) del paciente a corto plazo. Los resultados obtenidos pueden ser de utilidad para el personal facultativo en la práctica clínica a la hora de conocer cuales son aquellos pacientes con un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria y aplicar las medidas asistenciales o terapéuticas más indicadas en cada caso.

**Conclusiones.** Las conclusiones principales de nuestro estudio son: 1. La presencia de un Dímero D mayor de 1500, un grad A-a  $O_2$  mayor de 43 mmHg y/o una puntuación en la escala de Wells mayor de 4 predicen un mayor riesgo de mortalidad a corto plazo en los pacientes con embolismo pulmonar. 2. Las tres variables según nuestro estudio son factores predictores de mortalidad y además son independientes entre sí. 3. Un mayor riesgo de fallecimiento a corto plazo es independiente de la edad del paciente, el sexo, los factores de riesgo de ETV asociados, los datos de comorbilidad y el tratamiento pautado.

### T-3 TELE-ICTUS. VALIDACIÓN DE LA ESCALA NIHSS A DISTANCIA

À. Pedragosa<sup>1</sup>, M. Ribó<sup>2</sup>, C. Molina<sup>3</sup>, F. Alonso<sup>1</sup>, C. Sanclemente<sup>4</sup>, M. Martín<sup>2</sup>, J. Álvarez-Sabin<sup>3</sup> y J. Brugués<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona). <sup>3</sup>Unidad Ictus - Servicio de Neurología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospital de Llobregat (L') (Barcelona).

**Objetivos.** La telemedicina pretende mejorar el tratamiento del ictus agudo en centros hospitalarios sin neurólogo de guardia. Estudiamos la capacidad diagnóstica en el ictus agudo de un sistema de telemedicina entre un hospital comarcal (HC) y un hospital de referencia (HR), y la concordancia de la exploración neurológica a través de la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Study) entre los dos exploradores (el médico de guardia del HC y el neurólogo del HR).

**Material y métodos.** Desde 1 enero de 2007 a 31 mayo 2008. Se activó el sistema de telemedicina (videoconferencia + transmisión neuroimagen) en 84 pacientes consecutivos que acudieron a Urgencias del HC con sospecha de ictus agudo. Se recogieron datos sobre el diagnóstico final y la puntuación en la exploración neurológica mediante la escala NIHSS "in situ" y a distancia. Se analizó la concordancia entre datos obtenidos por el médico del HC y el especialista a distancia del HR. Se realizó una encuesta de satisfacción entre el personal de guardia del HC (entre 11 médicos distintos de distintas especialidades).

**Resultados.** Tras la valoración telemédica se confirmó el diagnóstico de ictus en un 92% (77/84) de los casos. Los casos en los que no se confirmó el diagnóstico de ictus fue: 2,2% hemorragia intracranial, 2,2% hemorragia subdural, 1,1% tumor cerebral, 2,2% otras causas de focalidad neurológica. La concordancia en la escala NIHSS fue excelente (ICC = 0,986). La valoración global del médico en HC fue muy buena, considerando que le aportaba seguridad y era muy útil en el diagnóstico y en el tratamiento de esta patología.

**Conclusiones.** 1. La telemedicina permite realizar un diagnóstico rápido y minucioso de pacientes con ictus agudo convirtiéndose en una herramienta de gran utilidad tanto para el médico responsable

como para el paciente. 2. La elevada concordancia inter-explorador de la escala NIHSS (en la cabecera del enfermo y a distancia vía telemática) permite la validación mediante telemedicina de la versión española de esta escala.

### T-4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Ojeda Burgos, A. Hidalgo Conde, R. Arnedo Díez de los Ríos, M. Villalobos Hernández, A. Ferro Expósito, A. López Ruiz y A. Cuenca Guerrero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** 1. Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes que con más frecuencia desarrollan un hematoma de pared abdominal. 2. Conocer cuál es el enfoque terapéutico más frecuentemente empleado en este cuadro. 3. Saber cuántos de estos pacientes son manejados en un servicio de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes que han desarrollado un hematoma de pared abdominal en nuestro centro en el período de tiempo comprendido entre enero del año 2000 y febrero del 2008, utilizándose como criterio de búsqueda la presencia de palabras clave compatibles en el juicio clínico de los informe de alta. Se han analizado variables clínicas y epidemiológicas. Los resultados han sido analizados mediante el software estadístico Spss v 12.0 para Windows.

**Resultados.** Se han incluido un total de 11 pacientes. El 45,5% corresponden al período de tiempo comprendido entre enero del 2007 y febrero del 2008. El 91% eran mujeres. La edad media en el momento del hematoma fue de  $66 \pm 11$  años. El 63,6% eran hipertensos, el 63,6% obesos, el 54,5% presentaban fibrilación auricular y el 27,3% alguna valvulopatía. El 72,7% recibían fármacos anticoagulantes, el 12,5% a dosis profilácticas y el 87,5% a dosis terapéuticas. El 75% recibían anticoagulantes orales y el 25% heparinas de bajo peso molecular. La media de tiempo de anticoagulación fue  $7.2 \pm 9$  años. En el momento del hematoma encontramos los siguientes valores medios: INR  $2.96 \pm 1.7$  en los pacientes con anticoagulación oral, hemoglobina media  $10.8 \pm 2.27$  g/dl, hematocrito  $33.2 \pm 6.3$ . Los síntomas de debut fueron dolor abdominal en el 63,6%, y tumoración abdominal en el 36,4%. Diámetro medio del hematoma  $10.7 \pm 5.5$  cm. El factor precipitante más frecuente identificado fue la tos (54,5%). En el 36,4% no se identificó factor precipitante. El 45,5% de los casos fueron ingresados en Medicina Interna, el 45,5% en Cirugía y el 9,1% en otros servicios. El 80% de los casos detectados en el último año han sido ingresados en Medicina Interna. Estancia media 16 días. En todos los casos se realizó tratamiento conservador. Se realizó transfusión sanguínea en el 36,4%. Se utilizaron antibióticos en el 63,6%; piperacilina-tazobactam en el 57,1%, levofloxacino en el 14,3%, clindamicina en el 14,3% y cefotaxima en el 14,3%. Se realizó cirugía, por fallo del tratamiento conservador en 2 pacientes. En el 90,9% la evolución fue favorable. No hubo resolución completa en ningún paciente. El diámetro medio del hematoma al alta era  $7.3 \pm 2.8$  cm. Un paciente falleció durante el ingreso.

**Conclusiones.** 1. En nuestro medio el hematoma de pared abdominal es una patología infrecuente, aunque hemos observado un aumento importante del número de casos en el último año. 2. La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal tras un esfuerzo tusígeno con leve anemia. 3. El tratamiento conservador es el de elección, siendo la evolución favorable en la mayoría de los casos aunque la resolución completa es infrecuente. 4. La mayoría de los pacientes, en el último año, fueron ingresados en Medicina Interna.

## T-5

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (IR): COMPLICACIONES SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA (EP/TVP)**

**C. Falgà Tirado<sup>1</sup>, M. Monreal Bosch<sup>2</sup>, J. Capdevila Morell<sup>1</sup>, S. Soler<sup>3</sup>, R. Rabuñal<sup>4</sup>, J. Sánchez Muñoz-Torrero<sup>5</sup> y P. Gallego<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del S. A. S. la Línea de la Concepción. Línea de la Concepción (La) (Cádiz).

**Objetivos.** 1. Conocer las complicaciones de los pacientes con ETV y IR a los 90 días de tratamiento: Hemorragia grave, recidivas y mortalidad por EP y/o por hemorragia. 2. Analizar si existen diferencias en estas complicaciones según la presentación clínica de la ETV (EP/TVP).

**Material y métodos.** Se estudiaron las complicaciones del día 1-90 de tratamiento de los pacientes con ETV incluidos en el registro RIETE (Registro Informatizado de la Enfermedad TromboEmbólica). Los pacientes se clasificaron en dos grupos según la función renal calculada a partir del aclaramiento de creatinina (ClCr): ClCr < 30 ml/min y > 30 ml/min.

**Resultados.** De 18.251 pacientes diagnosticados de ETV de marzo 2001-2007, 1.037 (5.7%) presentaban ClCr < 30 ml/min. De estos pacientes, 579 pacientes tenían EP como forma clínica de presentación y 458 pacientes una TVP. Complicaciones: 1. Los pacientes con ETV en general y ClCr < 30 ml/min en relación al grupo con ClCr > 30 ml/min tuvieron a los 3 meses una incidencia superior de hemorragia grave (7,3% vs 2,1% OR:3.7; 95% IC:2.9-4.8), de mortalidad por hemorragia (2,2% vs 0,5% OR:4.6; 95% IC:2.8-7.2) y de mortalidad por EP (6,4% vs 1,1% OR:4.4). 2. Los pacientes con EP como forma de presentación y ClCr < 30 ml/min: 9% fallecieron de EP inicial, 2,2% fallecieron de recidiva de EP y un 1,6% de complicaciones hemorrágicas. Durante los primeros 15 días de tratamiento la incidencia de EP mortal fue 10 veces superior a la hemorragia mortal (10% vs 1%). Del día 16 al 90 la tasa de mortalidad por EP no fue significativamente superior a la mortalidad por hemorragia (1% vs 0,5%). La incidencia de hemorragia grave fue del 6,4% y la recidiva ETV de 2,8%. 3. Los pacientes con TVP y ClCr < 30 ml/min: Un 3,1% presentó hemorragia mortal y solo un 0,2% falleció por EP. Estas diferencias se mantuvieron en los dos periodos. La incidencia de hemorragia grave fue 4 veces superior a las recidivas (8,5% vs 1,7%).

**Discusión.** En este trabajo se demuestra que existen diferencias en las complicaciones según la forma de presentación clínica de la ETV (EP o TVP). En los pacientes con EP y ClCr < 30 ml/min en la fase aguda, la mortalidad por EP excede claramente a la mortalidad por hemorragia y por ello sería recomendable la heparina a dosis plenas. Después de la segunda semana hay un balance entre recidiva y sangrado y por ello se recomendaría AVK con estrecha monitorización. En los pacientes con TVP y ClCr < 30 ml/min la principal complicación es la hemorragia. En la fase aguda sería controvertido la determinación anti Xa para ayudar a disminuir el sangrado por HBPM. A partir de la segunda semana falta evidencia científica para valorar alternativas como estratificar riesgo de sangrado, INR estrecho, pautas de AVK de baja intensidad.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con ETV y ClCr < 30 ml/min presentaron a los 90 días una mayor incidencia de hemorragia grave y de mortalidad (global, por EP y por hemorragia). 2. Los pacientes con EP y IR grave presentaron en la fase aguda una mortalidad por EP 10 veces superior a la mortalidad por hemorragia. Del día 16-90 la mortalidad por EP es muy inferior y similar al sangrado. 3. Los pacientes con TVP y IR grave presentaron durante todo el periodo una mayor incidencia de hemorragia mortal y más baja mortalidad por EP.

## T-6

**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL COMARCAL 1999-2007: ETIOLOGÍA**

**F. Jiménez Bermejo<sup>1</sup>, T. Rubio Vela<sup>1</sup>, N. Fernández Martín<sup>2</sup>, C. González Rodríguez<sup>3</sup>, E. Martínez Martínez<sup>2</sup>, V. González Toda<sup>1</sup> y M. Cires Bezanilla<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna-Enfermería, <sup>4</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital García Orcoven. Estella/Lizarrá (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).

**Objetivos.** Conocer la etiología de los pacientes diagnosticados de TEP en nuestra Área de Salud

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados o valorados en la consulta externa del S<sup>o</sup> de Medicina Interna entre enero de 1999 y diciembre de 2007.

**Resultados.** 225 pacientes fueron diagnosticados de TEP con criterios clínicos, TAC o gammagrafía ventilación/perfusión desde enero de 1999 hasta diciembre de 2007. -Idiopáticos 30. -Oncológicos: 42; 18 digestivo, 9 pulmón, 6 hematológico, 2 ovárico, 1 tiroideo, 4 neurológico y 2 prostáticos. -Post-quirúrgico: 30; 8 cirugía abdominal, 11 traumatológica, 3 urológica, 2 vascular, 1 cardíaca y 5 ginecológica. -Sedentarismo: 83; 18 EPOC, 5 Obesidad, 1 diabetes, 5 Insuficiencia cardíaca, 8 fractura de cadera, 1 distrofia miotónica, 6 artrosis, 1 fiebre, 1 enolismo, 16 enfermedad vascular cerebral, 16 Alzheimer, 1 enfermedad inflamatoria intestinal crónica y 3 por edad. -Factores pro-coagulantes 57; 4 mutación del factor V de Leyden, 33 hiperhomocisteinemia, 7 déficit de proteína S, 1 anticardiolipina, 4 síndrome antifosfolípido, 5 relacionados con toma de anticonceptivos y 3 resistencia a la proteína C activada. -Otros: 2; 1 Síndrome de clase turista, 1 síndrome nefrótico.

**Conclusiones.** El sedentarismo fue la causa más frecuente de TEP en nuestros pacientes. Sin embargo en este grupo de casos, se observa la coexistencia de otros factores añadidos procoagulantes. Deberíamos revisar estos casos de años anteriores para evaluar bien su etiología. Los factores procoagulantes presentan un incremento de incidencia, probablemente por el estudio que se realiza de estos. La homocisteína, con alteración congénita o adquirida, es la más prevalente en nuestro medio. A pesar de la profilaxis en pacientes quirúrgicos, persiste alta incidencia en este grupo de pacientes. Otro grupo importante es el de pacientes oncológicos, aunque en nuestro medio su incidencia no es elevada.

## T-7

**VIRCHOW, TROUSSEAU, HOMANS, MANN: ALGO MÁS QUE EPÓNIMOS EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA**

**J. Montes Santiago**

Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Divulgación de ciertos aspectos relacionados con los personajes que dieron su nombre a epónimos aun hoy de amplio uso en relación con la enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

**Material y métodos.** Indagación patobiográfica en la vida y obra de tales personajes.

**Resultados.** Rudolf Virchow (1821-1902). Aunque no expresada de forma explícita tal como se concibe actualmente, en la década de 1850 el insigne patólogo alemán elabora su famosa "triada" patogénica de la ETV: estasis del flujo sanguíneo, anormal coagulabilidad y alteración de la pared vascular. Además Virchow también reconoció que trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar correspondían en realidad al mismo proceso patológico al demostrar en la autopsia la perfecta correlación entre los trombos encontrados en las venas profundas de la pierna y los émbolos alojados en los pulmones. Armand Trousseau (1801-1867). El signo de su nombre, designando a la tromboflebitis asociada a procesos malignos, con frecuencia como tromboflebitis migrans, puede deberle doblemente su designación pues, además de describir en la década de 1860 3 casos asociados a cáncer gástrico, uno de ellos en un colega profesor de la Facultad de Medicina de París, él mismo se diagnosticó dicho cuadro (tromboflebitis brusca en miembro superior izquierdo) y comprendió que estaba sentenciado, pues murió pocos meses después debido a



un cáncer gástrico. John Homans (1877-1954). Fue un cirujano que ejerció en Boston siendo Profesor de Cirugía en la Universidad de Harvard. En 1938 escribió un artículo sobre las tromboflebitis y sus causas y en 1942 el titulado "Diseases of the veins" en que describe, por vez primera, que el signo de la dorsiflexión dolorosa del pie que lleva su nombre, estaba presente en el 42% de sus 139 pacientes con TVP. Investigaciones posteriores demostraron, no obstante, que tal signo está presente entre el 8-56% de las TVP probadas y la opinión actual es que es sólo relativamente útil en su diagnóstico, debido a su escasa sensibilidad y especificidad. Homans fue así mismo pionero en reconocer el denominado posteriormente "síndrome de la clase turista" al diagnosticar en 1954 una TVP en un médico de 54 años, tras un vuelo de 14 horas entre Caracas y Boston. Thomas Mann (1875-1955). El escritor alemán, Nobel de Literatura en 1929 y autor de obras como *La Montaña Mágica* o *La Muerte en Venecia*, fue un enérgico opositor al régimen nazi, que le valió la pérdida de nacionalidad y el exilio en EEUU en 1938. En 1946 fue intervenido de un cáncer de pulmón con aparente curación completa. Su muerte se produjo a los 75 años debido a la rotura de una placa arteriosclerótica no aneurismática de la arteria iliaca izquierda, que ocasionó un gran hematoma y una TVP profunda por compresión de la vena iliaca homónima y que fue causante de la forma de presentación inicial, con dolor y tumefacción en la pantorrilla (signo de Thomas Mann). La heparina y descoagulantes administrados disolvieron el coágulo inicial provocando una hemorragia fatal.

**Discusión.** Recientemente se ha suscitado un vivo debate sobre la conveniencia de mantener los epónimos en Medicina (Should eponyms be abandoned? *BMJ* 2006; 335:424-5). Además de su frecuentemente difícil correcta adscripción, su escaso poder descriptivo o las discordancias entre países para la misma entidad, uno de los argumentos para abolir ciertos de ellos es el constatar que médicos tan conocidos como Wegener o Reiter estuvieron involucrados en alguna de las atrocidades cometidas por los autoridades nazis. Sin embargo, en el caso de Mann, que se opuso decididamente a ellas, esa sería una razón, precisamente, para conservarlo. La opinión generalizada es que, en Medicina, al igual que otras ciencias (ley de Boyle, número de Avogadro, etc.) es que muchos de ellos persistirán vigentes durante un tiempo prolongado.

**Conclusiones.** Aunque la tendencia actual es utilizar términos descriptivos para definir las entidades morbosas, el tiempo ha consagrado el uso de los epónimos citados y que han contribuido a perpetuar el recuerdo honroso de los personajes que les dieron origen.

## T-8

### ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MEDICINA INTERNA

X. Solanich Moreno<sup>1</sup>, A. Simonetti<sup>1</sup>, <sup>1</sup> Cabello Zamora<sup>1</sup>, A. Fité Gallego<sup>2</sup>, A. Romera Villegas<sup>3</sup>, E. Pina Pascual<sup>4</sup>, A. Riera Mestre<sup>1</sup> y R. Pujol Farriols<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicios de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Vascular, <sup>4</sup>Servicio de Hematología - Hemostasia. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L') (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características clínicas, los factores de riesgo y evolución de los pacientes atendidos por enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en una Consulta específica de Medicina Interna en un hospital universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de una muestra de pacientes atendidos en una Consulta de Medicina Interna especializada en el estudio y control de la ETV. Dicha Consulta forma parte de una Unidad Funcional multidisciplinar, junto con los Servicios de Cirugía Vascular, Hematología-Hemostasia y Neumología. Se incluyeron los pacientes atendidos en dicha Consulta de forma consecutiva durante un período de seis meses (de diciembre de 2007 a Mayo de 2008). Se recogieron datos demográficos, clínicos, factores de riesgo para ETV y exploraciones complementarias, así como su evolución. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 100 pacientes con ETV. La edad media de los pacientes fue de 53 años. El 49% eran de sexo masculino. Se realizó determinación de D-dímero al 76% de los pacientes, resultando positivo en todos ellos. A todos los pacientes se les practicó además una ecografía doppler. El 21% de los pacien-

tes presentaban un tromboembolismo pulmonar (TEP) en el momento del diagnóstico (el 50% de los cuales sin TVP objetivada). El 83% tenían TVP en extremidades inferiores (51% izquierda, 28% derecha y 4% bilateral) y el 7% en extremidades superiores (solo 2 de ellos con neoplasia después de finalizar el estudio). El 61% de los pacientes presentó un evento tromboembólico idiopático, mientras que en el resto, los factores favorecedores de trombosis más frecuentes fueron la inmovilización y los fármacos (especialmente los anticonceptivos orales). En 57 pacientes se pudo finalizar el estudio de riesgo tromboembólico, resultando negativo en el 39% de éstos. En el 61% restante, se ha encontrado algún factor protrombótico, siendo el más frecuente la detección de trombofilia primaria (sobre todo las mutaciones heterocigotas A1691G del Factor V y G20210A del Factor II). La causa secundaria más frecuente resultó la neoplasia (sobre todo pulmonar y de colon). La mortalidad global fue del 2%.

**Conclusiones.** 1.- La mayoría de eventos tromboembólicos resultaron idiopáticos, del resto los factores de riesgo más frecuentes fueron la inmovilización y la toma de determinados fármacos (sobre todo los anticonceptivos orales). 2.- En los pacientes con TVP en EESS, la neoplasia asociada fue minoritaria. 3.- Las enfermedades protrombóticas más frecuentes diagnosticadas durante el seguimiento fueron los déficits de Factor V y II, y de las secundarias, la enfermedad neoplásica.

## T-9

### TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: 1999-2007

T. Rubio Vela<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>1</sup>, N. Fernández Martín<sup>2</sup>, F. Jiménez Bermejo<sup>1</sup>, E. Martínez Martínez<sup>2</sup> y V. González Toda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna-Enfermería. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrar (Navarra).

**Objetivos.** Revisión de los pacientes diagnosticados de TEP en nuestro medio que han sido tratados de forma ambulatoria

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de TEP tratados ambulatoriamente desde el año 1999 al 2007.

**Resultados.** Entre enero de 1999 y diciembre de 2007, fueron diagnosticados de TEP 225 pacientes según criterios de TAC, Gamagrafía ventilación/perfusión o clínicos (trombosis venosa profunda con síntomas/signos pulmonares). En 57 casos (25.33%) se decidió tratamiento ambulatorio precoz, desde el área de Urgencias, consulta externa o tras un período inferior a 24 horas de ingreso. La distribución por años fue: 1999: 0; 2000: 1; 2001: 3; 2002: 5; 2003: 7; 2004: 6; 2005: 9; 2006: 12; 2007: 14 Criterios de selección: -Diagnóstico de TEP. -Edad mayor de 18 años. -Estabilidad hemodinámica (clínica, ecocardiograma). -Posibilidad de tratamiento ambulatorio con apoyo familiar. -Cercanía a centro de Urgencias. -Ausencia de otras patologías que requieran ingreso. -Función renal normal y hemograma normal -Ausencia de riesgo de sangrado. -No necesitar realizar otras exploraciones complementarias (endoscopias, cirugía, punciones...). No se observaron diferencias en cuanto a morbi-mortalidad

**Conclusiones.** -El tratamiento ambulatorio de pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar en un grupo seleccionado de pacientes debe ser considerado a día de hoy. -La Implantación de Hospitalización a Domicilio puede incrementar el número de pacientes a incluir en este grupo. -La adecuada información tanto del médico como de enfermería contribuye a un mayor control ambulatorio de este grupo de pacientes -Creemos que deben realizarse estudios a gran escala para determinar el grupo de pacientes a tratar de forma ambulatoria

### T-10 DELIRIO EN EL ANCIANO: OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA EMBOLIA PULMONAR

M. Carrascosa Porras, M. Méndez Batán, M. Fernández-Ayala Novo, I. Abascal Carrera, M. Cano Hoz, J. Saiz de Quevedo, M. Valiente Millán y N. Pin Vieito

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria).

**Objetivos.** Análisis de los casos de embolia pulmonar (EP) en ancianos diagnosticados en el Hospital de Laredo cuya forma de presentación fue un síndrome delirante.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con delirio como forma de presentación clínica de la EP atendidos en nuestro centro durante el período enero 2003- diciembre 2007. Para la inclusión como caso debían cumplirse las siguientes condiciones: (1) edad igual o superior a 65 años, (2) presencia de los criterios de delirio indicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, año 2000), (3) gammagrafía pulmonar o angioTAC torácico diagnósticos de EP (en el caso de la gammagrafía, hallazgos de alta probabilidad) y (4) resolución del delirio tras el inicio del tratamiento anticoagulante.

**Resultados.** En el período referido se diagnosticaron 215 casos de EP. En 5 de ellos el delirio fue la forma de debut clínico (2.30% de los casos totales). Dos pacientes eran mujeres y tres eran hombres, con una edad media de 76.2 años (extremos, 72 y 85 años). Cuatro enfermos ingresaron en 2003 y uno en 2007. En un caso había antecedente reciente de fractura de cadera, en otro de intervención de cataratas y en un tercero de exacerbación aguda de EPOC; además, en dos pacientes existía un leve deterioro cognitivo de base. Se apreciaron confusión y agitación en 4 pacientes, confusión sin agitación en 1 y alucinaciones visuales en 2. Por otro lado, sólo dos enfermos presentaban disnea coincidiendo con el delirio, incluyendo el paciente con EPOC. El intervalo entre el inicio del cuadro delirante y el diagnóstico de EP fue < 24 h en 3 pacientes, 19 días en 1 y 28 días en otro. En el momento de la sospecha diagnóstica de EP el dímero D estaba elevado (> 0.5 mg/L) en los 4 pacientes en quienes se solicitó y la pO<sub>2</sub> era < 60 mmHg en 4 pacientes (en otro, la pO<sub>2</sub> era > 60 mmHg y el dímero D 0.65 mg/L; esta paciente presentó delirio con alucinaciones visuales y EP bilateral). No se objetivó hipotensión arterial ni se solicitó ecocardiograma en ningún caso. En cuatro enfermos se realizó gammagrafía (EP bilateral en 3 casos y EP derecha en 1) y en uno angioTAC (EP bilateral). Los 5 pacientes recuperaron su situación neurológica basal a los 2-5 días del inicio del tratamiento anticoagulante (dalteparina sc y acenocumarol). Ninguno de los enfermos volvió a presentar delirio tras el alta hospitalaria. Finalmente, dos pacientes fallecieron, a los 4 meses y a los 2 años del alta, respectivamente, por causa no determinada.

**Discusión.** El delirio es un estado confusional agudo que refleja con frecuencia una insuficiencia global del metabolismo cerebral, relacionada con múltiples etiologías. Sus características principales son trastorno del nivel de conciencia y déficit de atención, cambios cognitivos o trastornos de la percepción, inicio agudo y curso diario fluctuante y presencia de datos indicativos de que el cuadro está originado por una enfermedad orgánica, intoxicación o efecto secundario medicamentoso. Tanto la prevalencia de delirio en el momento de la admisión como su incidencia durante la hospitalización varían según los estudios, situándose la primera en un 14-24% y la segunda en un 6-56%. Aunque la hipoxia es uno de los factores precipitantes de delirio, resulta muy infrecuente que se mencione en la bibliografía o que el clínico se plantee la posibilidad diagnóstica de EP como causa del mismo (debido a la hipoxemia arterial que puede provocar). Otros dos mecanismos para explicar por qué la EP podría desencadenar delirio serían bajo gasto cardíaco e hipotensión arterial sistémica (EP masiva) y producción de embolismos cerebrales paradójicos a través de un foramen oval permeable. Estas dos últimas circunstancias no se dieron/investigaron en nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Creemos que la EP debe considerarse como otra causa adicional de delirio en el anciano. Específicamente y en nuestra experiencia, la asociación de hipoxemia y variante psicomotora hiperactiva del delirio debiera hacer pensar en la posibilidad de EP como origen del mismo. El tratamiento anticoagulante resulta eficaz en este contexto, con rápida resolución del cuadro delirante.

### T-11 EMBOLISMO PULMONAR: LA ÚLTIMA BAJADA DE TELÓN PARA ORSON WELLES, JACQUES TATI, MARIO LANZA Y DAN BLOCKER

J. Montes Santiago

Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Un embolismo pulmonar (EP) acabó con la vida de estos conocidos actores y también directores cinematográficos (los dos primeros). Aquí se destacan algunos de los aspectos patobiográficos que marcaron sus vidas.

**Material y métodos.** Indagación biográfica y patobiográfica en la vida de dichos protagonistas.

**Resultados.** Orson Welles (1915-1985). Dotado de un talento precoz, y nacido en una familia con antecedentes de desequilibrios mentales y alcoholismo, que Orson también heredaría, este actor, guionista y director eclosionaría en la escena americana con la versión radiofónica de La Guerra de los Mundos que aterrizó a América en 1938. Tras dicho impacto, rueda Ciudadano Kane (1941), basada en la vida del magnate WR Hearst. Tras ella se suceden títulos clásicos como La Dama de Shanghai (con su esposa Rita Hayworth), Sed de Mal o las geniales aproximaciones a Shakespeare (Otelo, Campanadas a medianoche, etc.). Con la dirección coexistiría su faceta como actor, la mayor parte de las veces para financiar sus proyectos, pero dejando interpretaciones tan memorables como en El tercer hombre. Los últimos años de su vida se vieron jalonados por trastornos derivados de la cardiopatía isquémica en relación con el tabaquismo empedernido, el excesivo enolismo y su obesidad mórbida. Tales trastornos, un perfeccionismo enfermizo y dificultades financieras provocaron un sinfín de proyectos inacabados. A ello se añadió una flebitis que junto con un infarto de miocardio y un EP causaron su muerte a los 70 años. Sus cenizas fueron depositadas en Ronda (Málaga). Jacques Tati (1907-1982). Este gran cómico francés es conocido principalmente por su despistado y entrañable personaje Monsieur Hulot que le valió el Premio del Jurado en el Festival de Cannes (1958). Realizó las películas Las vacaciones de M. Hulot (1953), Mi Tío (1958), Play Time (1967) y Trafic (1971). Tras un tiempo retirado y cuando rodaba la película Confusión (1982) presentó un EP y muerte súbita a los 75 años. Mario Lanza (1921-1959). Aunque este actor estadounidense, de ascendencia italiana, es conocido por su brillante carrera como tenor, su fama se debe principalmente al haber encarnado en la pantalla al también famoso Enrico Caruso. Tras este éxito comenzó una carrera cinematográfica, en general mediocre, lo cual le ocasionó una profunda depresión y alcoholismo. Aunque se recuperó, hizo memorables grabaciones y recibió ofertas para cantar en las principales óperas italianas, su salud se deterioró profundamente desarrollando tromboflebitis, hipertensión, neumonía e infarto de miocardio. Sus excesos gastro-nómicos y su obesidad motivaron que se sometiera a una drástica dieta adelgazante cuyo componente principal eran prolongados períodos de inmovilidad y sedación. Ello pudo ser determinante en el EP que provocó su fallecimiento a los 38 años. Dan Blocker (1938-1972). La fama le llegó a este actor norteamericano al encarnar a Hoss Cartwright (el gordo y afable Hoss) en la serie televisiva Bonanza, emitida ininterrumpidamente durante 14 años. Su muerte a los 43 años, debido a un EP en el postoperatorio de una colecistectomía, supuso también la retirada de la serie tras su muerte.

**Discusión.** El EP fatal que acabó con la vida de tales personajes resulta paradigmático para mostrar alguna de las múltiples facetas asociadas con este proceso. Así en Welles coexistió con comorbilidades como cardiopatía isquémica y obesidad, en Lanza probablemente fue precipitado por la inmovilidad asociada a dietas adelgazantes radicales, con cierta similitud con las recientes muertes producidas tras cirugía bariátrica, en Blocker, también obeso, la muerte se produjo 2 años antes de que un estudio multinacional demostrara la efectividad de profilaxis con heparina a baja dosis en procesos postoperatorios de riesgo y en Tati el EP se presentó como evento inesperado al debutar como muerte súbita.

**Conclusiones.** El fallecimiento de estos conocidos actores y directores cinematográficos como consecuencia de un EP es una imagen altamente expresiva de las múltiples caras de este frecuentemente mortal proceso.

**T-13****ETV EN ESGUINCES DE TOBILLO**

**J. Gutiérrez Guisado<sup>1</sup>, A. Erice Calvo-Sotelo<sup>1</sup>, R. Valle Bernad<sup>2</sup>, J. Lobo García<sup>3</sup>, J. Sahuquillo Llamas<sup>4</sup>, E. Cisneros de la Fuente<sup>5</sup> y A. Ruiz Gamietea<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monográfico Asepeyo de Traumat. Cirugía y Rehabilit. Coslada (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** 1. Describir las características clínicas de los casos de ETV (Enfermedad Tromboembólica Venosa) en estos pacientes, con esguinces de tobillo previo. 2. Analizar los distintos factores de riesgo para ETV.

**Material y métodos.** El estudio se realizó, extrayendo los casos de ETV en pacientes con esguinces de tobillo del registro del RIETE, que es una base de datos de pacientes con ETV confirmada con una prueba diagnóstica y con seguimiento de al menos 3 meses.

**Resultados.** Nuestra población está constituida por 61 casos de esguinces de tobillo con ETV. El 52% son varones, con una edad media de 48 años. El 83% de los pacientes tienen un peso inferior a 65 kg. El porcentaje de enfermedades previas oscila entre el 1.64% y el 3.28%. El 21% habían recibido profilaxis. El 64% habían estado inmovilizados durante 1-4 semanas. La trombofilia se presenta en el 16%. La prevalencia de EP y TVP simultánea fue del 14.75%, siendo la prevalencia de embolia de pulmón del 8.20% y la de la trombosis venosa profunda del 77% (proximal el 69%). El tratamiento se realizó en el momento agudo con HBPM en el 96% y en la fase de mantenimiento con anticoagulantes orales en el 82%. No hubo complicaciones en ninguno de los casos.

**Discusión.** La utilización de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) se incluyen en las guías de profilaxis tromboembólica en la cirugía ortopédica mayor desde hace tiempo. En el caso de los traumatismos aislados de la extremidad inferior (EI), sin fracturas no está clara la indicación de profilaxis tromboembólica. Por ello, dado que nosotros hemos encontrado 61 casos de ETV en relación con esguinces de tobillo inmovilizados, sin factores de riesgo para ETV significativos, proponemos en estos casos una profilaxis tromboembólica universal.

**Conclusiones.** 1. Los factores de riesgo habituales de ETV, en este grupo de pacientes no tienen una prevalencia significativa. 2. En este grupo de pacientes con traumatismos menores de la EI, es el propio traumatismo menor junto con la inmovilización, el factor de riesgo más importante que no necesita asociarse a otros factores de riesgo conocidos para ETV, para provocar el evento tromboembólico venoso. 3. La ETV en este tipo de traumatismos de la EI, tiene buen pronóstico. 4. Por ello sugerimos la utilización de las HBPM de forma universal, en este tipo de traumatismos a los que se les inmoviliza, como profilaxis de la ETV.

**T-14****TROMBOSIS DEL EJE ESPLENOPORTAL. UNA SERIE DE 6 AÑOS**

**F. Fernández Fernández, L. González Vázquez, R. Puerta Louro, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Rivo y J. De la Fuente Aguado**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La trombosis del eje esplenoportal se define como la obstrucción parcial o total de la luz del sistema venoso portal. Representa un factor de riesgo adicional de morbimortalidad debido a la inevitable consecuencia sobre la anatomía del hígado. Se clasifica en base a su forma de presentación en aguda y crónica. El objetivo del presente estudio es describir los factores epidemiológicos, características clínicas y evolución de una serie de pacientes con trombosis portal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes ingresados en el hos-

pital POVISA desde enero/02 hasta diciembre/07 con el diagnóstico, tanto principal como secundario, de trombosis portal. Se consideró la trombosis portal como aguda cuando existió dolor abdominal y ausencia de cavernomatosis en las pruebas de imagen, excluyendo para el estudio de estos pacientes la presencia de cirrosis o neoplasia.

**Resultados.** Se identificaron 49 pacientes, 34 varones y 15 mujeres, con una edad media de 65 años. La trombosis se presentó de forma aguda en 12 pacientes. Las causas más frecuentes de la trombosis fueron la presencia de un cáncer en 26 pacientes (hepatocarcinoma en 17), seguida de la cirrosis (6) e infección (5); en 6 pacientes fue idiopática. El estudio de factores protrombóticos únicamente detectó un paciente con hipercoagulabilidad. Los síntomas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron dolor abdominal y ascitis. La trombosis se localizó más frecuentemente en la vena porta principal, si bien frecuentemente se vio afectado todo el eje esplenoportal, y fue completa en 43 pacientes. Se evidenciaron varices esofágicas o gastropatía de la hipertensión portal en 16 pacientes. Existieron complicaciones relacionadas con la trombosis en 5 pacientes (hemorragia digestiva, infarto intestinal, absceso hepático e hipertensión portal). Se empleó anticoagulación en 8 pacientes con trombosis portal aguda, y se confirmó la recanalización de la trombosis en 4 (uno de ellos no anticoagulado). La mortalidad total fue del 59%, relacionada con la presencia de una neoplasia subyacente.

**Discusión.** La trombosis portal es una entidad con múltiples etiologías. Es importante diferenciar los casos de trombosis aguda, ya que podrían beneficiarse de un tratamiento anticoagulante. En nuestro caso, y probablemente por el escaso número de pacientes con trombosis aguda, la anticoagulación no mejoró la recanalización de las venas obstruidas, aunque sí podría haber evitado la extensión de la trombosis. El tratamiento anticoagulante en los pacientes con pileflebitis parece no aportar mayor beneficio. La realización de un estudio prospectivo multicéntrico es fundamental para aclarar el mejor tratamiento de estos pacientes.

**Conclusiones.** La mayoría de las trombosis portales se producen en pacientes con cáncer y/o cirrosis subyacente. La aparición de complicaciones relacionadas con la trombosis es infrecuente. Los pacientes con trombosis portal aguda tienen un tratamiento y pronóstico diferente, consiguiéndose la recanalización completa hasta en un 40% de los casos.

**T-16****UTILIZACIÓN DEL "DÍMERO D" EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**J. Vázquez Labrador, G. García García, R. Álvez Pérez, M. Lobo Pascua, G. Guerrero Barrero y D. Magro Ledesma**

Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** ¿Se determina de forma adecuada el Dímero D en los pacientes ingresados en nuestro servicio?. Consideraremos determinación adecuada del DD cuando tengamos un cuadro clínico compatible y una probabilidad pretest baja según la escala de Wells.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna desde el 1 de enero del 2008 hasta el 30 de Marzo del 2008, mediante la revisión de los informes de alta y éxitus se seleccionaron aquellos pacientes a los que se les determinó el Dímero D al ingreso; su determinación se consideró adecuada cuando el paciente presentaba un cuadro clínico compatible y una probabilidad pretest baja de padecer un TEP según la escala de Wells.

**Resultados.** De los 92 pacientes revisados, 44 eran varones (47,8%) y 48 mujeres (52,2%), con una media de edad de 75,3 años. La estancia media fue de 11,22 días. El motivo de consulta más frecuente fueron los síntomas de infección respiratoria (43,5%), seguido de la disnea en un 26,1%, menos frecuentes fueron: síncope 5,4%, dolor torácico pleurítico 4,3%, dolor anginoso 3,3%, palpitaciones y hemoptisis en un 2,2%. A la exploración física el 52,2% de los enfermos presentaba taquipnea, un 50% crepitantes bibasales y fiebre el 29,3%, tan sólo el 3,3% presentaba signos de TVP. Se diagnosticaron al alta 10 casos de TEP (7 TEP y 3 TEP con TVP en miembros inferiores), en todos ellos el Dímero D fue positivo, aunque sólo en



4 casos estaba indicada su determinación. El diagnóstico más frecuente es la Infección respiratoria 42,2%, seguido de la ICC 20,7%, Ictus 6,5%, Síncope 1,1% y otros diagnósticos 18,5%. El Dímero D resultó positivo en 11 casos de Insuficiencia Cardíaca, 25 infecciones respiratorias, 6 casos de ictus y en 13 casos con otros diagnósticos. La determinación del Dímero D no estaba indicada en 65 enfermos (70,7%), resultando además positivo en la mayoría, 42 pacientes. El Dímero D fue positivo en 65 enfermos (70,7%), estando indicada su determinación en 23 de los casos, y negativo en 27 pacientes (29,3%), sólo en 4 estaba indicada la determinación del parámetro. Todos los casos de TEP se diagnosticaron mediante el TAC con protocolo de arterias pulmonares, se realiza un total de 34 TAC, no evidenciando TEP en 24. Se realiza una única gammagrafía de ventilación-perfusión que resulta de alta probabilidad. El ecocardiograma muestra hipertensión pulmonar y signos de sobrecarga derecha en todos los casos de TEP (10,9%), no se realiza en el 67,4%, en el 19,6% muestra otras alteraciones y es normal en el 2,2%. El Doppler de miembros inferiores muestra trombosis venosa profunda en 3 casos, no se realiza en el 84,8%, y es normal en el 13%. No es preciso realizar ninguna arteriografía pulmonar.

**Discusión.** El interés de la determinación del Dímero D es poder excluir el diagnóstico de embolismo pulmonar ya que presenta un gran valor predictivo negativo, aunque nunca de forma aislada, siempre debemos asociarlo a la sospecha clínica. Así, si el valor del Dímero D es bajo y la sospecha clínica es baja nos permitirá excluir el diagnóstico de TEP y no sería necesario realizar otras pruebas complementarias. En nuestro estudio podemos observar como al 70,7% de los pacientes se les solicita el Dímero D sin indicación clínica, resultando positivo en la mayoría (42 enfermos) puesto que se trata de un parámetro muy sensible pero poco específico, elevándose en otras circunstancias como se comprueba en nuestro análisis, consecuencia directa es la realización de forma innecesaria del TAC con protocolo de arterias pulmonares para confirmar el supuesto TEP, incrementando el gasto sanitario y sometiendo al enfermo a una radiación importante y al riesgo de nefropatía por contraste.

**Conclusiones.** La determinación del Dímero D de forma indiscriminada sin tener una sospecha clínica, a partir de una clínica compatible y una determinada probabilidad pretest, conlleva la realización de pruebas complementarias innecesarias que suponen un incremento importante del gasto sanitario y un riesgo para el paciente.

#### T-17

##### PROTOKOLO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON DEBUT DE TVP. DESCRIPCIÓN DE 70 CASOS

**D. Piñar Cabezas, E. Caro Martínez, M. García Sánchez, R. Martínez Goñi, F. Almazán Costa, J. Cama, R. Sánchez y A. Tello Valero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*

**Objetivos.** La incidencia de ETV se estima en 1-2 casos por cada 1000 habitantes y año. La tasa de recidiva de trombosis venosa profunda (TVP) tras un primer episodio es alta, sobre todo en pacientes con factores de riesgo como pueden ser el cáncer y trastornos protrombóticos hereditarios. Un punto fundamental es el seguimiento del paciente tras el episodio de trombosis. Este seguimiento permitiría la identificación de pacientes con bajo y alto riesgo de recidiva, basándonos en diferentes parámetros clínicos, analíticos y en pruebas de imagen que se irían realizando de forma reglada y que permitirían la identificación de pacientes con bajo riesgo de recidiva que se podrían beneficiar de un tratamiento anticoagulante más corto. El tratamiento anticoagulante no está exento de complicaciones, por lo que decidir la duración óptima del mismo y valorar el beneficio-riesgo en cada paciente es fundamental para minimizar las complicaciones. El objetivo de este estudio es proponer un modelo de seguimiento del paciente con TVP, realizando diversas pruebas que puedan ayudarnos en la estratificación del paciente según el riesgo de recidiva.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo donde se recogen todos los primeros episodios de TVP, con o sin TEP asociado, diagnosticados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante desde enero del 2006 hasta enero del 2008, así como el seguimiento posterior de los mismos. El diagnóstico se realizó

mediante eco-doppler, TC o gammagrafía de perfusión y el tratamiento se iniciaba con HBPM para posteriormente pasar a anticoagulación oral durante un mínimo de 6 meses. El protocolo de seguimiento incluye reevaluación clínica y analítica a los 3, 6, 12 y 18 meses, así como la realización de pruebas de imagen de control a los 6 meses y de estudios de hipercoagulabilidad.

**Resultados.** Desde enero 2006 hasta enero 2008 fueron diagnosticados 70 primeros episodios de trombosis venosa profunda de los que 8 presentaban embolismo pulmonar asociado. En el 11,4% la TVP se localizaba en miembros superiores. Durante el seguimiento un 50% de los pacientes a los que realizó estudio de hipercoagulabilidad presentaron alteraciones (6 pacientes presentaban alteración en varios factores), un 23% síndrome postflebitico y un 24% alteraciones en el eco-doppler o en la gammagrafía de perfusión que se realizaron a los 6 meses. Casi todos los pacientes recibieron tratamiento anticoagulante durante un mínimo de 6 meses y ninguno de ellos sufrió recidiva de la ETV durante el seguimiento.

**Conclusiones.** Realizar un protocolo de seguimiento en los pacientes con ETV puede ayudar a la toma de decisiones en cuanto a la duración del tratamiento anticoagulante, ya que nos permite identificar pacientes con alto y bajo riesgo de recidiva.

#### T-19

##### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASOCIADO A NEOPLASIA: REVISIÓN DE TRES AÑOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**M. Martín Fortea<sup>1</sup>, M. Callejo Plazas<sup>1</sup>, B. De Escalante Yangüela<sup>1</sup>, J. Valle Puey<sup>1</sup>, V. Garcés Horna<sup>1</sup>, S. Olivera González<sup>1</sup>, M. Aibar Arregui<sup>1</sup> y M. Del Pino Jiménez<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Codificación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Determinar la incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) asociado a neoplasia en los pacientes ingresados en nuestro servicio, así como las manifestaciones clínicas, procedimiento diagnóstico, evolución y mortalidad.

**Material y métodos.** Se ha realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HCU. Lozano Blesa de Zaragoza, entre 2005 y 2007, con el diagnóstico de TEP. Se han registrado los siguientes datos: edad, sexo, motivo de consulta, pruebas analíticas, electrocardiograma, radiografía de tórax, pruebas diagnósticas, presencia de metástasis y su localización, y evolución posterior.

**Resultados.** Se registraron 163 casos de TEP. La media de la edad fue de 77,2 años. El 50,3% fueron mujeres. De ellos 14 (10,4%) fueron diagnosticados de neoplasia. En el 50% de los casos se hallaron metástasis: hepáticas: 21,4%; pulmón y pleura: 7,14%, cerebro: 7,14%, suprarrenal: 7,14%, peritoneo: 7,14%. La clínica de presentación fue: disnea (42,8%), dolor torácico (21,4%), síncope (14,2%), y otros síntomas sugestivos de neoplasia. Se realizó dímero D en el 64,3%, con un valor medio de 3606 mcg/L. El 35,7% mostraron alteraciones electrocardiográficas y el 64,1% presentó anomalías en la Rx de tórax. En el 42,8% se objetivó trombosis venosa profunda de extremidades inferiores en ecodoppler. Para el diagnóstico se realizó TC torácico de alta resolución al 78,5%, encontrándose signos compatibles con TEP en todos ellos e imágenes neoplásicas en el 42,8%. En 5 pacientes (35,7%) se realizó gammagrafía V/Q, que resultó de alta probabilidad. Un paciente precisó arteriografía con colocación de filtro de cava. 9 pacientes fueron diagnosticados de neoplasia y TEP en el mismo ingreso, y 5 ya presentaban neoplasia previa. 2 pacientes fueron tratados por su neoplasia, 7 recibieron tratamiento paliativo, y 5 fallecieron durante el ingreso.

**Discusión.** El TEP puede ser la primera manifestación de una neoplasia oculta; los pacientes con cáncer presentan un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar eventos tromboembólicos. Como ocurre en nuestra serie, la histología más frecuente es adenocarcinoma, siendo la localización más común el pulmón y el colon. En el 50% se constató la presencia de metástasis al diagnóstico, coincidiendo con otros estudios. No obstante la coexistencia de TEP y neoplasia es baja, por lo que sólo realizamos búsqueda exhaustiva de neoplasia en aquellos casos en los que la sospecha clínica era muy sugerente de malignidad.

**Conclusiones.** -El 10,4% de los pacientes con diagnóstico de TEP

presentó neoplasia asociada. -La estirpe celular más frecuente es adenocarcinoma, especialmente de pulmón y colon. -En casos de TEP sólo debe realizarse búsqueda de neoplasia si existe alta sospecha de malignidad.

#### T-21

### USO DEL FILTRO DE CAVA RETIRABLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y CONTRAINDICACIÓN PARA LA ANTICOAGULACIÓN

F. Martín Martos<sup>1</sup>, Á. Blanco Molina<sup>1</sup>, L. Zurera<sup>2</sup>, J. Criado García<sup>1</sup>, M. González Padilla<sup>1</sup>, J. Ogea García<sup>1</sup>, R. Fernández de la Puebla<sup>1</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** El filtro de cava retirable es una alternativa terapéutica cuando la anticoagulación está contraindicada en los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV). El manejo de estos dispositivos aún no está estandarizado en las recomendaciones actuales. El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia de los filtros de cava retirables, y la introducción progresiva del tratamiento anticoagulante con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en enfermos con una contraindicación temporal de la anticoagulación.

**Material y métodos.** Se estudiaron 10 pacientes diagnosticados por métodos objetivos de ETV. En cinco casos no se pudo iniciar el tratamiento anticoagulante o hubo de retirarse por presentar una hemorragia activa (hematoma cerebeloso, hematuria, 2 hematoquecias, sangrado en rodilla tras prótesis articular) con edad media de  $60.8 \pm 9.25$  años. En cinco enfermos se suspendió la terapia para ser sometidos a una cirugía mayor (peritonectomía, metastasectomía hepática, carcinoma de ciego y 2 meningiomas), con edad media de  $48.8 \pm 7.72$  años. Los tipos de filtros fueron Günther tulip (8 casos) y Optease de cordis (2 casos).

**Resultados.** La retirada del filtro se intentó entre los días 9 y 14 de su colocación, y se realizó con éxito en 7 casos. En los tres restantes no pudo ser retirado por presentar un trombo atrapado en el filtro (1 enfermo) o un trombo "flotante" en la cava inferior (2 casos). El tratamiento con HBPM se introdujo progresivamente tras la colocación del filtro, y la velocidad de incremento de las dosis estuvo en relación con la causa de la contraindicación y con el riesgo hemorrágico individual. En el momento del intento de la retirada del filtro nueve pacientes recibían dosis plenas de HBPM y sólo uno era tratado con dosis intermedias (50% de dosis total). No hubo complicaciones hemorrágicas en ninguno de los casos.

**Conclusiones.** El uso de filtros de cava retirables y la introducción progresiva del tratamiento con HBPM puede ser una buena alternativa para los enfermos con ETV y una contraindicación temporal de la anticoagulación. Esta modalidad terapéutica permite ganar días de plazo para alejarnos del evento hemorrágico o quirúrgico y poder introducir de forma progresiva la HBPM hasta alcanzar dosis intermedias o plenas, dependiendo del riesgo de sangrado individual.

#### T-22

### INDICACIONES DE IMPLANTACIÓN DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR EN H.G.U.A.

J. Almazán Costa y R. Sánchez Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

**Objetivos.** Describir las indicaciones de implantación de filtros de vena Cava y su evolución

**Material y métodos.** Se revisan historias clínicas de pacientes ingresados en Hospital General Universitario de Alicante en los que se implantó un FVCI desde enero 2003 a enero 2008. Se analizan variables demográficas, epidemiológicas, clínicas y evolutivas así como tipo de filtro implantado.

**Resultados.** Se analizaron 16 pacientes durante el período establecido. La edad media fue de 62 años (rango 32 - 85 años), 9 eran mujeres (56.2%) y 7 varones (43.7%). Las indicaciones de implantación fueron: 1.- Contraindicación para anticoagulación por hemorragia cerebral y riesgo de sangrado en 6 pacientes (37.5%), 2.-

Contraindicación para anticoagulación por sangrado digestivo activo en 4 pacientes (25%), 3.- Enfermedad tromboembólica venosa pese a correcto tratamiento anticoagulante en 3 pacientes (18.75%), 4.- Cirugía oncológica que contraindica anticoagulación por ETV en 2 pacientes (12.5%), 5. Trombos flotantes y compromiso de función pulmonar en 1 paciente (6.25%). En 6 pacientes se implantó filtro definitivo tipo Braun y en 10 pacientes un filtro temporal tipo Gunther - Tulip (62.5%), de los cuales fueron retirados 2 de ellos y en 4 no fue posible su extracción. No se produjeron complicaciones en la técnica en ningún caso. 14 pacientes siguen vivos y 2 fallecieron.

**Conclusiones.** La implantación de filtros de Cava es una técnica segura en determinados pacientes. La implantación sigue teniendo el problema de su extracción posterior, siendo imposible en gran cantidad de casos, pudiendo convertirse en un problema a largo plazo o los propios del tratamiento anticoagulante.

#### T-23

### ¿DÓNDE BUSCAMOS NEOPLASIA OCULTA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA?

E. Vizueté Arévalo<sup>1</sup>, J. Trujillo-Santos<sup>2</sup>, P. Román<sup>3</sup>, R. Sánchez<sup>4</sup>, G. Tiberio<sup>5</sup> y M. Monreal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Requena. Requena (Valencia). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Identificar las localizaciones más frecuentes de neoplasia detectada posteriormente al diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes del registro RIETE.

**Material y métodos.** RIETE es un registro de pacientes consecutivos con ETV aguda sintomática, confirmada con métodos Objetivos. Se analizan las neoplasias que se detectaron durante los 12 meses posteriores al ingreso por ETV.

**Resultados.** De un total de 23.128 pacientes con ETV se detectaron 363 neoplasias, 196 en varones y 167 en mujeres. En hombres las localizaciones más frecuentes fueron el pulmón (43 pacientes) y la próstata (43), seguido del colon (17), neoplasias hematológicas (15) y estómago (11). En mujeres las más frecuentes fueron el colon (30 pacientes), páncreas (19), pulmón (15), neoplasias hematológicas (15), mama (14) y carcinoma de origen desconocido (13).

**Discusión.** El 44% de los varones con neoplasia oculta la tenían en el pulmón o la próstata. En mujeres en cambio las localizaciones están más repartidas, aunque predomina el colon.

**Conclusiones.** En los varones con ETV sin motivo aparente se debería considerar la posible neoplasia oculta en pulmón o próstata. En las mujeres las localizaciones son más diversas.

#### T-25

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

A. Iglesias Olleros<sup>1</sup>, E. Fernández Bouza<sup>1</sup>, T. Cainzos Romero<sup>1</sup>, E. Solla Babio<sup>1</sup>, M. Maceiras Castiñeira<sup>2</sup>, S. Pintos Martínez<sup>1</sup>, C. Sixto Carreira<sup>2</sup> y P. Sesma Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Nova Santos. Ferrol (A Coruña).

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que han sido atendidos en una consulta específica de enfermedad tromboembólica (ETV) en el Área Sanitaria de Ferrol en el último año. Sentar las bases para posteriores estudios prospectivos

**Material y métodos.** Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en una consulta de enfermedad tromboembólica (ETV) entre Mayo del 2007 y Mayo del 2008. Todos los pacientes habían sufrido trombosis venosa profun-

da (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP) o ambos.

**Resultados.** Se evaluaron 121 pacientes. De ellos 56 eran varones y 65 mujeres, con rango de edad de 17-92 años y media de 59 para hombres y 58 para mujeres. El debut fue extrahospitalario en 114 pacientes e intrahospitalario en 6. Los pacientes se remitieron a la consulta desde Atención Primaria (7), Urgencias (16), Hematología (5) o áreas de hospitalización (93). Procedían de hospitalización médica 88 enfermos y quirúrgica 5. Realizaban profilaxis con heparina de bajo peso molecular (hbpm) 13 de ellos. La forma de presentación fue trombosis venosa profunda (TVP) en 71 casos, tromboembolismo pulmonar (TEP) en 31 y TVP más TEP en 13. Dentro de la TVP la presentación más frecuente fue en miembros inferiores (MMII) 68 casos, vena yugular en 2 y cava en 1. Predominó la afectación proximal en MMII con 59 casos frente a distal 22 casos. Como factor desencadenante se registró: inmovilismo (51), cirugía (20), fármacos (11), traumatismo (7), enfermedad médica aguda (6), embarazo o puerperio (4) y ninguno (37). La técnica quirúrgica más asociada a ETV fue traumatológica en extremidad inferior (50%). Los fármacos asociados fueron anovulatorios (8) y tamoxifeno (3). Entre los factores de riesgo persistentes se hallaron: edad mayor de 60 años (71), obesidad (21), trombofilia (27), neoplasia (18), ETV previa (12) y otras (5). Los estados pretrombóticos detectados fueron: hiperhomocisteinemia 17, factor V Leiden heterocigoto 3, mutación en G20210A 4, déficit de proteína C 4 y otros 3. Se trataron con heparina de bajo peso molecular (hbpm) seguida de acenocumarol 103 pacientes, 10 con hbpm, 2 con heparina intravenosa seguida de acenocumarol y no consta en 6.

**Discusión.** No se observa diferencia de edad en la afectación por sexos. La mayor parte de los pacientes sufren ETV en el ámbito extrahospitalario. Un escaso número de enfermos realizan profilaxis de ETV a pesar de la presencia de factores de riesgo. La TVP en MMII es la forma de presentación más frecuente de la enfermedad. El inmovilismo es el factor de riesgo desencadenante más frecuente y la cirugía el segundo en frecuencia. Entre los factores de riesgo permanentes la edad es el más prevalente, seguido de obesidad.

**Conclusiones.** Los pacientes suelen sufrir ETV en el ámbito extrahospitalario, con inmovilismo y cirugía como principales factores desencadenantes. Debemos reconsiderar nuestra actitud en cuanto a la recomendación de profilaxis con hbpm en domicilio, ya que solo un pequeño número de estos pacientes la recibían. La edad avanzada y la obesidad son frecuentes entre los pacientes que sufren ETV.

**T-26 ESTUDIO DE TROMBOFILIA EN PACIENTES CON OSTEO-NECROSIS MÚLTIPLE**

**G. Espinosa<sup>1</sup>, J. Gómez-Puerta<sup>2</sup>, P. Peris<sup>2</sup>, J. Reverter<sup>3</sup>, J. Monteagudo<sup>3</sup>, D. Tàssies<sup>3</sup>, N. Guañabens<sup>2</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** La osteonecrosis múltiple (ONM) se caracteriza por la afectación de 3 o más localizaciones óseas. Diversos estudios han descrito la presencia de trombosis en la microcirculación ósea.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de factores trombofílicos en una serie de pacientes con ONM.

**Material y métodos.** Se revisaron los registros clínicos de los pacientes con ONM que han sido atendidos en los servicios de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes durante los últimos 20 años. En la mayoría de los pacientes se realizó un estudio de coagulación que incluyó el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina activada, el fibrinógeno, la actividad de la antitrombina, la proteína C, la proteína S total y libre, el plasminógeno, el anticoagulante lúpico (AL), los anticuerpos anticardiolipina (aCL), la resistencia a la proteína C activada, la mutación del gen de la protrombina G20210A y la actividad del factor VIII.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 18 pacientes (11 hombres) con una edad media de 49 ± 16 años (rango 25-76). En total se observaron 90 localizaciones de ON, con una media de 5.0 ± 1.2 por paciente (rango 3 a 7). Las principales articulaciones afectadas fueron caderas (78%), rodillas (61%) y hombros (39%). Se realizó el estudio de coagulación en 13 de los 18 pacientes, encontrando al menos una alteración en 7 (54%) pacientes (Tabla). Cinco (38%) pacientes tenían un aumento en la actividad del factor VIII (VN 65-135%), aunque en sólo 3 casos el aumento fue muy marcado (> 190%). Los anticuerpos antifosfolípidicos (AFF) fueron positivos en 4 (30%) pacientes.

**Conclusiones.** Más del 50% de los pacientes con ONM presenta un factor protrombótico en el estudio de coagulación, principalmente AAF y/o un aumento de la actividad del factor VIII. Es recomendable realizar un estudio de trombofilia en todos los pacientes con este proceso.

**T-27 ALTERACIONES NEUROLÓGICAS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO**

**R. Pinuaga Orrasco, C. Martínez Caballero, J. Churruga Sarasqueta, E. Luna Heredia, E. García Delgado y J. Ruiz Galiana**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).

**Objetivos.** Revisión de las manifestaciones neurológicas observadas en pacientes con diagnóstico de síndrome antifosfolípido (SAF), y de las recomendaciones actuales de manejo terapéutico.

**Material y métodos.** Revisamos la casuística de SAF con clínica neurológica en nuestro centro en los últimos 10 años.

**Resultados.** Ver tabla (LES: Lupus eritematoso sistémico. ACL: AcposAnticardiolipina. AL: Anticoagulante lúpico A 2-GP-I: Acpos. Anti 2-Glicoproteína I. AAS: Ácido acetilsalicílico. ACO: Anticoagulación oral)

**Discusión.** El SAF se define por la combinación de fenómenos tromboticos y la presencia de anticuerpos antifosfolípido (Ac. AFL). En él es habitual la afectación neurológica, con disociación clinicoradiológica, lo que junto con los riesgos de la anticoagulación, dificulta la decisión sobre el tratamiento óptimo. Es posible que la presencia de anticoagulante lúpico y de más de un Ac. AFL positivo confiera un mayor riesgo de lesiones encefálicas. No hay dudas en la recomen-

Tabla 1. Características clínicas y factores protrombóticos de los pacientes con osteonecrosis múltiple (T-26).

Caso	Edad/ Género	Enfermedad de base	Nº de ON	Factor protrombótico
1	43/F	EPOC	5	
2	33/M	Trasplante hepático	6	AL
3	76/F	Dermatomiositis	4	FVIII elevado
4	27/M	Trasplante médula ósea	6	FV Leiden
5	72/F	Dermatomiositis	4	FVIII elevado
6	43/M	VIH	6	AL, aCL IgG
7	55/M	Trasplante médula ósea	6	
8	59/M	Trasplante renal	5	
9	28/M	Linfoma linfoblástico	5	
10	49/M	Prolactinoma/SAF primario	7	aCL IgG
11	54/M	Mastocitosis	3	
12	47/M		3	
13	49/M	VIH	6	AL, aCL IgG, FVIII elevado



Tabla 1. Casos clínicos (T-27).

AP	Clínica	RMN	LAB.	Tratamiento	Evolución
Mujer 50 años LES Trombopenia Abortos repetición	Cefalea Alteraciones amnésicas Síncope	RMN: Lesiones puntiformes hiperintensas bihemisféricas	ACL + AL +	AAS 100 mg Prednisona Posterior: Prednisona 60 mg AAS 100 mg Rituximab	8 años Rechazó ACO Resolución Rituximab
Mujer 34 años LES	Amaurosis fugax	RMN: normal	ACL + IgG IgM AL +	Ninguno Posterior: ACO	4 años Resolución amaurosis
Mujer 50 años LES Sjögren Cirrosis biliar primaria	Cefalea Alteraciones amnésicas Crisis focales	RMN: Lesión hiperintensa sustancia blanca frontal derecha	ACL + IgM AL +	AAS 100 mg Azatioprina 100 mg Posterior: ACO Azatioprina 100 mg Antiepilépticos	5 años Ausencia de crisis Mejoría cefalea
Mujer 31 años SAF primario	Cefalea Afectación VI, VII y VIII pares craneales derechos	RMN: Normal	ACL + IgG, IgM AL + ABS-GPI	Ninguno Posterior: AAS 100 mg	2 años Escasa mejoría

dación de anticoagulación en los casos de enfermedad recurrente, no así en la prevención primaria de episodios trombóticos en pacientes asintomáticos sin evidencia de lesiones vasculares, en los que tampoco está demostrado el beneficio de la antiagregación.

**Conclusiones.** Al igual que en el resto de casos de SAF sintomáticos, la ACO es el tratamiento de elección de las manifestaciones neurológicas de esta entidad. En los casos de SAF secundario, y quizás en el futuro en el SAF primario, puede resultar fundamental el tratamiento inmunosupresor.

### T-28

#### PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Ruiz Chicote, M. Bruscas Aljarde, E. González Higuera, M. Pérez Pinar, T. Cámara González, M. Ruiz Ribó, J. Nieto Rodríguez y grupo español ENDORSE  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca.

**Objetivos.** Conocer la proporción de pacientes con riesgo de ETV ingresados en nuestro hospital y la proporción que reciben profilaxis adecuada de acuerdo con las guías de la American College of Chest Physicians (ACCP) 2004, como parte del grupo de estudio ENDORSE español.

**Material y métodos.** Se revisaron todas las camas del hospital, aunque sólo se evaluaron plantas médicas y quirúrgicas de pacientes agudos. Se excluyeron las plantas de psiquiatría, pediatría y urgencias, así como los pacientes menores de 18 años de las plantas quirúrgicas y los menores de 40 años de las plantas médicas. La extracción de los datos se realizó en un solo día. Se recogieron datos demográficos, diagnósticos, factores de riesgo de ETV (definidos en las guías de la ACCP) y de sangrado, días de estancia hospitalaria y tipo de profilaxis de la ETV (definida en las guías de la ACCP).

**Resultados.** El total de pacientes ingresados fue de 364, de ellos 221 fueron incluidos en el estudio, de los cuales 125 (56.6%) tenían riesgo de ETV, 44 (65.7%) del subgrupo de pacientes quirúrgicos y 81 (52.6%) de pacientes médicos. Dentro de la población de riesgo el 60% eran hombres y la mediana de edad 78 años. Los principales factores de riesgo en los pacientes médicos antes del ingreso fueron la enfermedad pulmonar crónica y la obesidad, y en los pacientes quirúrgicos la obesidad. Los factores de riesgo durante el ingreso eran el reposo absoluto, inmovilización parcial con desplazamiento al cuarto de baño, ingreso en UCI y utilización de los catéteres venosos centrales. Del total de pacientes en riesgo, 87 (69.6%) recibieron profilaxis de acuerdo con las recomendaciones de la ACCP. De estos, 32 (72.7%) eran pacientes quirúrgicos y 55 (67.9%) pacientes médicos. Casi el 100% de los pacientes con cirugía traumatológica y

el 92% con cirugía digestiva recibían profilaxis para ETV. En los pacientes médicos, la aplicación de profilaxis oscilaba entre el 81.6%, en pacientes con infecciones respiratorias, y el 50% en pacientes con neoplasias malignas y enfermedades reumatológicas o inflamatorias. La heparina de bajo peso molecular fue el anticoagulante más usado, mientras que la profilaxis mecánica (medias elásticas de compresión gradual) se usó solo en el 1.2% de pacientes. La profilaxis con anticoagulantes estaba contraindicada en 10 (12.3%) pacientes médicos y 6 (13.6%) quirúrgicos.

**Conclusiones.** Casi una tercera parte de los pacientes ingresados a riesgo de ETV no recibe la profilaxis recomendada por las guías de la ACCP, por lo que existe un amplio margen de mejora en cuanto a la correcta aplicación de la misma. Las medidas físicas de profilaxis son infrutilizadas, incluso en los pacientes en los que la anticoagulación está contraindicada.

### T-29

#### UNIDAD DE TROMBOSIS MULTIDISCIPLINAR. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA

M. Peris<sup>1</sup>, A. Climent<sup>1</sup>, C. Vilar<sup>2</sup>, S. Molla<sup>2</sup>, M. Modesto<sup>1</sup>, M. Beltrán<sup>1</sup>, F. Rios<sup>2</sup> y M. Miquel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** Diagnosticar y tratar sin demora las sospechas de ETEV de todo el hospital. Tratamiento y seguimiento de ETEV ya diagnosticados. Evitar el ingreso en pacientes subsidiarios de ser atendidos en la Unidad, con los mismos medios y sin demora en el tratamiento. Estudio de enfermedad neoplásica en pacientes con trombosis idiopáticas mayores de 50 años. Despistaje de trombofilia en pacientes menores de 50 años. Despistaje de tromboembolismo pulmonar (TEP) asociado a TVP. Despistaje de Tromboembolismo pulmonar silente. Creación y puesta a punto de protocolos diagnósticos, profilaxis y tratamiento de TVP consensuados con todas las especialidades implicadas. Creación y puesta a punto de protocolos diagnósticos, tratamiento y seguimiento de TEP consensuados con todas las especialidades implicadas. Crear base de datos de ETEV en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo con un período observacional de 1 año (1 Junio 2007 al 1 Junio 2008). Las variables analizadas son: edad, sexo, procedencia, días de demora, confirmación ETEV, eco doppler, Dímero D, clínica TEP, angiotac, estudio de trombofilia, enfermedad oncológica activa. Se dispone de una consulta de Hematología, una de Alta Resolución (M. Interna), y un Hospital de Día Médico. El personal asignado son 2 médicos Internistas, 2 Hematólogos, 1 Neumólogo y 2 enfermeras. Los Servicios de apoyo son el Servicio de Cirugía Vasculat, Servicio de

Radiología (Eco Doppler y TAC helicoidal), Medicina Nuclear (gammagrafía de ventilación/perfusión), y Biología Molecular (estudio de trombofilia). El Internista realiza anamnesis completa y exploración detallada, Test de Wells y clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP). Solicita analítica (Hemograma, coagulación, función renal y hepática y Dímero D), ECG, Rx Tórax y Eco Doppler, que se realizará el mismo día. Así mismo se solicitará a todos los pacientes AngioTac pulmonar.

**Resultados.** En 1 año de la UTM se han visto 77 pacientes, 45 hombres y 32 mujeres. La edad media fue de 64 años. Todos fueron vistos en el día. La procedencia del paciente fue desde distintas especialidades: Oncología 56, Urgencias 6, UHD 2, M. Interna 3, Cirugía 8, Cardiología 2. Se procedió al ingreso hospitalario en todos los sospechosos de TEP, en la 1ª visita fueron 2 y en la 2ª sin clínica pero con Angiotac de TEP fueron 6. Se realizaron 5 estudios de trombofilia siendo 2 positivos. Todos tenían DD elevados. Se confirmaron ETEV con eco doppler en 58 pacientes. En 5 casos a pesar de eco negativa se realizó el tratamiento por alta sospecha clínica. En el 82% de los pacientes remitidos se diagnosticó ETEV. En el 88% los pacientes tenían enfermedad oncológica activa.

**Discusión.** Dadas las características de nuestro Hospital, en el que un elevado número de pacientes son oncológicos o quirúrgicos, se cree necesario la puesta en marcha de una Unidad específica para el diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de la ETEV. Es importante una atención integradora, donde se unifique el trabajo y se aúnen las fuerzas para un mayor servicio y pueda consolidarse como una Unidad de referencia.

**Conclusiones.** 1. Durante el primer año la recogida de los datos no ha sido completa. Así mismo no se han podido detectar todos los pacientes con ETEV del hospital. 2. La Unidad de Trombosis precisa para su puesta en marcha una planificación efectiva de los procesos para el buen funcionamiento es necesario que los facultativos sepan reconocer los síntomas y signos para la detección precoz, se precisa de la colaboración y coordinación con los Servicios Centrales. 3. Señalar la importancia de descartar clínica sospechosa de TEP. Destacar el TEP silente asociado a estos pacientes. 4. La necesidad de crear una base de datos adecuada para el seguimiento y control de estos enfermos y poder realizar estudios estadísticos de mayor envergadura.

### T-30

#### ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y TROMBOFILIA

**E. Fernández Bouza<sup>1</sup>, A. Iglesias Olleros<sup>1</sup>, B. Vázquez Vázquez<sup>1</sup>, S. Pintos Martínez<sup>1</sup>, L. Vilariño Maneiro<sup>1</sup>, M. Maceira Castiñeiras<sup>2</sup>, T. Cainzos Romero<sup>1</sup> y P. Sesma Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña).

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de aquellos pacientes que sufren enfermedad tromboembólica (ETV) en relación con trombofilia.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que acudieron entre Mayo 2007 y Mayo 2008 a una consulta de enfermedad tromboembólica (ETV), tras haber sufrido un episodio. Entre ellas, se seleccionaron aquellos casos en los que se consideró indicado practicar un estudio de trombofilia, y cuyo resultado fue patológico.

**Resultados.** Se evaluaron 121 pacientes que habían sufrido algún tipo de enfermedad tromboembólica (ETV). Entre aquellos a los que se les realizó un estudio de trombofilia, se obtuvo un resultado anómalo en 27 enfermos. Fueron mujeres 14 y hombres 13. El rango de edad fue de 17-74 años para las mujeres, con una media de 51, y de 31-74 para varones, con una media de 50 años. La localización de la enfermedad fue: Trombosis venosa profunda (TVP) en 16 pacientes, con afectación proximal en 10 y distal en 6; Tromboembolismo pulmonar (TEP) en 6 enfermos, y TVP más TEP en 5. Entre los pacientes que sufrieron TVP asociada a TEP, tuvieron localización proximal 4 y distal 1. Como factor desencadenante del episodio no se encontró ninguno en 8 casos, se asoció a disminución de la movilidad en 10 enfermos, a fármacos (Anovulatorios en todos los casos) en 5 (mujeres con edades entre 17 y 39 años) y

a cirugía en 4. Entre las alteraciones observadas en el estudio de trombofilia se vieron hiperhomocisteinemia en 17 pacientes (con mutación MTHFR heterocigota en 11, homocigota en 4 y no se especifica en 2 casos); déficit de proteína C en 4; Mutación G20210A en 4; Factor V Leiden heterocigoto en 3; Síndrome antifosfolípido en 2 y otros en 1. En 5 pacientes coincidían dos de estas alteraciones.

**Discusión.** Entre los pacientes analizados, no se observan diferencias en cuanto a afectación por sexos, siendo también similar la media de edad. La manifestación más frecuente es la de TVP. Entre los pacientes que sufren TEP asociado a TVP, la localización de ésta es proximal en la gran mayoría de enfermos. La disminución de movilidad es el factor desencadenante más frecuente. Entre las mujeres jóvenes, los anovulatorios son un desencadenante frecuente. La hiperhomocisteinemia es la anomalía que se observa en la mayoría de casos, fundamentalmente por mutación heterocigota de MTHFR; de todos modos, las características del estudio no nos permiten valorar si estos pacientes sufren más ETV que la población que carece de dicha mutación.

**Conclusiones.** La presentación de la ETV en la mayoría de los casos en forma de TVP. En el caso de TEP asociado a TVP, esta suele ser proximal, como se describe en la literatura. La hiperhomocisteinemia es la anomalía asociada a ETV con más frecuencia entre los pacientes con estudio de trombofilia patológico. Los anovulatorios son un factor desencadenante frecuente entre las mujeres jóvenes.

### T-31

#### FILTRO DE CAVA EN EL MANEJO DE LA ETV AGUDA: REVISIÓN DE 31 PACIENTES

**I. Calatayud, F. Puchades, E. Lluch, M. Faus, O. Viana, E. Saro, J. Todolí y J. Calabuig**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Los filtros de cava están indicados en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) para evitar el embolismo pulmonar cuando la anticoagulación está contraindicada. Existen pocos estudios y por tanto poca evidencia en la que basarse para indicar cuándo, cómo y en qué pacientes usar estos filtros (tanto transitorios como permanentes). Nuestro objetivo con esta revisión es: conocer las características clínicas y epidemiológicas de la cohorte de pacientes en la que se ha indicado el uso de un filtro de cava en nuestro hospital en los últimos años, y revisar las indicaciones y los resultados del filtro de cava en la prevención del tromboembolismo pulmonar.

**Material y métodos.** Revisión de nuestro registro prospectivo de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa atendidos en nuestro centro desde el año 2000. Analizamos los pacientes en los que se indicó la colocación de un filtro de cava. En el registro se incluíamos datos epidemiológicos, clínicos y de exploraciones, así como el tratamiento y la evolución de los pacientes. Se realizó un análisis comparativo de los pacientes con ETV en función de si habían precisado la implantación del filtro (grupo 1) o no (grupo 2). El estudio estadístico se realizó mediante el test  $\chi^2$  para las variables cualitativas y el U-Mann Whitney para las cuantitativas.

**Resultados.** Presentamos 31 pacientes con edades entre 18 y 87 años, media de 63 años. 18 pacientes eran hombres y 12 mujeres. Del total, 14 ingresaron a cargo de nuestro servicio (10 por ETV y 4 por otro motivo) y en los otros 13, el internista actuó como consultor. Las peticiones de consulta provinieron en 9 ocasiones de Neurocirugía, y en una ocasión de los servicios de Cardiología, Nefrología, Traumatología y Digestivo. La estancia media fue de 29 días. La trombosis se localizó en todos los casos en miembros inferiores, siendo bilateral en 5 pacientes. Hubo 1 poplítea, 23 proximales y 7 proximales con extensión a cava. En 5 pacientes se produjo un tromboembolismo pulmonar (4 confirmados y uno probable) previo a la colocación del filtro. 17 de los pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular. 29 de los 31 pacientes presentaban factores de riesgo de ETV: inmovilización en 19 pacientes, cirugía en 11, traumatismo en 4, 4 pacientes con hormonoterapia, 2 con accesos femorales, una trombofilia confirmada, 2 pacientes con compresión venosa extrínseca y 2 que habían realizado un viaje prolongado. El filtro de cava se indicó por necesidad quirúrgica en 10 pacientes

y por cirugía reciente en 7. En 5 pacientes fue por progresión de la trombosidad a nivel proximal a pesar del tratamiento y en otros 8 por hemorragia secundaria a anticoagulación (4 digestivas, una rectorragia, una metrorragia y 2 hematomas). Se indicó también en 3 paciente con trombosidad previas, complicadas con embolia pulmonar. En el análisis comparativo realizado con el grupo sin filtro, encontramos que los valores de hemoglobina e Índice de Quick eran menores en los pacientes con filtro y que estos pacientes presentaban mayores cifras de leucocitos y de D-dímeros de forma significativa. No encontramos diferencias en la edad media, el peso, la frecuencia cardiaca, las cifras de creatinina o las plaquetas. Si hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar los factores de riesgo para ETV (mas factores predisponentes en el grupo 1, con filtro.  $p < 0,001$ ) y la necesidad de transfusión por hemorragia (más frecuente en el grupo 1,  $p < 0,0001$ ). También encontramos diferencias en la extensión de la trombosidad: más frecuencia de bilateralidad ( $p < 0,0001$ ) y de extensión a cava ( $p < 0,001$ ), así como más necesidad de tratamiento crónico en el grupo del filtro de cava. Finalmente, encontramos diferencias en la frecuencia de TEP y de éxitus, siendo mayor de forma significativa en el grupo con filtro ( $p < 0,011$  y  $< 0,015$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes en los que se usó el filtro de cava como prevención del embolismo pulmonar, presentaban en general una trombosidad más extensa y una evolución peor. Se trata de pacientes con enfermedad de base más grave y con mayor frecuencia de complicaciones como la hemorragia o el TEP, así como desenlace fatal.

### T-32 TEP EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**M. Matía Sanz, M. Sánchez Marteles, M. Torralba Cabeza, R. Pelayo Cacho, L. Clavel Conget, C. Gómez del Valle, B. Amores Arriaga y J. Pérez Calvo**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Evaluar estancia media y mortalidad del tromboembolismo pulmonar (TEP) en un hospital de tercer nivel y aproximar mediante ellos los costes de hospitalización de este proceso.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar no masivo durante el período 2005-2007 en el servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Para ello, se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en dicho período y se realizó análisis estadístico con Excel.

**Resultados.** El número total de tromboembolismos pulmonares en el período 2005-2007 en el servicio de Medicina Interna fue de 163 casos con estancia media de 13,87 días y mortalidad de 16,76%. La edad media de los pacientes fue de 76 años con un 44,17% de varones y un 55,8% de mujeres. Si nos centramos en el año 2007 el número de TEP en nuestro hospital supuso un total de 138 altas, de las cuales 60 (43,47% del total) se recogieron en el servicio de Medicina Interna. La edad media de los pacientes fue de 76 años, el 40% fueron varones y el 60% mujeres. La estancia media fue 15,23 días y la mortalidad 18,33%. De los 60 casos 4 se asociaron a neoplasia maligna. En los años 2005 y 2006 el número total de casos de TEP en el servicio de Medicina Interna fue de 59 y 44 con una estancia media de 11,91 y 14,47 días y un 20,33% y 11,63% de mortalidad respectivamente.

**Discusión.** El tromboembolismo pulmonar constituye un proceso grave de difícil diagnóstico que con frecuencia pasa desapercibido y causa importante morbimortalidad. Su incidencia se estima en torno a un caso por cada 1.000 personas y año y es responsable de estancias medias prolongadas y elevado coste sanitario. Según el Instituto Nacional de Salud el impacto de esta patología en nuestro medio se refleja en los datos del CMBD de los hospitales del Insalud. En el año 2000 el GRD 78 "embolismo pulmonar" supuso 2.228 altas totales (el 0,19% del total) con una estancia media bruta de 12,70 días (depurada de 11,59 días) y ajustada por grupo de hospitales.

13,31 días (grupo 4) con una mortalidad del 6,91%. El coste por proceso se estimó en 393.224 euros resultando un coste total de 612.643.749 euros. El análisis de estos datos en la Comunidad Autónoma de Aragón obtenidos del CMBD del año 2001 reflejó 193 altas (0,16% del total) con una estancia media de 14,98 días (depurada de 13,73 días) y una mortalidad de 11,91%. Al comparar

estos datos con los obtenidos en nuestro hospital (perteneciente al grupo 4) se observa una estancia media y mortalidad superior a la media española y a la de nuestra comunidad. Además se observa una tendencia a aumentar la estancia media cada año, hecho que produce una elevación de los costes importante. Estas diferencias en los resultados podrían explicarse en gran parte, como consecuencia de una considerable variabilidad clínica que existe en el manejo de este proceso. Existe una variabilidad justificada de la práctica clínica como consecuencia de la individualidad de cada caso clínico pero otra variabilidad no justificada que se deriva fundamentalmente de aspectos organizativos, de conocimiento y de actitud de los profesionales implicados. Para minimizar esta última sería útil la aplicación de algoritmos, protocolos, guías de práctica clínica o vías clínicas. Conocer la situación en nuestro medio y comparar los resultados con otras unidades similares y con la misma unidad en distintos momentos, ayudará a introducir las modificaciones necesarias para mejorar el uso de recursos y la calidad asistencial.

**Conclusiones.** 1. El TEP es una patología prevalente, con estancias medias prolongadas y que suponen un elevado coste. 2. En nuestro medio se han observado una estancia media y mortalidad superior a la media española y a la de nuestra comunidad autónoma con una tendencia a prolongar el tiempo de hospitalización en los últimos años. 3. La utilización de vías clínicas podría constituir una herramienta de gran importancia como método de mejora de la calidad asistencial

### T-33 EMPLEO DE FILTRO DE VENA CAVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PULMONAR

**A. Martín Quirós, C. Navarro San Francisco, S. Caro Bragado, N. Iniesta Arandía, J. Camacho Siles, A. Lorenzo Hernández y C. Fernández Capitán**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** La decisión de colocar un filtro de vena cava (FVC) en pacientes con enfermedad tromboembólica (ETE) resulta complicada y controvertida dado que no es una medida terapéutica de primera elección y no está exenta de complicaciones. El objetivo del presente estudio es describir las características generales de los pacientes a los que se les implanta un FVC y la evolución posterior a su implantación, con especial atención a sus complicaciones.

**Material y métodos.** Se analizaron un total de 511 historias de pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) de nuestra base de datos de ETE desde marzo de 2001 a julio de 2008. Se seleccionaron los pacientes portadores de FVC que fueron un total de 23. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

**Resultados.** De los 511 pacientes con TEP, 23 (4,50%) requirieron implantación de FVC. De ellos, 14 (60,87%) presentaban TEP+TVP mientras que el resto TEP exclusivamente. El 39,13% de los pacientes era varón. La edad media fue de 70,39 con una mediana de 73 y una desviación estándar de 12,20. La indicación de FVC fue: 1) Riesgo de sangrado 31%; 2) Hemorragia 26%; 3) Recidiva a pesar de tratamiento anticoagulante 26%; 4) Necesidad de cirugía 4% y 5) Otros 13%. Los filtros utilizados fueron temporales en 5 pacientes (22%) y definitivos en 18 pacientes (78%). De los temporales, sólo se retiraron 2 de 5 (40%). En los pacientes con FVC permanente y en aquellos en los que no se pudo retirar el filtro, se mantuvo anticoagulación prolongada salvo inicialmente en uno de ellos por riesgo elevado de sangrado por hemorragia subaracnoidea (HSA). De los 21 pacientes con FVC permanente se presentó recidiva tromboembólica en 7 pacientes (33%), estando 6 de ellos anticoagulados. Uno de los pacientes sufrió la recidiva tromboembólica no estando anticoagulado temporalmente por antecedente reciente de HSA. De las recidivas, 2 fueron TEP (28,57%), 3 fueron TVP (42,86%) y 2 fueron TEP+TVP (28,57%). En los pacientes que presentaron recidiva de ETE a pesar de FVC y estar anticoagulado, tras el nuevo evento tromboembólico se mantuvo anticoagulación con un objetivo de INR de 2-3, no presentando nuevas complicaciones.

**Conclusiones.** 1. El FVC inferior es una opción terapéutica de la ETE reservada para los pacientes con contraindicación para anticoagulación o los que sufren recidiva tromboembólica a pesar de anticoagulación correcta. 2. El FVC permanente supone un factor de riesgo añadido de recidiva tromboembólica, por lo que siempre que



sea posible se recomienda utilización de FVC transitorios. 3. El mantenimiento de FVC hace recomendable la utilización de anticoagulación a largo plazo siempre que no exista contraindicación.

**T-34**

**ASPECTOS CLÍNICOS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO**

**F. Puchades Gimeno, I. Calatayud Marín, A. Escandell, F. Barrera, A. Mendizábal, J. Todolí, C. Morata y J. Calabuig**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Es sabido que existe un incremento de la frecuencia de la trombosis venosa profunda (TVP) en los pacientes trasplantados renales. El objetivo del estudio es describir las características clínicas y analíticas de los pacientes de nuestro centro con trasplante de órgano sólido y TVP, y relacionarlas con las causas que incrementan el riesgo de trombosis

**Material y métodos.** Registro descriptivo de 11 pacientes con TVP y trasplante de órgano sólido, vistos en nuestro Servicio desde enero de 2000 hasta la actualidad. Análisis comparativo de los pacientes con TVP en función de si eran trasplantados (Grupo 1; n = 9) o no (Grupo 2; n = 655). Las variables cualitativas se compararon mediante  $\chi^2$  y las cuantitativas por test no paramétricos.

**Resultados.** Presentamos 11 pacientes trasplantados (8 renales, 2 cardíacos y 1 hepático), con edad media de 62,55 (DE 8,24). 3 pacientes fueron vistos ambulatoriamente, y 8 precisaron de ingreso hospitalario (Media estancia hospitalaria 21,37 DE26). El tiempo entre el trasplante y la trombosis fue de 2.263 días (DE 2418), existiendo 2 pacientes con el episodio durante el período peritransplante (22 y 34 días). Ingresaron por la TVP 7 pacientes, por otro motivo 2 pacientes y otros dos fueron remitidos a CCEE. Las localizaciones fueron axilossulclavia en 2 casos, 2 poplíteas, 2 femorales y 5 femoro-poplíteas. Los factores de riesgo cardiovascular se muestran en la tabla 1. El diagnóstico se realizó en 10 de los casos por Ecografía doppler y en un paciente con Tomografía Axial Computarizada. Ningún paciente se asoció a TEP. El tratamiento se realizó con Heparina no fraccionada en 2 pacientes y en 9 con Heparina de bajo peso molecular. Tan solo en uno de los casos se realizó tratamiento endovascular. El 45% de los pacientes eran hipertensos, el 36% de los pacientes era diabético, el 36% presentaba dislipemia y el 18% eran obesos. El promedio de leucocitos fue de 8010/ml (DE: 3.099), hemoglobina 12,95 mg/dl (DE3,03), plaquetas 214700 (DE 111.395), creatinina 1,36 mg/dl (DE 0,78), fibrinógeno 383,7 mg/dl (DE:154,8), dímeros D 2479,44 (DE 1383,6) e índice de quick de 82,4% (DE 14,9). Uno de los pacientes ha fallecido, y la causa del éxitus no se relacionó con el episodio de TVP (Adenocarcinoma colon). No encontramos diferencias significativas en el análisis comparativo de los grupos 1 y 2 para: edad, sexo, hemoglobina, leucos, plaquetas, fibrinógeno, dímeros, peso, antecedentes personales de TVP, colocación de filtro de cava, lateralidad de la trombosis, incidencia de TEP y frecuencia de tratamiento endovascular. Los pacientes con trasplante tenían una creatinina en el momento de la TVP superior al resto (Creat 1'54 grupo 1 frente a 1'16 grupo 2; p 0'030)

**Conclusiones.** La mayoría de nuestros pacientes tuvieron la trombosis en un período tardío post-trasplante (75 meses). En el 82% de los casos (9 pacientes), la TVP se produjo ambulatoriamente; se ingresaron para tratamiento el 64% (7 pacientes). En ninguno de los

casos, la TVP se asoció a TEP. 2/11 pacientes sufrieron neoplasias, lo cual tiene implicaciones con respecto al tratamiento inmunosupresor y la mortalidad. Los pacientes con trasplante tenían una creatinina superior a la del resto, aunque los estudios sugieren que la función renal aumenta el riesgo de TVP cuando el aclaramiento de creatinina es inferior a 44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**T-35**

**FACTORES PREDICTORES DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

**G. Jarava Rol<sup>1</sup>, B. Rodríguez Martín<sup>1</sup>, L. Ramírez Relinque<sup>1</sup> y J. Moreno Salcedo<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Hellín. Hellín (Albacete).*

**Objetivos.** El TEP es un problema de salud muy importante ya que es la tercera causa de muerte en hospitales. La complicación más grave del TEP a largo plazo es la hipertensión pulmonar (HTP), por tanto, su diagnóstico resulta crucial para adoptar las medidas de seguimiento y terapéuticas adecuadas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo, incluyendo todos los episodios de TEP ocurridos en los años 2003 y 2004 en el CHUA. Sólo se incluyen los casos diagnosticados por TAC Helicoidal con multicorte de 16 filas de detectores. La información se obtiene mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes, cumplimentándose un protocolo en el que se recogían: Datos administrativos, demográficos, servicio en el que ingresaba, duración del ingreso, presencia de factores de riesgo previos al ingreso para enfermedad tromboembólica venosa, comorbilidad, manifestaciones clínicas, signos de la exploración física, técnicas diagnósticas realizadas al paciente y tipo de tratamiento administrado.

**Resultados.** Se diagnosticaron 84 casos de TEP. La edad media fue de 64,33 años. El 53,6% de los pacientes son varones y el 46,4% son mujeres. Se diagnosticaron 18 casos con signos de HTP mediante ecocardiograma. En un 70% de los casos de TEP del global de la muestra la auscultación cardíaca es normal. En cuanto a la auscultación pulmonar aparecen crepitantes en un 26,2% de los pacientes, semiología de derrame pleural en un 2,4% de los casos, sibilantes en 9,5% e hipoventilación en un 34,5%. En la exploración de miembros inferiores, son normales en un 40,5% de los pacientes, aparecen edemas en un 14,3% de los casos, en el 26,2% se observa edema unilateral, apareciendo asimetría de miembros en el 29,8%. Cianosis e ingurgitación yugular se observa en el 6%, y 7,1% de los pacientes respectivamente. La TA sistólica tuvo un valor mínimo de 10 mmHg y máximo de 200 mmHg, con una mediana de 120 y un rango (10-200). La mediana de la frecuencia cardíaca fue de 95 y el rango (20-120). La frecuencia respiratoria tuvo una mediana de 22, rango (20-44). La T<sup>a</sup> osciló entre 39,7 °C y 36,5 °C, la media fue de 36,3 con un intervalo de confianza del 95% [35,5-37,1]. En cuanto a los hallazgos en el electrocardiograma, fue normal en el 17,9% de los casos. La aparición de la anomalía S1Q3T3 fue la más frecuentemente observada con un porcentaje del 29,8%. Bloqueo de rama derecha se encontró en un 27,4% de los casos y arritmia en 18 pacientes. El hallazgo electrocardiográfico de T invertida de V1-V4 apareció en un 13,1% de los casos.

**Discusión.** Realizando el análisis multivariante de regresión logística observamos que existe una correlación estadísticamente significativa (p < 0,05) entre la existencia de HTP y tener una auscultación cardíaca normal, la presencia en la exploración física de edemas y una frecuencia cardíaca mayor de 105 latidos por minuto, tener T invertida de V1 a V4 en el electrocardiograma. Así tener una auscultación cardíaca normal actúa como protector frente al desarrollo de hipertensión pulmonar. Serían marcadores de riesgo para el desarrollo de HTP: la presencia de edemas en miembros inferiores, la presencia de T invertida de V1 a V4 en el electrocardiograma y tener una frecuencia cardíaca mayor de 105 latidos por minuto. El análisis multivariante demuestra que estas variables son independientes entre sí a la hora de predecir la aparición de hipertensión pulmonar en pacientes con TEP. Este modelo mostró un VPP del 70,59%, un VPN del 91%. Teniendo una S del 66% y una E del 92%.

**Conclusiones.** Con datos fácilmente obtenibles de la exploración física y de una exploración complementaria tan accesible y barata

Tabla 1. Factores riesgo TVP (T-34).

	Sí	No
Ant Familiares	0	11
TVP previa	2	9
Neoplasia	2	9
Cirugía posterior	2	9
Profilaxis pre-TVP	2	9

como es un ECG, obtenemos marcadores de riesgo para el desarrollo de HTP que pueden ser útiles al clínico en su práctica habitual. Así en estos casos se debe sospechar este diagnóstico y realizar las exploraciones complementarias adecuadas para poder aplicar las medidas de seguimiento y terapéuticas necesarias. Mejorando así el pronóstico de los pacientes diagnosticados de TEP.

### T-36

#### TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE UN HOSPITAL COMARCAL DEL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

**N. Jove Vidal<sup>1</sup>, B. Batalla Insenser<sup>1</sup>, M. Sánchez Torres<sup>1</sup>, L. Alcántara Herrera<sup>1</sup>, J. Bugés Bugés<sup>2</sup>, G. de La Red Bellvís<sup>1</sup>, M. Javaloyas de Morlius<sup>1</sup> y M. Torres Salinas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología.

Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

**Objetivos.** Comprobar que las Unidades de hospitalización a domicilio (UHD) son adecuadas para el tratamiento y control de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

**Material y métodos.** Estudio observacional y descriptivo de 40 pacientes ingresados en la UHD de un hospital comarcal entre enero 2002 y marzo 2008 con el diagnóstico de ETV. Se analizaron variables epidemiológicas (edad y sexo) y clínicas (factores de riesgo desencadenantes, días totales de ingreso y días de ingreso en la UHD, desarrollo de complicaciones, tasa de reingresos y mortalidad a los 30 días del diagnóstico). Los criterios de ingreso fueron los propios de las UHD (presencia de cuidador, estabilidad clínica, proximidad geográfica). La mayoría de los pacientes ingresaron inicialmente en el Servicio de Medicina Interna para completar el tratamiento y control de la fase aguda en la UHD. Consideramos reingreso el retorno al hospital antes de ser dado de alta de la unidad. El diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) fue mediante Eco-Doppler de EEII. En caso de sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se realizó un TC Torácico y/o una gammagrafía pulmonar V/Q.

**Resultados.** La mayoría de los pacientes fueron varones (55%). En 22 pacientes (55%) se observó la presencia de uno o más factores de riesgo para ETV, siendo el más prevalente, en este grupo, la edad avanzada (27,3%), seguido de la trombosis previa (22,7%) y padecer un proceso neoplásico (18,2%). Otros factores de riesgo fueron la inmovilización (13,6%), la cirugía (13,6%) o la ingesta de estrógenos (2,5%). Cuatro pacientes (10%) presentaron TVP y TEP de forma simultánea. El diagnóstico de TVP aislada (62%) fue el más frecuente seguido por el de TEP aislado (27%). La estancia media total fue de 10,3 días. De estos, 5,50 días correspondieron a la estancia media en la UHD. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con HBPM para continuar con anticoagulación oral. Sólo un 5% de los pacientes presentaron complicaciones no relacionadas con el proceso de base ni el tratamiento anticoagulante. Ningún paciente reingresó. En 2 pacientes no hubo seguimiento tras el alta. En el resto no hubo fallecimiento antes de los 30 días.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia los pacientes con ETV, que cumplan los criterios de admisión en las UHD pueden ser tratados y controlados por éstas sin repercusión en su evolución y pronóstico.

### T-38

#### FILTROS DE CAVA: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA CON GÜNTHER TULIP

**M. González Sanz<sup>1</sup>, A. Frieria Reyes<sup>2</sup> y C. Suárez Fernández**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología Vasculat Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la población de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) a la que se le implanta un filtro de cava (FVC), prestando especial atención a las indicaciones que llevan a la colocación de este dispositivo. Determinar la tasa de inserción de FVC, su posible variación a lo largo del tiempo y las proporciones de FVC permanentes y temporales también de manera anual.

Finalmente nos interesa conocer si los FVC cumplen su objetivo de impedir la aparición de nuevos embolismos pulmonares (TEP) y si su utilización es segura, valorando la seguridad en función del número de complicaciones surgidas.

**Material y métodos.** Realizamos un descriptivo de los pacientes a los que se les implantó un FVC (Günther Tulip) en nuestro Hospital en el período comprendido entre Abril 2003 y Abril 2008. En primer lugar se determinó la tasa de inserción de FVC anual, comparándola con la incidencia de ETEV en esos años. Además se diferenciaron entre los filtros permanentes y opcionales para ver si la indicación de una u otra modalidad evolucionaba con el tiempo. A la hora del análisis de datos se excluyeron aquellos pacientes que únicamente fueron derivados al Hospital de la Princesa para la colocación del filtro y que no podían participar adecuadamente en el seguimiento. Se determinaron entre otros parámetros la indicación para colocar el FVC, el tiempo desde la ETEV y la indicación del FVC hasta la implantación, porcentaje de permanentes y opcionales, porcentaje de retirada en los FVC indicados como opcionales, el tiempo de implantación en el caso de los filtros opcionales. Se calculó el grado de protección frente a TEP sintomático o fatal que conferirían los FVC, demostrándose éste con pruebas objetivas como el TAC helicoidal o la gammagrafía. A su vez se recogieron las complicaciones tanto inmediatas como posteriores relacionadas con los dispositivos. **Resultados.** El número de filtros implantados a lo largo de los 5 años fue de 45. La tasa anual de inserción de FVC en nuestro hospital es de 9 filtros al año (SD 1,87), no existe una distribución creciente. Sin embargo existe una tendencia al aumento de la proporción de filtros opcionales que pasan de representar el 42,86% en 2003 a constituir el 60% en 2007. Los pacientes analizados fueron 34, de los cuales un 61,77% varones, la edad media 64,29 años (SD 19,73). Los pacientes provenían de distintos servicios, fundamentalmente Medicina Interna y Oncología médica. Los dos principales factores de riesgo para el desarrollo de ETEV fueron inmovilización y cáncer sin poder desestimar un número importante de ETEV consideradas idiopáticas. La indicación fundamental para la colocación de un FVC fue el sangrado. Se colocaron 22 filtros opcionales frente a 23 permanentes. Únicamente en una ocasión se produjo un TEP en una paciente portadora de FVC. Las complicaciones derivadas de los filtros fueron menores y no comprometieron la vida de los pacientes. **Discusión.** En los últimos años la tasa de inserción de FVC en nuestra área se ha mantenido estable, aunque parece existir una tendencia a indicar filtros opcionales en vez de permanentes. Parece razonable que esta tendencia vaya aumentando en los próximos años con el fin de maximizar eficacia y reducir complicaciones. En cualquier caso estas son escasas, la utilización de los FVC parece ser segura y en nuestra serie se evitó el TEP en un 97% de los casos.

**Conclusiones.** No existe evidencia científica acerca de la eficacia y seguridad de los filtros de vena cava. Hasta ahora existe un único ensayo clínico que valore estos dispositivos, además la comparación se hace entre anticoagulación y anticoagulación más FVC, cuando la indicación más frecuente para la colocación de estos FVC es la existencia de una contraindicación para la anticoagulación. Aunque la experiencia que existe con estos dispositivos es prometedora, es necesario realizar más estudios para poder hablar de eficacia y seguridad de los mismos.

### T-40

#### TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y DIAGNÓSTICAS

**R. Puerta Louro, F. Fernández Fernández, L. González Vázquez, A. Sanjurjo Rivo, P. Sánchez Conde, M. Paramo de Vega, D. Cid Gómez y J. De la Fuente Aguado**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La trombosis venosa profunda (TVP) es un muy común diagnóstico en los pacientes ingresados en nuestros hospitales. El objetivo de este estudio fue analizar la epidemiología, características clínicas y pruebas diagnósticas realizadas.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo de todos los ingresos hospitalarios entre cuyos diagnósticos se incluya trombosis venosa desde el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2007.

**Resultados.** Identificamos 116 casos con diagnóstico de trombosis venosa en 105 pacientes, con una edad media de 66 años, 54% mujeres. Corresponden a TVP miembro inferior 96 casos y 20 casos a otras trombosis (15 yugulares, 6 miembro superior y otras 3 de otra localización). De las trombosis de MMII corresponden a territorio proximal 77 casos, al distal 8 casos y a ambos 11 casos. Se realiza para el diagnóstico Ecografía-Doppler en 83 casos (86%) y TAC en 15 casos (16%). Estaban asintomáticos el 17%, presentaban dolor 73%, tumefacción 71% y eritema 24%. Se realiza TAC Torácico (TT) y/o gammagrafía Ventilación-Perfusión (GVP) en 47 casos: TT en 36 casos (diagnóstico en 23 casos) y GVP en 24 (diagnóstico en 7). A los casos a los que se realiza alguna de estas pruebas: 26 estaban asintomáticos y 21 presentaban disnea, dolor torácico o ambos. Presentan tromboembolismo pulmonar (TEP) 31 pacientes, todos con afectación al menos territorio proximal, 14 asintomáticos, 6 con dolor torácico, 2 con disnea y 9 con dolor torácico y disnea. A los pacientes con sintomatología se realizó alguna prueba en 21 de 22 casos: 4 presentaban disnea (2 TEP), 7 dolor torácico (6 TEP) y 10 ambos (9 TEP).

**Discusión.** La presencia de embolismo pulmonar ocurre en más del 50% de los casos de pacientes con TVP proximal, y la afectación femoral puede ser considerada como de mayor riesgo. Aún así de 88 TVP de territorio proximal diagnosticamos 31 TEP, por lo podríamos estar infradiagnosticando 13 casos (30%).

**Conclusiones.** La realización de pruebas diagnósticas en los pacientes con enfermedad tromboembólica para descartar-confirmar la presencia de afectación pulmonar es baja. Si bien cuando se presenta disnea y dolor torácico es obligada su realización y más probable su diagnóstico, la presencia de TEP en asintomáticos hace que debamos optimizar su diagnóstico.

#### **T-41** **ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE UN HOSPITAL COMARCAL**

**M. Esquillor Rodrigo, R. Caballero Asensio, A. Echeverría Echeverría, J. Gutiérrez Dubois, K. González Rodríguez, T. Rubio Obanos, E. Aznar Villacampa y A. Sampérez Legarre.**

*Servicio de Medicina Interna. Hospitalización A Domicilio. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).*

**Objetivos.** Estudio descriptivo de todos los episodios de enfermedad tromboembólica (ETE), incluyendo tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) registrados en la Unidad de HAD del Hospital Comarcal de Tudela durante un periodo de 15 meses

**Material y métodos.** Registramos todos los episodios de ETE (TEP y TVP) ingresados en nuestra Unidad de HAD entre Noviembre de 2006 y Junio de 2008. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, días de ingreso en la unidad, procedencia de los pacientes, miembro y territorio venoso afectado, método diagnóstico, tratamiento recibido y destino final de los pacientes.

**Resultados.** De los 484 pacientes ingresados en la unidad durante este periodo, 57 fueron diagnosticados de ETE. De éstos, 9 casos fueron TEP (16,6%) y el resto (48), fueron TVP. En cuanto a los miembros afectados 34 casos fueron localizados en extremidad inferior izquierda (EII), 13 en extremidad inferior derecha (EID), 2 en extremidad superior izquierda (ESI) y ningún caso en extremidad superior derecha (ESD). En cuanto a los territorios venosos afectados, 25 casos fueron en femoropoplíteas (femoral común, femoral superficial y poplíteas), 17 en poplíteas, 3 en tibial posterior, 1 caso en tibial anterior, 1 caso en sural profunda, 1 caso en vena cefálica y basilica, 1 caso en humeral axilar y subclavia y 9 TEP bilateral. En cuanto al sexo, 29 eran mujeres y 28 hombres, con una edad media de 70,49 años. La estancia media en nuestra unidad fue de 6,5 días. En los casos de TEP el diagnóstico se estableció mediante angioTC y en los casos de TVP mediante eco-doppler. La procedencia de estos pacientes fue en su mayoría de la unidad de corta estancia de urgencias (27 casos), 24 casos de la planta de hospitalización de Medicina Interna y el resto de consultas externas. El tratamiento recibido fue en 52 casos heparina de bajo peso junto a acenocumarol inicialmente, dejando al alta anticoagulación oral con acenocumarol

y los otros 5 casos recibieron únicamente heparina de bajo peso molecular, debido a los riesgos del acenocumarol. En cuanto al destino final de estos pacientes, todos ellos fueron dados de alta por evolución clínica favorable.

**Discusión.** La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) comprende dos entidades: la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Es una enfermedad frecuente en el ámbito hospitalario, que hasta la fecha precisaba de ingreso hospitalario. Actualmente con el desarrollo de las Unidades de Hospitalización a Domicilio, es posible el manejo de estos pacientes en sus propios domicilios, mejorando así el bienestar y evitando las complicaciones derivadas del ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** La ETE constituye una de las patologías más frecuentes tratadas en esta unidad de HAD (11,7%). La edad media de los pacientes suele ser elevada y afecta tanto a varones como a mujeres con comorbilidad asociada. La extremidad con mayor afectación fue la extremidad inferior izquierda, siendo el territorio femoropoplíteo la localización más frecuente. La evolución fue satisfactoria, siendo dados de alta el 100% de los pacientes por mejoría clínica

#### **T-42** **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 645 PACIENTES**

**M. Cherner, E. Lluch, A. Escandell, I. Calatayud, F. Puchades, J. Todolí, L. Micó y J. Calabuig**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El tromboembolismo venoso es una causa importante de morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo es describir los pacientes con trombosis venosa profunda de miembros inferiores que han sido atendidos en nuestro servicio durante los últimos 8 años.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión de los pacientes con trombosis venosa profunda de forma prospectiva desde el año 2000. Recogimos datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y de exploraciones complementarias, así como del tratamiento y de la evolución posterior de estos pacientes. Por último, comparamos los pacientes con trombosis proximales con los que presentaban trombosis en otros territorios. Las variables cualitativas se describen como porcentajes y las cuantitativas mediante media y desviación estándar. El análisis comparativo se realizó mediante el Test  $\chi^2$  para las variables cualitativas y con el Test U de Mann-Whitney para las cuantitativas.

**Resultados.** Se incluyeron 645 pacientes con edades comprendidas entre 15 y 93 años, con una media de 66,96, de los cuales 334 (51,8%) eran mujeres y 311 (48,2%) hombres. 450 pacientes (70%) presentaban factores de riesgo para TVP. Los hallazgos analíticos fueron los siguientes: leucocitos 8.656/ml (DE 3092) rango 2.500-24.500, Hb media 12,71 mg/dl (DE 2.05) rango 4,8-20, plaquetas 228.990 (DE 88,283) rango 41.000-579.000, Creatinina media 1,17 mg/dl (DE 0,93) rango 0,3-9,5, fibrinógeno 409,03 mg/dl (DE 137,8) rango 100-871, D-dímeros 2.642,06 (DE 2.006,26) rango 50-13.598. 413 pacientes (64%) presentaron trombosis proximales sin extensión a cava, 18 (2,79%) trombosis con extensión a cava, 198 (30,69%) trombosis poplíteas y 10 pacientes (1,5%) trombosis distales. En 22 casos (3,4%) las trombosis fueron bilaterales, siendo en el resto unilaterales: 269 (41,7%) derechas y 351 (54,4%) izquierdas. Se observaron 38 (5,9%) casos de Tromboembolismo pulmonar. 548 (85%) pacientes fueron tratados con HBPM, 20 (3,1%) con HNF mientras que en el 11,9% desconocemos el tratamiento. En 10 casos (1,6%) se realizó tratamiento endovascular y en 31 casos (4,8%) se colocó filtro de cava. El tratamiento crónico se realizó con Sintrom en 451 pacientes (70%), con HBPM 166 (25%) y en 28 pacientes se desconoce el tratamiento. En cuanto a las complicaciones del tratamiento anticoagulante, 24 pacientes (3,7%) presentaron sangrado (digestivo:8, hematuria: 9 y hematoma muscular: 5). Se han producido 21 éxitus (3%) en la fase aguda de la trombo-



sis por las siguientes causas: neoplasias: 9, complicaciones hemorrágicas: 3, TEP: 1 caso confirmado y 2 casos probables y 6 éxitos por otras causas. En el estudio comparativo de los pacientes con trombosis proximal (grupo 1 n = 413) frente al resto (grupo 2 n = 232) se han encontrado diferencias significativas para: D-dímeros (grupo 1: 2.860, grupo 2: 2.232, p = 0,001), edad (grupo 1: 68,07, grupo 2: 64,88, p = 0,01), Hemoglobina (grupo 1: 12,55, grupo 2: 13,12, p = 0,03), Leucocitos (grupo 1: 8.897, grupo 2: 8.282, p = 0,03), peso (grupo 1: 71,99, grupo 2: 77,15 p = 0,0001). No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a: distribución por sexos, niveles de fibrinógeno, plaquetas, porcentaje de éxitos, colocación de filtros de cava, incidencia de TEP ni en el tipo de tratamiento agudo recibido.

**Conclusiones.** El 70% de nuestros pacientes presentaban factores de riesgo trombotico. Predominaron las trombosis proximales y la incidencia de TEP fue de 5,9%. El tratamiento en fase aguda se realizó en el 85% de los casos con HBPM. En el 3,7% de los casos se objetivaron complicaciones del tratamiento anticoagulante (sangrado digestivo, hematuria y hematoma muscular). Se produjeron un 3% de éxitos en la fase aguda. Los pacientes con trombosis proximal presentan niveles de D-dímeros más elevados, son de mayor edad, menor peso y tienen niveles de hemoglobina inferiores al resto, lo que puede condicionar las medidas terapéuticas y la evolución posterior.

#### T-43

#### ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. COMPLICACIONES RELATIVAS A LA ENFERMEDAD Y AL TRATAMIENTO TRAS 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

**A. Iglesias Olleros<sup>1</sup>, E. Fernández Bouza<sup>1</sup>, M. Manso Varela<sup>2</sup>, E. Solla Babío<sup>1</sup>, A. Pérez Fernández<sup>2</sup>, S. Pintos Martínez<sup>1</sup>, M. Maceira Castiñeira<sup>2</sup> y P. Sesma Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña).

**Objetivos.** Conocer la evolución clínica de la enfermedad tromboembólica (ETV) y las complicaciones relacionadas con el tratamiento anticoagulante, durante un año de seguimiento en consultas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de ETV, seguidos en una consulta específica de esta enfermedad. Se recogen los datos relacionados con las complicaciones relativas al tratamiento, recurrencia de la enfermedad y desarrollo de síndrome posttrombótico en los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP) o ambos (TVP+TEP).

**Resultados.** Desde mayo de 2007 a mayo de 2008, 121 pacientes fueron vistos con el diagnóstico de ETV: TVP (71), TEP (31), TVP+TEP (13). Fueron tratados con heparina de bajo peso molecular (hbpm) seguido de acenocumarol 103 pacientes, con hbpm sola durante todo el proceso 10 y con heparina no fraccionada seguida de acenocumarol 2. No consta el tratamiento en 6 pacientes. Solo 3 pacientes presentaron complicaciones secundarias al tratamiento anticoagulante, en todos fue hemorragia menor, en 1 de ellos coincidió tratamiento con aspirina. El factor de riesgo asociado a sangrado fue: edad mayor a 75 años en todos y HTA en 2 de ellos. En 12 pacientes se diagnosticó recurrencia de la enfermedad, dentro del período de tratamiento en 3, una vez finalizado en 8 y no consta en 1. Las recurrencias tras el tratamiento ocurrieron en su mayoría después de seis meses de suspender el tratamiento anticoagulante (6). Los factores relacionados con la recurrencia fueron: edad mayor de 65 años (7), TVP previa (5), obesidad (3). Entre los pacientes que sufrieron TVP en miembros inferiores (68), desarrollaron clínica de síndrome posttrombótico 38. Solo se pudo comprobar insuficiencia venosa ecográficamente en 8. La mayoría de estos pacientes seguían tratamiento con medias elásticas de compresión fuerte que se inició en plazo inferior a 1 mes del diagnóstico.

**Discusión.** La mayor parte de los pacientes han sido tratados con hbpm seguida de acenocumarol sin desarrollar apenas complicaciones hemorrágicas. Todas las hemorragias sucedieron en pacientes mayores de 75 años. La recurrencia de la enfermedad en el primer año de seguimiento ocurrió en un 10% de casos, lo que representa un porcentaje bajo en relación con otros estudios. Aproximadamente

el 50% de los pacientes con TVP en miembros inferiores desarrollaron síndrome posttrombótico, a pesar del uso de medias de compresión fuerte en la mayoría de los casos.

**Conclusiones.** Las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento son infrecuentes. La tasa de recurrencia debe ser reevaluada a más largo plazo, ya que aumenta con el paso del tiempo tras suspender tratamiento anticoagulante. Conviene supervisar el uso correcto de las medias elásticas incidiendo en la precocidad y forma correcta de utilización.

#### T-44

#### ANÁLISIS DE LAS TROMBOFILIAS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

**Z. Santos, M. Mohamad, N. Jaén, J. López, H. Sterzik, A. Martín, J. Pérez y J. Gómez**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Materno-Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Establecer el perfil típico al ingreso de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa a los que se les solicitó estudio de trombofilia.. porcentaje de estudios que resultaron positivos, tipos de trombofilias más frecuentes... Existencia o no de mayor número de complicaciones en los pacientes con trombofilia.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro hospital por ETV (TVP y TEP) durante un periodo de tres años (2005-2007). Se analizaron las características de los pacientes a los que se solicitó estudio de hipercoagulabilidad para despistaje de trombofilia (edad, sexo, existencia o no de otros factores de riesgo asociados) resultados de los estudios realizados, trombofilias más frecuentes, y complicaciones que presentaron los pacientes (recidivas, hemorragias secundarias a tt<sup>o</sup>, trombopenias...). **Resultados.** Se analizaron 265 pacientes, 57,1% de mujeres, 42,9% de hombres, ingresados por ETV. A un 34,3% de pacientes se les solicitó estudio de hipercoagulabilidad. De ellos el 63,9% eran hombres y 36,1% de mujeres. La edad media de los pacientes a los que se realizó el estudio fue de 47,06 años. Un alto porcentaje de pacientes 66,7% a los que se solicitó el estudio se había catalogado como ETV idiopática, no relacionándose con ningún otro factor de riesgo, el 33,3% se asoció a otros factores de riesgo. Más de la mitad de los estudios (52,5,5%) fueron negativos, en un 18,2% se encontraron déficits enzimáticos múltiples, en un 12,1% Factor VIII elevado, 9,1% Mutación del gen de la Protrombina 20210A, Anticoagulante Lúpico 6,1%.

**Conclusiones.** El estudio de trombofilia fue solicitado a un 34,3% de pacientes, siendo el perfil de paciente más frecuente varón (63% de los estudios realizados), con edad media 47,06 años, catalogados de enfermedad tromboembólica idiopática no relacionándose con ningún otro factor de riesgo. Se encontraron un mayor número de trombofilias en los pacientes varones (p = 0,002). Los pacientes en los cuales el estudio de trombofilia resultó ser positivo se relacionaron con un mayor número de recidivas de enfermedad tromboembólica venosa, (22,8% de recidivas en los pacientes con trombofilia, 7,93% en los pacientes sin trombofilia, p = 0,037). No se encontró una mayor prevalencia de otras complicaciones como hemorragias, ni trombopenias en los pacientes con trombofilia.

#### T-45

#### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR A LO LARGO DE 3 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**A. Freire Romero<sup>1</sup>, L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup>, P. Barros Alcalde<sup>1</sup> y N. Mallo González<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas del tromboembolismo pulmonar (TEP) en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados a lo largo de 3 años en nuestro servicio con

diagnóstico de TEP. Se calcularon medidas de tendencia central para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas. Análisis con el paquete estadístico SPSS11.0 para Windows.

**Resultados.** Se han incluido 35 pacientes, el 54'3% de los cuales eran mujeres. La media de edad era de 74,31 + 15,53 años. Aunque la edad media era similar para ambos sexos, el 23'6% de los TEP en mujeres se produjo en menores de 65 años (frente a un 6'3% en los varones). La estancia media fue de 16 días (rango 1-42 días). Factores predisponentes: Presentes en el 91,4% de los pacientes. 9 (25,7%) cardiopatas, 9 hipertensos, 8 (22'9%) EPOC, 6 (17,1%) con inmovilización superior a 4 días, 4 (11'4%) FA y otros 4 con neoplasia. Motivo de consulta: El más frecuente fue la disnea (47%), seguido de dolor torácico y clínica gastrointestinal (11'8% cada uno), y en menor porcentaje otros como manifestaciones generales, síncope y palpitaciones (2 pacientes en cada caso). Clínica: Los síntomas más frecuentes fueron disnea (80%), dolor torácico de características pleuríticas, dolor torácico no pleurítico y alteraciones gastrointestinales (14'3% respectivamente), seguido de edemas en extremidades inferiores y tos, con 3 pacientes en cada uno. Destaca el bajo porcentaje de pacientes asintomáticos (2,9%). La taquicardia y presencia de estertores fueron los signos objetivados con mayor frecuencia (37,1% y 34,3%). Taquipnea (25,7%), fiebre (14'3%), TVP, cianosis, hepatomegalia y reflujo hepatoyugular son otros de los hallazgos presentes en los pacientes con TEP. En relación al diagnóstico, se revisaron las radiografías de tórax de la totalidad de los pacientes, no encontrándose alteraciones significativas en el 51% (18) de los casos; datos de consolidación en el 14'5% (5) y enfermedad pleural en 11'4% (4). Otras alteraciones fueron enfermedad intersticial y atelectasia. En todos los casos se ha realizado electrocardiograma: normal en un 40% (14); taquicardia sinusal 34,3% (12) y arritmia supraventricular 23% (8). Se realizó TC torácico en el 74,3% (26) de los pacientes, siendo diagnóstico en 22 de ellos. Un 43% de los TEP fueron bilaterales, y de estos un 20% se acompañaba de infarto pulmonar. Otras pruebas de imagen: gammagrafía V/P (8), ecocordio (8), eco-doppler de extremidades inferiores (6). Para valorar la función respiratoria se ha analizado la gasometría arterial, destacando la alcalosis respiratoria en un 22,9%, acidosis metabólica e insuficiencia respiratoria tipo 1 (11,4% cada una). La mayoría de los pacientes se trató con heparinas de bajo peso molecular (60%) desde el inicio. La mortalidad encontrada en nuestro estudio alcanza el 23%.

**Discusión.** Un porcentaje relativamente importante de los pacientes diagnosticados de TEP debutan con sintomatología poco específica, por lo que ante la sospecha hay que agotar todas las pruebas diagnósticas hasta su confirmación o hasta descartarlo de forma definitiva.

**Conclusiones.** El TEP es una patología frecuente en edades avanzadas de la vida en relación a la comorbilidad que presenta este grupo de la población. En la actualidad las heparinas de bajo peso molecular son el pilar fundamental del tratamiento, cayendo en desuso la heparina sódica debido a las complicaciones que se derivan de su administración.

fueron de información y aprendizaje para el clínico. Destacar que las autopsias clínicas se consideran un buen indicador de la calidad hospitalaria y sus objetivos docentes, asistenciales y científicos están plenamente vigentes.

**Material y métodos.** Se presentan dos casos con exitus en los cuales se realiza autopsia clínica. Caso 1: varón de 73 años que ingresa por pérdida progresiva de visión en ojo derecho hasta ceguera, además desorientación, dificultad para deambular, desconexión del medio, lenguaje incoherente, y durante el ingreso demencia progresiva y aparición de mioclonias. Se realiza analítica, serologías, ANAS, Tac craneal y RMN craneal sin hallazgos. En el estudio de LCR se descarta malignidad o datos de infección, se realiza proteína 14-3-3 y estudio genético del gen PRNP. Caso 2: mujer de 74 años diagnosticada dos meses antes de arteritis de células gigantes tras biopsia de temporales y nódulos pulmonares que desaparecieron tras el inicio del tratamiento corticoideo sin encontrar causa para los mismos tras estudio y con la sospecha de que fueran asociados a la arteritis. Ingresa por malestar, astenia, miopatía sin fiebre ni focalidad infecciosa. En la radiología de tórax existe un tenue infiltrado intersticial, se le realiza Tac torácico objetivándose patrón compatible con fibrosis; días después comienza con fiebre y dolor abdominal, se inicia antibiótico de amplio espectro, se añade antifúngico y cotrimoxazol ante la no mejoría y el inicio en los últimos días de cierta disnea.

**Resultados.** La autopsia cerebral del caso 1 tiene cambios espongiiformes del neuropilo, sustancia gris cortical, siendo máxima en la neocorteza occipital y corteza visual, hay vacuolización en amígdala, núcleos de la base, en cerebelo y tronco y hay depósitos de PrP en neocorteza siendo el diagnóstico de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob tipo esporádico, confirmándose definitivamente nuestra sospecha clínica y los hallazgos analíticos en el LCR y del estudio genético. La autopsia pulmonar del caso 2 presenta broncomeumopatía bilateral por *Pneumocystis jirovecii* con membranas hialinas y focos de hemorragia intralveolar y edema. Además presentaba fibrosis pleural, hepatitis reactiva, litiasis renal, hipertrofia cardíaca biventricular, calcificación mitral y aterosclerosis sistémica complicada.

**Discusión.** En ambos casos existía una duda diagnóstica si bien en el primero teníamos alta sospecha dada la clínica, los hallazgos del electroencefalograma y la demencia progresiva asociada a mioclonias. En el segundo, la paciente con corticoides y diabética presentaba un cuadro sin datos de infección franca con una clínica que podía estar en relación con su tratamiento y con una llamativa alteración radiológica pulmonar que no estaba presente al ingreso, sin práctica expresión clínica hasta el final. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob requiere para su diagnóstico datos clínicos pero es necesaria la histopatología en tejido cerebral. La infección por *P. jirovecii* se relaciona con pacientes inmunocomprometidos por distintas causas entre las que están el uso de corticoides.

**Conclusiones.** La autopsia corrobora, como en nuestro primer caso; a veces modifica los diagnósticos iniciales, permitiendo el diagnóstico fundamental o causa básica de defunción como en nuestro segundo caso. Correlaciona signos y síntomas clínicos de la enfermedad con hallazgos morfológicos; en el primer caso por ejemplo la alteración de la corteza visual con la clínica de ceguera y en el segundo traduce los hallazgos del TAC pulmonar. Investiga aquellas enfermedades contagiosas, hereditarias o trasmisibles como es el caso de las prionopatías. Los beneficios de la autopsia clínica son pues múltiples, determinando la causa de la muerte, detectando posibles errores diagnósticos, asegura la rentabilidad y validez de los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aportando información de enfermedades nuevas, siendo una herramienta docente y fuente de investigación. En medicina interna donde se trabaja con múltiples patologías permite actuar con certeza ante otro paciente con la misma enfermedad.

---

## VARIOS

---

### V-1 AUTOPSIA CLÍNICA, INSTRUMENTO DE CERTEZA EN MEDICINA

**G. Muñiz Nicolás, R. Labra González, A. Alguacil Muñoz, V. Cano Llorente, A. Sánchez Castaño y A. Tutor Martínez<sup>1</sup>**

Servicio de Medicina interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

**Objetivos.** Valorar la autopsia como una prueba más en la práctica clínica y entender su relevancia. Con ella determinamos o corroboramos la enfermedad, investigamos la causa inmediata e intermedia de muerte y aquellos procesos contribuyentes. Es una

V-2

**FACTORES MODIFICADORES DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL PACIENTE CON EMBOLIA PULMONAR**

**B. Rodríguez Martín<sup>1</sup>, L. Ramírez Relinque<sup>1</sup>, G. Jarava Rol<sup>2</sup>, M. Rueda Narváez<sup>3</sup> y J. Moreno Salcedo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Hellín. Hellín (Albacete).

**Objetivos.** Estudio de factores clínicos y analíticos del paciente con embolismo pulmonar agudo. Cuáles de estos factores están relacionados con la estancia hospitalaria de los pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados con un episodio de embolia pulmonar en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, años 2003-2004. Se recogen: los datos clínicos y analíticos de presentación del cuadro, escala de Wells, factores de riesgo, días de estancia hospitalaria, y se valora la comorbilidad mediante el índice de Charlson. Realizamos una correlación estadística entre la estancia hospitalaria y el resto de variables de nuestro estudio mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados.** Se recogen un total de 84 pacientes. La estancia hospitalaria estaba entre 1 y 48 días, con una media calculada de 15,05 ± 0,98 desviación estándar. Se calculó el índice de Charlson ajustado a la edad a cada paciente, con una media (± desviación estándar) de 3,71 ± 0,313. Resultados regresión lineal. (tabla 1).

**Discusión.** El paciente pluripatológico está cada día más presente, y la prolongación de estancia hospitalaria, las complicaciones del diagnóstico principal y las recurrencias son frecuentemente causadas por las enfermedades comórbidas. La hemoglobina actúa como parámetro de enfermedad en el paciente crónico. Los estudios publicados sobre índices de comorbilidad, los relacionan con la mortalidad, calidad de vida, uso de recursos sanitarios y tratamientos, no claramente con la estancia hospitalaria. Y siendo ésta, uno de los parámetros más relevantes de gestión sanitaria, refuerza el uso de índices de comorbilidad en la práctica médica habitual.

**Conclusiones.** Hallamos factores predictores de la estancia hospitalaria en el paciente con un episodio de embolismo pulmonar agudo: la cifra de hemoglobina del individuo en el momento del diagnóstico; y la comorbilidad expresado por el índice de Charlson. Revelan el papel fundamental de la comorbilidad y su cuantificación en los casos de embolismo arterial agudo.

Tabla 1. Resultados regresión lineal (V-2).

Estancia hospitalaria	R de Pearson	p
Hemoglobina	-0,3362	0,0067
Ich	0,3554	0,0231
IchE	0,3953	0,0027
Supervivencia por Ich	-0,4169	0,003

V-3

**FACTORES PRONÓSTICOS DEL LINFOMA FOLICULAR EN UNA SERIE DE 106 PACIENTES: IMPORTANCIA DE LA BETA-2 MICROGLOBULINA**

**A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, G. Barreiro García y C. Aguirre Errasti**

Servicio de Medicina Interna. UPV. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** El índice pronóstico internacional del linfoma folicular (FLIPI), basado en cinco parámetros clínicos (hemoglobina, LDH, edad, estadio de Ann Arbor y nº de áreas nodales afectas) se considera útil para la valoración del riesgo en el linfoma folicular (LF). No obstante, los ensayos multicéntricos pueden tener un sesgo en la selección de los pacientes que complicaría la aplicación de sus conclusiones a la población real. Por otra parte, la beta-2 microglobulina ha sido considerada como una variable pronóstica fundamental

en otras enfermedades hematológicas. Sin embargo no fue incluida en el FLIPI por carecer del dato la mayoría de los pacientes. **Objetivos:** Constatar el valor predictivo de las variables incluidas en el FLIPI y de otras consideradas en su elaboración, particularmente la beta-2 microglobulina respecto a la supervivencia global (SG), la probabilidad de obtener respuesta completa (RC) y en el tiempo hasta fallo del tratamiento (TFT) de la primera línea de quimioterapia en una población no seleccionada de pacientes con LF.

**Material y métodos.** Pacientes y métodos: Análisis retrospectivo, univariante y multivariante del valor pronóstico respecto a SG, RC y TFT del índice FLIPI y de otras variables no incluidas en el mismo (beta-2microglobulina, grado histológico, síntomas B, infiltración de la médula ósea y masa abultada) en una serie de 106 pacientes diagnosticados y tratados en nuestro servicio entre 1987 y 2007. El tratamiento inicial consistió en quimioterapia (CVP, CHOP o variantes del CHOP) incorporando rituximab cuando fue aprobado en esta indicación. **Métodos estadísticos:** Estudio univariante por  $\chi^2$ , t de Student, Kruskal-Wallis y log rank test; estudio multivariante por regresión logística binaria y de riesgo proporcional de Cox. Tablas de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Las únicas variables del FLIPI que han resultado significativas para la SG han sido la edad y la cifra de hemoglobina, resultando por el contrario muy significativas la beta-2 microglobulina y los síntomas B. FLIPI tiene valor predictivo para la SG pero solo identifica dos grupos de riesgo. En el análisis multivariado respecto a la SG, solo FLIPI y beta-2 microglobulina son significativos. Son predictores de obtención de RC, beta-2 microglobulina normal, ausencia de masa abultada, médula ósea no infiltrada y quimioterapia con rituximab (QT-R). Respecto al TFT se correlacionaron significativamente FLIPI (tres niveles de riesgo), afectación de médula ósea, beta-2 microglobulina y QT-R. Finalmente, en los pacientes tratados con QT-R, beta-2microglobulina se asoció significativamente con el TFT y con la probabilidad de obtener RC; en la SG no fue significativa porque solo hubo tres eventos en este subgrupo.

**Discusión.** El FLIPI, ampliamente utilizado como índice pronóstico en el linfoma folicular, está basado en la evolución de pacientes tratados en la era pre-rituximab por lo que recientemente se ha considerado que se precisa confirmar su utilidad en el ámbito de la inmun-quimioterapia. Beta-2 microglobulina, variable pronóstica importante en otras enfermedades hematológicas como el mieloma múltiple, no se incluyó en el FLIPI por no disponer del dato en la mayoría de los pacientes. En nuestra serie, con respecto a la SV, FLIPI delimita solo dos grupos de riesgo. Sin embargo hemos observado un valor predictivo muy significativo de beta-2microglobulina en los tres aspectos explorados, la SV global, el TFT y la posibilidad de obtener RC con el primer tratamiento.

**Conclusiones.** Conclusiones: Nuestros datos sugieren que beta-2 microglobulina es una variable pronóstica importante en LF y que debería ser incluida en la valoración pronóstica de este tipo de linfomas.

V-4

**SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE LOS NIVELES DE TROPONINA PLASMÁTICA EN LOS PACIENTES CON PERICARDITIS AGUDA**

**I. Cociu<sup>1</sup>, B. Roca<sup>2</sup>, J. Ferrero<sup>3</sup> y C. Andreu<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Universidad de Valencia, <sup>3</sup>Servicio de Laboratorio, <sup>4</sup>Servicio de Documentación. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** La elevación de los niveles plasmáticos de troponina implica mal pronóstico, tanto a corto como a largo plazo, en el síndrome coronario agudo y en otras enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en el caso de la pericarditis aguda, el significado de la elevación de la troponina es mucho más incierto. En el presente estudio se pretende conocer si hay alguna asociación entre los niveles de troponina existentes en la pericarditis aguda y la aparición de morbilidad y mortalidad, tanto cardiovascular como general, a medio y a largo plazo

**Material y métodos.** Estudio de cohorte, en el que fueron incluidos todos los pacientes del Departamento de Salud número 2 de la Comunidad Valenciana, diagnosticados de pericarditis aguda en el



Hospital de Castellón, desde 2002 hasta 2007. Los pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica fueron excluidos. Mediante procedimientos informatizados obtuvimos todos los datos de morbilidad y mortalidad que habían sufrido los pacientes desde que fueron diagnosticados de pericarditis aguda hasta abril de 2008. Consideramos como normal un nivel de troponina inferior a 0,050 ng/ml.

**Resultados.** Incluimos a un total de 56 pacientes; 47 (84%) eran hombres; la mediana de la edad en el momento del diagnóstico de pericarditis aguda era de 36 años (intervalo intercuartil -IC-: 31-55 años). La mediana de los niveles de troponina era de 0,028 ng/ml (IC: 0,013-2,040); 22 de los pacientes (39%) tenían niveles de troponina superiores al límite normal. Tres pacientes (5%) murieron durante la hospitalización inicial por pericarditis aguda, por taponamiento cardiaco, uno de ellos presentaba elevación de la troponina y los otros dos no ( $p = 0,661$ ). Los demás pacientes fueron seguidos durante una mediana de 37 meses (IC: 22-55). Ninguno de los pacientes falleció ni fue diagnosticado de síndrome coronario agudo durante todo este periodo. Cuatro de los pacientes presentaron enfermedades cardiovasculares atendidas en el hospital (tres de ellos síncope y uno de ellos miocardiopatía); no hubo diferencias en la incidencia entre los pacientes con elevación de los niveles de troponina y los pacientes con niveles normales de la misma ( $p = 0,445$ ). La mediana de la incidencia de global de enfermedades atendidas en todos los niveles del sistema sanitario fue de 2 (IC: 1-3) en los pacientes que habían tenido unos niveles de troponina normales, y de 1 (IC: 1-2) en los pacientes que habían tenido unos niveles de troponina elevados ( $p = 0,457$ ).

**Conclusiones.** Al contrario de lo que sucede en la mayoría de las enfermedades cardiovasculares, la elevación de la troponina no parece conllevar un mal pronóstico a largo plazo en la pericarditis aguda.

#### V-7

### RELACIÓN ENTRE LA *MICOBACTERIUM AVIUM PARATUBERCULOSIS* Y LOS GENES DE SUSCEPTIBILIDAD

J. Mendoza<sup>1</sup>, R. Lana<sup>2</sup>, A. Lerida<sup>3</sup>, A. San Pedro<sup>4</sup>, E. Culebras<sup>4</sup>, R. Cies<sup>4</sup>, J. Picazo<sup>4</sup> y M. Díaz-Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna,

<sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de medicina Interna. Hospital de Viladecans.

Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue determinar la existencia de MAP viable en cultivos de sangre periférica en pacientes con EC, colitis ulcerosa (CU) y controles sanos.

**Material y métodos.** A 30 pacientes con EC (15 con al menos una de las mutaciones del CARD15/NOD2), 29 pacientes con CU y 10 controles sanos se les determinó la presencia de MAP mediante PCR (el fragmento específico IS900) y posteriormente se cultivaron las muestras sanguíneas durante 8 semanas y 18 meses en medio específico para la MAP. También se estudiaron mediante Taqman los SNPs asociados con la EC en los genes relacionados con la vía de la autofagia (NOD2, ATG16L1, IGRM1 y IL23R).

**Resultados.** El ADN de la MAP fue detectado en todas las muestras originales sanguíneas y en los cultivos a las 8 semanas tanto en los pacientes con EC, CU y controles sanos. Los resultados fueron confirmados por dot blot. En los cultivos de las muestras sanguíneas incubadas durante 18 meses se detectó el crecimiento de MAP, en forma de esferoplastos, en todos los pacientes con EC, uno solo con CU y en ningún control sano. No encontramos ninguna correlación entre la existencia de MAP viable y el uso de inmunosupresores en la EC o con los SNPs estudiados.

**Conclusiones.** El ADN de la MAP se puede encontrar en la sangre de pacientes con EC, CU y controles indicando su amplia presencia en nuestra área. Pero sin embargo solamente pudimos cultivar la MAP en las muestras sanguíneas de los pacientes con EC. Aunque la MAP no sea un agente causal de la EC, la presencia de MAP viable podría tener consecuencias clínicas que necesitan ser aclaradas.

#### V-8

### CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN UN HOSPITAL COMPLEMENTARIO DE ÁREA Y DE REFERENCIA EN ONCOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA

M. Peris, M. Beltrán, J. Llopis, M. Miquel, A. Climent y E. Cabanes

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana/Castelló de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** El Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, complementario de área y de referencia en Oncología y Psiquiatría, pone en marcha una Consulta de Alta Resolución. Los objetivos son prestar asistencia sanitaria y evitar demoras en el estudio diagnóstico y terapéutico de pacientes médicos y oncológicos con enfermedades potencialmente graves, evitar el ingreso hospitalario y ofrecer la misma disponibilidad de medios sin merma de la calidad asistencial. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, periodo observacional de 1 año (1 Junio 2007 al 1 Junio 2008). Las variables analizadas son: motivo de consulta, procedencia, días de demora, edad, sexo, diagnósticos y destino. Se dispone de una consulta, depende del Servicio de Medicina Interna, atiende a los enfermos derivados desde el Servicio de Oncología o cualquier otra especialidad del Hospital incluido el Servicio de Urgencias. El personal asignado son un médico Internista y una enfermera. Se tiene el apoyo de Hospital de Día Médico (HDM) para la realización de pruebas diagnóstica/terapéuticas cruentas (toracocentesis, paracentesis, biopsias, transfusiones,...). En la primera visita se realiza una anamnesis y exploración completa, analítica, ECG y Rx tórax, si se trata de una sospecha de trombosis venosa, se realiza el Eco Doppler. Se solicitan otras pruebas complementarias necesarias e intentan citarse el mismo día con una 2ª visita. Ha sido necesaria la colaboración y coordinación de los Servicios Centrales, en especial Radiología, Laboratorio y M. Nuclear.

**Resultados.** En 1 año de CAR se han visto 116 pacientes, 50 hombres y 66 mujeres. La edad media fue de 62 años. Todos fueron vistos en el día, demora máxima de 3 días (todas las TVP fueron vistas al día). La derivación del paciente fue a distintas especialidades, 35% a la especialidad de procedencia. La procedencia fue desde Urgencias 24 y de Consultas Externas: Oncología 22, Hematología 21, UHD 9, M. Interna 10, Cirugía 6, Anestesia 4, Neumología 4, Trauma 3, Urología 3, Cardiología 3, Radioterapia 2, Medicina Laboral 2, Rehabilitación 1, Psiquiatría 1, Neurología 1. Los motivos más frecuentes de consulta fueron la anemia, TVP, síndrome febril sin foco, nódulos o pluriadenopatías y estudio extensión neoplásica. Se realizaron 1 toracocentesis y 6 paracentesis diagnósticas. Se ingresó 5 pacientes, 3 por tromboembolismos pulmonares, 1 endocarditis y 1 leucemia aguda. Se derivaron a especialidades de otro hospital 7 pacientes, 3 Nefrología, 1 Cirugía Cardiovascular, 1 Hematología, 1 Reumatología y 1 ORL. Se forma un grupo de 6 pacientes que precisan soporte terapéutico continuo se les cita en HDM, 4 en soporte trasfusional/hierro, 2 para paracentesis evacuadoras. En este primer año se ha puesto en marcha a través de CAR un protocolo de la TVP, formando parte de la Unidad de Trombosis Multidisciplinar del Hospital y se encuentra en proceso la Guía de Neutropenia Febril de bajo riesgo, para control médico de estos enfermos por CAR.

**Discusión.** 1er año de CAR se han visto 116 pacientes, 20% fueron dados de alta en la 1ª visita, 30% en la 2ª y el resto en la 3ª. Se ha evitado el ingreso en la mayoría, solo se ha ingresado por gravedad. El proceso máximo ha sido 12 días. Se dispone de la colaboración de Servicios Centrales. Se han puesto en marcha 2 protocolos consensuados. El desarrollo de una consulta en la que se realicen las exploraciones y tratamiento sin demora conduce a una mayor eficiencia asistencial y aumenta la satisfacción de los pacientes. Se debe adaptar en función de los medios y entorno y establecer protocolos. La integración de ámbitos asistenciales y multidisciplinarios permite mejorar la calidad y continuidad asistencial.

**Conclusiones.** La CAR necesita una planificación efectiva de los procesos y es necesario que exista concienciación por parte de los facultativos sobre esa manera de trabajar. Precisa colaboración y coordinación de Servicios Centrales. Establecer protocolos consensuados. El trabajo Multidisciplinar aporta mayor eficiencia y satisfacción del usuario y profesionales.

Tabla 1. (V-9).

	Lira 0.6 + glim	Lira 1.2 + glim	Lira 1.8 + glim	Placb + glim	Rosi + glim
HbA1c final% (DS)	7.9 (1.3)	7.5 (1.2)	7.5 (1.3)	8.7 (1.3)	8.0 (1.3)
Cambio HbA1c%	-0.6 *	-1.08*+	-1.12*+	0.23	-0.44
% HbA1c < 7%	24*	35*+	42*+	8	22
% HbA1c < 6,5%	13	22*+	21*+	4	10
Peso, cambio, kg (DS)	0.7 (0.2)+	0.3 (0.2)++	-0.2 (0.2)+	-0.1 (0.3)	2.1 (0.2)
GB final, mg/dl (DS)	166 (45)	152 (49)	149 (46)	193 (51)	163 (51)
Cambio GB, mg/dl (DS)	-13 (3)*	-28 (3)*	-29 (3)*+	18 (4)	-16 (3)

\*p < 0.0001 vs placebo +p < 0.0001 vs rosi.

**V-9**

**LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO HUMANO DEL GLP1 DE ADMINISTRACIÓN ÚNICA DIARIA QUE, EN COMBINACIÓN CON SULFONILUREAS PROPORCIONA UN MEJOR CONTROL GLUCÉMICO EN COMPARACIÓN CON ROSIGLITAZONA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2**

**D. Verge<sup>1</sup> y M. Marre<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Departamento Médico. Novo Nordisk España. <sup>2</sup>Endocrinology-Diabetology. Bichat Hospital. Paris, France.

**Objetivos.** Evaluar el efecto sobre el control glucémico (HbA1c) de tres dosis de Liraglutida (0.6, 1.2 o 1.8 mg/día) en combinación con glibenclamide (2-4 mg/día) y compararla con rosiglitazona 4 mg o placebo, en pacientes diabéticos tipo 2.

**Material y métodos.** Estudio de 26 semanas, a doble ciego donde se incluyeron 1.041 diabéticos tipo 2 que fueron randomizados para recibir, en combinación con glibenclamide, liraglutida (3 dosis), placebo o rosiglitazona. Se evaluó el control metabólico de los pacientes: HbA1c, glucemia basal (GB), efectos secundarios y cambios en el peso corporal.

**Resultados.** Todas las dosis de liraglutida producen una significativa reducción tanto de la HbA1c como de la GB desde los niveles basales, en comparación con el grupo placebo (p < 0.0001), y las diferencias con el grupo rosiglitazona fueron también significativas en los grupos de liraglutida 1.2 y 1.8 mg/día (p < 0.0001). En los grupos Liraglutida 1.2 y 1.8 se aprecia un significativo mayor número de pacientes que alcanzan niveles de HbA1c por debajo de 7 y 6,5% (p < 0,0003 vs rosi y placb.). El cambio en el peso corporal fue superior para todas las dosis de liraglutida al compararla con rosiglitazona p < 0.0001). El efecto secundario más frecuentemente observado con liraglutida fue la náusea (< 11%), de carácter débil y transitoria. Se detectaron hipoglucemias menores (< 56 mg/dl) en el 10% de los pacientes.

**Discusión.** Los resultados del estudio muestran que liraglutida además de mejorar el control metabólico con un buen perfil de seguridad, tiene otros efectos que resultan de notable interés en el manejo de la diabetes tipo 2, entre ellos la disminución del peso corporal, lo que puede permitir un abordaje más integral de la enfermedad.

**Conclusiones.** Liraglutida, en combinación con una sulfonilurea es bien tolerada y mejora el control glucémico, con un perfil de peso corporal favorable al compararlo con el tratamiento en combinación de sulfonilureas y rosiglitazona.

**V-10**

**EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**J. Blanch Falp, C. Gris Ambrós, M. Mestres García, L. Peñas Rojas, J. Torné Cachot, J. Baucells Azcona, C. Torres Villar y J. García Pont**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar los parámetros analíticos utilizados en el diagnóstico de anemia ferropénica (AF) en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Durante tres meses consecutivos se incluyeron 104 pacientes, que representaban el total de anemias diagnosticadas. Se trata de un estudio observacional y prospectivo. Se evaluó el VCM, HCM, RDW, hierro (Fe), ferritina (FT) y la saturación de la transferrina (ST). Se consideró el diagnóstico de AF, cuando alguno de los parámetros evaluados estaba alterado, habiéndose excluido otras causas y confirmándose el diagnóstico por aspirado de médula ósea o curación tras tratamiento con hierro (gold standar).

**Resultados.** De los 104 pacientes incluidos el 53% eran varones, con una edad media de 71 años. El 57% ingresó por patología infecciosa, neoplásica, inflamatoria o hepática. La prevalencia de AF fue del 68,3% y en el 40% la causa fue el sangrado gastrointestinal crónico. De los 71 pacientes con AF solo 14 tenían una FT < 20 con una media de 222, mediana de 89 y DE de 369 µg. En la tabla 1 se presenta la evaluación diagnóstica de la AF. Un paciente con un parámetro de los evaluados alterado y que además tenga microcitosis, hipocromia, ferropenia o una ST < 15% tendrá una probabilidad cercana al 100% (normograma de Fagan) de tener AF.

**Discusión.** Se considera a la FT como el mejor parámetro diagnóstico de AF, con una S del 59% y una especificidad del 99%, en nuestro estudio se obtienen unos resultados todavía peores, con una probabilidad de no tener AF con un resultado negativo (> de 20 µg) del 36%. Esto ocurre porque es un reactante de fase aguda, aumentando en patología inflamatoria, neoplásica o hepática. Se ha sugerido que en procesos inflamatorios la FT se incrementa x 3 y que el punto de corte entre 50-100 µg, mejoraría los resultados, no siendo así en este estudio. El mejor marcador de AF es la ST con una probabilidad de tener o no AF con un resultado + o - superior al 80%.

**Conclusiones.** 1. La ferritina es un mal marcador de AF en el medio hospitalario. 2. El mejor parámetro es la ST, 3. La combinación de 2 parámetros incrementa la probabilidad de AF casi al 100%.

Tabla 1. Evaluación diagnóstica de la AF, se incluyen los IC 95% (V-10).

	VCM < 80 fl	HCM < 28 pg	RDW > 15%	Fe < 35 ug	FT < 20 ug	ST < 15%
S (%)	41 (30-53)	78 (67-86)	59 (48-70)	85 (74-91)	20 (12-30)	93 (85-97)
E (%)	94 (80-98)	82 (66-91)	49 (33-65)	82 (66-91)	97 (85-99)	82 (66-91)
VPP (%)	94 (79-98)	90 (80-95)	71 (59-81)	91 (82-96)	93 (70-99)	92 (83-96)
VPN (%)	43 (32-54)	63 (48-76)	36(23-50)	71 (55-83)	36 (27-46)	84 (68-93)
LR+	7 (2-27)	4 (2-9)	1.2 (0.8-2)	5 (2-10)	7 (0.4-47)	5 (2-11)
Exact.(%)	58 (48-67)	79 (70-86)	56 (46-65)	84 (75-90)	44 (35-54)	89 (82-94)
F+ (%)	6 (2-20)	18 (9-34)	52 (35-68)	18 (9-34)	3 (0.5-15)	18 (9-34)
F- (%)	59 (48-70)	23 (14-34)	41 (30-53)	16 (9-26)	80 (70-88)	7 (3-15)
I. Youden	0.3	0.6	0.1	0.7	0.2	0.7

## V-13

**NEOPLASIA PULMÓN: MANIFESTACIONES CLÍNICAS AL DIAGNÓSTICO EN 481 CASOS**

**I. Villamil Cajoto<sup>1</sup>, F. González Barcala<sup>2</sup>, J. Álvarez Dobaño<sup>2</sup>, R. De la Fuente Cid<sup>3</sup>, A. Pose Reino<sup>3</sup>, J. García Prim<sup>4</sup>, M. Moldes<sup>4</sup> y L. Valdés Cuadrado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Profesor Gil Casares. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Neumología. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo. Su presentación clínica corresponde habitualmente a estadios avanzados. En esta neoplasia, el factor más importante en la supervivencia es el estadio del tumor al diagnóstico. Si el tumor es diagnosticado incidentalmente en un paciente asintomático, su supervivencia es notablemente mayor que si es diagnosticado tras el inicio de sintomatología. Por eso, desde hace años persiste la controversia sobre la indicación de programas de screening para el diagnóstico en fases tempranas. Nuestros objetivos fueron por tanto, conocer los síntomas que motivan al paciente para demandar asistencia sanitaria en el sistema de salud, y las características clínicas al diagnóstico de esta patología, en nuestra área sanitaria.

**Material y métodos.** Se recogieron retrospectivamente todos los casos incidentes de cáncer de pulmón durante 3 años (1-enero-1997 a 31-diciembre-1999), de pacientes con residencia habitual en el área sanitaria de Santiago de Compostela, a partir de la información disponible en el Servicio de Codificación. El tipo histológico se clasificó según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. La fecha de fallecimiento se obtuvo de la historia clínica del paciente, registro de mortalidad, o llamadas telefónicas al domicilio del paciente. El resto de la información se obtuvo de la historia clínica del paciente y del Servicio de Anatomía Patológica.

**Resultados.** Se diagnosticaron 481 casos de cáncer de pulmón (tasa bruta de incidencia de 41,79 por 100.000 habitantes y año). La mediana de edad fue 66,9 años (rango intercuartil 60,5-74,4), siendo el 92,77% varones. El 94,1% correspondía a fumadores o exfumadores. Los síntomas más prevalentes como motivo de consulta fueron síndrome general (20%), dolor torácico (19%) y hemoptisis (17%). Existe un grupo de pacientes 56, con predominio de varones con diagnóstico incidental.

**Discusión.** La incidencia de cáncer de pulmón parece elevada en nuestra área sanitaria. El perfil de la motivación de la demanda sanitaria del paciente con neoplasia pulmonar en nuestra área se presenta mayoritariamente como síndrome general o dolor torácico. Nuestro paciente tipo con cáncer de pulmón, es un varón de 67 años, fumador, diagnosticado en estadios avanzados, que consulta por síndrome general y/o dolor torácico. Algunos de los síntomas se presentan con diferencias significativas entre sexos. Asimismo hay diferencias entre histologías, siendo llamativo la elevada frecuencia de dolor torácico en adenocarcinoma, aunque también es la primera causa de consulta en microcítico. Por el contrario la hemoptisis es el motivo de consulta más frecuente en epidermoide y el síndrome general en el tipo células grandes o con diagnóstico clínico-radiológico.

**Conclusiones.** Por tanto, los datos sobre los síntomas en nuestra área sanitaria al diagnóstico de cáncer de pulmón parecen orientar a la inespecificidad de la mayoría de las manifestaciones clínicas.

## V-14

**EFFECTO DEL FENOFIBRATO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICA (EHGNA)**

**A. Igarzabal Gorki<sup>1</sup>, I. Serrano Navarro<sup>1</sup>, E. González García<sup>1</sup>, M. Pérez-Jacoiste<sup>1</sup>, M. Pérez-Carreras<sup>2</sup>, F. Colina<sup>3</sup> y C. Fernández-Miranda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La dislipemia, la insulinoresistencia y el síndrome metabólico son factores de riesgo que se asocian a la enfermedad del

hígado graso no alcohólico (EHGNA). El objetivo de este estudio ha sido evaluar el efecto del tratamiento con fenofibrato en la evolución clínica, analítica e histológica de pacientes con EHGNA.

**Material y métodos.** Dieciséis pacientes consecutivos con EHGNA confirmada histológicamente fueron tratados durante 48 semanas con 200 mg/día de fenofibrato. En todos ellos se siguió la evolución clínica y analítica cada tres meses y se efectuó una biopsia hepática post-tratamiento.

**Resultados.** Todos los pacientes completaron 48 semanas de tratamiento sin efectos adversos. Al final del estudio se observó una disminución significativa de triglicéridos ( $162 \pm 96$  vs.  $131 \pm 70$  mg/dl,  $p = 0,03$ ), glucosa ( $105 \pm 12$  vs.  $97 \pm 12$  mg/dl,  $p < 0,001$ ), fosfatasa alcalina ( $176 \pm 76$  vs.  $114 \pm 42$  UI/l,  $p < 0,001$ ) y gamma-glutamilo transpeptidasa ( $90 \pm 79$  vs.  $55 \pm 41$  UI/l,  $p = 0,01$ ) y un aumento de apolipoproteínaA ( $140 \pm 25$  vs.  $161 \pm 31$  mg/dl,  $p = 0,04$ ). Los valores de insulina y e insulinoresistencia mostraron una tendencia a la disminución. Se observó una reducción en la proporción de pacientes con aminotransferasas anormales ( $> 45$  UI/l): alanino aminotransferasa: 93,7% vs. 62,7%,  $p = 0,02$ ; aspartato aminotransferasa: 50% vs 18,7%,  $p = 0,02$ . El índice de masa corporal no sufrió cambios significativos, pero la proporción de pacientes con síndrome metabólico disminuyó significativamente (43,7% vs 18,7%,  $p = 0,04$ ). El estudio histológico tras el tratamiento reveló una disminución significativa del grado de degeneración balonzante de los hepatocitos, pero no hubo cambios en el grado de esteatosis, inflamación y fibrosis.

**Conclusiones.** El tratamiento con fenofibrato en pacientes con EHGNA mejora el perfil hepático, la dislipemia y la resistencia insulínica, aunque sus efectos en la histología hepática son mínimos.

## V-15

**ANÁLISIS DEL USO DE RECURSOS PALIATIVOS EN PACIENTES QUE FALLECEN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**S. Sanz Baena, E. Berrocal Valencia, G. Pérez Martín, V. Delgado Cíerrol, M. Moro Álvarez y J. Lacasa Marzo**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es describir el uso de recursos paliativos en un Servicio de Medicina Interna en los pacientes hospitalizados que fallecieron en el año 2007.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, analizándose las historias clínicas de 42 pacientes fallecidos. Se recogieron los datos de filiación, la causa principal de la muerte, patologías concomitantes, presencia de deterioro cognitivo previo, fecha de inicio de las medidas paliativas, síntomas, tratamiento y control sintomático, fármacos utilizados y dosis, oxigenoterapia, presencia de vía venosa, catéter central, sonda nasogástrica y vesical, información de pronóstico y medidas paliativas a familiares y paciente. Se excluyeron los pacientes recuperables (se emplearon medidas de reanimación avanzada) que fallecieron de forma súbita y aquellos cuya muerte se produjo en las veinticuatro horas siguientes al ingreso. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0. Se empleó el test de  $\chi^2$  para comparar variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Se estableció un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** En el Servicio de Medicina Interna de este hospital se atendieron un total de 861 pacientes ingresados durante el año 2007, de los cuales fallecieron 42 (4.88%). De ellos, 4 fueron excluidos del estudio por fallecer en las primeras 24 horas siguientes al ingreso (tres de ellos eran pacientes oncológicos terminales, en situación de agonía). Otros 6 fallecieron de forma súbita, empleándose medidas de reanimación avanzada, por lo que también fueron excluidos. De todos los restantes (32), 28 fueron éxitos esperados (87.5%). Las características de los pacientes fallecidos en nuestro Servicio no difieren en cuanto a sexo, deterioro cognitivo previo o comorbilidad, de las de aquellos analizadas en estudios de mortalidad en distintos Servicios de Medicina Interna, si bien la edad y la estancia media son



algo más elevadas. La enfermedad principal que condujo al éxito en nuestro estudio, fue con mayor frecuencia neurológica (accidente cerebrovascular). El síntoma recogido más frecuentemente fue la disnea, en un 84,4% de los casos. Se instauró tratamiento paliativo en 20 pacientes (62,5%). Los fármacos más usados fueron morfina, como tratamiento de la disnea, y benzodiazepinas (midazolam) para tratar la agitación a dosis de 15 mg. (10-30) y 7.65 mg. (2.5-10) al día, respectivamente. Se encontraron diferencias entre grupos de pacientes con tratamiento paliativo (TP) y tratamiento activo exclusivo (TAE) con respecto al número de síntomas presentes, (TP: mediana 7; IQR 6-7.5 frente a TAE: mediana 5; IQR 4-6.5;  $p = 0,02$ ). La mediana de supervivencia (IQR) tras el inicio de tratamiento paliativo fue de 2 días (1-4.5).

**Discusión.** La ausencia de medidas paliativas en los 8 pacientes agónicos (exitus esperado) en los que se mantuvo el tratamiento activo exclusivo hasta el momento del exitus, puede ser debida a la dificultad de encontrar modelos pronósticos contrastables en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que permitan catalogarlos como terminales. A pesar del tratamiento instaurado, el control de los síntomas ha sido parcial. Los motivos de esta situación no están claros, pudiendo estar en relación con la infrautilización de los recursos, la infradosificación de los mismos o la metabolización alterada de los fármacos (edad, comorbilidad). Fuera de las Unidades de Paliativos la recogida sistemática de determinados datos es escasa (la indicación o no de reanimación cardiopulmonar, las voluntades anticipadas etc.); esto debe hacernos reflexionar sobre si la información recogida sobre la calidad de muerte de los pacientes en la historia clínica es adecuada.

**Conclusiones.** Son necesarios más estudios que incluyan una mayor población para valorar el control sintomático y el manejo de los pacientes con enfermedad terminal o crónica avanzada, que fallecen hospitalizados.

## V-16

### SEGUNDAS NEOPLASIAS DE ÓRGANO SÓLIDO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup>, J. Llenas García<sup>1</sup>, L. Caurcel Díaz<sup>1</sup>, F. Castalbón Fernández<sup>1</sup> y F. Colina Ruizdelgado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Registro Hospitalario de Tumores. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El desarrollo de una segunda neoplasia de órgano sólido en pacientes con mieloma múltiple (MM) constituye un evento infrecuente y pobremente definido en sus aspectos epidemiológicos y evolutivos. En su etiopatogenia ha sido involucrado tanto el propio potencial oncogénico asociado al MM como la naturaleza de su abordaje terapéutico, en particular si incluye la administración de radioterapia o agentes alquilantes. Pretendemos analizar la frecuencia y características clínicas de esta asociación en nuestro medio.

**Material y métodos.** En el periodo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2002 fueron diagnosticados en nuestro centro 73 casos de MM (41 mujeres; edad media:  $69,6 \pm 11,1$  años). Determinamos de forma retrospectiva la incidencia de segunda neoplasia maligna de naturaleza no hematológica en esta población, analizando sus variables epidemiológicas y clínicas, así como su curso evolutivo. Los criterios diagnósticos de MM fueron los propuestos por Durie y Salmon. Por su parte, exigimos la existencia de confirmación histológica de la neoplasia de órgano sólido. Definimos como sincrónicas las neoplasias diagnosticadas con un intervalo inferior a 6 meses, y metacrónicas las que no cumplieran tal criterio.

**Resultados.** Encontramos 4 casos de segunda neoplasia de órgano sólido (2 varones; edad media:  $67,3 \pm 7,5$  años) en la cohorte total de 77 pacientes con diagnóstico previo de MM (frecuencia global: 5,5%). Dicho diagnóstico incluyó: carcinoma broncogénico en 2 pacientes (carcinoma anaplásico de células grandes y adenocarcinoma), carcinoma colorrectal, y melanoma de extensión superficial. El estadio de Durie-Salmon al diagnóstico del MM fue: I-A, II-A, II-A y III-B, respectivamente. Dicha asociación resultó sincrónica en un caso (intervalo diagnóstico: 1 mes), y metacrónica en el resto (rango: 9,5-19 meses). La naturaleza del componente monoclonal fue: IgG kappa (2 casos), IgA kappa, e IgA lambda. El abordaje terapéutico

del MM incluyó alguno de los siguientes regímenes: melfalán-prednisona, VAD y VBAD/VBMCP (2 casos), asociando trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en dos pacientes. Se obtuvo respuesta parcial del MM en 2 pacientes, y respuesta completa en uno. El tratamiento de la neoplasia asociada, por su parte, fue quirúrgico con intención curativa en 2 casos (melanoma y carcinoma colorrectal), y sintomático en el resto (carcinoma broncogénico), incluyendo la administración de radioterapia paliativa en un paciente con tumor de Pancoast. Los 4 pacientes habían fallecido en el momento del análisis, bien fuera por progresión del MM (2 casos), progresión de la neoplasia de órgano sólido (melanoma), o complicación postquirúrgica tras la resección del carcinoma colorrectal.

**Discusión.** La asociación entre MM y segunda neoplasia de órgano sólido se presentó en el 5,5% de los pacientes de nuestra serie, con un intervalo diagnóstico inferior a 24 meses, y predominio del carcinoma broncogénico. El MM fue mayoritariamente de tipo IgG kappa, diagnosticado en estadios precoces (I-II de Durie-Salmon), y recibió en su tratamiento regímenes que incluyeron tanto agentes alquilantes (melfalán) como técnicas mieloablativas con autotrasplante de progenitores hematopoyéticos.

**Conclusiones.** Si bien relativamente infrecuente, la aparición de segundas neoplasias de órgano sólido constituye un evento con notables implicaciones pronósticas en el seguimiento a largo plazo de los pacientes con MM. La naturaleza del régimen administrado en el tratamiento de la neoplasia hematológica podría influir en la incidencia de tal complicación, circunstancia que obliga a la vigilancia estrecha de esta población a fin de realizar su diagnóstico precoz, incluso en situaciones de respuesta completa o parcial.

## V-17

### LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO HUMANO DEL GLP-1, DE ADMINISTRACIÓN ÚNICA DIARIA QUE EN COMBINACIÓN CON METFORMINA PROPORCIONA SIMILAR CONTROL GLUCÉMICO Y REDUCE EL PESO CORPORAL EN COMPARACIÓN CON GLIMEPIRIDA

P. Mezquita en representación del Grupo de Investigadores Españoles del LEAD 2

Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Evaluar el efecto sobre el control glucémico de tres dosis de liraglutida (0.6, 1.2 y 1.8 mg) en combinación con metformina (1g/bid) y compararla con glimepirida (4 mg/qd) o placebo, en pacientes diabéticos tipo 2.

**Material y métodos.** Ensayo clínico de 26 semanas de duración, a doble ciego en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con metformina, que se randomizaron en cinco brazos de tratamiento para recibir, en combinación liraglutida en tres dosis diferentes, glimepirida o placebo. Se evaluó el control metabólico (HbA1c, glucemia basal), la variación de peso corporal, la aparición de eventos adversos e hipoglucemias durante el estudio y el grado de consecución de objetivos terapéuticos.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio un total de 1091 pacientes. Las cifras de HbA1c al finalizar el periodo de tratamiento fueron significativamente más bajas en todos los grupos de liraglutida, en comparación con el grupo placebo. El porcentaje de pacientes que alcanzó los objetivos de HbA1c por debajo de 6,5% fue superior en los grupos liraglutida, comparado con el grupo placebo, sin diferencias con el grupo glimepiride. El patrón de evolución de las glucemias basales, siguió el mismo esquema. El peso corporal disminuyó de forma significativa en los grupos 1.2 y 1.8 mg de liraglutida, respecto al grupo placebo. Se detectaron anticuerpos a liraglutida en el 0-4% de los pacientes. Se reportaron hipoglucemias menores en menos del 4% de los pacientes en los grupos liraglutida, frente a un 16,9% en el grupo glimepiride. No se detectaron hipoglucemias mayores. El efecto secundario más frecuente fue la náusea en un 6-12% de los pacientes de los grupos liraglutida, porcentaje que disminuyó hasta el 2% tras 6-8 semanas de tratamiento.

**Discusión.** Los resultados del estudio muestran que liraglutida además de mejorar el control metabólico con un buen perfil de seguridad, tiene otros efectos que resultan de notable interés en el manejo de la diabetes tipo 2, entre ellos la disminución del peso corporal, lo que puede permitir un abordaje más integral de la enfermedad

Tabla 1. Resultados (V-17).

	Lira 0.6 + met	Lira 1.2 + met	Lira 1.8 + met	Pla + met	Glim + met
HbA1c final (%)	7.8 (1.1)	7.5 (1.1)	7.5 (1.2)	8.6 (1.4)	7.5 (1.1)
Cambio HbA1c	-0.7 (0.1)*	-1.0 (0.1)*	-1.0 (0.1)*	+0.1 (0.1)	-1.0 (0.1)
Cambio peso (kg)	-1.8 (0.2)^	-2.6 (0.2)^	-2.8 (0.2)^	-1.5 (0.3)	+0.9 (0.2)
% hipos menores	3.7	0.8	2.5	2.5	16.9
GB final (mg/dl)	163 (46)	152 (46)	153 (42)	193 (57)	159 (44)
Cambio GB (mg/dl)	-20 (3)*	-29 (3)*	-30 (3)*	+7 (4)	-23 (3)
%HbA1c < 7	28.0*^	35.3*	42.4*	10.8	36.3
%HbA1c < 6.5	11.3*^	19.8*	24.6*	4.2	22.2

\*p < 0.05 vs placebo p < 0.05 vs glimepiride.

**Conclusiones.** Liraglutida, en combinación con metformina, produce una significativa reducción de la HbA1c y de la glucemia basal, con una menor incidencia de hipoglucemias y una disminución del peso corporal, en comparación con glimepirida.

### V-18

#### TRATAMIENTO CON ERTAPENEM DE INFECCIONES NO COMPLICADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (UHAD)

A. Arjol Boga<sup>1</sup>, J. Tricas Leris<sup>2</sup>, M. Camprubí Cordomí<sup>4</sup>, M. Igon Sosa<sup>4</sup>, R. Reig Torrents<sup>4</sup>, X. Olivera<sup>4</sup> y J. Vilaseca Bellolá<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico responsable de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna, <sup>3</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Enfermera de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD). Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Experiencia con Ertapenem en infecciones no complicadas en una Unidad de Hospitalización a Domicilio de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos los tratamientos con Ertapenem realizados desde Octubre de 2007 a Mayo de 2008 en una UHAD de un Htal comarcal de 100 camas con una área de influencia de 90.000 habitantes y 7 camas virtuales. Datos recogidos de la historia clínica del paciente: Edad; fecha de ingreso y alta; diagnóstico al ingreso; foco infeccioso; germen aislado; bacteriemia; antibiograma; antibiótico utilizado; acceso venoso utilizado; incidencias del acceso; tolerancia al antibiótico; comorbilidades; inmunosupresión; curación.

**Resultados.** Se recogen 12 casos con una edad media de 66,3 años (39-82); 5 pacientes > 75 años; estancia media 9,91 días (5-17); foco abdominal biliar: 4 episodios; foco abdominal no biliar: 2 episodios; foco cutáneo: 1 episodio; foco urinario: 3 episodios. Microorganismos aislados: *Escherichia coli* 4; *Bacteroides fragilis* 1; *Klebsiella pneumoniae* 3; no se aísla ningún microorganismo en 4 casos. Bacteriemias 3. Antibiograma muestra microorganismos multirresistentes en 7 aislados (58,7%) Buena tolerancia a tratamiento en todos los casos. Tipo de acceso venoso: Abocaths 15, Venocath 1, Drums 3. Episodios de flebitis 6. Duración media de los accesos venosos 5,78 días. Comorbilidades: Diabetes Mellitus 1; mayores de 75 años 4 pacientes. Inmunosupresión en 6 pacientes. Curación en 10 pacientes (83,3%) Reingresos 2, (1 por no respuesta- 8,3%).

**Discusión.** Ertapenem es un carbapenémico de reciente introducción, con perfil antimicrobiano de amplio espectro, que por su farmacocinética permite la administración en monodosis diaria endovenosa. Esta característica lo hace de primera elección en la terapia de infecciones producidas por microorganismos multirresistentes, que requieren tratamiento antimicrobiano endovenoso prolongado, y pueden, de esta forma, ser derivados a las unidades de Hospitalización a domicilio.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia el tratamiento con Ertapenem, de infecciones comunitarias y también nosocomiales, sin participación de *Pseudomonas*, ha sido eficaz, bien tolerado y ha permitido el ahorro de estancias hospitalarias. Siendo un fármaco de primera elección en el tratamiento de infecciones por microorganismos multirresistentes tipo BLEE, cada vez más prevalentes en nuestro medio.

### V-19

#### ESTUDIO RETROSPECTIVO BIOPSIA PLEURAL CERRADA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA. AÑOS 2005-2007

A. Carrero Gras<sup>1</sup>, G. Estrada Trigueros<sup>2</sup>, M. Cepeda González<sup>1</sup>, E. Ferreira Pasos<sup>1</sup>, B. García López<sup>1</sup>, E. Martínez Moreno<sup>1</sup>, J. Moreno Palomares<sup>1</sup> e I. León Gaitán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital General. Segovia.

**Objetivos.** Conocer la rentabilidad diagnóstica de las biopsias pleurales cerradas realizadas en nuestro medio en los últimos 3 años. Describir los diagnósticos más frecuentes y su correlación con la citología así como la aparición de complicaciones derivadas de la técnica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo correspondiente a los años 2005-2007 de todas las biopsias pleurales realizadas en el Hospital General de Segovia. Los datos se han recogido a partir del registro de biopsias pleurales del Servicio de Neumología y se ha rellenado un protocolo diseñado a tal efecto.

**Resultados.** Durante este periodo se registraron un total de 60 biopsias pleurales, correspondientes a 44 pacientes. Fue posible completar el protocolo de recogida de datos en 39 pacientes lo que correspondió a 52 biopsias pleurales. El 56,4% eran hombres y el 43,6% mujeres con una mediana de edad de 72 años. En todos los casos se trataba de exudados mononucleares, con los siguientes resultados: mediana de proteínas 4.6 g/dl, mediana de LDH 500. Se obtuvieron un 34% de biopsias pleurales positivas (del total de biopsias realizadas), en éstas la citología fue igualmente positiva en el 38%. Con respecto al total de las 52 citologías realizadas el 21% fueron positivas. El rendimiento diagnóstico de la biopsia junto con la citología fue del 44%. Hubo complicaciones menores en un 4.83% de casos: un síncope vasovagal, un seroma y un neumotórax que se resolvió espontáneamente. Con respecto a los diagnósticos recogidos de las biopsias pleurales, el 23,5% se trató de tuberculosis pleurales, el 47% metastásicos y el 29,5% adenocarcinomas de pulmón. En 2 casos se realizaron toracoscopias diagnósticas: en un caso hallazgos compatibles con Síndrome linfoproliferativo y en el otro metástasis de adenocarcinoma.

**Conclusiones.** La biopsia pleural cerrada en nuestro medio tiene una rentabilidad diagnóstica similar a la descrita en la literatura, ésta se incrementa junto a la citología. Es una técnica con mínimas complicaciones. Ante ausencia de diagnóstico se debe individualizar la indicación de una toracoscopia diagnóstica.

### V-20

#### TERRA NOVOAE SPLENDET (I). LOS BECARIOS MÉDICOS GALLEGOS DE LA JUNTA DE AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS (1909-1936)

J. Montes Santiago

Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** En el año 1907 se crea la Junta de Ampliación de Estudios (JAE), bajo la Presidencia de Ramón y Cajal y la dirección efectiva de Miguel Castillejo, con el objetivo de modernizar el modelo científico español. Desde el primer momento en Galicia las becas de la JAE permitieron la salida al extranjero de numerosos investiga-

dores, sobre todo médicos, que fueron auténticos dinamizadores de este cambio revitalizador, no sólo en Galicia sino algunos de ellos también en el resto de España. Aquí se detallan, de modo cuantitativo, los investigadores médicos gallegos que disfrutaron de tales ayudas.

**Material y métodos.** Investigación y análisis de diferentes fuentes bibliográficas: Exposición patrocinada por el CSIC: "Redes de Conocimiento. La Junta para la Ampliación de Estudios y la ciencia en Galicia" (2007-08); Catálogo de dicha Exposición (Navarra: Gráficas Lizarra, (2007); Sánchez Ron JM. Cincel, martillo y piedra. Historia de la ciencia en España (siglos XIX y XX); Madrid: Taurus (1999); Catálogo de la Exposición "Einstein en España": Madrid: Amigos de la Residencia de Estudiantes (2005); www. Culturagalega. Org, etc.]

**Resultados.** Fueron en total 128 investigadores los investigadores gallegos o residentes en Galicia (de ellos 62 médicos) los que disfrutaron de un total de 158 ayudas concedidas por la JAE en el periodo 1909-1936. Se detallan la distribución por materias de estas becas. En cuanto a las 81 ayudas para estudios médicos los principales países de destino fueron Alemania con casi la mitad (46%), Francia e Italia. Medicina: 81 (51%); Matemáticas: 8 (5%); Química: 22 (14%); Geología: 5 (3%); Agronomía 17 (11%); Otras (Geografía, Farmacia, Biología, otras): 16 (10%); Ingeniería: 9 (6%). TOTAL: 158.

**Discusión.** En el campo médico, y más concretamente en el relacionado con la Medicina interna, disfrutaron de tales becas personalidades tan relevantes en la historia de la Medicina Española como Roberto Nóvoa Santos, su discípulo Juan Rof Carballo o el que llegara a ser catedrático de Patología General en la Universidad de Valladolid y socio de honor fundador de la SEMI, Misael Bañuelos. En otras especialidades médicas recibieron becas otras personalidades sobresalientes como Jaime Pi y Sunyer (Fisiología), Paulino Suárez (Bacteriología, Director del Laboratorio de la Residencia de Estudiantes, que a su vez recibió numerosos becarios gallegos de la JAE), Barcia Goyanes (Anatomía), etc.

**Conclusiones.** La política de concesión de ayudas para estudios en el extranjero de la JAE se reveló como una fecunda iniciativa que contribuyó a la renovación y consolidación de la comunidad científica gallega tanto universitaria como en otras instituciones. Esto fue especialmente relevante en el campo de las ciencias médicas.

## V-21

### TERRA NOVOAE SPLENDET (II). FIGURA Y DISCÍPULOS DE ROBERTO NÓVOA SANTOS (75º ANIVERSARIO DE SU MUERTE)

**J. Montes Santiago<sup>1</sup>, R. Rabuñal Rey<sup>2</sup> y R. Monte Secades<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** En 1933, con sólo 48 años moría en Santiago de Compostela, víctima de un cáncer de pílora, el que fuera catedrático de Patología General de esta Universidad y de la Universidad de Madrid, Roberto Nóvoa Santos. En este trabajo se glosan sus principales contribuciones a la Medicina interna y otras disciplinas y se enumeran los principales continuadores de su obra.

**Material y métodos.** Indagación biográfica en diversas fuentes bibliográficas sobre la figura y obra de Nóvoa Santos y discípulos: 1) Redes de Conocimiento. Gráficas Lizarra, 2007. 2) Fernández Teijeiro JJ. Nóvoa Santos: Entre Bechterew e Teresa de Jesús: a psicopatología de Nóvoa Santos. Xunta de Galicia, 2002. 3) Nóvoa Santos en www. Culturagalega. Org. 4) Glick TF. Einstein in Spain. Princenton University Press, 1989. 5) García Guerra D. La Facultad de Medicina de Santiago. Fundación Uriach: Barcelona, 1998. 6) Orozco Acquaviva A. Historia de la Endocrinología Española. Madrid: Díaz de Santos, 1999, 315-23.

**Resultados.** Marañón le definió como "el arquetipo de la gran generación médica de la preguerra: la que trajo a la medicina española el aire impetuoso de fuera, el rigor en la investigación y la claridad en el método". Tras una brillante carrera, en 1911 estudió en Alemania y Francia con una beca de la Junta de Ampliación de Estudios. En 1912 alcanzó la Cátedra de Patología en Santiago. En 1916 aparece la 1ª edición de su Tratado de Patología General, que conocerá 8 ediciones hasta 1948. En 1927 se traslada a la Universidad de

Madrid donde atraería a un luminoso plantel de discípulos gallegos: Rof Carballo, los hermanos Jaso Roldán y Goyanes Álvarez, hermanas Fernández de la Vega, Pedro Pena Pérez, etc. Publicó más de 200 trabajos científicos, 6 libros de Medicina y otros 8 sobre cuestiones como las relaciones cuerpo-espíritu, el significado de los sexos o la inmortalidad. Además de su brillante oratoria, sus estudiosos reconocen que fue un innovador en campos como la diabetes o el enfoque biológico de los procesos mentales, iniciador de temas como la Gerontología e introductor en España de las teorías de Freud y aún de la Teoría de la relatividad de Einstein y de la cronobiología, con su aplicación de la noción del tiempo a los ritmos fisiológicos. En la estela de Cajal, será pionero de un deslumbrante conjunto de médicos humanistas y maestros de generaciones posteriores: Marañón, Rof Carballo, Laín Entralgo, Sánchez Granjel, Schüller, etc.

**Discusión.** Mediante las sucesivas ediciones del Tratado de Patología y sus viajes a Cuba y Argentina su influencia perdurará hasta principios de los 50 en España e Hispanoamérica. Algunos de sus discípulos más dotados, como Rof Carballo, principal exponente de la Medicina Psicosomática, o Jimena Fernández de la Vega (introductora en España de los estudios de Genética), profundizarán en algunas de sus más brillantes aportaciones.

**Conclusiones.** En el 75º aniversario de su muerte, el conocimiento de la figura y contribuciones médicas y humanísticas de Nóvoa Santos continúa siendo ineludible para comprender la evolución de la moderna medicina, y singularmente de la Medicina Interna, en España.

## V-22

### IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

**J. Ena<sup>1</sup>, R. Casañ<sup>2</sup>, T. Lozano<sup>3</sup>, A. Leach<sup>1</sup> y J. Algado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa/Vila Joiosa (la) (Alicante).

**Objetivos.** Con objeto de mejorar el control glucémico de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna implementamos un programa educativo basado en las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes.

**Material y métodos.** Tras realizar un cribado de 520 altas hospitalarias de un servicio de medicina interna, llevamos a cabo 2 estudios de prevalencia en pacientes con diabetes tipo 2, estudio preintervención (n = 46 pacientes) y estudio postintervención (n = 46 pacientes) separados por un programa educativo basado en recomendaciones de control de la glucemia publicadas por la Asociación Americana de Diabetes. Estas recomendaciones se basan en 1) disponer información reciente de HbA1c; 2) Evitar el uso de antidiabéticos orales 3) Sustituir pautas de insulina "según escala móvil" por pautas basal-bolus; 4) Intensificar el tratamiento al alta en los pacientes con HbA1c > 8%. Analizamos la opinión del programa en los médicos involucrados en el cuidado de los pacientes, así como diversas variables de proceso y de desenlace relacionadas con el control glucémico.

**Resultados.** En relación con el programa educativo, los médicos de urgencias y del servicio de medicina interna (n = 33 encuestas) se mostraron completamente de acuerdo con el uso de tratamiento basal-bolus con insulina. Se dispuso de información reciente de HbA1c en un número escaso de pacientes (50% vs. 54%, p = 1.00) en los dos periodos. Por el contrario, se obtuvieron reducciones significativas en el uso de medicación oral (44% vs. 9%, p = 0.000), en el uso de escala móvil de insulina (50% vs. 7%, p = 0.000) y en la mediana de glucemia observada en el día previo al alta (185 mg/dl vs. 153 mg/dl, p = 0.005) entre el periodo pre-intervención y post-intervención, respectivamente. La frecuencia de uso de tratamiento basal-bolus con insulina se incrementó de forma significativa (17% vs. 85%, p = 0.000). No se registraron diferencias en el número de episodios de hipoglucemias (glucemia < 60 mg/dl) en un total de 1990 determinaciones de glucemia capilar realizadas entre los dos periodos (0.30% vs. 0.70%, p = 0.54).



**Discusión.** El programa educativo resultó eficaz para implementar las recomendaciones ampliamente difundidas sobre control glucémico. El programa educativo produjo mejoras significativas en las variables de proceso y de desenlace relacionadas con el control glucémico de los pacientes hospitalizados, sin acompañarse de un incremento significativo en el número de hipoglucemias.

**Conclusiones.** El programa ha permitido detectar aspectos que requieren mejora, como son la necesidad de incrementar la proporción de solicitudes de HbA1c previo al alta del paciente, así como la necesidad de modificar los requerimientos de insulina a lo largo de la hospitalización. La introducción de estas mejoras y una mayor difusión del programa contribuirán sin duda a reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes hospitalizados con diabetes.

### V-23 PROLONGACIÓN DEL QT EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

**D. García Rosado, F. Santolaria, J. Viña, E. García Valdecasas, A. Pérez Ramírez, E. Martín Ponce, F. Armas y J. López-Prieto**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).*

**Objetivos.** En estudios retrospectivos se ha relacionado la amplitud del QT con alteraciones del ritmo en pacientes con Síndrome de Abstinencia. El objetivo del presente estudio es analizar de manera prospectiva las características del QT en alcohólicos y comparar aquellos que ingresan con síndrome de abstinencia con los que lo hacen para desintoxicación programada en la UHTD.

**Resultados.** En 4 de los 35 pacientes con síndrome de abstinencia encontramos arritmias supra-ventriculares (2 taquicardias supra-ventriculares y dos fibrilaciones auriculares). Si consideramos 460ms en la mujer y 440ms en el varón el límite del intervalo QT, encontramos un QT alargado en el 34% de los alcohólicos con SAA, en el 11.7 de los alcohólicos de la UHTD y en el 12.4 de los controles. Los alcohólicos en síndrome de abstinencia tienen un QT corregido más largo con respecto a los sujetos control y a los pacientes de la UHTD, con diferencias significativas ( $p < 0,001$ ). También encontramos diferencias significativas en la frecuencia cardíaca ( $p = 0,01$ ) siendo más alta en el grupo de alcohólicos en síndrome de abstinencia. Ajustando los resultados con la frecuencia cardíaca se mantiene que los pacientes en síndrome de abstinencia presentan un QT más prolongado que aquellos que ingresan para deshabitación ( $p = 0,001$ ) y estos más prolongado que los controles ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones.** La prolongación del QT es frecuente en pacientes alcohólicos que desarrollan síndrome de abstinencia y se relaciona con el desarrollo de arritmias cardíacas. A pesar de las dificultades técnicas que supone realizar un ECG a pacientes en síndrome de abstinencia, debería realizarse a los pacientes alcohólicos que acuden a urgencias.

### V-24 CONTRIBUCIÓN DE LOS INTERNISTAS GALLEGOS A CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE SU ESPECIALIDAD. ACTUALIZACIÓN EN EL 25º ANIVERSARIO DE LA SOGAMI (1983-2008)

**J. Montes Santiago, C. Fernández Méndez, M. Lado Castro Rial, E. Corral Fernández, D. Miguélez y R. Pérez Álvarez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** En 1983 se constituía la Sociedad Gallega de Medicina Interna, gracias al impulso de los jefes de servicio y facultativos de Medicina Interna de los Hospitales del INSALUD en las principales ciudades gallegas. Ello sirvió como acicate para que, además del anual congreso autonómico, los internistas de Galicia progresivamente mostraran el resultado de sus investigaciones en Congresos Nacionales e Internacionales de su especialidad. En este trabajo se realiza una actualización de estas aportaciones científicas a dichos Congresos Nacionales, Europeos y Mundiales en el periodo 1994-

2007.

**Material y métodos.** Cuantificación de las comunicaciones de los Servicios de Medicina Interna de los hospitales gallegos tras examinar los Libros de Comunicaciones de los Congresos de Medicina Interna Nacionales (1994-2007), Europeos (1997-2007) y Mundiales (años 2000 y 2004). Se excluyeron del análisis las comunicaciones a propósito de uno o dos casos.

**Resultados.** La contribución gallega (periodo 1994-2007) fue del 7% (406/5533) al global de comunicaciones de los Congresos Nacionales, objetivándose una continuada incorporación de los hospitales gallegos a estas comunicaciones pasando de un 3% (1994) a una tasa estable del 6-8% (periodo 2002-2007). En los 7 Congresos Europeos analizados (1997-2007) la aportación gallega constituyó un 12% (90/775) de la contribución española [mínimo 8% (Edimburgo-2001); máximo: 13% (Lisboa-2007)]. En los Congresos Mundiales (Cancún-2000, Granada-2004) la aportación gallega constituyó el 6% (58/936) de la contribución española. En los últimos 5 años tanto en Congresos Nacionales como Internacionales un mínimo de 5 hospitales gallegos envían comunicaciones científicas a los mismos.

**Discusión.** Durante el periodo 1994-2007 se observa una creciente participación de los internistas hospitalarios gallegos a la actividad científica tanto en Congresos Nacionales, Europeos y Mundiales de Medicina Interna. Se ha producido una incorporación progresiva de los diversos hospitales de dicha Comunidad a la producción científica que se ha traducido en un número importante y continuado de comunicaciones a los Congresos de su especialidad.

**Conclusiones.** En los últimos 14 años se ha observado la progresiva incorporación de los internistas hospitalarios gallegos a la investigación clínica comunicada en Congresos Nacionales e Internacionales de Medicina Interna. Dicha producción ha alcanzado un elevado grado de continuidad.

### V-25 MUTACIONES DEL GEN DE LA HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA (HH) EN UNA SERIE DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

**A. Martín Quirós<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, S. Caro Bragado<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, J. Solera García<sup>2</sup>, J. Camacho Siles<sup>1</sup>, C. Fernández Capitán<sup>1</sup> y A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Las mutaciones del gen HFE que se asocian al desarrollo de HH clásica son la C282Y, y en menor medida la H63D. Los genotipos de riesgo para la enfermedad son, en orden decreciente, homocigoto C282Y, heterocigoto compuesto del C282Y y H63D, y homocigoto H63D. Nos propusimos evaluar cuál es la expresividad clínico-analítica de dichas mutaciones en pacientes de consulta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de 30 sujetos que eran portadores de alguna mutación del gen HFE estudiados durante un periodo de 3 años en una consulta externa de MI de un hospital terciario. El genotipado de los mismos se efectuó mediante una técnica de PCR. Se realizó un estudio descriptivo y un análisis univariante.

**Resultados.** La serie se dividió en 2 grupos: 1) R o de riesgo para desarrollar HH (homocigotos C282Y, homocigotos H63D y heterocigotos compuestos) integrado por 14 sujetos (8 H y 6 M) con una edad media de 41 años (rango 23 a 71); 2) noR o de no riesgo (heterocigotos del C282Y o del H63D), integrado por 16 (11 H y 5 M) con una edad media de 50 años (rango 19 a 78). Ningún paciente de ambos grupos tenía una ferritina  $\geq 1.000$  ng/mL (nivel de riesgo para hepatofibrosis). De los 8 hombres del grupo R, 6 tenían signos de leve sobrecarga de hierro: saturación de transferrina elevada, 4 casos (rango 54 a 74%), ferritina alta, 4 casos (rango 358 a 552) y ambas alteraciones en 2 casos (edades 26 y 49 años). Dos hombres no presentaban ninguna alteración férrica. Un solo caso del grupo R (varón de 49 años, heterocigoto compuesto) presentaba elevación de GPT y GGT en relación a alcoholismo y presencia de esteatosis hepática ecográfica. El resto de casos del grupo R no presentaban alteraciones hepáticas, diabetes, artropatía ni otros trastornos relacionables con HH. De las 6 mujeres del grupo R, solo una, de 71 años, presentaba una saturación mínimamente elevada (48%) y una

ferritina de 557 ng/mL, sin evidencia de daño orgánico. El resto de mujeres eran normales. En el grupo noR, solo 3 casos, todos ellos varones, presentaban un aumento de la saturación transferrina (55, 60 y 86%) junto a ferritina discretamente elevada (608, 674 y 404 ng/mL respectivamente). En 2 de ellos esta alteración podía explicarse por la existencia de estasis hepática alcohólica. Un 3º también presentaba estasis, pero asociada a obesidad y dislipemia.

**Conclusiones.** La expresividad clínico-analítica de las mutaciones del gen HFE está condicionada por la edad y el sexo (masculino), y suele ser escasa debido a la baja penetrancia de la enfermedad. El estado heterocigoto simple, no comporta ningún riesgo de sobrecarga férrica, salvo que coexista alcoholismo o algún otro factor de afectación hepática, por ejemplo, esteatosis no alcohólica o hepatitis vírica.

## V-26

### COLITIS DIVERTICULAR: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO

**M. Atienza<sup>1</sup>, L. Gómez Izquierdo<sup>2</sup>, R. Terán<sup>3</sup>, R. García Contreras<sup>3</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>3</sup>, I. Martín Garrido<sup>3</sup>, E. Calderón<sup>4</sup> y J. Varela<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La colitis diverticular se caracteriza por una inflamación crónica de naturaleza focal y segmentaria asociada a diverticulosis que afecta a un segmento del colon, generalmente sigmoideos. La prevalencia de este proceso es desconocida dado que es una entidad recientemente descrita. La mayoría de los pacientes presentan rectorragia junto con diarrea, estreñimiento o dolor abdominal y puede ser difícil distinguirla de otras colitis segmentarias (colitis isquémica, infecciosa o inducida por AINEs) y sobre todo de la colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Se han utilizado diversos tratamientos de forma empírica incluyendo dieta rica en fibra, antibióticos de amplio espectro y salicilatos; en ocasiones, ha sido necesaria la resección sigmoidea. El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones clínicas y el pronóstico en una serie de pacientes con colitis diverticular.

**Material y métodos.** Analizamos retrospectivamente una serie de casos de colitis diverticular diagnosticados en un hospital de tercer nivel durante el año 2007. La fuente de información para el diagnóstico fue la base de datos del servicio de Anatomía Patológica.

**Resultados.** En este periodo se diagnosticaron 7 pacientes (6 mujeres/1 hombre) con una edad media de 71 años (rango 56-79 años). Las manifestaciones clínicas fueron muy diferentes: 4 pacientes presentaron dolor abdominal y síndrome diarreico con/sin rectorragia; un paciente tuvo estreñimiento pertinaz y anemia; otro fue estudiado por infecciones urinarias de repetición relacionadas con una fístula cólicovesical y el último se encontraba asintomático siendo un hallazgo casual en una colonoscopia. En todos los casos la colonoscopia demostró una enfermedad diverticular junto a otros hallazgos como estenosis sigmoidea, ulceraciones segmentarias y asimétricas, hipertonia sigmoidea, fístula colovesical y signos de colitis segmentaria. Los pacientes recibieron tratamiento con dieta rica en fibra, antibióticos de amplio espectro, esteroides o aminosalicilatos. Un

paciente requirió una resección sigmoidea y dos casos evolucionaron favorablemente sin tratamiento.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la colitis diverticular es un proceso infrecuente pero no raro que puede presentarse con un amplio espectro de manifestaciones clínicas y hallazgos histológicos que pueden confundirse con la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn. Esta patología debe estar presente en el diagnóstico diferencial de los pacientes con diverticulosis y diarrea y/o rectorragia.

## V-27

### GALICIA CLÍNICA: UN FARO EN LA MEDICINA GALLEGA EN AÑOS DIFÍCILES (1930-1989)

**R. Rabuñal Rey<sup>1</sup>, J. Montes Santiago<sup>2</sup> y R. Monte-Secades<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** En 1929 a instancias de Rodríguez Cadarso, rector de la Universidad de Santiago, y con la colaboración de Roberto Nóvoa Santos, se celebran con carácter multidisciplinar en A Coruña las I Jornadas Médicas Gallegas. Junto a ellas aparece Galicia Clínica, fundada por A. Gutiérrez Moyano, que llegará a decana española de la prensa médica y por 65 años será la más prestigiosa referencia de la medicina gallega. Aquí se realiza un estudio bibliométrico de sus materias en 1930-1989.

**Material y métodos.** Bibliometría de contenidos científicos de Galicia clínica (1930-1989), según Categorías Diagnósticas Mayores de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se excluyeron noticias no estrictamente científicas, sin firma, o relacionadas con aspectos sociales-organizativos médicos.

**Resultados.** Hubo 5.889 noticias médicas de las que 3.664 títulos fueron artículos científicos. La tabla muestra las 8 categorías con más artículos.

**Discusión.** Galicia Clínica constituyó un órgano científico rápidamente acreditado. Personalidades como Hernando, Marañón, Pedro-Pons, Bañuelos, Rof-Carballo, Egas-Moniz, etc, colaboraron en los primeros años de edición. Tuvo carácter multidisciplinar y abierto para médicos gallegos y foráneos. A lo largo de las décadas hay desplazamiento cuantitativo de materias, creciendo el protagonismo del Sistema Circulatorio y Sangre-Immunología en detrimento de otras como Endocrinología. La categoría de Infecciosos mantuvo niveles elevados durante todo el periodo.

**Conclusiones.** Galicia Clínica constituyó un respetado instrumento de comunicación científica y social para la Medicina en Galicia. A tal acreditación contribuyeron desde el primer momento destacadas personalidades científicas.

Tabla 1. Evolución por décadas de los porcentajes de las materias tratadas en Galicia Clínica (V-27).

Décadas	30s	40s	50s	60s	70s	80s
Sin clasificar/otros	13,8	8,5	11,7	16,6	26,5	13,5
Infecciosos y parásitos	18,6	19,5	13,4	5,1	5,8	12,0
Aparato digestivo	6,4	14,0	10,8	14,4	7,9	3,2
Sistema circulatorio	4,7	5,5	6,9	6,4	8,9	8,9
Sistema nervioso	7,3	5,6	4,7	5,1	6,6	10,5
Pediatría	7,5	3,7	4,0	3,8	2,5	10,3
Músculo esquelético/conectivo	3,5	5,3	4,7	7,1	5,1	7,1
Sangre e inmunología	4,0	2,1	2,5	3,5	5,5	8,8

## V-28

**AMILIODOSIS DIAGNOSTICADA MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE GRASA SUBCUTÁNEA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

S. Millán López<sup>1</sup>, J. Tort Brutau<sup>1</sup>, D. Escolá Ripoll<sup>1</sup>, L. Sentís Virgili<sup>1</sup>, M. Culubret Oliva<sup>2</sup>, C. Guerrero Buitrago<sup>1</sup>, M. Prats Julià<sup>1</sup> y F. Bella Cueto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

**Objetivos.** Estudiar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de amiloidosis mediante punción-aspiración de grasa subcutánea (PAGS) en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de amiloidosis mediante PAGS entre 1986 y 2007. Para la PAGS se siguió el procedimiento descrito por Westermarck, modificado por Roselló, con biopsia aspiración con aguja de 21G en el área periumbilical, previa desinfección con solución yodada, utilizando jeringa estéril. Se registraron los antecedentes y principales características clínicas y se determinó la supervivencia desde el momento del diagnóstico, utilizando la encuesta telefónica cuando fue necesario.

**Resultados.** Se practicaron un total de 221 PAGS. En 26 casos (11,8%) el material obtenido fue insuficiente para el diagnóstico. Se detectó material birrefringente compatible con amiloidosis en 47 (21,2%) casos (edad media de 70,3 ± 14,1; 59,6% mujeres). Las principales enfermedades predisponentes fueron artritis reumatoide (23,4%) bronquiectasias (19,1%) insuficiencia renal crónica (19,1%) neoplasia (14,9%), tuberculosis (12,8%) y mieloma múltiple (12,8%). En el 19,1% de los casos no se registró ninguna enfermedad asociada a amiloidosis. Los principales síntomas al ingreso fueron disnea (29,8%) síndrome constitucional (21,3%) dolor torácico (19,1%) dolor óseo (10,6%) y dolor abdominal (10,6%). Los signos clínicos más frecuentes fueron los edemas y la palidez cutáneo-mucosa (40,4% en ambos casos). En el estudio analítico destaca: elevación de VSG (83,7%) proteinuria de rango nefrótico (78,7%) anemia (68,1%) elevación de la fosfatasa alcalina (53,2%) insuficiencia renal (46,8%) y banda monoclonal en el proteinograma (30,9%). El ecocardiograma mostró signos sugestivos de infiltración por amiloide en el 29% de los 31 casos en que se practicó. A partir del perfil clínico y enfermedades predisponentes, se orientó como probable amiloidosis secundaria (AA) en el 53,2%, como primaria o asociadas a mieloma múltiple (AL) en el 44,7% y en un caso se orientó como forma limitada a órganos. Se pudo seguir la evolución en 36 pacientes. De éstos, al finalizar el estudio habían fallecido 25 (69,4%), siendo la supervivencia media desde el diagnóstico de 2,9 años (1,8 años en los varones y 3,7 años en las mujeres). La principal causa de fallecimiento fue la infección respiratoria (28,6%).

**Discusión.** La PAGS es un método rápido y accesible para la detección de amiloide, siendo recomendable como método diagnóstico inicial, con una sensibilidad entre el 80% y el 90% en las amiloidosis AL y del 70% en las AA, siendo menos sensible en otros tipos de amiloidosis (22%). Una limitación es la obtención de material insuficiente para el diagnóstico, especialmente en pacientes muy delgados.

**Conclusiones.** 1) La rentabilidad de la PAGS fue del 21,2%. 2) La artritis reumatoide, las bronquiectasias y la insuficiencia renal fueron las principales enfermedades predisponentes. 3) Se halló proteinuria de rango nefrótico en la mayoría de casos. 4) En casi una tercera parte de los pacientes se halló una banda monoclonal, a pesar de que sólo 6 casos padecían mieloma múltiple. 5) La VSG normal no descarta la amiloidosis. 6) La ecocardiografía puede ayudar al diagnóstico en la tercera parte de los pacientes. 7) La supervivencia de nuestros pacientes tras el diagnóstico fue corta. 8) Se sugiere practicar otra prueba diagnóstica en los pacientes con escaso panículo adiposo.

## V-30

**ANÁLISIS FACTORIAL DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES DE CORTA ESTANCIA MÉDICA**

B. Seoane González, F. De la Iglesia Martínez, B. Rodríguez González, J. Somoza Digón, I. Álvarez Mortal, A. Varela Suárez, R. Nicolás Miguel y V. Ramos Polledo

Unidad de Corta Estancia Médica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar los factores que se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por pacientes de una Unidad de Corta Estancia Médica.

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: UCEM del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña). Período de Estudio: Febrero-Marzo 2008. Tipo de estudio: cohorte prospectiva. Tamaño muestral: 335 pacientes que ingresan en una UCEM ( = 0,05, d = 5.4%). Mediciones e intervenciones: de cada paciente se recogieron datos

sociodemográficos, número de ingresos previos, tipo de ingreso actual, diagnóstico principal, estancia, comorbilidad, grado de ansiedad y depresión según la escala de Goldberg, situación funcional con los índices de Karnofsky y Barthel y calidad de vida medida por el EuroQol-5D (EQ-5D). Se estudió la asociación entre variables y se realizó un análisis factorial de aquellas que estadísticamente alcanzaron significación con la CVRS

**Resultados.** El 58,5% fueron varones. La mediana de la edad fue 72 años y del IMC fue 27.7 kg/m<sup>2</sup>. El 83% de los pacientes ingresaron urgentes y la insuficiencia cardíaca, exacerbación de EPOC, cardiopatía isquémica y arritmias cardíacas supusieron el 56% de las causas de ingreso. Se encontró relación significativa entre la calidad de vida y edad, sexo, nivel educacional, convivencia, número de ingresos en los 2 años anteriores, tipo de ingreso, diagnóstico principal, estancia, índice de comorbilidad de Charlson, escalas de ansiedad y depresión, índice de Karnofsky e índice de Barthel. El análisis factorial de componentes principales redujo estas variables a cinco factores que explican el 67,8% de la varianza, desglosados como sigue: factor 1 (índices de Karnofsky y Barthel) 27.8%, factor 2 (edad, nivel educacional, convivencia) 12.3%, factor 3 (escala de ansiedad y depresión de Goldberg) 10.4%, factor 4 (tipo de ingreso) 8.8%, y factor 5 (diagnóstico principal) 8.4%.

**Discusión.** Cada vez son más utilizados los instrumentos que miden la CVRS para evaluar el impacto que las enfermedades crónicas tienen sobre los individuos que las padecen. La ventaja de utilizar un instrumento genérico reside en la posibilidad de comparar grupos de pacientes con diferentes enfermedades crónicas y con pluripatología, circunstancia ésta cada vez más frecuente en nuestro quehacer diario. De los diversos cuestionarios posibles hemos elegido el EQ-5D por ser un cuestionario muy robusto, que se administra de forma rápida y sencilla, permite obtener resultados fiables y válidos, y ha sido adaptado y validado para su uso en España. Las dimensiones del cuestionario presentaron una alta fiabilidad. Todos los valores del alfa de Cronbach se situaron por encima del 0,7, con una media del 0,788, comparables a los comunicados en otros estudios. La utilización del análisis factorial en la interpretación de los resultados es una herramienta que posibilita la reducción del número de variables obtenidas en el estudio estadístico. Además de investigar y aplicar medidas que aumenten la supervivencia de las diferentes enfermedades, es importante y, cada vez más necesario, conocer aquellos factores que se relacionan con la calidad de vida percibida por nuestros pacientes para optimizar esfuerzos en este sentido.

**Conclusiones.** La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que ingresan en una Unidad de Corta Estancia Médica está parcialmente relacionada con la situación funcional de los pacientes, su edad y posición social, su estado psicológico, el tipo de ingreso y su diagnóstico principal.



**V-31  
PREDICTORES DE MORTALIDAD TRAS EL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA APLICADA EN UNA SERIE DE 40 PACIENTES EN LOS QUE SE DESESTIMÓ SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO.**

**L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez, J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, A. López Bernús e I. Martín González**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Montalvos. (Salamanca).

**Objetivos.** Comparar las características de los pacientes no subsidiarios de intubación a los que se aplicó Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) tras un episodio de fracaso respiratorio agudo (FRA) y fallecieron, frente a las de los supervivientes. Determinar que factores fueron predictivos de mortalidad.

**Material y métodos.** Cohorte de pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna que bien al ingreso o bien durante éste desarrollaron FRA que precisó soporte ventilatorio, desestimándose la intubación endotraqueal y el ingreso en una unidad de Cuidados Intensivos. A todos los pacientes se les aplicó VMNI. Se realizaron test no paramétricos y estudio mediante regresión logística para comparar al grupo de pacientes fallecidos frente al que sobrevivió al ingreso.

**Resultados.** Se seleccionaron 40 pacientes. 14 (35%) fallecieron durante el ingreso. En la tabla 1 se compara las características de los fallecidos y no (las variables categóricas figuran como porcentajes, la variables continuas como mediana y rango intercuartílico). El análisis multivariante mediante regresión logística mostró que el valor del SOFA al ingreso (OR 1,64, CI 1,08-2,51) y el tener un FRA con hipercapnia (OR 0,1, CI 0,01-0,72) eran predictores de mortalidad. En el análisis univariante también la albúmina (OR 0,22 CI 0,06-0,86) fue un valor predictivo.

**Discusión.** Nuestro estudio sugiere que la VMNI es una opción segura y eficaz como último recurso en los pacientes con FRA de etiología reversible en los que el equipo médico desestimó la intubación. La gravedad del paciente (SOFA) es un factor pronóstico negativo de mortalidad intrahospitalaria, mientras que la hipercapnia y la albúmina son factores de buen pronóstico.

Tabla 1. (V-31).

	Fallecen (n = 14)	Sobreviven (n = 26)	p
Edad	79 (72-87)	79 (74-85)	0,9
% Hombres	6 (35)	11 (65)	0,97
Charlson	7 (6-7)	6 (5-7)	0,14
SOFA	4 (2-7)	3 (2-4)	0,06
APACHE II	19 (15-28)	17 (14-20)	0,12
SAPS II	40 (36-47)	37 (33-39)	0,09
Albúmina (g/dl)	3,6 (3-3,9)	4 (3,5-4,3)	0,03
pCO <sub>2</sub> > 45 mmHg	8 (30)	19 (70)	0,31
pCO <sub>2</sub> ≤ 45 mmHg	6 (46)	7 (54)	
VMNI a la hora (eficaz)	9 (31)	20 (69)	0,31
Retirada VMNI (mejoría)	3 (12)	22 (88)	0,00
Retirada VMNI (empeoramiento)	10 (100)	0	
Retirada VMNI (intolerancia)	1 (20)	4 (80)	
pH	7,29 (7,2-7,4)	7,27 (7,2-7,3)	0,90
pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	113 (91-155)	142 (100-177)	0,12

**V-32  
LENALIDOMIDA-DEXAMETASONA EN MIELOMA MÚLTIPLE: RESULTADOS EN 12 PACIENTES CON ENFERMEDAD EN RECIDIVA O REFRACTARIA**

**A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso y G. Barreiro García**

Servicio de Medicina Interna. UPV. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** La lenalidomida es un fármaco inmunomodulador, análogo de la talidomida pero con mayor potencia y diferente perfil de toxicidad, que ha mostrado su actividad en mieloma múltiple (MM)

en recidiva o refractario. En España está comercializada desde enero de 2008 por lo que existe todavía poca experiencia fuera de determinados ensayos clínicos. **Objetivo:** comunicar nuestra experiencia con lenalidomida asociada a dexametasona en pacientes con MM en recaída o refractarios tratados desde enero de 2007.

**Material y métodos.** Los primeros 7 pacientes, tratados antes de 2008, recibieron lenalidomida a través del programa de Uso Compasivo y los 5 últimos, cuando el fármaco estaba ya comercializado. Debían presentar MM en recaída o refractariedad después de al menos 2 pautas de tratamiento previo y recibían la dosis habitual de 25 mg/día durante 21 días cada 4 semanas. La dexametasona se administró a dosis bajas (40 mg semanal) para mejorar la tolerancia a la misma y como profilaxis anti-trombótica recibieron enoxaparina a dosis de 40 mg/día. Se consideraron valorables para la respuesta los que habían completado al menos un ciclo y los criterios de la misma fueron los de la EBMT. **Métodos estadísticos:** prueba exacta de Fisher, log rank test y tablas de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Se trataron 12 pacientes, 5 mujeres y 7 varones con edad media de 69 años (52-80). El número medio de tratamientos previos era de 5 (2-13) y el tiempo medio desde el diagnóstico de 6 años (0,3-14). Cinco pacientes estaban en progresión y siete eran recidivas. Los 12 habían recibido bortezomib previo, 4 talidomida y ocho, TASPE previo, dos de ellos doble. Nueve fueron valorables para la respuesta. De los tres restantes, dos aún no han completado un ciclo de tratamiento y uno lo suspendió precozmente por angioedema facial. **Respuestas:** RC 1 (11%), RP 6 (67%) EE 1 (11%) PROG 1 (11%). Mediana de tiempo hasta fallo del tratamiento (TFT): 6 meses. Evaluación de la respuesta: No son significativas para la obtención de la misma, el sexo, la edad ni el motivo del tratamiento (recidiva o refractariedad). En cuanto al TFT: tendencia a mayor TFT en las mujeres (LRT:p: 0,1); motivo del tratamiento: n. S. Con una mediana de observación de 5,5 meses, todos los pacientes están vivos. **Toxicidad:** Neutropenia grado 3: 6 pacientes y grado 4: 3 pacientes (75%); 6 (50%) precisaron G-CSF. Trombocitopenia grado 3: 4, grado 4: 1 (41%); 6 (50%) precisaron EPO. Reducciones de dosis por neutro o trombocitopenia: 42%. Un paciente presentó un angioedema facial. No hubo otras toxicidades no hematológicas de grado 3 o más. No se dio ningún caso de TVP/TEP ni de neutropenia febril.

**Discusión.** Nuestros datos son concordantes con lo referido en cuanto a efectividad de lenalidomida en MM en recaída o refractario. La mayor toxicidad hematológica puede haberse debido al número más elevado de tratamientos previos y a la mayor edad media de nuestros pacientes aunque no se siguió de complicaciones infecciosas ni de hemorragias. La profilaxis con heparina de bajo peso molecular probablemente evitó las complicaciones trombóticas de la combinación lenalidomida-dexametasona.

**Conclusiones.** Aunque se precisa un mayor seguimiento, lenalidomida-dexametasona, en nuestro grupo de pacientes con mieloma múltiple en recidiva o refractario muy pre-tratados consigue una tasa importante de respuestas duraderas con una toxicidad principalmente hematológica, controlable.

**V-33  
PERICARDITIS EPISTENOCÁRDICA: UNA COMPLICACIÓN A TENER EN CUENTA**

**L. Rey González<sup>1</sup>, M. García Vázquez<sup>2</sup>, I. Soto Iglesias<sup>1</sup>, V. Aneiros Penedo<sup>3</sup>, L. Núñez Calvo<sup>1</sup>, B. Suárez Rodríguez<sup>1</sup>, E. Seco Hernández<sup>1</sup> y A. Pérez Iglesias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

**Objetivos.** Analizar la incidencia de la pericarditis epistenoárdica, así como su manejo, evolución y relación con la localización y gravedad del IAM.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de IAM en el Complejo Hospitalario de Ourense entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2007 que sufrieron cuadro de pericarditis pre-

coz durante el ingreso, sin criterios de exclusión. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows, usando la media y la desviación típica para variables continuas, la frecuencia y el porcentaje para las cualitativas y la prueba de  $\chi^2$  para la comparación de proporciones.

**Resultados.** De un total de 2.403 IAM (1.563 varones, 840 mujeres, media de edad 71.09 años) se diagnosticaron de pericarditis 74 pacientes (3.1%), con predominio masculino (63.5%) y media de edad de 66.51 años, la mayoría sin patología isquémica previa (81.1%) ni datos de insuficiencia cardíaca al ingreso (73%). El 87,3% se asociaron a IAM transmural y el 50% comprometieron la cara anterior. La clínica se inició por término medio a las 38 horas, con una media de duración de 2.8 días. El 35,1% desarrollaron arritmias (53,8% FA, 23% BAV). El diagnóstico se hizo de forma mayoritaria ante la presencia de dolor (86.3%), siendo menos frecuentes el derrame (32,4%), el roce (27%), las alteraciones electrocardiográficas (25,7%) o el aumento de temperatura (14,9%). En el 86,5% no aparecen conjuntamente roce y dolor; sólo el 1,4% mostró cuatro criterios diagnósticos. No se encontró relación entre la administración de HBPM y la aparición de derrame. El 86,5% de los pacientes recibió AAS como tratamiento, siendo la evolución favorable en el 94,6% de los casos, con una fracción de eyección al alta inferior al 50% en el 36.48% de los pacientes.

**Discusión.** La pericarditis epistenocárdica es una complicación precoz de los IAM, usualmente diagnosticada antes del 10º día post-infarto. En esta serie se aprecia que es una patología poco frecuente, si bien su incidencia real es difícil de precisar por las diferencias que existen entre los diversos trabajos publicados (del 3% al 41%) según los criterios diagnósticos empleados en cada uno de ellos, puesto que todavía no existe consenso al respecto. El dolor típico, cuya distinción del isquémico es esencial, parece ser el síntoma predominante; la presencia de derrame o roce pericárdico sustenta el diagnóstico, así como las alteraciones en el ECG o un discreto aumento de la temperatura. Como ya estaba descrito, encontramos una mayor asociación con infartos transmurales o anteriores pero, al contrario que en otras series que sugieren una mayor frecuencia en pacientes con alto grado de disfunción ventricular, la mayor parte de nuestros enfermos se hallaban en clase funcional Killip I al ingreso. Demostramos que la evolución clínica del cuadro suele ser favorable, sin aumento de la mortalidad a corto plazo, con resolución en días y buena respuesta a AAS. El uso de otros AINEs (indometacina o ibuprofeno) o corticoides es controvertido por el riesgo de disminución del flujo coronario y aumento de la tensión arterial y de la zona de necrosis que se han asociado a estos fármacos. En el momento actual no disponemos de evidencia para indicar la retirada de las HBPM.

**Conclusiones.** 1) La pericarditis epistenocárdica es una entidad poco frecuente, sin diferencias significativas por sexo o edad. 2) Se asocia a IAM extensos, sobre todo con afectación de cara anterior 3) El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El síntoma más común es el dolor. 4) La mayoría evolucionan favorablemente en un corto plazo de tiempo con AAS. 5) El empleo de HBPM no se relaciona con la aparición de derrame.

**V-34**

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**

**A. Chamorro Fernández<sup>1</sup>, J. Mirón Canelo<sup>2</sup>, M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, L. Fernández Martín<sup>3</sup> y M. Moreno<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital Verín (1). Verín (Ourense). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, <sup>3</sup>Psicólogo clínico, <sup>4</sup>Trabajo Social. Universidad de Salamanca (Salamanca).

**Objetivos.** 1. Conocer y valorar las repercusiones que produce el consumo de alcohol (CA) en los jóvenes de 8-18 años. 2. Valorar la efectividad de un programa de intervención sobre alcohol en un grupo experimental de adolescentes.

**Material y métodos.** La intervención se realizó sobre 4 colegios de Salamanca, con un total de 545 adolescentes. Los miembros del equipo de intervención fueron una trabajadora social, una psicóloga, dos médicos preventivistas y un médico internista. Se realizó un estudio cuasi-experimental. Se utilizó el método  $\chi^2$  con el programa estadístico SPSS v 13.0\*.

**Resultados.** De los 545 adolescentes, 320 (58,7%) eran hombres y 225 (41,3%) mujeres. La edad media de inicio en el CA: 14,20 años (DS: 1,436). El 9,9% afirman no haber consumido bebidas alcohólicas, frente al 90,1% que al menos alguna vez lo han consumido. El 66,6% declara haberse embriagado alguna vez. Existió asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre el consumo de drogas y los episodios de embriaguez. También se pudo constatar asociación ( $p < 0,001$ ) entre el haber presentado episodios de embriaguez y haber mantenido relaciones sexuales no deseadas. Incluso dicha asociación ( $p < 0,001$ ) además se aprecia entre el emborracharse y haber presentado conductas violentas o delictivas propias. Un 20,7% tuvieron un CAGE positivo. El CA se asoció de forma significativa al consumo de otras drogas en el 22,2% ( $p < 0,001$ ). En el análisis post intervención en lo que respecta a los conocimientos, hubo diferencias estadísticas en los conocimientos adquiridos como se demuestra en la tabla I.

**Discusión.** Los resultados demuestran en nuestro estudio, un porcentaje mayor de adolescentes que han probado el alcohol frente a la media nacional (90,1% vs 79%). El CA se asocia de forma estadísticamente significativa con otros problemas con elevada morbimortalidad como son el consumo de drogas, los accidentes de tráfico, las relaciones sexuales no deseadas y el test de CAGE. El 20,7% de los adolescentes contestaron al menos a dos preguntas del test de CAGE de forma afirmativa, lo que indica que estos ya tienen problemas de abuso con el alcohol.

**Conclusiones.** La intervención fue efectiva en lo concerniente a conocimientos.

Tabla 1. (V-34).

	Pretest sí (%)	Pretest no (%)	Postest sí (%)	Postest no (%)	Pre-post. P:
Produce alteraciones digestivas y cardíacas	89.7	9.0	96.7	3.3	0.000
Se puede ser alcohólico y no emborracharse nunca	44.0	55.1	58.2	41.8	0.000
Provoca importante alt en el SN	93	6.6	96.7	3.3	0.000
Mejora la ansiedad y la depresión	32.7	66	31	68.9	0.001
Es una droga como la heroína o la cocaína	39.3	47.5	64.3	26.5	0.000
Consumo continuado dep psicica	65.5	8.8	79.9	7.1	0.000
Cirrosis enfermedad relacionada	80.2	2.9	87.9	3.8	0.000
Alcoholismo es una enfermedad	84	8.7	89.1	5.4	0.000

## V-35

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENFERMEDAD INDETERMINADA DEL TEJIDO CONECTIVO ESTABLE EN DOS UNIDADES DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

**A. Díaz Chamorro<sup>1</sup>, M. Zamora Pasadas<sup>1</sup>, J. Sabio<sup>1</sup>, J. Callejas<sup>2</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, L. Jáimez Gámiz<sup>3</sup>, N. Ortego Centeno<sup>2</sup> y J. Jiménez Alonso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Determinar las características demográficas, clínicas e inmunológicas de pacientes con enfermedad indeterminada del tejido conectivo estable (EITCe).

**Material y métodos.** Definición de EITC estable: pacientes con los siguientes criterios: 1) clínica sugerente de enfermedad autoinmune sistémica, 2) no cumplimiento de criterios de la ACR para ninguna de las EAS definidas, 3) presencia de ANA  $\geq$  1/80 al menos en 2 determinaciones separadas por 6 meses, 4) periodo de seguimiento  $\geq$  2 años. Pacientes: Se incluyeron 32 pacientes con EITCe estudiados en 2 unidades específicas de EAS (Hospital Universitario Virgen de las Nieves (N = 21) y Hospital Universitario San Cecilio (N = 11)). Método: Estudio transversal de casos. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente durante un periodo inferior a un mes. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 15.1 para Windows.

**Resultados.** La edad media fue de  $43 \pm 12$  años; siendo todos los pacientes mujeres. El tiempo (mediana) de seguimiento en consulta fue de 60,5 meses (rango: 24-151 meses). La clínica presentada por los pacientes fue (frecuencia acumulada): artralgias (72%), astenia (38%), sequedad oral u ocular (32%), fenómeno de Raynaud (31%), aftas orales (22%), leucopenia (19%), fotosensibilidad (13%). Ningún paciente presentó afectación de órganos mayores. La clínica de debut se mantuvo invariable a lo largo del periodo de seguimiento. El 81% de los pacientes presentaron títulos de ANAs  $\geq$  1/160, siendo el patrón moteado el más frecuente (52%). La distribución de los ENAs en estos pacientes fue: anti-centrómtero 12%, anti-RNP 9%, anti-Sm: 6%, anti-Ro: 3%, anti-La 3%. Ningún paciente presentó títulos de anti-DNA  $>$  20 UI/mL ni se detectaron anticuerpos anti-Scl-70 ni anti-histona. El tratamiento empleado fue: AINEs (75%), hidroxilcloroquina (56%), metotrexato (9%). Sólo 6 de 32 pacientes (19%) precisaron prednisona (dosis media diaria: 3,75 mg). Ningún paciente precisó dosis medias diarias de prednisona  $>$  5 mg.

**Conclusiones.** En nuestra serie, los pacientes con EITC estable fueron mujeres de mediana edad, con una sintomatología leve (fundamentalmente articular, constitucional, sequedad de mucosas y fenómeno de Raynaud). La mayoría de los pacientes presentaron títulos de ANA  $\geq$  1/160 (patrón moteado), siendo los ENAs más frecuentes anti-centrómtero y anti-RNP. El tratamiento que recibieron estos pacientes fue fundamentalmente AINEs y/o antipalúdicos.

## V-36

**NEURO-BEHÇET: ESTUDIO DE 20 CASOS**

**X. Solanich Moreno<sup>1</sup>, L. Muñoz López<sup>1</sup>, S. Jordan Lucas<sup>1</sup>, A. Riera Mestre<sup>1</sup>, A. Martínez-Yélamos<sup>2</sup>, S. Martínez-Yélamos<sup>3</sup>, A. Vidaller Palacín<sup>1</sup> y R. Pujol Farriols<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicios de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L<sup>1</sup>) (Barcelona). <sup>3</sup>Unidad de Neurología. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes diagnosticados de Neuro-Behçet (NRB) y controlados en un hospital universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de NRB desde 1989 hasta 2008. Se recogieron datos demográficos, clínicos y exploraciones complementarias. También se valoró las secuelas neurológicas al alta y durante el seguimiento, cuya media fue de 6,5 años.

**Resultados.** Del total de 90 pacientes con Enfermedad de Behçet (EB), 20 pacientes (22,2%) presentaron afectación neurológica. La

edad media fue de 36,35 años. Un 65% eran varones. En 13 pacientes (65%) la afectación neurológica representó el debut diagnóstico de la EB, aunque 10 de estos pacientes referían criterios aislados de la EB en la anamnesis. En los otros 7 pacientes, la media de años de evolución de la EB fue de 2,5 años. La media de los días de clínica de NRB fue de 9 (2-40). Las principales manifestaciones clínicas fueron: cefalea 60%, febrícula-fiebre 65%, déficit motor 60%, alteraciones visuales 30%, disartria 20% y déficit sensitivo 20%. A la exploración física, un 45% presentaron hiperreflexia y un 25% meningismo; 14 pacientes (70%) presentaron manifestaciones extraneurológicas activas de la EB concomitantes con la afectación neurológica. Se practicó una punción lumbar a 18 pacientes, presentando todos ellos, normoglucorraquia y pleocitosis o proteinorraquia, excepto uno con un LCR normal. Las localizaciones de las lesiones fueron parenquimatosas en el 80% (tronco encefálico 45%, ganglios basales 10%, hemisférica 10%, medular 10%, sd. piramidal aislado 5%) y no-parenquimatosas en el 20% (trombosis seno longitudinal superior y paquimeningitis hipertrófica, pseudotumor cerebrii, aneurisma ACI y meningitis linfocitaria). Se practicó estudio histológico a cuatro pacientes, mostrando una infiltración linfocitaria perivascular junto con astrocitosis reactiva y áreas necróticas con macrófagos. Se instauró corticoterapia a todos los pacientes y anticoagulación en un paciente. Un paciente resultó exitus durante el ingreso y al alta un 15% presentaban una incapacidad moderada-severa (Grados 3-5 en la Escala de Rankin modificada). Durante el seguimiento, un 55% presentaron al menos una recaída de NRB, todos ellos en la misma localización excepto en un paciente. Al final del seguimiento, un 21% presentaban una incapacidad moderada-severa y hubo tres nuevos exitus. La mortalidad global fue del 20%.

**Conclusiones.** 1. El NRB supuso el diagnóstico de una EB no conocida en el 65% de los casos, aunque la mayoría referían manifestaciones aisladas de la EB. 2. La cefalea, febrícula-fiebre y déficit motor, junto con manifestaciones concomitantes extraneurológicas de la EB, constituyen la forma más frecuente de presentación del NRB. 3. La mayoría de los pacientes recidivaron de forma idéntica. 4. El NRB supone una importante causa de morbi-mortalidad.

## V-37

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN DOS HOSPITALES DE BARCELONA. PRINCIPALES ALTERACIONES METABÓLICAS, NUTRICIONALES Y HEPÁTICAS EN UNA SERIE DE 480 CASOS**

**R. Martínez<sup>1</sup>, F. Bolao<sup>2</sup>, D. Fuster<sup>1</sup>, J. Tor<sup>1</sup>, B. Roson<sup>2</sup>, E. Pujol<sup>2</sup>, C. Rey-Joly<sup>1</sup> y R. Muga<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L<sup>1</sup>) (Barcelona).

**Objetivos.** Describir una serie de casos que ingresan entre 1999 y 2006 por dependencia de alcohol en dos unidades de Medicina Interna del área de Barcelona.

**Material y métodos.** Estudio transversal de pacientes ingresados para desintoxicación entre 1999 y 2006 en los hospitales universitarios de Bellvitge y Germans Trias i Pujol. Durante el ingreso se obtuvieron muestras de sangre para parámetros metabólicos, nutricionales y hepáticos además de aerologías de hepatitis B, C y VIH. Asimismo, se obtuvieron datos sociodemográficos y referentes al abuso de alcohol y otras sustancias mediante historia clínica y cuestionario estandarizado.

**Resultados.** Quinientos sesenta y seis ingresos consecutivos en 480 pacientes (375 [78%] hombres). La edad al ingreso fue 43 años (IQR: 36-49 años). Noventa y seis (20%) habían sido usuarios de drogas intravenosas; 42 (9%) estaban en tratamiento de metadona y 40 (8,5%) eran consumidores activos de cocaína además del alcohol. Algunas frecuencias de alteraciones analíticas se muestran en la tabla. Cuarenta y cuatro (9,2%) estaban infectados por el VIH y 107 (22,5%) por el VHC.

**Conclusiones.** 1) La sensibilidad de pruebas rutinarias de laboratorio para detectar alcoholismo severo es baja: sólo GGT y VCM detectarían el 68-74% de los casos. 2) La comorbilidad médica del alcoholismo



Tabla 1. Frecuencia de alteraciones analíticas en 480 pacientes alcohólicos (V-37).

Metabólicas	%	Nutricionales	%	Hepáticas	%
Colesterol > 201 (mg/100 mL)	36,8	VCM > 95 (fl.)	68,4	GGT > 50 (U/L)	74,5
Triglicéridos > 175 (mg/100 mL)	17,9	Creatinina < 0,7 (mg/100 mL)	15,2	GOT > 37 (U/L)	57,7
Glucosa > 110 (mg/100 mL)	13,5	Linfocitos < 1,2 (x10 <sup>9</sup> /L)	13,5	GPT > 41 (U/L)	46,4
IMC > 30 (kg/m <sup>2</sup> )	13,0	Hemoglobina < 12 (g/dL)	12,2	Bil. Total > 1,2 (mg/100 mL)	20,1
		Folato sérico < 2,2 (ng/mL)	9,4	AFP > 7 (ng/mL)	19,4
		Proteínas < 60 (g/L)	6,7	Plaquetas < 120 (x10 <sup>9</sup> /L)	18,1
		IMC < 18,5 (kg/m <sup>2</sup> )	6,0	F. ALC > 120 (U/L)	12,2
		Cobalamina < 250 (pg/mL)	4,7		
		Albúmina < 30 (g/L)	4,5		

lismo se amplía con la incorporación de patologías que provienen del abuso de otras drogas. 3) Uno de cada 5 alcohólicos severos muestra infección por el VHC lo que los expone a un elevado riesgo de desarrollar hepatopatía crónica avanzada/cirrosis hepática.

**V-38 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**R. Álvez Pérez, J. Vázquez Labrador, F. Olgado Ferrero, C. García Carrasco y M. Magro Ledesma**  
 Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna que están ya diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 y que ingresan por cualquier otro motivo, así como el manejo de los mismos al alta

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de 137 pacientes diagnosticados previamente de diabetes mellitus tipo 2, en nuestro servicio desde el 1 de junio de 2007 hasta el 1 de junio del 2008. Para ello revisamos los informes de alta de nuestra base de datos informatizada utilizando el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. Evaluamos las características clínicas, los diferentes tipos de tratamientos antidiabéticos usados así como el adecuado control o no del resto de factores de riesgo cardiovascular. Para valorar su manejo se han usado las últimas guías de la ADA 2008.

**Resultados.** 52,6% fueron mujeres y 47,4% hombres. La edad media es de 72.4 años, con una estancia media de 10.52 días. La glucemia media es de 168. Los principales motivos de ingreso fueron alteraciones cardíacas (26%), neurológicas y EPOC descompensado (16% cada una), sólo en un caso, fue una complicación directa del tratamiento antidiabético. La proteinuria no fue valorada en el 48,2% de los enfermos, de los valorados resultó negativa en el 68% y positiva en el 32%. La tensión arterial fue mayor de 130/80 en el 50.4%. La HbA1C solo fue obtenida en 11 enfermos de los cuales en 6 era mayor de 7. El colesterol LDL no fue estimado en el 21,9% de los pacientes y estaban por encima de 100 en el 49% de los obtenidos. La principal complicación microvascular es la nefropatía diabética que aparece en 31 de los enfermos (22.6%), seguida de la neuropatía en 7 ocasiones y sólo dos enfermos estaban diagnosticados de retinopatía diabética. La principal complicación macrovascular fue la cardiopatía isquémica (31.4%), seguida de los accidentes cerebro vasculares (21.2%) y en 11 casos ambos estaban presentes. En cuanto a otros factores de riesgo cardiovascular el más frecuente fue la hipertensión aislada (38.7%), la asociación de hipertensión y dislipemia (25.5%) y en tercer lugar el tabaco (7.3%). Al ingreso el 38% de los pacientes tenían tratamiento con antidiabéticos orales, el 21% con insulinas y el 15% con ambos. Al alta, el tratamiento más usado fue los antidiabéticos orales (39.4%), seguido de insulinas (26.3%) y la asociación de ambos (9.5%). El 13,1% de ellos se dieron de alta sin ningún tratamiento antidiabético. De los antidiabéticos orales, los más utilizados fueron en monoterapia las sulfonilureas (26.86%), metformina (22.4%) y glinidas (14.9%). El 37,2% de los pacientes fueron antiagregados. Sólo el 43% de los individuos que presentaban cifras de LDL > 100 fueron tratados con estatinas.

Sólo el 52,1% de los enfermos con proteinuria fueron tratados con IECA o ARAII.

**Discusión.** Es una enfermedad con elevada incidencia en una población anciana, sin clara preferencia por el sexo, con importantes factores de riesgo cardiovascular y con elevada tasa de complicaciones tanto microvasculares como, sobre todo, macrovasculares, aunque la causa de esta diferencia pueda ser un infradiagnóstico de las microvasculares, principalmente la retinopatía. Es evidente que no se controlan de manera estricta los diferentes factores de riesgo cardiovascular y que el tratamiento antiagregante es infrutilizado, ya que según las guías se debería usar ya en pacientes mayores de 40 años diabéticos. El principal tratamiento para el control glucémico son los antidiabéticos orales.

**Conclusiones.** La principal conclusión es que hemos de lograr mayor control sobre los factores de riesgo cardiovascular, especialmente sobre la tensión arterial y el colesterol LDL para obtener una menor incidencia de complicaciones. Mejorar las glucemias, ya que aunque sólo se haya obtenido la HbA1C en 11 pacientes, la mitad presenta una cifra > 7 y la glucemia media de todos es de 168. Optimizar el diagnóstico de las complicaciones microvasculares, sobre todo la retinopatía. La mayoría se tratan con antidiabéticos orales y esto quizá sea debido a que es una población anciana y es más fácil obtener el cumplimiento terapéutico de este modo, sobre todo cuando las complicaciones agudas provocadas por el tratamiento son escasas.

**V-39 EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON EMBOLIA PULMONAR ESTABLE TRATADA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**  
**M. Rodríguez Cerrillo, A. Álvarez de Arcaya, E. Fernández Díaz, A. Poza Montoro, A. Iñaurrieta Romero y A. Fernández-Cruz**

Servicio de Medicina Interna III. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Comparar la evolución clínica de pacientes con embolia pulmonar (EP) estable ingresados desde el Servicio de Urgencias en Hospitalización a Domicilio (HAD) y en Hospitalización Convencional (HC).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo desde enero 2006 a junio 2007 en el que se incluyen todos los pacientes diagnosticados de EP no masiva estable, ingresados en HAD y en HC. Se registró la incidencia de hemorragias mayores y menores, retrombosis, necesidad de traslado hospitalario del grupo de HAD, y la necesidad de ingreso hospitalario en los 6 meses posteriores al alta.

**Resultados.** Se incluyen 49 pacientes (23 en HAD y 26 en HC). La edad media fue de 69.5 años en el grupo de HAD y de 67.9 en HC. Existían antecedentes de neoplasia en el 17,4% de los pacientes tratados en casa y en el 7,7% de los ingresados en HC. Hubo coexistencia de TVP en el 47,8% de los pacientes incluidos en HAD y del 26,9% en el grupo tratado en el hospital. La estancia media en HAD fue de 9.2 días (7-14), inferior a la de HC que fue de 11.7 días (6-20). Todos los pacientes tuvieron una evolución clínica favorable, no presentando hemorragias mayores ni retrombosis ni complicaciones cardiovasculares. Hubo dos hemorragias menores, una en cada grupo. Tres pacientes ingresados en el hospital presentaron una infección del tracto urinario. No se produjeron complicaciones infecciosas en el grupo de HAD. Ningún paciente del grupo de HAD pre-

cisó traslado hospitalario. No se produjo ningún exitus. En los seis meses posteriores al ingreso, sólo preciso ingreso hospitalario un paciente tratado en HAD. El motivo del ingreso no estuvo relacionado con la enfermedad tromboembólica.

**Conclusiones.** El tratamiento del paciente con embolia pulmonar estable en HAD es una opción segura, conlleva un menor número de complicaciones infecciosas e implica una considerable reducción de estancias hospitalarias.

**V-41**

**ANÁLISIS DE LAS PRIORIDADES EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN. I: RESULTADOS GLOBALES**

**F. Rosa Jiménez<sup>1</sup>, A. Rosa Jiménez<sup>1</sup>, C. Santoro Martínez<sup>1</sup>, A. Carreras Álvarez de Cienfuegos<sup>1</sup>, R. Prieto Mendoza<sup>1</sup>, P. Román Navarro<sup>1</sup>, A. Muñoz Jofré<sup>1</sup> y F. Hoyo Rodríguez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Área de Hospitalización y Urgencias, <sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete (Jaén).

**Objetivos.** 1. Describir el comportamiento de las distintas prioridades (según un sistema estandarizado de triaje) en el Área de Urgencias de un HAR con alta frecuentación en el primer año de su apertura. 2. Analizar diferencias horarias en el patrón de visitas en función de la gravedad del motivo de consulta.

**Material y métodos.** Se analizaron todas las solicitudes de asistencia sanitaria urgente en nuestro hospital desde el 1-Marzo-2007 hasta el 29-Febrero-2008. Todos los pacientes fueron sometidos a un sistema de triaje (o recepción, acogida y clasificación) estandarizado basado en la escala canadiense -CTAS-. Dicho triaje fue realizado por personal de enfermería especialmente preparado para dicho fin. Se recogieron los siguientes datos: prioridad (de 1 -más grave- a 5 -menos grave-, y turno de recepción del paciente (mañana: de 08:00 am hasta 15:00 pm; tarde: 15:00 pm hasta 22:00 pm; noche: 22:00 pm hasta 08:00 am). Los datos se tabularon en una base de datos Access 2000® para su posterior manejo estadístico (SPSS 13.0®). Se utilizaron los tests de la t de Student y de ANOVA para la comparación de medias de distribución normal y los tests de la U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis como tests no paramétricos.

**Resultados.** Se analizaron un total de 19.906 visitas. El 41'3% de los pacientes acudieron en el turno de mañana, el 45'9% por la tarde y el 12'8% en el turno de noche. El 0'04% (9 visitas) fueron prioridades 1, el 0'76% (151) prioridades 2, el 7'25% (1443) prioridades 3, el 35'2% (7007) prioridades 4 y el 56'75% (11296) prioridades 5. La asistencia fue significativamente superior (p < 0'001) en el turno de tarde (24'8 ± 7'8 visitas/turno) respecto al de mañana (22'5 ± 8'4) y al de la noche, que fue el menos utilizado (6'9 ± 3'4). Dado su escaso número, para el análisis estadístico se agruparon las prioridades 1 y 2. El número medio de visitas de los pacientes con prioridades 1-2 y 3 no mostró diferencias significativas entre los turnos de mañana y tarde. El número medio de visitas de las prioridades 4 y 5 fue estadísticamente superior en el turno de tarde que en el de mañana. La distribución de las prioridades (1-2, 3, 4 y 5) en cada uno de los turnos fue: mañana (0'8%, 6'6%, 33'4%, 59'2%), tarde (0'7%, 6'9%, 35'3%, 57'1%) y noche (1'3%, 10'7%, 40'5%, 47'5%).

**Discusión.** En nuestro caso, y al igual que ocurre en la mayoría de

las Áreas Hospitalarias de Urgencias, el porcentaje de patologías consideradas como "urgentes" (prioridades 1, 2 y 3) es bajo (8%). La demanda de asistencia es, fundamentalmente diurna y vespertina: menos del 15% de las visitas ocurren en el turno de noche. Nuestra hipótesis de que la distribución horaria de las visitas sería diferente en función de la gravedad de la misma no se ha visto confirmada. La distribución de las prioridades 1-2 no es homogénea a lo largo del día, sino que tienden a ser diurnas o vespertinas. Independientemente del turno analizado el 88%-92% de las solicitudes de asistencia urgente suele ser por patologías demorables.

**Conclusiones.** 1. Menos del 10% de nuestras "urgencias" puede calificarse como tal. 2. En nuestra área de referencia el patrón de "visita a Urgencias" es predominantemente matutino y vespertino. 3. El porcentaje de distribución de las prioridades sigue un esquema homogéneo, independientemente del turno analizado. 4. Independientemente del turno de demanda asistencial, el 90% de nuestras visitas se pueden considerar como "no urgentes".

**V-42**

**ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA E INVESTIGADORA DE LOS INTERNISTAS "JÓVENES" GALLEGOS A PARTIR DE LOS DATOS DE LA OPE 2006**

**A. Pazos Ferro<sup>1</sup>, J. Montes Santiago<sup>2</sup>, R. Rabuñal Rey<sup>1</sup>, M. Bal Alvaredo<sup>1</sup> y R. Monte Secades<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** En An. Med. Interna (Madrid), 2007; 24: 365-368 realizamos un análisis de la actividad investigadora de los internistas gallegos a partir de los resultados de la OPE de 2001; en el concluíamos que esta es menor entre los internistas que en el resto de las especialidades médicas. En el presente estudio analizamos los mismos datos en relación con la OPE de 2006.

**Material y métodos.** De los listados definitivos publicados en la Web del SERGAS se extrajeron los datos personales de los participantes y la puntuación definitiva obtenida en los 3 apartados evaluados: Formación (tanto académica como formación continuada, máximo 10,5 puntos), Experiencia profesional (máximo 16,5 puntos) y Otras actividades (publicaciones, docencia, premios de investigación, etc. máximo 3 puntos).

**Resultados.** Se presentaron 197 médicos, de los cuales se excluyeron 16 por no completar la fase de concurso. De los 181 restantes 51, (28,2%) eran internistas y 130 (71,8) del resto de especialidades médicas (cardiología, digestivo, endocrinología, geriatría, neumología, neurología, oncología y reumatología). Los resultados se muestran en la tabla 1. Se comprobó que a pesar de tener una similar experiencia profesional (p = 0,4307), los internistas tenían menos méritos tanto en formación (p = 0,0378) como en investigación y docencia (p = 0,0061), comparados con el conjunto del resto de especialidades médicas.

**Discusión.** Comprobamos que los internistas tienen menor actividad formativa e investigadora que otros especialistas médicos. Esta tendencia se mantiene en dos periodos que abarcan los últimos 20 años. Como posibles causas se apuntan una excesiva presión asis-

Tabla 1. (V-42).

Especialidad	Nº	Sexo (varón)	Formación*	Experiencia*	Otras actividades*
Medicina Interna	51	17 (33,3%)	8,9 (1,1)	8,9 (5,6)	1,9 (1,1)
Otras especialidades	130	61 (46,9%)	9,2 (1,1)	8,2 (5,2)	2,3 (1)
Cardiología	26	13 (50%)	9,9 (1)	7,8 (4,4)	2,7 (0,8)
Digestivo	23	16 (69,6%)	9,1 (1,1)	7,3 (4,3)	1,8 (1,1)
Endocrinología	15	7 (46,7%)	8,6 (0,9)	10,6 (6,7)	1,9 (1)
Geriatría	4	2 (50%)	9,2 (1,1)	7,4 (5,2)	2 (0,8)
Neumología	19	8 (42,1%)	9,2 (1,2)	6,8 (4,7)	2,5 (1)
Neurología	24	11 (45,8%)	9,3 (0,8)	9,3 (6,3)	2,2 (0,9)
Oncología	13	1 (7,7%)	8,7 (1,1)	6,6 (3,5)	3 (0)
Reumatología	6	3 (50%)	9,8 (0,9)	12,2 (5)	2,2 (0,9)
Total	181	78 (43,1%)	9,1 (1,1)	8,4 (5,3)	2,2 (1)

\*Resultados expresados en Media (DS).

tencial, el nulo interés de la administración sanitaria, una escasa cultura investigadora en algunos centros y la poca relación establecida con la Universidad.

**Conclusiones.** La actividad formativa e investigadora de los nuevos internistas gallegos es menor que la de otros especialistas médicos. Es necesario que tanto desde los Servicios docentes como desde las Sociedades de Medicina Interna se impulsen medidas que inviertan esta tendencia.

#### V-43

### VARIABILIDAD ENTRE DIAGNÓSTICO AL INGRESO Y DIAGNÓSTICO AL ALTA. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA Y CAUSAS

**E. Montero<sup>1</sup>, C. Montero<sup>2</sup>, L. Ferrer<sup>2</sup>, J. Bascañana<sup>2</sup>, M. Valdivia<sup>2</sup>, R. Salgado<sup>2</sup>, S. Valero<sup>1</sup> y A. Díaz de Santiago<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la concordancia diagnóstica entre el S<sup>o</sup> de Urgencias y el área de hospitalización; dada la elevada presión asistencial, es frecuente que los pacientes permanezcan en Urgencias > 24 horas y que sean vistos por distintos facultativos; no es infrecuente que un paciente ingrese con varios diagnósticos, y que al alta además se añadan otros, por lo que se analiza en este estudio la frecuencia de la variabilidad en el diagnóstico y las causas del mismo.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se revisan al azar 130 historias clínicas de pacientes ingresados en planta de hospitalización desde el área de Urgencias. 2 evaluadores revisaron de forma independiente las historias, y en caso de desacuerdo un tercer clínico estableció el grado de concordancia. Se clasificaron las historias en 5 categorías: 1) Acuerdo diagnóstico 2) Acuerdo diagnóstico con variabilidad "intraurgencia" 3) Acuerdo sindrómico. 4) Desacuerdo por evolución clínica (nuevos síntomas durante su evolución) 5) Error diagnóstico. Estas categorías se aplican durante la estancia del paciente en Urgencias y en la planta de hospitalización. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS 15.0.

**Resultados.** La edad media fue de 76 años  $\pm$  13,6 años; un 47,7% eran varones. La mayor parte de los ingresos (62,5%) fueron a Medicina Interna, seguidos de Cardiología (14,4%) y Gastroenterología (7,6%). La tasa de desacuerdo diagnóstico entre el S<sup>o</sup> de Urgencias (diagnóstico al ingreso) y hospitalización (diagnóstico al alta) no atribuible a cambios clínicos fue del 11,2%. No hubo diferencias en función del tiempo hasta la decisión del ingreso, pero sí fue mayor el desacuerdo entre los que permanecen < 12 h en Urgencias (21,7% vs 6,3%). EL error diagnóstico se debe en la mayoría de los casos a la realización de nuevas pruebas diagnósticas que no están disponibles a tiempo completo para el S<sup>o</sup> de Urgencias, aunque en otros casos una nueva anamnesis o exploración física fueron los responsables de la discrepancia diagnóstica. En cuanto al análisis de la variabilidad diagnóstica en Urgencias (atendida en su mayoría por internistas), un 70% de los pacientes fueron atendidos por 2 o más facultativos, con una estancia media de 24 h  $\pm$  16 h (mediana 24 h 1 min). Un 26,73% de los pacientes fueron ingresados por un segundo médico del S<sup>o</sup> de Urgencias. Existió desacuerdo en un 15,3% (14 de 91 casos).

**Conclusiones.** En esta serie, sólo en 1 de cada 10 pacientes el diagnóstico al alta hospitalario fue diferente al obtenido durante su estancia en Urgencias. El error diagnóstico se debió en la mayoría de los casos (50%) a la realización de nuevas pruebas complementarias no disponibles en el S<sup>o</sup> de Urgencias. Dentro del S<sup>o</sup> de Urgencias, la variabilidad diagnóstica fue algo más elevada.

#### V-44

### HOSPITALIZACIONES POR EPOC EN OCTAGENARIOS. PRONÓSTICO A 3 AÑOS

**K. Trejós<sup>1</sup>, B. Barreiro<sup>2</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, M. Sanjaume<sup>1</sup>, B. De Pablo<sup>3</sup>, J. Mascaró<sup>1</sup>, J. Heredia<sup>2</sup> y P. Almagro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Respiratorio,

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes mayores de 80 años ingresados por EPOC y compararlas con el grupo de menor edad. Valorar la mortalidad a los 3 años del alta hospitalaria y los factores pronósticos de la misma.

**Material y métodos.** Se estudian de forma prospectiva los pacientes hospitalizados por descompensación de EPOC. Todos los pacientes cumplían criterios espirométricos de EPOC y cumplieron un cuestionario donde se valoraban los ingresos en el año previo, las visitas a urgencias, los días de estancia del ingreso actual así como los reingresos en el año posterior. Además se realizaron gasometrías basales al ingreso y alta y en un subgrupo de pacientes en condiciones basales al mes del alta hospitalaria, así como test de marcha de 6 minutos. Se recogieron además la comorbilidad (I. de Charlson), la dependencia funcional (I. de Katz), el número de medicaciones y tomas domiciliarias, nivel socioeconómico, recursos sociales (OARS), depresión (Yesavage reducido), escala de disnea (MMRC) y un cuestionario específico de calidad de vida en la EPOC (St George's Respiratory Questionnaire). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: menores de 80 años y aquellos de 80 años o más. Se recogen los reingresos a un año y la mortalidad a 3. El análisis estadístico se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier y la regresión logística de Cox, considerándose como variable dependiente el grupo de edad.

**Resultados.** Se estudiaron 374 pacientes (20 mujeres) con una edad media de 72 años (DE 9,4; extremos 44 a 93). De ellos 81 eran mayores de 80 años (21%). La estancia media fue de 11,39 días, el FEV1 al alta del 39% del teórico (DE12) y un 55% de los pacientes reingresaron en el año posterior sin encontrarse diferencias entre ambos grupos de edad. La población mayor de 80 años, tenía más comorbilidad ( $p < 0,003$ ), mayor dependencia funcional ( $p < 0,001$ ), peores puntuaciones en la escala de deterioro cognitivo ( $p < 0,004$ ), mayor presencia de cor pulmonale ( $p < 0,05$ ) y peores puntuaciones en la escala de depresión ( $p < 0,009$ ). Por el contrario las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida fueron similares, excepto para la subescala de síntomas en que los pacientes más jóvenes obtuvieron peores puntuaciones. La mortalidad global a 3 años fue del 44% (mediana de seguimiento 907 días; rango intercuartil 25-75: 488-1057). Los pacientes más ancianos tenían mayor mortalidad que los más jóvenes (61% vs. 40%;  $p < 0,0001$ ). Las variables asociadas a peor pronóstico en los pacientes octogenarios fueron: haber ingresado por descompensación en el año previo ( $p < 0,01$ ), tener mayor comorbilidad ( $p < 0,05$ ), llevar oxigenoterapia domiciliaria ( $p < 0,001$ ), el número de fármacos previos ( $p < 0,001$ ) y tener peores puntuaciones en la escala de depresión geriátrica ( $p < 0,02$ ).

**Discusión.** Las hospitalizaciones por descompensación de EPOC se producen en los estadios finales de la enfermedad y suelen darse en pacientes de edad avanzada. Aunque es conocido que estos ingresos comportan un mal pronóstico posterior, no existen prácticamente estudios en los pacientes más ancianos. Nuestro trabajo demuestra que los pacientes octogenarios tienen mayor mortalidad posterior y que las variables pronósticas son similares a las de los pacientes más jóvenes.

**Conclusiones.** 1. Un 20% de los pacientes hospitalizados por descompensación de EPOC tienen más de 80 años. 2. La mortalidad a 3 años en este grupo es del 60%. 3. Los ingresos previos, la comorbilidad, la oxigenoterapia domiciliaria y la presencia de depresión se asocian a una mayor mortalidad tras el alta hospitalaria en los pacientes octogenarios.

#### V-45

### UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE PUNCIÓN CON AGUJA FINA GUIADO POR ECOENDOSCOPIA TRANSESOFÁGICA, EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS

**M. García Sánchez<sup>1</sup>, E. Caro Martínez<sup>1</sup>, F. Almazán Costa<sup>1</sup>, R. Martínez Goñi<sup>1</sup>, D. Piñar Cabezas<sup>1</sup>, A. Cabezas<sup>3</sup>, J. Aparicio Tormo<sup>2</sup> y R. Sánchez Martínez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección Endoscopia Digestiva,

<sup>3</sup>Servicio Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

**Objetivos.** Analizar la utilidad de la punción con aguja fina guiado por ecografía transesofágica, en el estudio de las adenopatías mediastínicas, como procedimiento diagnóstico no quirúrgico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes



en estudio por adenopatías mediastínicas, remitidos a la unidad de endoscopia digestiva del Hospital General Universitario de Alicante durante el período 1 enero 2008 a 31 mayo 2008, para realización de punción con aguja fina guiada por ecografía transesofágica endoscópica.

**Resultados.** Durante 5 meses se realizó punción de adenopatías mediastínicas por ecoendoscopia transesofágica a 15 pacientes, 5 mujeres y 10 varones, con edades comprendidas entre los 31 años y 77 años. Fueron remitidos desde diferentes servicios, cirugía torácica (47%) y Medicina interna (40%) fundamentalmente. El diagnóstico de sospecha en casi todos los pacientes fue etiología tumoral. En cuanto a los resultados histológicos fue definitivo en el 100% de los pacientes, incluso en aquellos en los que se realizó mediastinoscopia (20%), por la alta sospecha clínica de malignidad. Las adenopatías que con mayor frecuencia se puncionaron fueron: subcarinales 11, paraesofágicas en 6 ocasiones, subaórticas 2 y otras localizaciones en 4 ocasiones (incluso hilio hepático y tronco celiaco). Ninguno de los pacientes presentó complicaciones secundarias al procedimiento endoscópico.

**Discusión.** En la etiología de las adenopatías mediastínicas, la causa tumoral es una de las más importantes. Por ello es necesario obtener un diagnóstico histológico definitivo. En ocasiones el acceso a territorios adenopáticos es difícil mediante las técnicas convencionales (broncoscopia, punción transbronquial, punción guiada por TAC). Por otra parte, algunos autores proponen la punción de adenopatías mediastínicas por ecoendoscopia, como una técnica costo-efectiva, ya que evita realización de mediastinoscopia y otras exploraciones quirúrgicas.

**Conclusiones.** 1. La punción de adenopatías mediastínicas mediante ecoendoscopia transesofágica es una buena técnica diagnóstica, que permite llegar a territorios adenopáticos difícilmente accesibles con otras técnicas. 2. Se trata de una técnica poco invasiva y con escasas complicaciones. 3. En todos nuestros casos el diagnóstico histológico hallado en la punción por ecoendoscopia fue el definitivo. 4. Por tanto la punción por ecoendoscopia, debe ser una técnica complementaria a tener en cuenta en el estudio de un paciente con adenopatías mediastínicas.

#### V-46

##### ANÁLISIS DE LAS PRIORIDADES EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN. II: DISTRIBUCIÓN SEMANAL

**A. Rosa Jiménez, F. Rosa Jiménez, A. Carreras Álvarez de Cienfuegos, C. Santoro Martínez, M. Blanco Martín, A. Muñoz Jofré, P. Román Navarro y R. Prieto Mendoza**  
Área de Hospitalización y Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete (Jaén).

**Objetivos.** 1. Analizar el patrón semanal de distribución de las solicitudes de asistencia sanitaria urgente. 2. Identificar la influencia del "factor mercadillo" (sábado) en un centro hospitalario localizado dentro del caso urbano. 3. Analizar la influencia en el Área de Urgencias de la actividad sanitaria ordinaria de atención primaria (considerando que ambas conviven en el mismo edificio).

**Material y métodos.** Se analizaron todas las solicitudes de asistencia sanitaria urgente en nuestro hospital desde el 1-Marzo-2007 hasta el 29-Febrero-2008. Todos los pacientes fueron sometidos a un sistema de triaje (o recepción, acogida y clasificación) estandarizado basado en la escala canadiense -CTAS-. Dicho triaje fue realizado por personal de enfermería especialmente preparado para dicho fin. Se recogieron los siguientes datos: prioridad (de 1 -más grave- a 5 -menos grave-) y día de la semana (laborable o festivo). Los datos se tabularon en una base de datos Access 2000® para su posterior manejo estadístico (SPSS 13.0®). Se utilizaron los tests de la t de Student y de ANOVA para la comparación de medias de distribución normal y los tests de la U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis como tests no paramétricos.

**Resultados.** El número medio de visitas por día fue homogéneo durante todos los días de la semana (ANOVA,  $p = 0,427$ ). El día de menor afluencia fue el miércoles ( $52,4 \pm 14,1$ ) y el de mayor afluencia el sábado ( $57,4 \pm 15,4$ ), aunque las diferencias entre ambos no fueron estadísticamente significativas. La distribución de las distintas prioridades en función de los días de la semana fue, asimismo,

homogénea. En el análisis del número medio de solicitudes por día en función de la actividad laboral de nuestro centro de salud (días laborables vs. días festivos), las diferencias obtenidas no fueron estadísticamente significativas ( $53,4 \pm 13,8$  vs.  $56 \pm 14,6$ ;  $p = 0,104$ ). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de prioridades en función del carácter laboral o festivo del día de la asistencia.

**Discusión.** Aunque se ha descrito una disminución en la afluencia a las Áreas de Urgencias en función de distintas variables (mercadillos) no hemos observado dicha asociación en nuestra población. Incluso, el día del mercadillo (sábado) se observa un aumento no significativo en el número de demandas. Llama la atención el hecho de la escasa influencia que, en nuestra comarca, tiene la actividad ordinaria de atención primaria en la demanda de asistencia sanitaria urgente por parte de la población.

**Conclusiones.** 1. Las solicitudes de demanda sanitaria urgente en nuestra área de influencia es homogénea respecto a los 7 días de la semana. 2. No se aprecia el "factor mercadillo" como elemento relacionado con la disminución de la afluencia a los Servicios de Urgencias. 3. La demanda asistencial urgente es similar en los días laborables, en los que Atención Primaria funciona de forma ordinaria, que en los días festivos en los que el centro de salud no realiza actividad asistencial.

#### V-47

##### CONTRIBUCIÓN DEL INTERNISTA EN LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE UNA UNIDAD DE ICTUS DE MEDIA ESTANCIA

**A. Truyols Bonet<sup>1</sup>, L. Vich Martorell<sup>1</sup>, A. Galmés Truyols<sup>2</sup>, F. Albertí Homar<sup>3</sup>, J. Carbonero Malberti<sup>1</sup>, F. Palacios Huertas<sup>4</sup> y L. Feliu Mazaira<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de ictus. Servicio de convalecencia, <sup>2</sup>Pluripatológicos, <sup>3</sup>Rehabilitación. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>4</sup>Servicio de Epidemiología. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears (Illes Balears).

**Objetivos.** La unidad de ictus de media estancia recibe pacientes subagudos procedentes de Neurología para atención integral planificada por equipo multidisciplinar: medicina interna, rehabilitación (médico rehabilitador, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales), enfermería especializada, psicología-psiquiatría y trabajo social. El objetivo del estudio es evaluar la evolución neurológica y funcional y complicaciones médicas en pacientes con ictus incluidos en programa de rehabilitación coordinado por médicos internistas. Criterios inclusión: estabilidad clínica, discapacidad potencialmente recuperable. Criterios exclusión: trastorno cognitivo grave, comorbilidad grave.

**Material y métodos.** Estudio trasversal sobre pacientes del programa en el período 2003-2007. Análisis: estancia, índice de Bartel previo (IBP), ingreso (IBI) i alta (IBA); ganancia funcional (GF = IBA-IBI), índice de Heinemann corregido (Hc =  $100 \times GF / (IBP-IBI)$ ); evolución neurológica (NHI al ingreso y al alta, NHli, NHla); deterioro cognitivo (test de Pfeiffer); eficiencia de la unidad (IBA-IBI)/estancia; principales factores de riesgo modificables para el ictus, frecuencia de complicaciones.

**Resultados.** Pacientes incluidos: 306 (69% de ingresos por ictus). Edad media 74 años (DT 12; rango 23-93). Prevalencia HTA 67%; diabetes 35,9%; fibrilación auricular 18,8%; otras cardiopatías 21,7%. Pfeiffer medio 2 (DT 3;  $19\% > 3$ ). Estancia 39 días (DT 26; rango 2-243). Evolución funcional: IBP 92, BI 25; IBA 54; GF 29; Hc 49. Eficiencia de la unidad: 1,2. Evolución neurológica: NHli 8, NHla 5. Discapacidad ingreso: 9% grave (NHI > 15), 50% moderada (NHI 5-15), 38% leve (NHI < 5); alta: 2% grave (NHI > 15), 31% moderada (NHI 5-15), 62% leve (NHI < 5). Complicaciones médicas: 58% de enfermos; la más frecuente fue la depresión (31%), seguida de infección urinaria y hombro doloroso (15%), y de complicaciones respiratorias (9%; 23% en disfagia). Complicaciones menos frecuentes: descompensación HTA (7,1%), arritmia (5,5%), ictus (4,5%), descompensación diabética (3,6%), convulsiones (1,3%), IC (0,6%). Murieron 2 pacientes y 14 (4,5%) fueron reenviados a agudos.

**Discusión.** Hasta la década de los 80 los pacientes con ictus eran atendidos básicamente en Medicina Interna, ya que primaba el tratamiento de las complicaciones médicas derivadas del déficit neurológico. Desde que el ictus se considera urgencia neurológica con trata-

miento y control específicos el beneficio de las unidades de ictus dependientes de Neurología está fuera de *Discusión*. No obstante, en la fase subaguda, dado que ya existen estudios que permiten asegurar que el beneficio funcional es, en gran parte, consecuencia de la prevención y resolución de complicaciones médicas derivadas del ictus (crisis HTA, arritmias, alteraciones metabólicas, infección nosocomial, etc) toma de nuevo relevancia el médico internista, ahora integrado en un equipo multidisciplinar con un programa específico para la rehabilitación de estos enfermos. Los resultados de nuestro trabajo avalan la bondad del programa.

**Conclusiones.** La GF, de 29, fue satisfactoria, ya que se considera un aumento de 20 como el punto de corte de significación en GF, sobre todo en dependencia grave (Barthel > 60). Un Hc de 49% indica una buena recuperación funcional. La eficiencia de la unidad, mayor que 1, evidencia una intensa actividad rehabilitadora. El cambio en NHI de grave/moderado al ingreso a moderado/leve al alta muestra una buena recuperación neurológica. La elevada incidencia de depresión es el resultado de una búsqueda activa para tratamiento precoz. El bajo grado de complicaciones médicas, en especial descompensaciones cardiovasculares y reictus, en pacientes con alta prevalencia de factores de riesgo, es debida a la aplicación de protocolos específicos de prevención.

#### V-48

### CONSECUENCIAS CLÍNICAS INMEDIATAS DE LA HIPOTENSIÓN FARMACOLÓGICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**V. Giner Galvañ<sup>1</sup>, A. Ragheb Elfarra<sup>2</sup>, L. Tomás Gil<sup>2</sup>, M. Esteban Giner<sup>2</sup>, P. Lafuente Sanchis<sup>2</sup> y L. Olcina Tintero<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** Estimar el impacto que a corto plazo puede suponer la Hipotensión Arterial Farmacológica (hTAF) en una población potencialmente de riesgo para su desarrollo.

**Material y métodos.** Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta. Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de hTAF ingresados en Medicina Interna de nuestro hospital. Como criterio definitorio de Htaf se ha establecido la presencia de este diagnóstico en el informe de alta hospitalaria (CIE-9 458.29).

**Resultados.** De los 545 pacientes valorados entre Mayo 2005 y Mayo 2007, 50 de 545 (9,2%) pacientes fueron diagnosticados de hTAF. Mayoritariamente eran mujeres (60%) con edad media de 78,6 ± 7,4 años y toma media de 6,7 ± 3,1 fármacos, 1,9 ± 0,8 antiHTA. Eran hipertensos de larga evolución. Elevada prevalencia de eventos CV previos y LOD. Había requerido ingreso hospitalario previo por mareo/inestabilidad/síncope el 30%, identificándose durante el ingreso complicaciones relacionables con la hTAF en el 54,7% de casos: hiponatremia (25%), insuficiencia renal aguda (23%), fracturas traumáticas (19%), hiperpotasemia (12%), hipopotasemia (7%), hipernatremia (2,3%). Los factores de riesgo han sido el ser mujer, la presencia de LOD y la no toma de calcioantagonistas. En función del tipo de antiHTA, presentaron complicaciones en el 31,6% los Calcio antagonistas, 37,5% alfa-Bloqueantes adrenérgicos, 41,7% IECA, 60% ARAlI, 63,6% diuréticos y 71,4% beta-Bloqueantes adrenérgicos.

**Conclusiones.** La hTAF supone un fuerte impacto sobre el estado de salud del paciente. El paciente más frágil es mujer, con mayor proporción de LOD y control más estricto de PA y perfil lipídico. El uso de calcioantagonistas parece tener efecto protector, probablemente por su efecto hidroelectrolítico neutro.

#### V-49

### PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ESPAÑA. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (REHAP)

**P. Escribano Subías<sup>1</sup>, P. Morales Marín<sup>2</sup>, J. Sánchez Román<sup>3</sup>, J. Barberá Mir<sup>4</sup>, A. Román Broto<sup>5</sup>, C. Disdier Vicente<sup>6</sup>, I. Otero González<sup>7</sup> y el Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP)**

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Neumología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. <sup>7</sup>Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar (HP) es una entidad poco frecuente, sin tratamiento tiene una evolución rápidamente progresiva con insuficiencia cardíaca derecha refractaria y muerte. En la última década se ha producido una auténtica revolución terapéutica. Sin embargo, la información sobre el manejo de esta entidad en España es reducida. **Objetivos:** Análisis preliminar del Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP) que están realizando los grupos de Circulación Pulmonar pertenecientes a la Sociedad Española de Cardiología y a la de Neumología y Cirugía Torácica.

**Material y métodos.** Pacientes y métodos: Desde noviembre del 2005 hasta abril 2008 se han recogido las variables clínicas, hemodinámicas, tratamiento y supervivencia de 582 pacientes (p) en 24 hospitales diagnosticados de HP.

**Resultados.** 582 pacientes (69,4% mujeres), edad 53 ± 16 años. Etiologías: 35% idiopática, 18% conectivopatía (54% esclerodermia, 16% lupus, 30% otros), 13% tromboembólica, 18% Cardiopatía congénita (73% simple), Fármacos/toxinas: 6%, Portopulmonar: 4%. Al diagnóstico: NYHA: I-II-26.4%, III-60%, IV-13.6%. Distancia recorrida en test de 6 min-351 ± 117 metros, Presión pulmonar media 54 ± 16 mmHg, GC: 4.3.5 ± 1.5 l/min, RVP:11.6 ± 6 UW. Tratamiento (tto) inicial: 33% prostacilina y análogos, 19,8% sildenafil y 47% Bosentan. El 19,5% p reciben tto combinado de inicio. Supervivencia: 90% al 1º año y 79% al 3º año. La supervivencia fue diferente según la etiología de la HP. Se realizó tromboendarterectomía en 20 pacientes (42%) y trasplante en el 4% de los p. La principal causa de exitus fue la insuficiencia cardíaca.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes presentan severo compromiso funcional y hemodinámico, sin embargo la supervivencia en el 1º año es del 90% aunque disminuye rápidamente con el tiempo. El tratamiento de inicio más utilizado fue el Bosentan y el 19% recibieron tto combinado.

#### V-50

### ANÁLISIS DE INTERCONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA POR M. INTERNA

**J. De la Vega Sánchez, T. Monserrat García y R. Pérez Cano**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Material y métodos.** Se han analizado un total de 217 interconsultas. En ellas se han registrados datos demográficos (edad, sexo...), sus antecedentes personales, motivo de ingreso en el hospital, motivo de consulta a nuestra especialidad, diagnóstico al que llegamos nosotros, pruebas complementarias que pedimos, días de seguimiento y tratamiento que adjuntamos.

**Resultados.** En los análisis estadísticos observamos que las interconsultas suelen ponerse al 3º-4º día de ingreso del paciente en Traumatología. Aunque los motivos de consulta son muy variados, los tres más frecuentes son deterioro de su estado general, desorientación

y disnea. Dentro del deterioro de su estado, un 80% de los pacientes presentaban deshidratación, y un 75% anemia sintomática. El cuadro de desorientación fue en un 90% de causa medicamentosa, y de los casos de disnea, un 75% corresponden a reagudizaciones de pacientes con EPOC, y un 10% a casos de ICC descompensada. Las 217 interconsultas han generado 328 días de seguimiento.

**Discusión.** La gran mayoría de las interconsultas eran debidas a un mal ajuste de la medicación domiciliaria, y un tanto por ciento no despreciable por un incorrecto ajuste de medicación hospitalaria. El hecho de demorar la realización de la interconsulta ha provocado en una buena parte de los casos un deterioro del paciente.

**Conclusiones.** Analizando los datos vemos que estas interconsultas han generado la necesidad de, al menos, una revisión diaria por un Internista a los pacientes de traumatología. En la mayoría de los casos un mal ajuste del tratamiento el día del ingreso facilita el deterioro de los pacientes, con el aumento de la morbilidad que esto conlleva y una prolongación de la estancia media hospitalaria. Nosotros creemos que la contratación de un internista en el Traumatología (como ya se está realizando en otros hospitales), conllevaría una mejora franca en el tratamiento de los pacientes y una mayor eficiencia por Traumatología.

## V-51

### CONCORDANCIA ENTRE EL REGISTRO AUTOMÁTICO Y MANUAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

M. Romero Quintela<sup>1</sup>, E. Abad Picos<sup>1</sup>, S. Facorro Pallares<sup>1</sup>, J. Marín Gálvez<sup>1</sup>, M. Cainzos Vázquez<sup>1</sup>, M. García Couto<sup>1</sup>, S. Pita Fernández<sup>2</sup> y F. De la Iglesia Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM), <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar la concordancia entre dos instrumentos de medición de presión arterial (PA) y si dicha concordancia se modifica por la presencia o no de fibrilación auricular (FA)

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: UCEM del CHUJC. Período: Septiembre/2007-Febrero/2008. Tipo de estudio: prevalencia. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UCEM, entre 24-96 años, con o sin FA, consentimiento informado. Criterios de exclusión: portadores de marcapasos, desfibrilador implantable automático, con ritmos cardíacos alternantes, o reingresos durante el estudio. Tamaño muestral: 207 pacientes (107 con FA y 100 sin arritmia cardíaca). Mediciones: edad, sexo, IMC, presencia o no de FA demostrada por electrocardiograma, comorbilidad y tratamiento. Se registró la PA y frecuencia cardíaca (FC) de acuerdo con la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Los esfigmomanómetros usados fueron un manómetro aneróide calibrado Philips Sure Signs VS1 para las tomas automáticas y Welch Allyn Speidel + Keller para las tomas manuales. Se realizó una primera medición de la PA y FC en ambos brazos y las siguientes en el de mayor PA. Después se realizaron 4 tomas, manual y automática, a intervalos de 5 minutos. Para los cálculos estadísticos se calculó la media de las 4 mediciones. Se realiza un estudio descriptivo de las variables. Las cuantitativas se expresan como media  $\pm$  desviación típica y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje. Se determinó la correlación por medio del coeficiente de correlación de Pearson y la concordancia por medio de la metodología de Bland-Altman e índice de Kappa. **Resultados.** El coeficiente de correlación de Pearson entre la PA sistólica (PAS) por el método automático y el manual es  $r = 0.92$  ( $p < 0,001$ ), el de la PA diastólica (PAD) es  $r = 0.761$  ( $p < 0,001$ ) y el de la FC  $r = 0.95$  ( $p < 0,001$ ). Si el paciente está en FA dichos coeficientes son 0.91, 0.75 y 0.92 respectivamente. La diferencia entre las mediciones de PAS automática y manual según presentase o no FA ha sido de -0.21 y -1.03 mmHg. En la PAD fue de -4.61 y 0.44 mmHg, y en la FC de -0.64 y -0.07 lpm. Dicha discordancia no se modifica para valores bajos o elevados de PA, tanto en pacientes con FA como sin ella. Si clasificamos a los pacientes como hipertensos ( $\geq 140/90$  mmHg) o no, según utilizásemos uno u otro método de medición vemos que si el paciente está en ritmo sinusal el porcentaje de discordancia es del 3% (índice de Kappa = 0.89) y si está en FA la discordancia entre las clasificaciones es de 8,4% (índice de

Kappa = 0.72)

**Discusión.** La medición automática tiene la ventaja de minimizar el impacto de la interacción entre sujeto y observador en la estimación de la PA. Para ello disponemos de aparatos automáticos validados. Nuestro estudio plantea su comportamiento en la práctica clínica habitual y, en concreto, en pacientes en FA. Los resultados muestran un alto grado de correlación en la medición de la PAS, PAD y FC en pacientes en ritmo sinusal y prácticamente idéntica en pacientes en FA. Las discordancias al comparar las medias de las medidas tomadas por los dos métodos son de muy escaso valor absoluto. Todas las mediciones manuales, salvo la PAD en pacientes sin FA, son mayores, lo que confirma que la medición automática reduce en la práctica clínica el efecto "bata blanca". La metodología de Bland-Altman demuestra que estas variaciones son homogéneas en un amplio espectro de valores de PA, tengan o no FA. La concordancia entre ambos métodos permite clasificar al paciente como hipertenso de forma rigurosa si está en ritmo sinusal y con una fiabilidad ligeramente menor si está en FA, con muy buenos índices Kappa.

**Conclusiones.** Existe una alta correlación entre ambas mediciones que disminuye discretamente en pacientes en fibrilación auricular. La discordancia al comparar medias es clínicamente irrelevante, y la concordancia para clasificar a los pacientes como hipertensos o no entre ambas mediciones es sustancial

## V-52

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS EN PACIENTES CON LUPUS ERI-TEMATOSO SISTÉMICO

C. Fernández<sup>1</sup>, M. Marcos<sup>1</sup>, A. Soriano<sup>2</sup>, J. Mensa<sup>2</sup>, M. Almela<sup>3</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Sistémicas y Autoinmunes. <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Las infecciones en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son una de las principales causas de muerte en este grupo de enfermos. El objetivo del estudio es analizar las características de las bacteriemias en pacientes con LES.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de todos los episodios de bacteriemia en pacientes con LES entre los años 1991 y 2006. Se recogieron las siguientes variables: edad, comorbilidad asociada, uso de glucocorticoides y otros inmunodepresores, origen de la bacteriemia, necesidad de ventilación mecánica, tratamiento antibiótico empírico, antibiograma, presentación de shock séptico, presencia de hipocomplementemia, anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico, duración y actividad del LES previas a la bacteriemia. La mortalidad relacionada con la bacteriemia se calculó como mortalidad a los 30 días y a largo plazo.

**Resultados.** Entre 1991 y 2006, se recogieron 48 episodios de bacteriemia en 38 pacientes con LES. En dichos casos se aislaron 31 cepas de gérmenes Gram negativos y 19 Gram positivos. Las infecciones del tracto urinario y las asociadas a catéteres intravasculares fueron los dos focos más frecuentes de la bacteriemia adquirida en la comunidad y de la nosocomial, respectivamente. La mortalidad a los 30 días fue del 6.25% (3 pacientes). Desde el primer episodio de bacteriemia, se siguieron 38 pacientes con una mediana de 25 meses (rango 0,10 - 159,3). Treinta de ellos fallecieron, pudiéndose atribuir de forma directa 8 de las muertes a causas infecciosas.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, el tracto urinario y los catéteres vasculares fueron las causa más frecuentes de bacteriemias, lo que puede explicar la baja mortalidad. A pesar de ello, la presencia de un episodio de bacteriemia implica un mal pronóstico a largo plazo en los pacientes con LES.



V-54

**PATOLOGÍA ARTICULAR DEGENERATIVA EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA TEMÁTICA DE MEDICINA INTERNA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR**

**J. Bernal Bermúdez, M. Escobar Llompert, S. Romero Salado, A. García Egido, J. Fernández Delgado, F. Gómez Soto, C. Asencio Méndez y F. Gómez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Nuestra Sección de Medicina Interna cuenta con una consulta temática de Patología Osteomuscular/Osteoarticular. Nos planteamos saber cual es la frecuencia de dicha patología degenerativa y su localización en nuestra Área.

**Material y métodos.** De todos los pacientes (p) atendidos en nuestra consulta hospitalaria en el intervalo de dos meses se seleccionaron aquellos pacientes que se diagnosticaron de artrosis en base a criterios clínicos y radiológicos.

**Resultados.** De un total de 952 diagnósticos realizados sobre 725 pacientes (1.3 diagnósticos por paciente) el 32,24% (307 pacientes) obedecieron al diagnóstico de artrosis. La distribución fue: Generalizada 25% (78 p), Acromioclavicular 0,3% (1p), Hombros 0.65% (2p), Columna 41.69% (cervical 13%, dorsal 1.3%, lumbar 18.5%, mixta 8.4%), Caderas 4,8% (15p), Manos 0.65% (2p), Rizartrrosis 0.97% (3p), Rodillas 24.75% (76p), Tobillos 0.65% (2p).

**Discusión.** La artrosis o enfermedad articular degenerativa, es un trastorno caracterizado por el deterioro progresivo y la pérdida del cartilago articular, acompañado de la proliferación de hueso nuevo y de partes blandas en la articulación afectada y en torno a ella. La artrosis es la forma más frecuente de enfermedad articular. Menos del 50% de la población con cambios radiológicos sufre los síntomas, y más del 70% de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis en alguna localización. En nuestra serie, el 42% de los pacientes que acudieron a nuestra consulta presentaban patología degenerativa (artrosis), siendo la localización a nivel de columna y de rodillas las más frecuentes (41.69% y 24.75% respectivamente), seguido de la localización generalizada (25% con afectación de más de tres articulaciones).

**Conclusiones.** Nuestros resultados, por tanto, confirman la enfermedad articular degenerativa como la forma más frecuente de enfermedad articular. La localización más frecuente varía con respecto a la literatura probablemente al tratarse de una consulta especializada de ámbito hospitalario y no de ámbito ambulatorio. El médico Internista, en cuanto a su formación, se encuentra completamente capacitado para la atención médica de este tipo de patología siendo el tratamiento quirúrgico (colocación de prótesis...) reservado para los grados avanzados e incapacitantes de dicha patología articular degenerativa.

V-55

**DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN (FIBROSCAN®) EN PACIENTES VIH COINFECTADOS CON VHB Y VHC**

**S. Valero González<sup>1</sup>, G. Panos<sup>2</sup>, E. Montero Hernández<sup>1</sup>, P. Chicharro Manso<sup>1</sup>, A. Díaz De Santiago<sup>1</sup>, L. Benítez Gutiérrez<sup>1</sup> y V. Cuervas Mons<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>2</sup>HIV/GUM. Chelsea and Westminster Hospital. London.

**Objetivos.** La elastografía de transición (FibroScan®) es técnica no invasiva de reciente desarrollo que permite la valorar la fibrosis hepática mediante la medición de la elasticidad del parénquima hepático. El objetivo de nuestro trabajo es, por una parte, evaluar la eficacia de esta técnica en la detección de fibrosis hepática en pacientes infectados por virus VIH, VHB, VHC y coinfectados y por otra, comparar la sensibilidad del FibroScan con respecto a la biopsia hepática en este perfil de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio observacional en el que se incluyeron 55 pacientes VIH, VHB, VHC positivos o coinfectados por dos o tres virus a los que se realizó un FibroScan y que disponían de diagnóstico histológico por biopsia hepática.

**Resultados.** De los 55 pacientes, 45 eran hombres (81.8%) de 45.36 ± 8.17 años de edad. Cuarenta y dos pacientes (76,4%) eran VIH positivos, 11 (20%) eran VHB positivos y 39 (70.9%) eran VHC positivos. Seis pacientes (10.9%) presentaban coinfección por VIH y VHB (10.9%), 27 (49%) coinfección por VIH y VHC y dos de ellos (3.6%) coinfección por los tres virus. Las medidas de elasticidad hepática (kPa) variaron entre 3,7 y 69,1. El grado de fibrosis hepática determinado por FibroScan mostró una excelente correlación (p < 0,001) con los hallazgos histológicos de la biopsia hepática. El área bajo la curva ROC (AUROC) fue de 0,86. Empleando el punto de corte de 8 kPa, la elastografía de transición permite identificar pacientes con fibrosis hepática significativa (≥ F2) con un elevado valor predictivo negativo (VPN = 96,3%).

**Discusión.** La excelente correlación entre las determinaciones del Fibroscan y los hallazgos histológicos de la biopsia hepática, convierten a esta técnica en una aceptable alternativa no invasiva para el diagnóstico de fibrosis hepática y por su elevado VPN, una técnica de elección para el despistaje de grados avanzados de fibrosis.

**Conclusiones.** La elastografía de transición es un sencillo método no invasivo, útil en el diagnóstico de fibrosis hepática significativa. Su aplicación para el diagnóstico y seguimiento de hepatopatía en pacientes VIH o hepatitis VHB/VHC podría ser de gran utilidad y reducir la necesidad de biopsia hepática.

V-56

**INFLUENCIA DEL IDIOMA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LA ADJUDICACIÓN DE PLAZAS EN LA OPE 2006 DE GALICIA**

**M. Matesanz Fernández, R. Monte Secades, R. Rabuñal Rey, M. Bal Alvaredo y A. Mateos Colino**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Está abierta una polémica sobre el excesivo valor que se le adjudica, según algunos, al idioma en las diversas OPEs. En el presente estudio analizamos la influencia de la puntuación conseguida

Tabla 1. (V-56).

	Presentados	Plazas	Cambio de posición en la lista	Cambio de adjudicación de plaza
Cardiología	26	19	5	0
Digestivo	23	14	2	1
Endocrinología	15	9	2	0
Geriatría	4	2	0	0
Medicina Interna	51	31	11	0
Neumología	19	7	2	0
Neurología	24	8	2	1
Oncología	13	10	0	0
Reumatología	6	3	0	0
Total	181	103	24	2

en idioma gallego en la adjudicación de plazas en la OPE de 2006 celebrada en Galicia.

**Material y métodos.** De la página Web del SERGAS se han extraído los datos personales y puntuaciones obtenidas en los distintos apartados valorados. De la calificación final se ha sustraído la puntuación alcanzada en gallego, y se compararon los resultados con la lista original de aprobados para detectar cambios.

**Resultados.** De los 197 presentados, se excluyeron 16 por no cumplir los requisitos de la convocatoria. A los 181 restantes se les adjudicaron 103 plazas según orden de puntuación. Al comparar los resultados después de descontar la puntuación en gallego, se comprobó que hubo cambios de posición en la lista, que pudieron influir en cambios de destino, en 24 casos (13,3%), pero solo hubo cambios de adjudicación de plaza en 2 casos (1,9%). Los resultados totales se muestran en la tabla adjunta.

**Discusión.** El impacto de la puntuación en gallego es bajo. Influye sobre todo en cambios de orden en la lista, que pueden modificar el destino, pero no la consecución de plaza. Probablemente la causa de este pequeño impacto sea el escaso valor de la puntuación (5 puntos como máximo sobre un total de 130).

**Conclusiones.** En la OPE 2006 de Galicia la puntuación en gallego tuvo un pequeño impacto en los resultados finales.

## V-57

### ERRORES DE MEDICACIÓN DETECTADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA A TRAVÉS UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA

**J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, R. Jorge Sánchez, L. Corral Gudino, J. Martín González y A. López Bernús**

*Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Hospital Universitario de Salamanca*

**Objetivos.** Determinar la incidencia de los errores de medicación (EEM), notificados voluntariamente, así como analizar las causas que los produjeron y la repercusión de los mismos.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, a lo largo de los tres primeros meses de puesta en marcha de un sistema de notificación voluntaria de errores de medicación en el Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Los errores fueron detectados por el personal sanitario, previamente instruido mediante curso de formación continuada y comunicados, de forma voluntaria, a un único notificador, que recogió y analizó cada error.

**Resultados.** Los pacientes que ingresaron en el periodo de estudio fueron (n = 407), estancia media de  $4,94 \pm 3,11$  días y edad media  $80,42 \pm 10,29$  años. Se comunicaron 30 EEM (incidencia 2,2%), 22 (73,3%) se originaron en el propio Servicio de Medicina Interna. El equipo médico detectó 15 (50,0%) errores, el personal de enfermería 13 (43,3%) y el servicio de farmacia 2 (6,6%). El 70,0% (n = 21) de los errores no causó daño al paciente. La clasificación en categorías de gravedad mostró: categoría B (el error se produjo, pero no alcanzó al paciente) 16,7% (n = 5), C (el error alcanzó al paciente, pero no le produjo daño) 26,7% (n = 8), D (el error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización) 26,7% (n = 8) y E (el error causó daño temporal al paciente y precisó tratamiento o intervención) 30,0% (n = 9). Ningún error se clasificó en las categorías A, F, G, H o I. La distribución según la gravedad del incidente y la posibilidad de recurrencia del mismo fue: riesgo alto 4 (13,3%), moderado 15 (50,0%), bajo 6 (20,0%) y marginal 5 (16,7%). Las fases del proceso donde se originaron los errores fueron: la administración 19 (63,3%), la prescripción 11 (36,7%), la dispensación 3 (10,0%), transición asistencial 2 (13,3%) y la preparación y transcripción de la medicación 2 (6,7%). Los tipos de incidentes notificados fueron: dosis incorrecta 9 (32,1%), medicamento erróneo 6 (21,4%), velocidad de administración errónea 6 (21,4%), omisión de dosis o medicamento 5 (17,9%) y frecuencia de administración errónea 5 (17,9%). Hubo cinco principios activos sobre los que se produjeron más de un error: Amoxicilina (n = 3), Dopamina (n = 2), Digoxina (n = 2), Insulina glargina (n = 2) y Enoxaparina (n = 2). Las causas de los EEM fueron: lapsus ("despistes") 12 (40,0%), falta de conocimientos o formación sobre el medicamento 9 (30,0%), falta de seguimiento de las prácticas y procedimientos de trabajo 7 (23,3%), uso de equipos o dispositivos inapropiados para la administración de los fármacos 5 (16,7%) y comunicación escrita incorrec-

ta, incompleta o ambigua 5 (16,7%). Se detectaron factores asociados: falta de estandarización de procedimientos y prácticas asistenciales 9 (33,3%), sistemas de información deficientes 9 (33,3%), fallos de conciliación 5 (18,5%), insuficiente cumplimiento de prácticas de seguridad 4 (14,8%) o factores ambientales -ruido, desorden- 3 (11,1%), entre otros.

**Discusión.** Los sistemas de notificación voluntaria son el método básico para la detección de EEM en los hospitales. El tipo de error comunicado varía mucho en función de quién lo detecte; siendo más evidentes los errores de prescripción y dispensación que los de preparación o administración. Del mismo modo el tipo de error más comúnmente notificado es "medicamento erróneo". Sin embargo en nuestro estudio se comunicaron mayoritariamente errores por dosis incorrecta y cometidos en la administración. Cabe destacar la importancia de la falta de conocimiento sobre los fármacos, como causa de producción de EEM y que la mayoría de los errores se cometen pero no llegan al paciente o si llegan, no generan daño.

**Conclusiones.** La importancia de la notificación radica en la necesidad de detectar dónde y por qué se producen los errores, y así poder implantar prácticas efectivas dirigidas a mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. La incidencia de los EEM comunicados en nuestro estudio fue similar en número, pero cualitativamente diferente a la registrada en otras series.

## V-58

### CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO (FARMACOLÓGICO) DESPUÉS DE LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL POR UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez, A. López Bernús y J. Martín González**

*Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Objetivos.** Identificar el tipo, la frecuencia y las causas de las discrepancias -justificadas o no (error de conciliación)-encontradas en el tratamiento de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, después de la transición asistencial.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de revisión de los informes de alta de los pacientes ingresados a lo largo de los meses de marzo, abril y mayo de 2008 en el Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Un único investigador (facultativo especialista) valoró cada una de las historias farmacoterapéuticas reflejadas en el apartado de antecedentes y las comparó con los tratamientos prescritos al alta. Se detectaron las discrepancias existentes, que se clasificaron en justificadas y no justificadas, en función de criterios médicos. Se recogieron los diagnósticos clínicos y los datos epidemiológicos más relevantes.

**Resultados.** Se analizaron 393 informes de alta; el 50,4% (n = 198) pertenecía a varones. La edad media de los pacientes fue  $81,61 \pm 10,88$  años y la estancia media de  $5,82 \pm 4,74$  días. El 67,9% (n = 266) tomaba al ingreso más de 4 medicaciones y el 21,7% (n = 85) más de 9. Se estableció correlación significativa entre el número de diagnósticos y el número de medicamentos al ingreso (coef. de Pearson 0,396; sig 0,000). Se observó una reducción estadísticamente significativa en el número de medicamentos, al alta, en los pacientes con los diagnósticos de síndrome depresivo y demencia [media: -0,7; intervalo de confianza al 95% (-1,25 a 0,11) y media -0,89; intervalo de confianza al 95% (-1,4 a -0,4) respectivamente]. Se registró al menos un error en la elaboración de la historia farmacoterapéutica en 35 informes (8,9%). El motivo del error fue, en 14 casos (3,5%), el desconocimiento del tratamiento por parte del paciente o sus acompañantes. Se hallaron discrepancias entre el tratamiento al ingreso y al alta en el 83,1% de los pacientes (n = 324). En el 82,4% de los pacientes (n = 324) se describieron discrepancias justificadas y en el 9,2% (n = 36) discrepancias no justificadas o errores de conciliación. Se estableció correlación significativa entre el número de medicamentos al ingreso y el número de discrepancias justificadas (coef. de Pearson: 0,126; sig: 0,013) y entre el número de medicamentos al ingreso y errores de conciliación (coef. de Pearson: 0,129; sig: 0,011). Las discrepancias justificadas fueron: medicamento erróneo 26,9% (n = 105); medicamento no indicado en la situación clínica del ingreso 31,7% (n = 124); necesidad de otros fármacos 78,8% (n = 284) y necesidad de otras dosis 25,1%

(n = 98), entre otros. Las discrepancias no justificadas -errores de conciliación- fueron: omisión de algún medicamento 7,4% (n = 29) de los pacientes; prescripción incompleta 1,6% (n = 6); cambio de dosis en 0,8% (n = 3) y medicamento innecesario 0,3% (n = 1). Los fármacos sobre los que se detectaron más discrepancias no justificadas fueron nitratos transdérmicos en 1,8% (n = 7) de los pacientes; estatinas 1,5% (n = 6); antidepresivos 1,3% (n = 5); benzodiazepinas 1,0% (n = 4) o inhibidores de la bomba de protones 1,5% (n = 6).

**Discusión.** En la casuística revisada, prácticamente la mitad se los errores de la medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial. El porcentaje de pacientes con errores de conciliación tras el ingreso hospitalario oscila entre 26,9% y el 65%, siendo el tipo de error más frecuente el de omisión de medicamentos, seguido de cambio de dosis no justificadas. En nuestro estudio tan solo hemos encontrado un 9,2% de errores, siendo también la omisión de medicamento el error más frecuente, seguido de la prescripción incompleta; sin embargo el cambio de dosis tiene una representación sólo anecdótica. Estos datos ponen de manifiesto el fuerte compromiso de los facultativos del servicio en garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios al alta.

**Conclusiones.** Realizar una historia farmacoterapéutica completa y correcta al ingreso hospitalario es fundamental para detectar problemas relacionados con la medicación y evitar errores. El número de errores de conciliación, en el servicio estudiado, se sitúa muy por debajo de lo que recoge la literatura, referente a otros centros.

**V-59**  
**INGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DESDE MEDICINA INTERNA**

**I. Villamil Cajoto<sup>1</sup>, M. Rodríguez Framil<sup>2</sup>, C. Martínez Rey<sup>2</sup>, R. Valdés Bermejo<sup>1</sup>, A. Suárez Prado<sup>1</sup> y L. Masa Vázquez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital Profesor Gil Casares. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** En los últimos años, en un intento de mejorar la gestión de los recursos sanitarios y de incremento de la calidad han surgido nuevas formas de organización de la asistencia, especialmente en la hospitalización convencional. Los pacientes atendidos en HADO requieren cuidados lo suficientemente intensos y/o complejos como para no poder ser asumidos por los profesionales del nivel asistencial primario. La derivación a éstas unidades suele hacerse por tanto desde el nivel asistencial hospitalizado. Existe poca información sobre los pacientes ingresados derivados desde los Servicios de Medicina Interna a estas unidades

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes enviados durante 2006 a HADO desde los Servicios de Medicina Interna del CHUS.

**Resultados.** Durante este período se ingresaron en HADO 426 pacientes de los que 38 (9%), procedían del Servicio de Medicina Interna. Las características epidemiológicas de los pacientes se recogen en el cuadro 1

**Discusión.** Los servicios de Hospitalización a Domicilio están preparados para poder atender todo tipo de patología hospitalaria aguda en fase de estabilización. El acceso desde el Servicio de Medicina Interna parece decantarse hacia pacientes crónicos en general con enfermedad compleja e intención paliativa para lo que esta opción asistencial es muy adecuada, pero probablemente deba optimizarse sin excluir otras patologías agudas.

**Conclusiones.** Los servicios de Medicina Interna no solo han participado en la génesis de estas modalidades de hospitalización o continuado con las mismas, sino que debido a las características de los pacientes seguidos en estas unidades, existe una interrelación y mutua colaboración. Sin embargo, los enfermos derivados a HADO corresponden mayoritariamente a reagudizaciones más que a procesos agudos en pacientes no crónicos, para los que HADO también podría aportar una excelente alternativa a la hospitalización convencional, por lo que creemos el perfil de pacientes debería ampliarse.

Tabla 1. Resultados (V-59).

Resultados:	Total: 38 pacientes
Sexo:	Mujer 21 (55%)
Edad:	(44-91 años) Media: 71 años
Estancia:	Rango (1-120 días) Media: 20 d.
Diagnósticos principales:	Neoplasia: 9 pacientes Insuficiencia Cardíaca: 8 EPOC-Infección respiratoria: 6 Otros cuadros infecciosos (cutáneo, abdominal, etc): 9
Tratamientos:	Endovenoso: 15 (antibiótico: 10) Pautas de sedación: 5 Soporte nutricional: 6.
Exitus:	1
Alta domicilio:	37 pacientes

**V-60**  
**VALOR DE LA HEMOGLOBINA COMO PREDICTOR DE LA SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN**

**F. González Barcala<sup>1</sup>, I. Villamil Cajoto<sup>2</sup>, J. Álvarez Dobaño<sup>1</sup>, R. De la Fuente Cid<sup>3</sup>, A. Pose Reino<sup>3</sup>, J. García Prim<sup>4</sup>, J. Álvarez Fernández<sup>4</sup> y L. Valdés Cuadrado<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>4</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital Profesor Gil Casares. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La anemia es muy frecuente en el cáncer. En el caso del cáncer de pulmón (CP) su prevalencia se sitúa entre el 30% y el 70%. Además otro grupo amplio de pacientes desarrollarán anemia o agravarán la pre-existente durante la evolución de la enfermedad. Algunos autores refieren relación de la anemia con peor pronóstico de la enfermedad; mientras en otros trabajos no se observó esta asociación. Los valores de hemoglobina en el momento del diagnóstico del CP podrían permitirnos una más precisa clasificación pronóstica inicial de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el valor de la hemoglobina en el momento del diagnóstico como factor pronóstico en pacientes con CP.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de CP (con confirmación citohistológica) durante 3 años en nuestra área sanitaria. Se evaluó la supervivencia en función de la hemoglobina al diagnóstico, ajustada por otros factores. Según el valor de hemoglobina, los pacientes se clasificaron en dos grupos: uno con hemoglobina baja (inferior al percentil 25 de la distribución) y otro con los pacientes que superaban esta cifra. Mediante regresión de Cox se calculó la influencia sobre la supervivencia de la hemoglobina, ajustada por otros factores.

**Resultados.** Hemos incluido finalmente 423 pacientes, de los cuales el 52,3% presentaron anemia al diagnóstico. La edad media fue de 65,8 años, y el 92,7% fueron varones. Presentar una hemoglobina inferior al percentil 25 supone una posibilidades de supervivencia un 41% inferior

**Discusión.** La hemoglobina baja se asocia con disminución de la supervivencia. Se han planteado como mecanismos fisiopatológicos para la influencia negativa de la anemia en la supervivencia de los pacientes con CP, una menor sensibilidad de los pacientes con anemia a los tratamientos instaurados, una mayor frecuencia de eventos cardiovasculares en pacientes tratados con eritropoyetina o la inmunosupresión asociada con la transfusión sanguínea, entre otros factores. Parece que el nivel de la hemoglobina en el momento del diagnóstico podría permitir individualizar con mayor precisión la previsión vital de cada paciente; así como la correcta prescripción de tratamientos dirigidos a incrementar el recuento eritrocitario, ya que tanto las transfusiones sanguíneas como la EPO pueden contribuir a la modificar la supervivencia.

**Conclusiones.** La evaluación de este parámetro podría permitir mayor precisión en el pronóstico del CP y una mejor adecuación de las indicaciones terapéuticas



## V-61

**EFFECTO DE LA PÉRDIDA DE PESO AL DIAGNÓSTICO COMO FACTOR PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN**  
**I. Villamil Cajoto<sup>1</sup>, F. González Barcala<sup>2</sup>, J. Álvarez Dobaño<sup>2</sup>, J. Álvarez Fernández<sup>3</sup>, A. Pose Reino<sup>4</sup>, J. García Prim<sup>5</sup>, M. Moldes<sup>5</sup> y L. Valdés Cuadrado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital Profesor Gil Casares. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>5</sup>Atención Primaria. Área Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Hace años el Grupo de Cáncer de Pulmón de la Administración de Veteranos de EEUU mostró que los pacientes que experimentaban una pérdida de peso antes del tratamiento de al menos 10 libras tenían una supervivencia más corta. El Grupo de Oncología Cooperativo del Este, considera una pérdida de peso significativa clínicamente aquella que es superior al 5% en los 6 meses que preceden al tratamiento, demostrando que estos pacientes tenían un peor pronóstico. A pesar de su utilidad clínica la definición y el método para cuantificar la pérdida de peso difiere sustancialmente en diferentes estudios y no está estandarizada. Nuestro objetivo es evaluar si la pérdida en el momento del diagnóstico tiene valor pronóstico en la supervivencia de pacientes con Cáncer de Pulmón

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestra área entre 1997 y 1999. Se incluyeron datos demográficos, clínicos, citohistológicos, extensión tumoral y supervivencia.

**Resultados.** Se diagnosticaron 481 pacientes de CP, de los cuales incluimos en este estudio 420. El 92,6% eran varones. La edad media era de 65,7+ 10,8 años. El 45,6% manifestaron haber perdido peso, sin diferencias entre sexos. El 51% de los pacientes con tumores microcíticos manifestaron pérdida de peso, el 39,9% de los epidermoides, el 47,3% de los adenocarcinomas y el 53,2% de células grandes. El 30,9% de los pacientes en estadios más precoces frente al 50,6% de estadios más avanzados (III B y IV), presentaron pérdida de peso siendo significativa la diferencia. También se encontró una asociación entre la pérdida de peso y comorbilidad (p: 0,027). Se observó una significativamente menor supervivencia en los pacientes con pérdida de peso (363 días por 538).

**Discusión.** La pérdida de peso es el estadio inicial de la caquexia tumoral, síndrome clínico caracterizado por una variedad de trastornos metabólicos y que se manifiesta por anorexia, pérdida de peso y deterioro progresivo del paciente. Los mecanismos que provocan esta pérdida de peso y la caquexia asociada a los procesos cancerosos son múltiples. El primero el efecto local del tumor, en segundo lugar la alteración en el gusto y el sabor y en tercer lugar la disfunción hipotalámica. Estos factores se asocian o no a factores psicológicos y al propio tratamiento antineoplásico que pueden reducir también la ingesta alimentaria. El deterioro provocado por la pérdida progresiva de peso puede condicionar la terapéutica y la tolerancia al tratamiento, así como incrementar su morbilidad, deteriorar la calidad de vida y por si misma, causar la muerte en un significativo número de pacientes. En nuestra serie y al tratarse de un estudio retrospectivo, no hemos recogido la causa de muerte de los pacientes y por tanto, no podemos concluir cuantos de los pacientes con pérdida de peso en el momento del diagnóstico fallecieron por causas relacionadas con la caquexia tumoral y en cuantos de estos pacientes el deterioro físico supuso un cambio en la estrategia terapéutica que condicionó un peor pronóstico. El objetivo del estudio era establecer si la pérdida subjetiva de peso en el momento del diagnóstico conlleva un valor pronóstico independiente en el cáncer de pulmón de cualquier histología y en cualquier estadio de la enfermedad. En nuestra serie se sugiere que la definición más sencilla de obtener y registrar, que es la propia opinión subjetiva del paciente conlleva un valor pronóstico independiente.

**Conclusiones.** La pérdida de peso referida por el paciente en el momento de la consulta tiene un importante valor pronóstico de supervivencia del cáncer de pulmón de cualquier histología y dependiendo del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

## V-62

**ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE FARO**  
**E. Navarro Gómez y E. Romero Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de Faro.

**Objetivos.** Valoración del cuadro clínico y epidemiológico de pacientes ingresados con diagnóstico de endocarditis infecciosa en una unidad hospitalar.

**Material y métodos.** Fueron estudiados 43 enfermos consecutivos, ingresados en los Servicios de Medicina y de Cardiología, entre 2000 y 20007, con endocarditis infecciosa (EI). Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, factores de riesgo, duración de los síntomas hasta el diagnóstico, patología valvular subyacente, presencia de vegetaciones por ecocardiograma, resultado de hemoculturas, terapéutica, complicaciones, tiempo de estancia hospitalar y mortalidad intrahospitalar.

**Resultados.** De lo 43 pacientes (34 hombres y 19 mujeres), la media de edad fue de 44,2 años de los que 15 (35%) eran toxicodependientes i. V (9 VIH +). Presentaban síndrome febril el 98% de los pacientes y un 88% otros síntomas asociados. El tiempo de evolución del cuadro clínico hasta el diagnóstico fue en media de 33 ± 37 días. Presentaban patología vascular previa 40% de los pacientes. Las hemoculturas fueron positivas en 32 pacientes (75%), siendo el agente más frecuentemente encontrado el *Staphylococcus aureus* (25%). Se encontraron vegetaciones en el ecocardiograma en 40 pacientes y regurgitaciones valvulares moderadas a severas en 26 pacientes (60%). Las válvulas afectadas fueron: Aórtica (26 pacientes), Mitral (18 pacientes), tricúspide (17 pacientes) y pulmonar (3 pacientes). La afectación univalvular fue en un 65% de los casos. La terapéutica más utilizada fue vancomicina+ gentamicina. La mortalidad intrahospitalar fue del 16%.

**Discusión.** La endocarditis infecciosa es una entidad clínica multifactorial, dependiente de la existencia de puertas de entradas para el inicio de bacteriemias y de la susceptibilidad individual. Hasta los años 80 las valvulopatías reumáticas y las cardiopatías congénitas cianóticas eran los factores predisponentes más frecuentes para una endocarditis infecciosa. Posteriormente se ha verificado la aparición de otros grupos de riesgo, lo que llevo a la identificación de por lo menos 5 categorías de endocarditis infecciosa: endocarditis en válvula nativa, en válvula protésica, en utilizadores de drogas inyectables, nosocomial y la relacionada con procedimientos invasivos específico de los cuidados de salud. En este estudio prevalecen un predominio de endocarditis en utilizadores de drogas inyectables. Se verifica mayor incidencia en el sexo masculino, con dos picos etarios: un grupo joven con predominio de hábitos de toxicodependencia y un grupo de pacientes ancianos con patología valvular subyacente y/o sometidos a maniobras invasivas. Los cuadros clínicos de endocarditis infecciosa son dominados por un síndrome febril, más o menos prolongado, conforme el agente infeccioso. Fueron utilizados varios criterios de diagnósticos de endocarditis infecciosa siendo la existencia de vegetaciones en el ecocardiograma la más frecuentemente utilizada, permitiendo saber cuales eran las válvulas afectadas y su repercusiones funcionales. Las hemoculturas permitió identificar el agente infeccioso y guiar la terapéutica por TSA. Los agentes más comunes son los estafilococos, seguidos por los streptococcus orais. Este resultado es sobreponible al encontrado por Moreillon en un metaanálisis publicado en 2004. La terapéutica antibiótica empírica fue muy variable a pesar del predominio de la asociación vancomicina + gentamicina que fue necesaria modificarla en un elevado número de casos lo que refuerza la importancia del aislamiento del agente infeccioso y respectivo TSA. La endocarditis infecciosa es una entidad que provoca ingresos prolongados con una tasa elevada de mortalidad, sobre todo en los casos de endocarditis aguda.

**Conclusiones.** La presencia de vegetaciones en el ecocardiograma fue el criterio más frecuentemente utilizado en el diagnóstico de la endocarditis infecciosa. Las hemoculturas contribuyeron decisivamente para la orientación terapéutica antibiótica. La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente con una elevada mortalidad.

Tabla 1. Características casos (V-63).

Sexo/Edad	Antecedentes	Diagnóstico	Tratamiento/evolución
Mujer/68	Apendicectomía Cólicos biliares	TC: masa mesentérica. A. P: necrosis grasa.	Ø
Mujer/32	Poliartritis	TC: inflamación pared colon	Corticoides/Buena
Mujer/39	(-)	TC: inflamación masa mesentérica	Antibioterapia/Buena
Varón/57	Apendicectomía	TC: edema grasa mesentérica	Corticoides + Colchicina/Buena
Varón/55	Úlcus péptico intervenido	TC: masa en mesenterio.	Antibioterapia Buena
Mujer/95	(-)	TC: masa en mesenterio.	Ø
Mujer/43	(-)	TC: aumento grasa que envuelve vasos mesentéricos	Antibioterapia/Buena
Mujer/64	(-)	TC: masa que rodea mesenterio	Ø/Linfoma folicular de bajo grado
Varón/79	Adenocarcinoma próstata	TC: Mesenterio con aumento densidad	Corticoides Dolor refractario
Mujer/74	(-)	RM: Alteración señal vasos mesentéricos	Ø
Mujer/23	Estenosis pieloureteral	TC: masa mesentérica	AINE/Buena
Varón/29	E. Crohn.	TC: aumento de densidad grasa. Ureterohidronefrosis	Ø

**V-63**

**PANICULITIS MESENTÉRICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**L. López, L. Pérez, I. Jiménez, A. Roldán y G. Mancheno y A. Gómez Belda**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de paniculitis mesentérica en los últimos diez años en nuestro hospital analizando sus factores causales asociados, el método diagnóstico así como la pauta terapéutica utilizada

**Material y métodos.** Pacientes diagnosticados de paniculitis mesentérica en el Hospital de Sagunto entre enero 1998 y diciembre 2007.

**Resultados.** Se recogen 12 casos con una edad media de 55 años y una relación mujeres/hombres de 2:1 (tabla 1). La presentación clínica más frecuente es en forma de dolor abdominal. En todos los casos el método diagnóstico fue mediante pruebas de imagen (prueba de elección TC Abdomen). Solo en uno de los casos se realizó biopsia. Respecto al tratamiento el 42% de los casos no precisaron por su carácter paucisintomático. En el resto, en un 25% se utilizaron corticoides y en otro 25% se empleó antibioterapia. Destacar la ausencia de complicaciones en todos los casos salvo un paciente con diagnóstico final de linfoma y un caso de dolor refractario a tratamiento.

**Conclusiones.** Las características de nuestros pacientes son similares a las descritas en otras series de casos. Destaca sin embargo la ausencia de realización de biopsia, cuya necesidad para establecer el diagnóstico definitivo en estos momentos se encuentra en *Discusión*. En este contexto, las exploraciones complementarias a realizar para alcanzar su diagnóstico no se encuentran totalmente establecidas.

41 pacientes con FA (12% del total de ingresos en ese periodo). El criterio de inclusión es la presencia de fibrilación auricular en el electrocardiograma (ECG) del ingreso, ya sea crónica o de reciente comienzo.

**Resultados.** El 12% de los ingresos presentan Fibrilación Auricular, siendo la media de edad 83,4 años. El 61% son varones, perteneciendo el 71% de ellos al medio rural. La estancia media es de 14,43 días (3-53). En el 22% de los casos la FA es responsable (directa o indirectamente) del ingreso. En el resto, aparece asociada a otras patologías que requieren ingreso por sí solas. Al revisar las historias clínicas, se objetiva que el 36,58% de las FA habían sido diagnosticadas por Internistas, el 26,83% por Cardiólogos y el 2,44% por Médicos de Atención Primaria. En el 34,15%, se desconoce el responsable del diagnóstico. Respecto al tratamiento, de los 41 pacientes, ninguno recibe tratamiento con el objeto de controlar el ritmo y revertirlo a sinusal. A 32 de ellos (el 75,6%) se les administra tratamiento para controlar la frecuencia cardíaca (FC). Al 24,4% restante no es preciso darle ningún fármaco, porque mantienen la frecuencia cardíaca entre 60 y 100 lpm de forma espontánea. Los fármacos empleados para el control de la frecuencia son: Digoxina en el 83,87%; beta-bloqueantes como único fármaco cronotrópico negativo en el 6,45% y en otro 6,45% asociados a digoxina. Se utiliza amiodarona, sin intención de cardiovertir, en el 12,9%. El 92,68% están anticoagulados (82,9% con acenocumarol y 17,1% con heparinas de bajo peso molecular). El resto tienen antiagregación con 100 mg de ácido acetil-salicílico. Atención Primaria se encarga de seguir al 46,34%, Medicina Interna al 34,14% y Cardiología al 26,82%.

**Discusión.** La prevalencia de la FA aumenta con la edad, siendo superior al 8% en los mayores de 80 años. La incidencia aumenta en menos del 0,1% por año en menores de 40 años, pero en más del 1,5% en mayores de 80 años. La edad media de pacientes con FA es de 75 años. El número de varones y mujeres con esta arritmia es prácticamente el mismo, existiendo un ligero predominio de mujeres cuando la edad sobrepasa los 75 años. En nuestra serie, el 12% de ingresos presentan FA, con una media de edad de 83,4 años, siendo varones el 61% de los casos. Ante una FA rápida, definida como aquella que está a una frecuencia > 100 latidos por minuto (lpm), hay dos opciones terapéuticas: control del ritmo (consistente en tratar de revertir a ritmo sinusal) o control de la frecuencia (que pretende conseguir una respuesta ventricular media inferior a 100 lpm), existiendo diversos fármacos para ello y de acuerdo a publicaciones recientes ambas son apropiadas ya que ninguna es superior a la otra en la disminución de mortalidad. En nuestro estudio, a la totalidad de los pacientes se adopta la postura de controlar la frecuencia, precisando en unos dos tercios el uso de fármacos, siendo el fármaco más empleado la digoxina (83,87%), seguido por los beta-bloqueantes y la amiodarona.

**Conclusiones.** La Fibrilación Auricular es una patología de gran prevalencia y supone un 12% de los ingresos en una planta de hospitalización de Medicina Interna. Predomina en varones y edades avanzadas (por encima de los 80 años). La actitud más frecuentemente adoptada fue el control de la frecuencia. Importante la implicación de los distintos Servicios que atienden habitualmente estos enfermos (Atención Primaria, Cardiología y Medicina Interna) para su correcto seguimiento.

**V-65**

**LA FIBRILACIÓN AURICULAR COMO UNA EPIDEMIA**

**S. Raposo García<sup>1</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, A. García del Egado<sup>2</sup>, J. Herrera Rubio<sup>1</sup>, A. Muela Molinero<sup>1</sup> y B. Blanco Iglesias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de León. León.

**Objetivos.** La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Se caracteriza por una activación auricular no coordinada que conlleva al deterioro de la función mecánica. Su prevalencia aumenta con la edad y en la población general es del 0,4 – 1%, llegando a ser más del 8% por encima de los 80 años.

**Material y métodos.** Se diseña un estudio transversal durante los meses de Abril y Mayo de 2008, a todos los pacientes que ingresan con FA en la Unidad de Medicina Interna del Monte San Isidro, perteneciente al Complejo Hospitalario de León. Se objetiva un total de

## V-66

**ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONJUNTIVO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 38 PACIENTES**

**M. Ruiz Pombo<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>2</sup>, V. Fonollosa Pla<sup>2</sup>, M. Vilardell Tarrés<sup>2</sup> y R. Domínguez Pareto<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron.

Barcelona. <sup>3</sup>Estadística. Departamento de estadística Universidad Politécnica de Barcelona.

**Objetivos.** La enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC) incluye a aquellos pacientes con rasgos clínicos de diversas conectivopatías junto a un marcador serológico característico y que la define, el anticuerpo anti-U1-RNP. Se realiza un estudio descriptivo de una serie de 38 pacientes afectados de EMTC.

**Material y métodos.** Se estudiaron las características clínicas e inmunológicas de un grupo de 38 pacientes que cumplían alguno de los criterios de clasificación para la EMTC (criterios de Sharp, Alarcón-Segovia o Kasuwaka), con un seguimiento medio de 5,5 años. Se les realizó un cuestionario exhaustivo donde se interrogaron a los pacientes sobre la presencia o no de manifestaciones clínicas relacionadas con la EMTC y recogidas en los tres grupos de criterios diagnósticos. Se les practicaron pruebas diagnósticas tales como pruebas funcionales respiratorias (PFR) considerándose patológicas si existía descenso del DLCO o CVF < 70%, TC torácico y ecocardiograma en la mayoría de los casos. Asimismo se determinó la presencia de anticuerpo anti-U1-RNP por ELISA e inmunoprecipitación de proteínas y ARN.

**Resultados.** El grupo estaba formado por 30 (78%) mujeres y 8 (22%) hombres. Edad media (DE) 33,92 años (15,5), con dos picos de frecuencia, 20-30 años y 45-55 años. Con respecto a la clínica de inicio, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron, fenómeno de Raynaud (29%), artralgias-artritis (26%) y disnea (16%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes a lo largo de la enfermedad fueron: poliartritis, fenómeno de Raynaud, edema de manos y debilidad muscular. Un 84% presentó alteraciones capilaroscópicas inespecíficas. En los pacientes con EMTC el pronóstico viene marcado por la presencia de hipertensión arterial pulmonar. En nuestra serie, de los 27 pacientes en los que realizamos ecocardiograma, 15 pacientes fueron normales, 7 pacientes presentaron HTAP, 2 ligera (40-55 mmHg), 2 moderada (55-70 mmHg) y 3 grave (> 70 mmHg). De 19 pacientes a los que se practicó una TC torácica pacientes, 13 presentaban patrón de fibrosis. Las PFR se practicaron a 34 pacientes de nuestra serie. En 28 pacientes se observó trastorno restrictivo, en 18 pacientes ligero y en 10 moderado-grave, de los cuales 18 presentaban descenso del DLCO. Con respecto a la evolución clínica, de los 38 pacientes; 12 fueron tratados con glucocorticoides obteniendo respuesta completa o parcial; 11 pacientes glucocorticoides y antipalúdicos con respuesta completa 5 de ellos y 5 parcial no respondiendo 1 paciente; y el resto, 14 pacientes fueron tratados con glucocorticoides e inmunodepresores con respuesta completa 6 pacientes y 7 parcial, no respondiendo 1 paciente. Los pacientes con HTAP recibieron tratamiento con bosentan, sildenafilo y mico-fenolato, en 2 casos se normalizó la HTAP. Todos ellos presentaron autoanticuerpos U1-RNP por ELISA, ANA (moteado excepto en 2 pacientes nucleolar) y 4 pacientes anti-Sm.

**Discusión.** Las series de pacientes con EMTC son escasas. Estos pacientes presentan características clínicas de esclerosis sistémica, lupus y miopatía inflamatoria, siendo imprescindible para su diagnóstico la presencia de anti-U1-RNP. En esta serie de pacientes destacan las manifestaciones más características de la enfermedad, como son el edema de manos, fenómeno de Raynaud y poliartritis. La evolución clínica en la mayor parte de los casos es correcta con buena respuesta al tratamiento. Sin embargo, no es infrecuente la afectación pulmonar en forma de fibrosis-vidrio deslustrado o bien la presencia de hipertensión arterial pulmonar que marcará el pronóstico.

**Conclusiones.** La EMTC puede considerarse una entidad propia, con manifestaciones clínicas características, un marcador inmunológico que la caracteriza y un curso clínico en donde la afectación pulmonar en forma de neumonitis intersticial o de hipertensión arterial pulmonar marcará el pronóstico.

## V-67

**DIAGNÓSTICOS DE MALIGNIDAD EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA ORIENTADA A ATENCIÓN PRIMARIA. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA**

**C. Núñez Fernández, M. Abad, A. Iñurrieta, P. Valles, J. Castillo, P. Ruiz y A. Molino González**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** 1. Incidencia de enfermedad maligna en atención ambulatoria de un servicio de Medicina Interna orientado a Atención Primaria, así como el pronóstico al diagnóstico y el tiempo de demora diagnóstico. 2. Describir el proceso en la atención ambulatoria, especialmente en el caso de sospecha de enfermedad maligna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Hospital Clínico San Carlos y dos centros de Salud. Pacientes > 14 años derivados desde atención primaria para estudio. Datos epidemiológicos, diagnóstico de sospecha por parte de médico de primaria e internista, diagnóstico definitivo y demora (desde primaria a consultas de medicina interna y en establecer plan diagnóstico-terapéutico final). Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media y su desviación estándar (DE) y las variables que no siguen una distribución normal se expresan con mediana y rango intercuartílico (RIQ). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de  $\chi^2$ . Para la comparación de las variables continuas, que no se ajustan a la distribución normal, se utilizó el test no paramétrico de la mediana. Se rechazó la hipótesis nula con un error alfa menor a 0,05.

**Resultados.** Se remitieron un total de 174 pacientes. Se confirmó enfermedad maligna en 30. El médico de primaria sospechó malignidad en 41 y el internista en 40 con concordancia de 0.937 (índice de kappa). 50% de los pacientes en los que se confirmó malignidad requirieron ingreso en fase diagnóstica ( $p = 0.005$ ). El tipo de demanda fue telefónica en 122 casos (70,1%) y la primera respuesta del internista fue consulta concertada en 130 casos (74,7%). Respecto a los pacientes en los que el médico de familia sospechó malignidad el tipo de demanda (telefónica en 32 (80%)) y la primera respuesta del internista (consulta concertada en 27 (65%)) no difirieron significativamente respecto del resto de enfermos. La sospecha de malignidad fue clínica en un 46% de los casos, un 83% fueron tumores sólidos, un 40% pulmonares y digestivos. Los pacientes con enfermedad maligna tenían una edad de 68.5 (46.1) años y eran mujeres un 33%. El tiempo (mediana) de demora desde primaria hasta que es visto por medicina interna es de 5 días (RIQ, 2-7), frente a 2 días (RIQ, 1-4) si existía sospecha de malignidad ( $p = 0.0001$ ). El tiempo de demora diagnóstico terapéutico final fue de 9 días (RIQ, 6-21.75) frente a 29 días (RIQ, 0-58) con diagnósticos de no malignidad ( $p = 0.001$ ). Aquellos en los que se sospechó inicialmente malignidad por el internista fueron estudiados en 13 días (intervalo intercuartil: 7-32) vs 29.5 días (intervalo intercuartil: 0-55) en el resto. ( $p = 0.04$ ). Un 56,7% de los tumores fueron diagnosticados en estadios avanzados.

**Discusión.** El médico de atención primaria es en nuestro sistema de sanidad un pilar fundamental, siendo el primer contacto entre la población y la atención médica especializada. Sin embargo por diferentes motivos los médicos de familia se encuentran con importantes dificultades a la hora de ejercer de eslabón conector entre los dos niveles. En cuanto a la sospecha de enfermedad maligna, fue por síntomas o signos clínicos en un 46,7%, en nuestro caso el cuadro constitucional fue el motivo de sospecha inicial más frecuente seguido de la aparición de una masa o adenopatía, dada su inespecificidad, el especialista más adecuado para su completo estudio podría ser el médico internista. Estos datos apoyan el hecho de la necesidad de una mayor y mejor coordinación del manejo del paciente entre el primer y el segundo nivel para la utilización de recursos muchas veces de localización hospitalaria. Con este tipo de proyectos se mejora la coordinación entre la atención hospitalaria y primaria consiguiéndose una menor demora diagnóstico terapéutica.

**Conclusiones.** 1. La creación de "fórmulas" de coordinación entre nivel primario y especializado facilita el diagnóstico y su derivación al especialista final, agilizando el proceso. 2. Estas fórmulas acortan tanto el tiempo de espera hasta ser visto por un especialista como el tiempo de demora en establecer un plan diagnóstico-terapéutico. 3. El médico internista como "generalista" intra hospitalario cumple el perfil idóneo para actuar de enlace entre estos dos niveles.



**V-68**  
**PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

**A. Díaz de Santiago<sup>1</sup>, S. Valero González<sup>1</sup>, P. Chicharro Manso<sup>1</sup>, E. Montero Hernández<sup>1</sup>, L. Benítez Gutiérrez<sup>1</sup>, A. López González<sup>2</sup>, R. Pérez Maestu<sup>1</sup> y J. Bilbao Garay<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** La psoriasis pustulosa generalizada es una patología bien conocida por los dermatólogos pero no tanto por los internistas porque su curso clínico puede confundirse con un cuadro de sepsis. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos representativos de esta entidad para mejorar su diagnóstico y evaluar su respuesta al actual tratamiento de elección, los anti-TNF.

**Material y métodos.** Se recogen los casos de psoriasis pustulosa generalizada tipo Zumbusch que se han diagnosticado en una planta de Medicina Interna en el periodo comprendido entre Junio de 2007 y Junio de 2008.

**Resultados.** Caso 1: varón de 45 años con antecedente de psoriasis vulgar, que consulta por brote de lesiones pustulosas generalizadas y descamativas con dolor y fiebre de 40 °C. En la analítica presentaba leucocitosis de 10,100. Había suspendido recientemente tratamiento con Efalizumab. Se inició tratamiento con Adalimumab con buena respuesta clínica y analítica. Caso 2: mujer de 90 años con antecedente de psoriasis, que comenzó con un brote de lesiones pustulosas y descamativas de forma generalizada sobre piel eritematosa. También tenía afectada la cara y respetaba palmas y plantas. Junto con las lesiones en la piel, presentaba fiebre de 39 °C, dolor, astenia y anorexia. En la analítica destacaba marcada leucocitosis de 17.500. Había estado en tratamiento con corticoides orales. Se inició tratamiento con Infliximab con mejoría de las lesiones en 48 horas.

**Discusión.** La psoriasis pustulosa generalizada es una forma infrecuente de psoriasis de curso agudo y raramente crónico que simula un cuadro de sepsis de origen infeccioso y que hay que distinguirlo de éste porque su tratamiento de elección no consiste en la antibioterapia sino en los anti factor de necrosis tumoral como el Infliximab o el Adalimumab con una alta tasa de éxito. El tratamiento previo con corticoesteroides se ha descrito como probable precipitante de la enfermedad, sobre todo al suspenderlos o al disminuir su dosis. Incluso la suspensión brusca de los propios anti TNF podría desencadenar dichos brotes.

**Conclusiones.** La psoriasis pustulosa generalizada es una rara entidad que puede simular un cuadro de sepsis grave. Los anti-TNF han demostrado ser efectivos y se perfilan como el tratamiento de primera elección frente a los fármacos clásicos.

**V-69**  
**PANCREATITIS: COSA DE INTERNISTAS**

**J. Miramontes González<sup>1</sup>, N. Cubino Boveda<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, I. Aláez Cruz<sup>2</sup>, J. García Rodríguez<sup>1</sup>, M. Moreiro Barroso<sup>3</sup>, J. Martín Oterino<sup>1</sup> y A. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Univ. de Salamanca (Hosp. Virgen del Castañar). Béjar (Salamanca).

**Objetivos.** La pancreatitis supone uno de los motivos de ingreso más frecuentes en M. Interna, así pues en hospitales donde coexisten servicios de M. Interna y de Digestivo no es infrecuente que los servicios de M. Interna sean los primeros en valorar un paciente con diagnóstico de presunción de pancreatitis y en función de la etiología

deriven al paciente a otro especialista como apoyo para la resolución del caso o para realizar pruebas complementarias como la CPRE.

**Material y métodos.** Analizamos en este trabajo los casos de pancreatitis que se registran durante 36 meses en un servicio de M. Interna de un hospital de tercer nivel. Se seleccionan los casos con etiología confirmada agrupándolos en tres grupos (litiásicas, alcohólicas, hipertriglicéridémicas) analizando la edad media y la estancia media en función del sexo y la necesidad de realización de CPRE.

**Resultados.** Sobre un total de 6.183 ingresos se registran 55 pancreatitis de etiología confirmada, lo que supone casi el 1% de los ingresos. Para observar la distribución de la serie: ver tabla.

**Discusión.** Se observa con claridad la distribución homogénea en sexo en las pancreatitis de origen litiásico, con una edad media menor en el caso de los varones, así mismo la estancia media es similar y se reduce en el caso de realizar CPRE. Distinto es el caso de las pancreatitis de origen enólico donde el predominio masculino es evidente y se reducen las edades medias de diagnóstico. En el caso de las alteraciones debidas a una hipertriglicéridemia consideramos que los datos son de menor valor dado el reducido tamaño del grupo, aunque parece significativo la menor estancia media que se consigue con tratamiento conservador.

**Conclusiones.** La pancreatitis en hospitales de tercer nivel no supone uno de los principales motivos de ingreso en los servicios de M. Interna. Dado el origen multifactorial y la distinta evolución que pudieren presentar, nos parece que debe seguir siendo una patología valorada por el médico internista, que ha de buscar apoyo en otras especialidades (Digestivo, Cirugía) en caso de ser necesario.

**V-70**  
**ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS Y EL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y/O ANTICOAGULANTE**

**P. Wikman Jorgensen, E. López Calleja, J. Peris García, R. Andrés Navarro, M. Toledano Navarro, E. Calabuig Barbero, M. Gracia Ruiz de Alda y P. Safont Gasó**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Analizar las características clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) relacionadas con el empleo de los tratamientos antiagregantes y/o anticoagulantes, saber cuales son los fármacos más frecuentemente implicados y valorar la adecuación de la indicación de dichos tratamientos.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo revisando las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital en los últimos cuatro años a causa de una HDA. Los datos analizados fueron edad, sexo, comorbilidades asociadas, así como el tipo de tratamiento que estaba recibiendo. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 13.

**Resultados.** Se revisaron en total 523 episodios de HDA, de los cuales 137 (26.1%) correspondían a pacientes con tratamiento antiagregante y/o anticoagulante. 62% eran varones, la edad media fue de 75.6 (± 10.5), el 65% presentaban HTA, DM tipo 2 en el 40,1%, dislipemia en el 34% y el 15,9% estaban diagnosticados de demencia y eran dependientes para las actividades de la vida diaria. Entre los fármacos empleados 58 (42.3%) recibían tratamiento con AAS, 42 (30.7%) con dicumarínicos, 39 (28.5%) con clopidogrel, 6 (4.4%) con triflusal, otros 6 (4.4%) con HBPM y un caso (0.7%) con ticlopidina. En el 86,1% de los casos la indicación de dichos tratamientos era correcta de acuerdo con las principales guías de práctica clínica. El 57% de los pacientes que recibían tratamiento con AAS y/o clopidogrel no tomaban concomitantemente inhibidores de la bomba de protones.

**Discusión.** La prevalencia cada vez mayor de las enfermedades cardiovasculares ha dado lugar a un incremento progresivo en el empleo

Tabla 1. Distribución de la serie (V-69).

	Sexo	Edad	Estancia media
Litiásica	16V 15M	V: 72,43 (30-90) M: 78,20 (63-91)	V: 8,58 (8CPRE: 7,50) M: 8,33 (5CPRE: 7,50)
Alcohólica	15V 3 M	V: 47,42 (31-58) M: 41,00 (32-56)	V: 7,57 M: 10,00
Hipertriglicéridemia	5V 1M	V: 46,20 (29-78) M: 73,00	V: 6,00 M: 7

de tratamientos antiagregantes y anticoagulantes. El desarrollo de complicaciones hemorrágicas es uno de sus efectos adversos más importantes siendo las hemorragias digestivas altas (HDA) una de las más graves. En nuestro estudio el AAS es el fármaco más frecuentemente empleado en los pacientes atendidos con HDA. Nos llama la atención el empleo de este tipo de fármacos en pacientes con demencia establecida moderada-severa con dependencia completa en los que el beneficio de su uso consideramos es controvertido. A destacar el hallazgo de una proporción muy elevada de pacientes con una inadecuada gastroprotección.

**Conclusiones.** En nuestro hospital la antiagregación y/o anticoagulación ha jugado un importante papel en una de cada cuatro HDAs atendidas en los últimos cuatro años. El AAS ha sido el fármaco más frecuentemente implicado seguido por los dicumarínicos y el clopidogrel. En la mayoría de los casos dichos tratamientos estaban correctamente indicados. Consideramos que debería sopesarse cuidadosamente la indicación de estos tratamientos en algunos subgrupos poblacionales (en especial aquellos con demencia) y tener especial cuidado en medidas de prevención de HDA como sería una adecuada gastroprotección.

**V-71  
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SIN ANTIPALÚDICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES LÚPICOS**

**E. García-Alcalde Suárez<sup>1</sup>, L. Caminal Montero<sup>1</sup>, B. Díaz López<sup>1</sup>, J. Gómez Arbesú<sup>2</sup> e I. Cabezas Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Consulta de Enfermedades Autoinmunes de Medicina Interna,

<sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Investigar las características de los pacientes con LES que no reciben antipalúdicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes en seguimiento desde 1992 con diagnóstico de LES según los criterios ACR, en el Hospital Central de Asturias. Se revisó la base de datos, examinando si habían tomado antipalúdicos en alguna ocasión, tanto cloroquina como hidroxicloroquina y analizamos las características de los que nunca los habían recibido.

**Resultados.** Se estudiaron 244 pacientes, de los que 51 (22,7%) nunca recibieron antipalúdicos. Comparando las frecuencias observadas de los criterios diagnósticos en los 2 grupos mediante regresión logística binaria, sólo se encontraron diferencias significativas cuando los pacientes tenían nefropatía lúpica (OR: 0,176; IC 95%: 0,085-0,362; p < 0,001), en su mayoría seguidos por Nefrología.

**Discusión.** A pesar de que los antipalúdicos están recomendados en todo paciente lúpico desde su diagnóstico aún hay médicos que no los pautan. La utilización de estos fármacos está sujeta en nuestro medio, al menos en parte, a la especialidad médica que controla al paciente y por tanto a sus manifestaciones clínicas.

**Conclusiones.** Existe un porcentaje significativo de pacientes que pueden beneficiarse de recibir antipalúdicos, generalmente con manifestaciones graves renales y que hacen seguimiento exclusivo por nefrólogos.

**V-72  
AMILOIDOSIS CARDÍACA, A PROPÓSITO DE 4 CASOS  
A. Muñana Fuentes<sup>1</sup>, L. Buzón Martín<sup>1</sup>, M. Patiño Rodríguez<sup>1</sup>, L. Cortés Lambea<sup>2</sup>, P. Olmedilla<sup>3</sup>, J. García Álvarez<sup>1</sup> y J. Ruiz Galiana<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Revisar las características de la amiloidosis cardíaca a raíz de 4 casos clínicos con confirmación histológica.

**Material y métodos.** Se describen 4 casos de amiloidosis cardíaca diagnosticados en los últimos diez años en nuestro hospital.

**Resultados.** Se revisan cuatro pacientes, tres de ellos con clínica de insuficiencia cardíaca. Los ecocardiogramas realizados presentaban datos sugestivos de proceso infiltrativo. Las biopsias de diferentes tejidos fueron compatibles con depósito amiloide. Ver tabla.

**Discusión.** La amiloidosis es una entidad clínica causada por el depósito extracelular de varios tipos de proteínas fibrilares insolubles con plegamiento beta, denominadas genéricamente amiloide. La afectación cardíaca es frecuente y suele provocar insuficiencia cardíaca. Es altamente sugestivo de amiloidosis cardíaca la presencia de bajos voltajes en el electrocardiograma con hipertrofia ventricular ecocardiográfica. El diagnóstico de amiloidosis cardíaca se establece mediante biopsia endomiocárdica o de otro órgano, junto con hallazgos ecocardiográficos compatibles. La amiloidosis AL es la de peor pronóstico, con menos de doce meses de supervivencia media y debut en torno a los 50 años. La quimioterapia y el trasplante de médula ósea son unas de las pocas armas terapéuticas que existen. La afectación cardíaca ensombrece el pronóstico del trasplante con una mortalidad cercana al 25%. Se ha publicado recientemente alguna serie de trasplante cardíaco y de médula ósea secuencial con resultados prometedores.

**Conclusiones.** La afectación cardíaca en la amiloidosis ensombrece el pronóstico de esta enfermedad. Actualmente no hay tratamientos eficaces. Probablemente en un futuro asistamos al desarrollo de tratamientos basados en aspectos moleculares de la enfermedad.

**V-74  
ETIOLOGÍA DEL DERRAME PLEURAL CON INDICACIÓN DE TORACOCENTESIS. ANÁLISIS PROSPECTIVO  
R. Dolz Aspas<sup>1</sup>, M. Torralba Cabeza<sup>2</sup>, M. Pocovi Mieras<sup>3</sup>, A. Pérez Trullen<sup>4</sup> y J. Pérez Calvo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Laboratorio de Bioquímica, Biología Molecular y Celular, <sup>4</sup>Servicio de Neumología.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Analizar la etiología del derrame pleural en los pacientes que han ingresado por derrame pleural (DP) con indicación de toracocentesis en un Hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se han analizado de forma prospectiva los pacientes ingresados con derrame pleural durante dos años, desde 2002 al 2004. Para ello se recogieron los datos referentes a las

Tabla 1. Casos Clínicos Amiloidosis (V-72).

	Comorbilidad	Ecocardiograma	Biopsia/Amiloide	Paraproteína	Tratamiento	Evolución
Mujer 53 años		Miocardopatía Restrictiva Hipertrofia VI	Cardíaca Amiloide AL	Cadena Ligera Lambda (Sangre/Orina)	Melfalán Prednisona Bortezomib	Viva a los 4 meses
Mujer 72 años	Artritis Reumatoide	Fracaso Multiorgánico	Necropsia Amiloide no AL			Exitus
Mujer 64 años		Miocardopatía Restrictiva HipertrofiaVI Moteado	Rectal Amiloide AL	Cadena Ligera Kappa (Orina)	Prednisona Melfalán	Exitus
Varón 75 años		Miocardopatía Restrictiva Hipertrofia VI	Rectal Amiloide no AL			Vivo a los 2 años

muestras analizadas en el laboratorio durante este período, se revisaron los informes clínicos de cada proceso médico y las historias clínicas de los pacientes. Los datos de laboratorio recogidos fueron: glucosa, proteínas, LDH, pH, recuento celular, Gram, cultivo, citología. Fueron Clasificados como trasudado o exudado pleural mediante los criterios de Light. Las diferentes etiologías se determinaron siguiendo los criterios establecidos en la bibliografía.

**Resultados.** Se han analizado de forma prospectiva 143 pacientes consecutivos ingresados por derrame pleural a los que se realizó una toracocentesis. 87 hombres y 56 mujeres con una edad media de 68 ± 16 años. Aplicando los criterios de Light 43 pacientes, un 30%, presentaron un trasudado, principalmente debidos a insuficiencia cardíaca, mientras 100 toracocentesis, un 70%, correspondían a exudados. Recogidos al alta los diagnósticos establecidos en la historia clínica del paciente, observamos que hasta un 19% fueron derrames idiopáticos (DP no aclarados tras el ingreso hospitalario y al menos dos años de seguimiento). Los derrames de etiología infecciosa y tumoral constituyen respectivamente un 24% de los líquidos analizados. Encontramos 9 casos de Empiema (un 6%), 18 Derrames paraneumónicos (12,6%) y 7 (4,9%) derrames tuberculosos. 26 derrames (un 18,2%) fueron paraneoplásicos y 9 (6,3%) de origen tumoral. Un 18,2%, fueron secundarios a insuficiencia cardíaca. El 3,5% fueron derrames secundarios a hepatopatía. Se diagnosticaron como secundarios a tromboembolismo pulmonar (TEP) el 2,1% de los derrames. El 1,4% los casos presentaron un derrame pleural de origen urémico, linfoma, secundario a pancreatitis o a un traumatismo. También se recogieron casos aislados de otras patologías como disección aórtica, secundarios a patología abdominal, hemotórax, o síndrome de la vena cava.

**Conclusiones.** 1) Las etiologías más frecuente de derrame pleural con indicación de toracocentesis en nuestro medio son la infecciosa y la tumoral. 2) A pesar de un estudio exhaustivo y un seguimiento clínico posterior, un 19% de los pacientes que ingresan para estudio de un derrame pleural siguen sin diagnóstico etiológico a los dos años.

**V-75  
EL INTERNISTA EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO:  
NEUROCIRUGÍA**

**B. Cervantes Bonet, A. Barnosi Marín, G. Gómiz,  
V. Rodríguez Martínez, M. Martínez, S. López Palmero,  
N. Marín Gámez y F. Díez García**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**Objetivos.** La tendencia cada vez mayor a intervenir a pacientes pluriopatológicos nos ha llevado a la implantación en nuestro hospital de un programa de Medicina Interna Perioperatoria (MIP) en el que internistas con dedicación plena a esta actividad realizan un seguimiento de enfermos quirúrgicos. La función del internista consiste en prevenir y tratar las complicaciones médicas. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los pacientes ingresados en un Servicio de Neurocirugía que son atendidos por MIP, las patologías que con mayor frecuencia requieren su intervención y la repercusión de esta intervención en términos de mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. Revisión de informes de alta hospitalaria de pacientes ingresados en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Torrecárdenas que han sido atendidos por Medicina Interna durante los 5 primeros meses del año 2008.

**Resultados.** Durante el periodo de tiempo descrito ingresaron en el Servicio de Neurocirugía 379 pacientes. Se solicitó la intervención del internista en 70 pacientes (18,5%). La edad media fue de 60,5 años, el 60% (42) fueron hombres y el 40% (28) mujeres. El 72,85% (51 pacientes) fueron intervenidos quirúrgicamente. El 38,57% (27 pacientes) eran pacientes trasladados de UCI. Los motivos de consul-

ta más frecuentes fueron: 1º las infecciones nosocomiales (39 casos), 2º la descompensación de las patologías previas (18 casos), 3º la valoración de la comorbilidad y prevención de complicaciones (10 casos) y 4º la enfermedad tromboembólica venosa (5 casos). Las infecciones nosocomiales más frecuentes fueron las respiratorias (24 casos), seguidas de la infección de la herida quirúrgica (8 casos), la infección del tracto urinario (7 casos), bacteriemias (6 casos) y sepsis grave (2 casos). El 33,3% de los pacientes con infecciones presentó 2 o más infecciones nosocomiales. Las patologías previas que se descompensaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (12 casos), la diabetes mellitus (3 casos) y la insuficiencia respiratoria crónica agudizada (3 casos). La estancia media en Neurocirugía fue de 11,34 días y la estancia media en los pacientes valorados de 17,4 días. La mortalidad global en el servicio de Neurocirugía fue del 1,58% y en los pacientes atendidos por MIP del 1,4%. La mortalidad global en años anteriores fue superior (2,4% en el año 2006 y 2,2% en el año 2007).

**Conclusiones.** La colaboración estrecha entre internistas y cirujanos es necesaria para el correcto tratamiento de pacientes con elevada complejidad (como refleja el alto porcentaje de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente y trasladados de la unidad de cuidados intensivos, la prolongada estancia media y la mortalidad). Se observa un descenso progresivo de la mortalidad de estos pacientes.

**V-77  
¿UTILIZAMOS ADECUADAMENTE LOS INHIBIDORES DE  
LA BOMBA DE PROTONES (IBP)?**

**N. Cubino Bóveda<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, P. Miramontes  
González<sup>1</sup>, C. Montilla Morales<sup>2</sup>, J. Martín Oterino<sup>1</sup>,  
A. García Mingo<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita-Bengoa<sup>1</sup>  
y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega.  
Salamanca.*

**Objetivos.** Analizar las causas de Hemorragias digestivas altas (HDA) en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Clínico Universitario y valorar el uso de IBP selectivamente en el grupo de pacientes mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Durante los años 2004-2007 se estudiaron los pacientes que acudieron al Servicio de Medicina Interna por HDA, incluyéndose sólo los que presentaban lesiones agudas de la mucosa gástrica (LA MG), úlcus duodenal y úlcus gástrico confirmados mediante gastroscopia. Se recogieron variables epidemiológicas como el sexo, la edad, la toma de AINES y la toma de IBP. Se realiza un estudio transversal, descriptivo y longitudinal de la muestra, excluyéndose los éxitus por cualquier causa y aquellos en los que la endoscopia no pudo realizarse.

**Resultados.** 214 pacientes presentaron HDA, de los cuales, 73 (34,1%) tenían hallazgos de LA MG, 50 (23,4%) úlcus duodenal y 17 (7,9%) úlcus gástrico. La edad media fue de 71,28 (DE: 16,6). El 70% eran hombres. 101 pacientes tenían más de 65 años, de los cuales 62 (61%) tenían antecedentes de consumo de AINES. En estos pacientes, sólo el 24,2% tomaban IBP de forma profiláctica.

**Discusión.** Las HDA son una patología frecuente, especialmente en el sexo masculino, independientemente de la etiología. Dentro de las causas, las LA MG tienen la mayor prevalencia asociándose especialmente a la toma de gastroerosivos. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no tomaban IBP profiláctico junto con éstos fármacos, cuando su indicación es absoluta.

**Conclusiones.** 1. La HDA es más frecuente en mayores de 65 años, especialmente en consumidores de AINES dada la elevada presencia de patología osteomuscular. 2. Los pacientes consumidores de

Tabla 1. Generalidades (V-77).

	HDA	LAMG	UL duodenal	UL gástrico
Total	214	73 32,11%	50 23,36%	17 7,94%
Varon	141 65,88%	45 61,64%	39 78%	13 76,47%
Mujer	73 34,12%	28 38,38%	11 22%	4 23,52%
Aines		41 56,16%	11 22%	5 29,41%



AINEs, especialmente los pacientes de alto riesgo de HDA, no tienen una adecuada prevención de las mismas, presentando un bajo consumo profiláctico de IBP. 3. Se debe intensificar la profilaxis de HDA en consumidores de AINEs, especialmente en mayores de 65 años para evitar éstas complicaciones tan frecuentes y potencialmente graves.

#### V-78

##### ANÁLISIS DE LOS EXITUS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

**J. Ruiz<sup>1</sup>, K. Quiroz<sup>2</sup>, A. Gil<sup>1</sup>, A. Martín<sup>1</sup>, A. Puente<sup>1</sup>, M. León<sup>1</sup>, S. Suárez<sup>1</sup> y O. Sanz Peláez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar las características básicas de los enfermos que fallecen en un Servicio de Medicina Interna, comparándolas con aquellos que sobreviven.

**Material y métodos.** Se realizó un análisis retrospectivo de todos los informes elaborados por nuestro servicio durante el segundo semestre del año 2006. En ellos se analizaron las variables: edad, sexo, días de estancia, diagnóstico (enfermedades cardíacas, neurológicas, del aparato digestivo, renales, oncológicas, autoinmunes, trastornos metabólicos, infecciones, intoxicaciones, enfermedad tromboembólica y miscelánea), destino al alta y la presencia o ausencia de hipertensión (HTA), diabetes (DM), dislipemia (DLP), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrilación auricular (FA) o insuficiencia renal crónica (IRC). Se compararon los resultados con los pacientes no fallecidos, ingresados en el mismo periodo de tiempo. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS 15.0, considerando la existencia de significación estadística cuando  $p < 0,05$ . En aquellas asociaciones significativas en el análisis bivariante, se realizó posteriormente un análisis multivariante.

**Resultados.** Se analizaron 1025 informes de alta, de los cuales 112 (10,9%) correspondían a informes de exitus. Del grupo de exitus, la edad media era de 77.72 años (IC 95% 75.3-80,1), siendo el 51,8% varones. Se observó una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) respecto a la edad del grupo que no falleció (71.2 años. IC 95% 70.2-72.2). La distribución por sexo y la estancia media de los dos grupos eran similares, y no se encontró asociación entre la presencia de FA, DLP, EPOC e IRC y el grupo de exitus. Se objetivó asociación significativa ( $p < 0,01$ ) entre el grupo de fallecidos y la presencia de DM, HTA y el diagnóstico al alta de enfermedad del aparato digestivo, manteniéndose ésta en el análisis multivariante que incluía la edad. La hepatopatía y las hemorragias digestivas suponían el 66% de los diagnósticos dentro del grupo de enfermedades del aparato digestivo. Las OR calculadas para la edad, HTA, DM y diagnóstico de enfermedad del aparato digestivo fue de 1.04 (IC95% 1.02-1.06), 0.62 (IC95% 0.50-0.78), 1.33 (IC95% 1.08-1.65) y 2.1 (IC95% 1.12-3.93) respectivamente.

**Discusión.** La prevalencia de exitus en los servicios de Medicina Interna en España varía ampliamente según los estudios publicados (5,1-16,2%). En ellos se valoran las características del grupo de fallecidos, pero no hemos encontrado un estudio español que compare este grupo con el de supervivientes. En nuestro estudio, factores como la edad y la DM se asocian a una mayor mortalidad como se intuía por su prevalencia en los estudios comentados. En cambio, sorprende la menor probabilidad de presencia de HTA en este grupo, que se presenta como factor protector de manera independiente al resto de variables estudiadas.

**Conclusiones.** 1. El porcentaje de exitus en nuestro servicio es similar al publicado en otras series españolas de hospitales de tercer nivel. 2. Los pacientes más ancianos y los diabéticos tienen una mayor probabilidad de fallecer durante el ingreso, así como aquellos cuyo diagnóstico al alta se relaciona con una enfermedad del aparato digestivo. 3. El diagnóstico de HTA se asocia con una menor probabilidad de fallecer durante el ingreso.

#### V-79

##### ¿QUÉ SUPERVIENCIA HAY DESPUÉS DE HABER SUFRIDO UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA?

**P. Alaminos García<sup>1</sup>, M. Menduña Guillén<sup>2</sup>, E. Cruz Bustos<sup>1</sup>, R. De la Chica Ruiz-Ruano<sup>1</sup>, F. Miras Parra<sup>3</sup> y F. Pérez Blanco<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Granada.

**Objetivos.** Determinar la evolución de la supervivencia en el primer año de los pacientes dados de alta hospitalaria tras haber sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria.

**Material y métodos.** Se realizó un registro observacional y prospectivo según el estudio Utstein de todas las PCR intrahospitalarias ocurridas durante un periodo de 2 años y medio (julio/2005-diciembre/2007) en un hospital de tercer nivel, excluidas las PCR neurotraumatólogicas, las ocurridas en quirófanos y reanimación, las obstétricas y pediátricas. Se realizó posteriormente un seguimiento de cada uno de los supervivientes al alta hospitalaria y un control trimestral a lo largo del año posterior a la fecha de alta mediante contacto telefónico directo con el paciente o un familiar en primer grado en caso de no poder localizarse éste. En caso de haber fallecido se recogieron también las causas, localización y la fecha exacta, procediéndose a la revisión de la historia clínica. Los resultados se expresan en porcentajes y tasas según el estilo Utstein.

**Resultados.** Se recogieron 203 enfermos que sufrieron al menos un episodio de PCR durante el citado periodo. El 60,6% fueron varones y la edad media de 63.2 años ( $\pm 14,92$ ). La localización más frecuente fue el Servicio de Medicina Interna (48%) y en un 62% el origen fue cardiológico. El ritmo inicial presentado fue TV/FV en 62 de los pacientes. Alcanzaron el alta hospitalaria 47 pacientes (23,15%). Las tasas de resucitación inicial exitosa (ROSC > 24 horas) fue del 17,3% por año. La tasa de alta hospitalaria entre los resucitados fue del 21,3% por año y de alta hospitalaria entre todas las PCR de 9,2% por año. Al concluir el año de seguimiento continuaban vivos 39 pacientes (82,97%) de los dados de alta hospitalaria y del 7,6% por año entre todas las PCR. La distribución temporal de los 7 fallecidos fue de éxitus en el primer mes tras el alta y 1 éxitus en los meses 4,6,10 y 11 respectivamente.

**Conclusiones.** En nuestro estudio los enfermos que superaron la PCR intrahospitalaria alcanzaron el alta hospitalaria, se mantuvieron en su mayoría con vida durante el año de seguimiento, tendiendo a concentrarse la mayoría de los éxitus acontecidos en fechas próximas al alta.

#### V-80

##### VALOR PREDICTIVO DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA

**A. Molina Medina<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>2</sup>, E. Bermejo Saiz<sup>1</sup>, Á. Cecilio Irazola<sup>2</sup>, S. Serrano Martínez<sup>1</sup>, R. Nuviala Benito<sup>2</sup>, J. Nieto Rodríguez<sup>1</sup> y J. Pérez Calvo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar el valor predictivo de eventos clínicos relevantes del NT-proBNP obtenido al ingreso de pacientes con enfermedad pulmonar crónica

**Material y métodos.** Se incluyeron 192 pacientes ingresados por enfermedad pulmonar crónica de cualquier etiología en clase funcional II-IV de la NYHA en el Servicio de Medicina Interna de los hospitales Virgen de la Luz de Cuenca y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, desde diciembre de 2004 a diciembre de 2007, por descompensación de su enfermedad de base. Se excluyeron los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, valvulopatía mitral o aórtica, antecedentes de tromboembolismo pulmonar, cardiopatía isquémica sintomática, insuficiencia renal crónica (Cr > 2 mg/dl), cirrosis hepática, hipertiroidismo, síndrome de Cushing o

*Cor pulmonale* crónico actual o anterior. Se extrajeron muestras de suero para la determinación de NT-proBNP en las primeras 72 horas del ingreso y se mantuvieron congeladas a -70 °C hasta su procesamiento mediante inmunoensayo por electroquimioluminiscencia. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante consultas ambulatorias, entrevistas telefónicas, revisión del registro hospitalario y análisis de datos facilitados por la empresa suministradora de oxigenoterapia.

**Resultados.** De los 192 pacientes incluidos inicialmente, se perdieron 6 pacientes (3.1%) para el seguimiento. De los 186 pacientes restantes, 149 (80,1%) eran varones y 40 (19,9%) mujeres, con una edad media de 73,3 años (41-95). 128 eran EPOC, 42 asma bronquial, 4 fibrosis pulmonar o pleural y 11 otras etiologías. La causa de reagudización más frecuente fue la infección respiratoria no condensante (74%). Mediante análisis de la curva ROC, el valor de NT-proBNP de mayor poder discriminante de muerte a los 6 meses fue 587,9 pg/ml. Por encima de este valor, fallecieron 9/85 pacientes frente a 1/101 que tenían niveles inferiores (OR 11,8, 95% IC 1,47-95,5;  $p = 0,006$ ). Las diferencias entre grupos se mantenían después de ajustar los datos a la edad y sexo (OR 10,22, 95% IC 1,2-87,5;  $p = 0,034$ ). Ningún valor de NT-proBNP correlacionó con los días de estancia en el ingreso índice ni tuvo capacidad para predecir reingresos, ni prescripción de oxigenoterapia de novo en 6 meses.

**Conclusiones.** En pacientes con enfermedad pulmonar crónica reagudizada, valores de NT-proBNP al ingreso superiores a 587,9 pg/ml se asocian a mayor mortalidad en 6 meses.

## V-81

### PERFIL CLÍNICO, GRADO DE AFECTACIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA, CADERA Y MANOS: ESTUDIO EVALUA

**S. Pita Fernández<sup>1</sup>, A. Castaño Carou<sup>2</sup>, S. Pertega Díaz<sup>1</sup> y Grupo Corporativo del Estudio EVALUA (A Coruña)**

<sup>1</sup>Unidad de Epidemiología clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>2</sup>Gerencia de Atención Primaria. Área Sanitaria de Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Determinar el perfil clínico, grado de afectación y manejo terapéutico en pacientes con artrosis de rodilla, cadera y manos. **Material y métodos.** Ámbito: Centros de Salud de España (14 Comunidades Autónomas: Galicia, Madrid, Rioja, Cantabria, Extremadura, Murcia, Andalucía, Valencia, Aragón, Navarra, Castilla la Mancha, Baleares, Asturias, Las Palmas) ( $n = 363$  médicos), seleccionados de forma aleatoria. Periodo: Septiembre 2004-Noviembre 2006. Estudio: Prevalencia. Muestra: Pacientes con criterios clínicos y/o radiológicos del American College of Rheumatology (ACR) de artrosis de rodilla, cadera y/o manos ( $n = 1258$ ). Mediciones: Variables sociodemográficas, hallazgos clínico-radiológicos (escala de Kellgren-Lawrence), patología concomitante y manejo terapéutico actual (fármaco, dosis, tiempo de tratamiento y responsable de la prescripción).

**Resultados.** La edad media es 68,0 ( $\pm 9,5$ ) años, un 77,8% mujeres. El tiempo medio de evolución de la artrosis es 9,4 ( $\pm 7,5$ ) años. 1060 (84,3%) pacientes presentaban artrosis de rodilla, 295 (23,4%) de cadera y 185 (14,7%) de manos. En la artrosis de rodilla, los hallazgos clínicos más frecuentes son: dolor (100%), crepitación ósea con movimientos activos (82,6%) y rigidez matutina (82,4%). En artrosis de cadera: dolor (100%), dolor con rotación interna (81,7%) y rigidez matutina (79,7%). En artrosis de manos: dolor (100%), molestias/rigidez de las articulaciones (100%), hipertrofia articular de consistencia dura en 2 o más de 10 articulaciones (100%) y tumefacción en  $< 3$  articulaciones metacarpofalángicas (100%). Tienen estudios radiológicos un 80%. La mayoría de pacientes con artrosis de rodilla están en grado III (42,9%) de la escala de Kellgren-Lawrence, los pacientes con artrosis de cadera en grado II (34,5%) o III (37,2%), y los pacientes con artrosis de manos en grado III (51,9%). Las patologías concomitantes más frecuentes son: hipertensión (55,1%), depresión/ansiedad (24,7%), patología gastroduodenal (22,9%) y diabetes (19,3%). Un 47,6% presentan obesidad. Un 97,6% reciben tratamiento farmacológico. Los tratamientos no farmacológicos más frecuentes son: dieta hipocalórica (36,6%), realización de ejercicio físico (36,5%) y programas de educación para la salud (20,2%). Los

fármacos más utilizados son: analgésicos orales (paracetamol) (70,5%) (Dosis media: 2195,6 ( $\pm 980,0$ ) mg/día) y AINES orales (67,9%), seguidos de AINES tópicos (25,9%) y modificadores de la sintomatología de acción lenta (25,0%). De todas las combinaciones farmacológicas, la más frecuente es la combinación paracetamol + AINES orales (18,5%), seguida del tratamiento únicamente con paracetamol (13,4%) y el tratamiento con AINES orales (10,7%).

**Discusión.** Este estudio pone de manifiesto cómo la totalidad de los pacientes con artrosis presentan dolor, lo que sin duda conlleva una disminución de su capacidad funcional. El estudio pone de manifiesto la mayor prescripción de paracetamol en estos pacientes. Dichos hallazgos concuerdan con las recomendaciones de EULAR y ACR, que sitúan al paracetamol en el primer escalón del tratamiento de la artrosis. Hallazgos consistentes con lo publicado en la literatura.

**Conclusiones.** El perfil del paciente artrósico es de una mujer mayor de 65 años, con comorbilidad, clínica frecuente, dolor articular y afectación moderada por la artrosis. El paracetamol (en monoterapia o en combinación con otros tratamientos) es el fármaco más utilizado en el tratamiento de la artrosis. La dosis media utilizada es inferior a la indicada por las recomendaciones de The European League against Rheumatism (EULAR) y del ACR.

## V-82

### PANCREATITIS AGUDA: CARACTERIZACIÓN DE LOS EPISODIOS RECURRENTE

**A. González Gasch<sup>1</sup>, G. García de Casasola Sánchez<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup> y C. Guijarro Herraiz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital San Jaime. Torrevieja (Alicante). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Los estudios epidemiológicos en España en materia de pancreatitis aguda recurrente (PAR) son escasos, muchos de ellos basados en datos retrospectivos. El objetivo de nuestro análisis ha sido conocer las características particulares de los episodios de PAR en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos ingresados por PA en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde enero de 2004 hasta diciembre de 2005. Se han registrado las siguientes variables: datos demográficos y etiológicos de la PA, número de episodios previos de PA, comorbilidad asociada, datos de laboratorio, complicaciones locales y sistémicas, necesidad de CPRE o cirugía, hallazgos radiológicos, tipo de nutrición, estancia hospitalaria y fallecimiento.

**Resultados.** Se han estudiado 308 episodios de PA en 215 pacientes, por lo que 93 pacientes han sido ingresados en más de una ocasión, con un 30,1% de PA recurrente. La incidencia global anual de PA ha sido de 61,6 casos/100.000 habitantes. La edad media ha sido de 59 años, estadísticamente inferior a la de los pacientes que han experimentado un episodio aislado de pancreatitis (65,46 vs 59,80 años,  $p < 0,05$ ). No se han evidenciado diferencias por sexos entre ambos grupos. La etiología mayoritaria de la PAR ha sido la biliar (45%) seguida de la PA alcohólica (30%). En el 19,4% no se ha identificado la causa.

**Conclusiones.** Del total de episodios incluidos en el estudio (308) en un 30% de los casos ha habido más de una crisis de pancreatitis. El porcentaje de pacientes con PAR es comparable al documentado en estudios previos realizados en Europa. La mayoría de las PAR en nuestro estudio ha sido de origen biliar (45%) a diferencia de otros trabajos en los que destaca la tendencia a la recurrencia de la PA de origen alcohólico.

## V-83

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINIZADOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA**  
**F. Chacón<sup>1</sup>, Á. Rodríguez<sup>1</sup>, J. Reviriego<sup>1</sup>, P. Polavieja<sup>1</sup>**  
**y Grupo de Investigadores CADINI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Investigación clínica. Lilly, S. A. (Madrid). <sup>2</sup>Medicina Interna. Varios hospitales.

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial y las complicaciones presentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no insulinizados que son seguidos en consultas de Medicina Interna (MI) y compararlos con las observadas en consultas de otras dos especialidades: Endocrinología (End) y Atención Primaria (AP), dentro de la práctica clínica habitual en España.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional, naturalístico y multicéntrico con revisión de historias clínicas. Participaron 2.266 pacientes con DM2, no insulinizados y > 30 años, de los cuales 703 fueron seguidos en consultas de MI. Se registraron variables sociodemográficas, socioeconómicas, clínicas y asistenciales. Se consideró buen control metabólico (CM): HbA1c  $\leq$  6,5% según la International Diabetes Federation (IDF).

**Resultados.** De toda la muestra, el 47'2% eran mujeres y la edad media (DE) era 64'4 (11'1) años, cifras similares a las observadas en AP. El tiempo medio (DE) de evolución en MI era de 7'2 (6'4) años, algo superior a los pacientes de AP, 6'6 (5'5) años, e inferior a los de End, 8'5 (7'2) años. Un 41'5% de los pacientes de MI presentaban un buen CM, y ello fue similar a lo observado en toda la muestra (41'8%). En general, los controles de seguimiento en MI se realizaron con una frecuencia superior (semestral) que en End o AP (anual). Así, en más pacientes de los seguidos en MI se practicaron determinaciones semestrales de proteinuria, pruebas de función renal, evaluaciones de la neuropatía periférica, ECG, exploraciones físicas y exploraciones específicas de los pies (22'1%, 20'9%, 17'0%, 14'2%, 20'4% y 15'1%, respectivamente) que en el total de la muestra (los porcentajes respectivos fueron 18'7%, 17'6%, 13'2%, 6'9%, 15'7% y 11'3%). La exploración del fondo de ojo fue, en cambio, menos frecuente en las consultas de MI (80'4% de los pacientes habían recibido al menos una) que en el total de la muestra (88'4%). Dos de las medidas asistenciales recomendadas por la IDF, actividades educacionales y detección de neuropatía periférica al diagnóstico, fueron menos seguidas en consultas de MI (45'4% y 33'9% de los pacientes, respectivamente) que en el conjunto de la muestra (62,8% y 48'6%), mientras que otras (entrenamiento y autoanálisis de la glucemia capilar, determinación de la presión arterial en consulta y la exploración anual de los pies) fueron seguidas en proporciones similares. En general, se siguió un promedio de 6'4 medidas asistenciales de las 12 recomendadas por la IDF, dato semejante al encontrado en AP (6'4) y algo inferior al de End (7'2). La proporción de pacientes con complicaciones fue más alta en las consultas de MI (41'0%) que en las de End (36'2%) o AP (27'7%), sobre todo a expensas de las vasculopatías.

**Discusión.** Las actividades asistenciales se prestan en general por parte de MI con una frecuencia algo mayor que en las otras dos especialidades al realizarse varias de ellas con una periodicidad semestral frente a la anual que es la mayoritaria en End y AP. El seguimiento realizado en Medicina Interna de las MA de la IDF es similar al de otras especialidades. Sin embargo, parece necesario implementar acciones que favorezcan, en la práctica clínica, un mayor y más frecuente seguimiento de dicha medidas. Los pacientes seguidos en MI presentan más complicaciones vasculares que los de las otras especialidades, lo cual sugiere que los pacientes con vasculopatías son preferentemente remitidos a esta especialidad.

## V-84

**¿UN NUEVO MÉTODO DIAGNÓSTICO PARA EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA?**

**M. Izquierdo<sup>1</sup>, C. Javierre<sup>1</sup>, J. Alegre<sup>3</sup>, M. Delicado<sup>1</sup>, A. García-Quintana<sup>4</sup>, A. Suárez<sup>1</sup>, A. Comella<sup>5</sup> y J. Ventura<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias Fisiológicas II. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L) (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona. <sup>4</sup>Unidad de Fatiga Crónica y Fibromialgia. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona. <sup>5</sup>Departamento de Ciencias y Ciencias Sociales. Universidad de Vic (Barcelona).

**Objetivos.** El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una enfermedad discapacitante de causa desconocida, caracterizada por fatiga asociada a una reducción de la actividad durante más de seis meses, y un conjunto de síntomas como dolor en las articulaciones, alteraciones neurocognitivas y del sueño, entre otros. Existe una gran controversia acerca de las causas y de muchas de las características más importantes de este síndrome. Una teoría que explicaría una parte sustancial de la patogenia del SFC se basa en la elevación del peroxinitrito y el impacto del NO en los tejidos involucrados, produciendo los síntomas que caracterizan el síndrome. El objetivo de este estudio es analizar las diferencias entre pacientes diagnosticados de Síndrome de Fatiga crónica y un grupo control tras una prueba de esfuerzo máxima con monitorización cardioventilatoria respecto a los valores de nitratos sanguíneos (metaolitos del Óxido nítrico)

**Material y métodos.** Se estudió un grupo de SFC de 37 pacientes mujeres, con un peso medio de 66,1 (11,7) kg y la altura de 1,62 (0,05) m, y un grupo control de 15 mujeres sanas sedentarias, con una media de peso de 61,70 (6,6) kg una altura de 1,60 (0,06) m. Los participantes empezaron a 0 vatios durante 4'. Después de este período, realizaron un protocolo con un aumento máximo de 20 w cada minuto hasta el agotamiento. Después de una recuperación de cuatro minutos, partiendo sin carga, se realizó una prueba supramáxima, aumentando cada 30 segundos, el máximo volumen de trabajo alcanzado en la anterior prueba máxima. Se monitorizó la función cardioventilatoria de manera continua. Previa a la prueba, se insertó un catéter en una de las venas antecubitales para obtención de muestras de sangre en reposo, después de la prueba máxima y tras la supramáxima. Se analizó la glucosa, el lactato y los nitratos..

**Resultados.** Los nitratos en plasma tuvieron un patrón diferente en ambos grupos en respuesta al ejercicio, con valores más altos en el grupo de SFC ( $F = 3,89$ ,  $p < 0,05$ ). En el grupo SFC se produjo un aumento de 2,42 veces respecto al reposo y en el grupo control sólo de 1,18 veces ( $p < 0,01$ ). Las concentraciones de nitratos, en relación a la duración del test, fueron superiores en el grupo de SFC respecto al control en un 293,6% ( $p = 0,001$ ). El aumento de las concentraciones de nitratos en relación con la absorción de oxígeno, fue superior en SFC respecto al grupo control en un 327,8% ( $p < 0,001$ ). El aumento de las concentraciones de nitratos en relación con el volumen de trabajo alcanzado, también resultó más alto en el grupo de SFC respecto al control en un 410,5% ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Los metabolitos del NO (nitratos) aumentaron significativamente más tras un estímulo físico máximo en pacientes con SFC que en sanos. Los metabolitos del NO (nitratos) después del ejercicio podrían ser un buen método para la objetivación del diagnóstico en SFC.

## V-85

**INICIO DE TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINIZADOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA**

**Á. Rodríguez<sup>1</sup>, J. Reviriego<sup>1</sup>, P. Polavieja<sup>1</sup>, F. Chacón<sup>1</sup>**  
**y Grupo de Investigadores CADINI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Investigación clínica. Lilly, S. A. (Madrid). <sup>2</sup>Medicina Interna. Varios hospitales.

**Objetivos.** Estimar el valor medio de HbA1C a partir del cual se inicia el tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no insulinizados en la práctica clínica.



nica habitual en consultas de Medicina Interna (MI) en España.

**Material y métodos.** Subanálisis de un estudio retrospectivo, observacional, naturalístico y multicéntrico con revisión de historias clínicas. Participaron médicos internistas incluyendo 703 pacientes con DM2, no insulinizados y > 30 años. Se registraron variables socio-demográficas, socioeconómicas, clínicas y asistenciales. Se consideró buen CM a HbA1c  $\leq$ 6,5% según IDF (International Diabetes Federation).

**Resultados.** El 44'1% eran mujeres y la edad media (DE) era 66'3 (11'0) años. El tiempo medio (DE) de evolución eran 7'2 (6'4) años. En el momento del estudio, 41'5% de los pacientes presentaban buen CM. El primer ADO se prescribe en MI cuando el paciente presenta un valor medio (DE) de HbA1c de 7'8 (1'4)%. El segundo y tercer ADOs se añaden con valores de 7'9 (1'3%) y 8'0 (1'0%) respectivamente. En cuanto al conjunto de la muestra (2.266 pacientes reclutados por endocrinólogos, médicos internistas y médicos de familia) el primer, segundo y tercer ADO se prescribe con cifras medias (DE) de HbA1c de 7'8 (1'4)%; 8'0 (1'3%) y 8'1 (1'1%) respectivamente.

**Discusión.** La prescripción de los ADOs se produce en MI de forma similar que en otras especialidades. Aún así, esta prescripción se realiza de forma tardía, si se compara con las actuales recomendaciones terapéuticas de las guías internacionales.

#### V-86

### VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL FALLO RESPIRATORIO AGUDO. EXPERIENCIA EN LA HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

**J. Barquero Romero, F. Olgado Ferrero, A. Ortiz Cansado y A. García Rebollo**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.*

**Objetivos.** La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es un tratamiento de eficacia contrastada en los pacientes con insuficiencia respiratoria global aguda. Se discute la mejor área asistencial para desarrollarla. El Servicio de Medicina Interna del Hospital Perpetuo Socorro (antes Hospital Provincial de Badajoz) fue pionero en la utilización de esta técnica desde 1996 en una Unidad de Cuidados Especiales. En la etapa actual hemos tenido que pasar a prestar esta asistencia en camas convencionales de hospitalización. Nuestro objetivo ha sido evaluar a estos pacientes con insuficiencia respiratoria aguda tratados con VMNI en nuestra planta de hospitalización durante los últimos 4 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo. Periodo 2004-2008. Población: pacientes con informe en la base de datos del Servicio donde conste el tratamiento con VMNI. Variable principal: Supervivencia. Otras variables: edad, sexo, valoración por UCI, datos gasométricos al inicio de la ventilación, complicaciones, etc. Los datos se expresan como media ( $\pm$  DS) y mediana. Se utilizan test de  $\chi^2$  y test de t student, según variables. Programa G-stat.

**Resultados.** Se sometieron a VMNI 66 pacientes. Hombres (H) 30/ Mujeres (M) 36. Edad: media 74 ( $\pm$  11), mediana 76. Estancias: media 11,6 ( $\pm$  8), mediana 10. La causa precipitante del fallo respiratorio fue infecciosa 42%, insuf cardíaca 42% y 16% disminución del nivel de conciencia. Entre los antecedentes personales un 54% de los pacientes tenían un proceso crónico pulmonar de base (EPOC 40%, Asma 10%, toracógenos 4%). Además 15% Saos (todos con VMNI domiciliaria). Un 40% (sobre la población total) tenían OCD. Entre otros antecedentes destacan: Insuf cardíaca 40%, Obesidad importante 40%, HTA 50%, DM 42%, FA 30%. El 90% de los pacientes proceden de Urgencias. Fueron valorados por UCI el 25% y rechazados un 90%. Los valores gasométricos antes de la ventilación son: pH: 7,27 ( $\pm$  0,1); Pa CO<sub>2</sub> 84 ( $\pm$  27); PaO<sub>2</sub> 56 (21). La supervivencia fue del 80%. Encontramos mayor mortalidad entre varones fundamentalmente atribuible a que presentaban agudización de EPOC grave, frente a la mujeres que presentan con más frecuencia insuficiencia cardíaca. Las principales complicaciones recogidas son: 6 pacientes con intolerancia, un paciente que presentó angor y otro que precisó intubación.

**Conclusiones.** La VMNI en la asistencia clínica habitual es una técnica altamente beneficiosa en el tratamiento del fallo respiratorio agudo, incluso prestada en áreas de hospitalización convencional,

sobre poblaciones de edad avanzada y con pluripatología cardiopulmonar que son rechazados de otras áreas asistenciales.

#### V-87

### CORRELACIÓN DEL ÍNDICE BODE, BOD Y EQOL-5D CON LA MORTALIDAD Y NÚMERO DE REINGRESOS A UN AÑO, EN PACIENTES EPOC HOSPITALIZADOS

**D. Morchón Simón, J. Martín Escudero, M. González Rozas, F. Fernández Rodríguez, J. Soler González, M. Andrés Calvo, E. Izquierdo Delgado y L. Hernanz Román**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Objetivos.** Evaluar si la escala genérica de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EQol-5D muestra, en pacientes EPOC hospitalizados, una correlación superior que el índice BODE o el BOD (BODE sin test de la marcha de 6 minutos), con el número de reingresos, generales o por agudización de EPOC, o con la mortalidad a un año.

**Material y métodos.** Entre Octubre de 2006 y Abril de 2007 estudiamos una cohorte de 95 paciente, con diagnóstico previo de EPOC, que fueron hospitalizados de forma consecutiva en nuestro centro. Sobre dicha cohorte hemos realizado una evaluación al año de inclusión.

**Resultados.** Los 95 pacientes tenían una edad media de 73,5 ( $\pm$  9,9) años, el 94% varones, fumadores de 61,2 ( $\pm$  34) paquetes-año, persistiendo en el hábito activo el 14%. Según la clasificación GOLD el 18% era muy grave, el 58% grave y el 22% moderada. En los 5 años previos habían tenido 4  $\pm$  3 ingresos por agudización. Tenían un índice BODE de 1-2 el 7,4%, 3-4 el 20%, 5-6 el 25% y de 7-10 el 47%. La puntuación media con el BOD era de 3,84  $\pm$  1,52. Referían una CVRS global media estimada con EQol-5D de 0,63  $\pm$  0,21 (EVA tarifa). El número medio de reingresos en un año fue 2,83  $\pm$  2,04, siendo por agudización de EPOC 2,39  $\pm$  1,97. Fallecieron 19 pacientes en el año siguiente, con un promedio de 3,5  $\pm$  3,24 meses tras su inclusión en la cohorte. El índice BODE no se correlaciona significativamente con el número de reingresos anual ( $r = 0,188$ ; NS), aunque si lo hace mínimamente con el número de reingresos por agudización ( $r = 0,219$ ;  $p = 0,033$ ). El índice BOD y la escala EQol-5D no se correlacionan con el número de reingresos ni con los meses de supervivencia en nuestra reducida cohorte. El número de meses hasta el fallecimiento solo se correlacionó significativamente con el número de reingresos totales ( $r = 0,769$ ;  $p < 0,001$ ) o por agudización de EPOC ( $r = 0,670$ ;  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** El índice BODE, considerado hoy día el mejor predictor de mortalidad en EPOC, no es capaz de señalar, en nuestra reducida cohorte y seguimiento a solo un año, que pacientes tienen más riesgo de reingreso o de morir en los meses siguientes a su estimación. Tampoco lo hacen mejor el índice BOD (índice BODE abreviado, sin el test de la marcha de 6 minutos) o el EQol-5D. Es posible que con más casos y años de seguimiento estos resultados puedan cambiar.

**Conclusiones.** El índice BODE, el BOD o el EQol-5D no son capaces de señalar los pacientes con más riesgo de reingreso o fallecimiento en 12 meses, en nuestra reducida cohorte.

#### V-88

### EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

**N. Guerre<sup>1</sup>, B. Espina<sup>1</sup>, O. Acha<sup>1</sup>, G. De las Heras<sup>2</sup>, R. Tejido<sup>1</sup> y F. Novo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH), <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** La mayoría de las pancreatitis agudas son del tipo edematoso (85%) y tienen una tasa de mortalidad casi inexistente aunque la prevalencia del fallo orgánico puede llegar al 10%. Tanto el buen pronóstico de la mayoría de los casos como la necesidad de una instauración temprana de medidas de soporte hace que esta patología

sea susceptible de manejo en unidades de corta estancia. La Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH) es una unidad de corta estancia multidisciplinaria. Desde 2003 se atienden en esta unidad una media de 55 casos/año de pancreatitis agudas lo que constituye aproximadamente un 50% del total de los casos que ingresan en nuestro centro. El objetivo de este estudio fue el de evaluar el manejo de los casos de pancreatitis aguda en una unidad de corta estancia hospitalaria.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la UARH con el diagnóstico principal de pancreatitis aguda desde enero de 2005 hasta diciembre de 2007. El análisis de los datos se realizó utilizando el software SPSS versión 15.

**Resultados.** Durante el periodo mencionado se estudiaron un total de 165 casos de pancreatitis agudas de los cuales el 59% fueron varones y el 42% mujeres. La media de edad fue de 62 años (desviación estándar 17). La valoración del riesgo de complicaciones se realizó mediante la escala de Ranson y los niveles de proteína C reactiva (PCR). El 88% de los pacientes tenía 3 o menos criterios de gravedad y solo el 3,6% tenía más de 4 criterios. El número de criterios correlacionó significativamente con los valores de PCR a las 48h ( $p < 0,001$ ). Entre las técnicas de imagen utilizadas en la mayoría de los casos (94%) se realizó ecografía abdominal y/o TAC abdominal durante las primeras 72 h del ingreso. En 18 casos (14%) además se indicó la realización de una colangiografía. El diagnóstico etiológico se realizó en el 70% de los casos: de estos el 67% de los fueron pancreatitis litiasicas y el 14% secundarias al consumo de alcohol. El 28% de los casos presentaron alguna complicación sistémica, pero solo 4 pacientes (2,4%) necesitaron ser trasladados a la unidad de cuidados intensivos. La estancia media fue de 4,1 días (desviación estándar 2,5) y la mayoría de los pacientes se dieron de alta a su domicilio (66%). El 95% de estos pacientes fueron referidos a la consulta de Digestivo y/o Cirugía General para realizar un seguimiento posterior. Del total de los pacientes revisados se detectaron un 13% de reingresos (21 casos); solo un tercio de estos (6 casos) ocurrieron en los 30 días siguientes al alta de la UARH.

**Discusión.** Los resultados de este estudio ponen de manifiesto una reducida estancia media en comparación con otras unidades de hospitalización convencional [1]. Esto puede deberse a la sistemática de trabajo protocolizado y a la realización de pruebas diagnósticas de forma precoz. Sería necesario comparar las características de los pacientes que ingresa en UARH con aquellos que ingresa en las unidades de hospitalización convencional.

**Conclusiones.** Conclusiones: los datos presentados sugieren que la mayoría de los casos de pancreatitis aguda pueden manejarse de forma eficiente en una unidad de corta estancia. Bibliografía: 1. O'Farrell A, Allwright S, Toomey D, Bedford D, Conlon K (2007) Hospital admission for acute pancreatitis in the Irish population, 1997-2004: could the increase be due to an increase in alcohol-related pancreatitis? *J Public Health (Oxf)* 29:398-404

## V-89

### AMILOIDOSIS EN NUESTRA ÁREA

**I. Arias Miranda, E. González García, E. Fonseca Aizpuru, S. Rubio Barbón, B. Rodríguez Díaz, R. Fernández Madera, E. Rodríguez Ávila y J. Morís de la Tassa**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias)

**Objetivos.** 1. Medir la incidencia en nuestra área de la amiloidosis de forma general y por tipos. 2. Describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes diagnosticados de amiloidosis en nuestra área. 3. Conocer la mortalidad y el tratamiento realizado. 4. Determinar la incidencia y características de la amiloidosis cardíaca. 5. Determinar las características electrocardiográficas y ecocardiográficas en la amiloidosis.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo y descriptivo de los pacientes diagnosticados de amiloidosis en el Hospital de Cabueñes desde 1994 a 2007. Se encontraron 79 casos confirmados por biopsia. El diagnóstico de amiloidosis sistémica, o AL, se basó en el hallazgo de una gammapatía monoclonal por inmunoelectroforesis o por inmunofijación en suero o en orina. Se recogieron datos clínicos, analíticos, electrocardiográficos, ecocardiográficos,

sobre el tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se estudiaron 79 pacientes (33 mujeres y 46 hombres), con una mediana de edad de 70 años. Los tipos: AA 39 casos, AL 34, y 6 amiloidosis localizada. Dentro de los AP: e. inflamatorias en 31, e. hematológicas en 16 (10 MM), e. infecciosas en 15, siendo la más frecuente la TBC (8), y neoplasias sólidas 3. Los sistemas afectados: renal 53 (con síndrome nefrótico 21), cardiológico 37, digestivo 31, sistema nervioso autónomo 27 y 7 cutánea. 12 presentaban esplenomegalia, 5 síndrome del túnel carpiano, 4 hepatomegalia y 4 macroglosia. La clínica fue: alteración del hábito intestinal (14), IC (11), insuf. renal (11), edemas (9) y mareo (4). Existía pico monoclonal en 19 (cadenas ligeras Kappa 4 y Lambda 15), con pico IgG en 11. Presentaban proteinuria de B-J 12 e insuficiencia renal en 17. El ECG fue patológico en 41 (FA o flúter en 15, BCRDHH en 11, BCRHH en 4, patrón de pseudoinfarto en 8, bajos voltajes en 6, alteraciones de la repolarización en 5, BAV en 1 y signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo en 1). Dentro de las características ecocardiográficas 31 presentaban disfunción diastólica y 4 sistólica, hipertrofia de paredes 28, derrame pericárdico 14, birrefringencia 16, dilatación auricular en 16, valvulopatías 8 e HTP 8. El tratamiento fue Prednisona más Melfalán en 14 pacientes, Lenalidomida 2, VAD 1, y 7 requirieron hemodiálisis. En 40 casos la supervivencia fue mayor de 2 años.

**Discusión.** Encontramos una incidencia de 6 casos por año, mayor que la descrita en otras revisiones. Destaca la prevalencia de la forma 2ª, en contra de series similares con mayor número de casos de AL. Algunos casos de AA podría tratarse de diagnósticos erróneos, ya que se encontró que en ocasiones no se incluía proteinograma o estudio inmunohistoquímico con anticuerpos monoclonales que permitiesen realizar un diagnóstico específico. En nuestra serie sobre un 50% tienen afectación cardíaca, esto se asocia a un mal pronóstico, requiriendo su identificación precoz para seleccionar a los pacientes candidatos a terapias más agresivas. Se han propuesto métodos no invasivos como la ecocardiografía bidimensional y el ECG. Sólo el 50% de los pacientes tenían ecocardiografía, estudio indispensable en estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. En nuestro medio la amiloidosis es infrecuente pero no excepcional, habiendo una media de 6 casos por año. El tipo más frecuente en nuestra serie es la A 2ª, en contra de series similares, en probable relación a la falta de estudios hematológicos completos, imprescindibles en estos pacientes. 2. La enfermedad más frecuente dentro de los antecedentes personales fue la AR, y dentro de las enfermedades infecciosas la TBC. La clínica más frecuente fue la IC y la insuficiencia renal. La anemia y las alteraciones de las PFH fue el hallazgo analítico más frecuente. 3. La supervivencia a los 2 años fue del 50%. El tratamiento más utilizado fue la Prednisona y Melfalán. 4. El 50% presentaban afectación cardíaca, siendo un dato decisivo en la evolución, por lo que pensamos que se debería realizar un estudio ecocardiográfico a todo paciente con sospecha de amiloidosis o amiloidosis diagnosticada. 5. Las principales características ECG fueron las arritmias y el BCRDHH. La disfunción diastólica fue el hallazgo más común junto a la hipertrofia de paredes.

## V-90

### FACTORES PREDISPONENTES DE CONSULTA ESPONTÁNEA DE ENFERMOS CIRRÓTICOS EN URGENCIAS Y HOSPITAL DE DÍA DE HEPATOLOGÍA. RESULTADOS PRELIMINARES

**J. Pérez de Celis<sup>1</sup>, G. Olive Mercade<sup>2</sup>, M. Gallach Montero<sup>3</sup>, E. Gené Tous<sup>2</sup>, M. Casas Rodrigo<sup>3</sup>, M. Miquel Planas<sup>3</sup>, M. Vergara Gómez<sup>3</sup> y M. Gil Prades<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Introducción: La cirrosis hepática (CH) es una enfermedad crónica que conlleva que los enfermos afectados presenten múltiples descompensaciones requiriendo atención urgente o preferente. Dada la situación actual de colapso de los servicios de urgencias (SU), en numerosos hospitales se han creado Hospitales de día específicos (HDH) que permiten atender a estos pacientes. El objetivo es valorar la frecuentación de pacientes con CH al SU y analizar los factores

predisponentes que llevan a un paciente con CH a ser visitado en el SU o en el HDH.

**Material y métodos.** estudio prospectivo observacional realizado mediante la cumplimentación de un cuestionario de los pacientes con CH que acudieron a visitarse de forma espontánea al HDH y al SU. Se analizaron variables sociodemográficas, variables clínicas, los procedimientos realizados y los tratamientos indicados. Periodo de estudio: De septiembre de 2007 a septiembre de 2008 (resultados preliminares septiembre 2007-febrero 2008). Estadística: t-student para comparación de medias para muestras independientes y  $\chi^2$  para comparación de proporciones.

**Resultados.** Se analizan 446 asistencias de pacientes con CH, 180 acudieron al SU y 266 al HDH. La edad media de los pacientes es de 65.11  $\pm$  11.9 años (64,83 años SU vs 65,3 años HDH p = 0,68), 69,28% varones (73,3% SU vs 66,5% HDH p = 0,127), 64,1% están casados (32,5% SU vs 67,5% HDH, p < 0,001) y el 78,7% tiene familia (35% SU vs 65% HDH p < 0,001). El 78,7% de los pacientes atendidos en SU sabían que podían acudir al HDH. El 25,5% de las asistencias en el SU se produjeron en fin de semana. El 59,6% de los pacientes acuden al HDH en una franja horaria comprendida entre las 8 y las 10 de la mañana, mientras que los que acuden al SU lo hacen durante todo el día (mañana 38,9% -sólo el 8,3% de 8 a 10-, tarde 42,8% y noche 18,3%). La estancia media en SU es de 22.36 h, mientras que en HDH es de 3,08 h (p < 0,001). Los enfermos que presentan como descompensación una hemorragia digestiva alta (20% SU vs 0% HDH p < 0,0001) o una encefalopatía hepática (23,3% SU vs 5,4% HDH p < 0,0001) son atendidos en SU mientras que los que presentan ascitis son atendidos en HDH (62,8% HDH vs 15% SU, p < 0,001). En cuanto a los procedimientos realizados, observamos que en HDH se realizan más paracentesis que en SU (75,6% HDH vs 47,8% SU, p < 0,001) y menos analíticas (63,2% HDH vs 96,1% SU p < 0,0001) y radiografías (11,3% HDH vs 70% SU p < 0,0001)

**Conclusiones.** La mayoría de consultas de enfermos con CH se realizan en HDH. Los factores predisponentes para acudir al SU son el estado civil no casado, el horario (fin de semana) y las descompensaciones graves, como la hemorragia digestiva alta y la encefalopatía hepática.

## V-91

### HEMATURIAS RELACIONADAS CON LA TOMA DE FÁRMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES

**P. Safont Gaso, R. Andrés Navarro, M. Matarranz del Amo, M. Toledano Navarro, A. Martínez Baltanás, E. López Calleja, P. Wikman Jorgensen y J. Merino Sánchez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Los fármacos antiagregantes y anticoagulantes son fármacos muy utilizados en la medicina moderna. Sus efectos terapéuticos se relacionan con cambios en la hemostasia induciendo disfunción plaquetaria o hipocoagulación. Debido a esto, las hemorragias son uno de los efectos adversos más frecuentes. La mayoría de las veces dichos sangrados ocurren en el tracto gastrointestinal, pero pueden aparecer en otras localizaciones. Nos planteamos estudiar la prevalencia y las principales características de los pacientes con hematuria relacionadas con la toma de tratamiento antiagregante o anticoagulante en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre los últimos 186 pacientes ingresados en nuestro hospital debido a hematuria. Hemos elaborado un cuestionario con 43 ítems para analizar sus principales rasgos. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS 13.0. Utilizamos como variables, la media y la desviación estándar para variables con distribución Gaussiana y la mediana con el rango intercuartílico para las variables cualitativas. Se analizaron con el test de  $\chi^2$  las variables cualitativas y con la t Student las variables cuantitativas.

**Resultados.** De los 186 pacientes con hematuria 59 (31.72%) estaban tomando antiagregantes o anticoagulantes. Su edad media fue de 77.39  $\pm$  9.36 años; 51 de ellos (86.4%) fueron hombres. La medicación usada fue AAS en 29 pacientes (49.2), Clopidogrel en 18 (30.5%) y Acenocumarol en 17 (28.8%). De acuerdo con las

Guías clínicas recientes en 10 pacientes (16.95%) el uso de dichos fármacos era discutible

**Discusión.** Hasta el momento actual la literatura no había recogido una relación entre sangrados urológicos y la toma de fármacos antiagregantes o anticoagulantes. Hemos planteado un estudio descriptivo donde queríamos conocer las características clínicas de los pacientes ingresados con hematuria. Nuestro estudio mostró una mayor incidencia de hematuria en pacientes varones de edad avanzada y la causa más frecuente se debió a hipertrofia benigna de próstata y tumores vesicales. Estos resultados son concordantes con la literatura. Nos parece conveniente en todo paciente que presente hematuria buscar una causa adyacente patológica a pesar de estar en tratamiento antiagregante o anticoagulante.

**Conclusiones.** Encontramos una relación estrecha entre la toma de tratamiento antiagregante o la terapia anticoagulante y la aparición de episodios de hematuria. Debería considerarse como uno de sus principales factores de riesgo. Además, en más de un sexto de dichos casos, el tratamiento con dichos fármacos puede considerarse controvertido.

## V-92

### ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA: RELACIÓN ENTRE GRASA HEPÁTICA, ESTADO NUTRICIONAL Y CITOCINAS

**E. González Reimers<sup>1</sup>, J. López Prieto<sup>1</sup>, A. Castellano Higuera<sup>2</sup>, A. López Lirola<sup>1</sup>, M. Alemán Valls<sup>1</sup>, M. Martín Corriente<sup>3</sup>, H. Álvarez Argüelles<sup>3</sup> y F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía, Anatomía Patológica e Histología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** La esteatosis hepática es un fenómeno que se aprecia en alcoholicos y en otras circunstancias, entre ellas la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico. El papel patogénico de la presencia concomitante del virus C de la hepatitis no es bien conocido. La acumulación de grasa en el hepatocito es un marcador de la progresión de la lesión hepática. Al servir de sustrato para los radicales pro-oxidantes se genera un proceso inflamatorio, habiéndose acuñado el término esteatohepatitis para designar a esta entidad. En el no alcoholico parece relacionarse con un aumento de movilización de ácidos grasos desde el tejido adiposo al hígado; en el alcoholico parece que el efecto inhibitorio del etanol sobre la síntesis y oxidación de ácidos grasos y la exportación de triglicéridos juega un papel. Por ello hemos analizado la relación entre la cantidad de grasa cuantificada en la biopsia por métodos histomorfométricos y parámetros antropométricos, así como citocinas y pruebas de función hepática

**Material y métodos.** Estos parámetros fueron medidos en 36 pacientes no alcoholicos, de 43.5  $\pm$  8.25 años, y en 23 pacientes alcoholicos de similar edad y sexo, todos ellos afectos de hepatitis C. **Resultados.** En los no alcoholicos el pliegue tricípital y el perímetro braquial no guardaban relación con la cantidad total de grasa presente en el hígado, relación que sí se establecía con el perímetro de cintura (r = 0.56, p < 0,001) y el índice cintura/cadera (p = 0.53, p < 0,001). En los alcoholicos no hubo relación alguna con el perímetro abdominal ni con el índice cintura/cadera, ni con la ingesta media de alcohol ni con la función hepática, ni tampoco con los niveles de citocinas como TNF-alfa, IL-6, IL-4, IFN- $\gamma$  o adiponectina. En cambio, en ambos grupos se encontró una relación significativa con los niveles del inhibidor tisular de la metaloproteínasa (TIMP-1).

**Conclusiones.** Estos resultados sugieren diferente grado de dependencia de la esteatohepatitis de la grasa corporal y de su distribución en no alcoholicos y en alcoholicos.



**V-93**

**INVESTIGACIÓN MOLECULAR APLICADA EN LAS FAMILIAS CON POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF) DEL FOCO BALEAR**

**L. Gil Alonso<sup>1</sup>, C. Nadal Martí<sup>1</sup>, T. Bosch Rovira<sup>1</sup>, M. Munar-Qués<sup>2</sup>, J. Zabay Becerril<sup>2</sup>, C. Viader Farré<sup>2</sup>, J. Mulet Ferrer<sup>2</sup> y J. Forteza-Rey Borralleras<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>2</sup>Grupo de Estudio del foco balear de la PAF. Grupo de Estudio del foco balear de la PAF (Illes Balears).

**Objetivos.** Conocer la epidemiología global de los familiares consanguíneos del foco balear de la PAF y en especial de los portadores asintomáticos

**Material y métodos.** Estudio descriptivo desde principios del año 1986 hasta diciembre del 2006 de familiares consanguíneos asintomáticos del foco balear de la PAF en los que se ha realizado la investigación molecular (proteómica y genómica). Se incluyen 50 familias de las 55 existentes (5 rehusaron el estudio). Recogida de datos a través del protocolo denominado "consejo genético integral" que consiste en obtener información sintetizada a través de la entrevista con el paciente, árbol genealógico familiar y selección de pacientes para la investigación molecular proteómica (marcador bioquímico: TTRMet30) por técnica ELISA con anticuerpos monoclonales específicos y genómica (detección de la mutación TTRVal30Met) por técnica de PCR.

**Resultados.** Se ha realizado el estudio a 307 familiares consanguíneos: 56 ascendientes (18%), 91 colaterales (30%) y 160 descendientes (52%), entre los que se han detectado 125 portadores asintomáticos (41%): 17 ascendientes, 29 colaterales y 79 descendientes. Del total de portadores, el 52% fueron mujeres. Todos ellos han presentado la mutación TTRVal30Met y han sido heterocigotos. Según el antecedente de PAF en los probandos de las 50 familias estudiadas un 40% fueron familiares frente a un 60% aislados. El origen de la mutación ha sido paterno en el 46% de los portadores, materno en el 32% y desconocido en el 22%. Se practicó el rastreo por décadas predominando la 2ª, 3ª y 4ª décadas. La edad media de los portadores fue 35,3 ± 1,9 (1-87), mediana 31. Fallecieron durante el estudio 11 portadores (8,8%). La edad media fue 73,1 ± 5,3 (36-91), mediana 76. La incidencia ha sido de 11,98 portadores por 100.000 habitantes y la prevalencia de 11,38 portadores por 100.000 habitantes. Fueron portadores el 64% de los hijos de progenitores con PAF y el 48% de los hijos de progenitores portadores. En el 47,9% de progenitores con PAF y en el 35,7% de progenitores portadores el 100% de sus hijos fueron portadores. De los 125 portadores 29 desarrollaron PAF (23%). El inicio clásico de la enfermedad se observó en el 69%. La edad media fue 39,7 ± 3,3 (20-76), mediana 33. La anticipación en la edad de inicio fue positiva en el 77%. Se realizó trasplante hepático (TXH) en 22 pacientes (75%). Falleció 1 paciente. La supervivencia estimada fue 95%. El intervalo de edad desde el inicio de la PAF hasta el trasplante fue entre 1 y 3 años en 20 pacientes. El trasplante hepático dominó (DTXH) se realizó en 17 pacientes (77%).

**Discusión.** El 40% de familiares rechazó la investigación molecular. Es llamativo el predominio de casos aislados (60%). La variante TTRMet30 suele presentar un curso clínico menos agresivo en los pacientes respecto a otras variantes amiloidogénicas menos frecuentes y por otra parte el trasplante hepático es más agradecido. Hasta la fecha sólo se ha detectado la variante TTRMet30, aunque en el futuro es posible la aparición de nuevas variantes en el foco balear.

**Conclusiones.** La prevalencia de portadores en el foco balear fue de 11,38 por 100.000 habitantes. Todos ellos han presentado la mutación TTRVal30Met y han sido heterocigotos. De los 307 familiares consanguíneos rastreados se han detectado 125 portadores asintomáticos y han iniciado la PAF 29 (23%). La anticipación en la edad de inicio fue positiva en el 77%. Se ha realizado TXH en 22 pacientes (75%). El DTXH se practicó en el 77% de ellos. El intervalo entre la edad de inicio de la PAF y el TXH fue entre 1 y 3 años en el 91% de pacientes. La supervivencia fue 95%. Los resultados del TXH han sido mejores cuanto más temprana fue su realización. La PAF constituye un problema de salud pública en las Islas Baleares.

**V-94**

**EMBARAZOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. RESULTADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**R. Acal<sup>1</sup>, V. Ortiz-Santamaría<sup>2</sup>, A. Almuedo<sup>1</sup>, J. Cuquet<sup>1</sup>, M. Laya<sup>1</sup>, B. Muñoz<sup>1</sup>, A. Villagrasa<sup>1</sup> y E. Llargués<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Reumatología. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las incidencias de las mujeres con LES embarazadas en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Lugar: Hospital General de Granollers. Referencia: área de 3000.000 habitantes. Diseño: Retrospectivo (01/05-12/07). Se analizaron las características clínicas y analíticas de las pacientes con LES embarazadas durante dicho periodo, las complicaciones aparecidas durante la gestación y las características de los recién nacidos.

**Resultados.** En estos tres años, se han analizado 9 pacientes en las que se han producido 11 embarazos, resultando 9 recién nacidos y 2 abortos, siendo uno de ellos una interrupción legal del embarazo. Las características de las pacientes quedan recogidas en la Tabla 1. Las características de los partos y los recién nacidos quedan recogidos en la tabla 2.

**Conclusiones.** Dado que las pacientes con LES presentan mayor número de complicaciones materno-fetales durante y después de la gestación, se requiere un seguimiento estrecho y un abordaje multidisciplinar.

Tabla 1. Características de las embarazadas (V-94).

Edad media	29,7 años (23-34)
Años de diagnóstico previos al embarazo	6,1 años (0-18)
Ac antiDNA	8/9
Ac anticardiolipina	3/9
Ac antilúptico	2/9
Nº de abortos previos al Dx de LES	4 abortos en 3 de las 9 pacientes
	11 (9 RN vivos; 1 aborto, 1ILE)
	2/11
Brotos durante la gestación	2/11
Brotos durante el puerperio	1/9

Tabla 2. Características del parto y neonatos (V-94).

Semana de Gestación en la que se produce parto	37,5 semanas (37-39)
Partos vaginales	7/9 Inducidos 3/7 y Espátulas 2/7
Peso medio	2.630 g (2.360-3.560 g)
CIR	1/9
Complicaciones neonatales	1/9

**V-95**

**ALTERACIONES TIROIDEAS INDUCIDAS POR AMIODARONA**

**E. Casuso, J. Alonso, O. García Regata, D. Nan, C. Valero y J. Hernández Hernández**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** La amiodarona es un fármaco antiarrítmico ampliamente utilizado en la práctica clínica. Sin embargo se ha asociado, entre otros efectos secundarios, a alteración en la función tiroidea. El objetivo de este estudio es ver la prevalencia de estas alteraciones en pacientes que recibieron tratamiento con amiodarona durante su ingreso hospitalario. Como objetivos secundarios se establecieron: evaluar el manejo y la ver la evolución de estos pacientes en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que habían recibido amiodarona durante su ingreso en el hospital Universitario Marqués de Valdecilla de

Santander entre enero de 2002 y diciembre de 2003. Los pacientes se seleccionaron a través de la base de datos del Servicio de Farmacia del hospital. Se recogieron de forma protocolizada los datos clínicos, de laboratorio y exámenes complementarios en una base de datos informatizada. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron 1626 pacientes, 1027 varones (63,2%) y 599 mujeres. No se solicitaron hormonas tiroideas a 999 pacientes. De los 627 casos que disponían de al menos una determinación tras el inicio de la amiodarona, presentaron alguna alteración hormonal 155 pacientes, un 24,7%. De ellos, en 143 la indicación del antiarrítmico fue una fibrilación auricular (92%), en 9, una taquicardia ventricular (6%) y en 3 pacientes (2%) otras arritmias (2 flutter auriculares y una displasia arritmogénica del ventrículo derecho). En 68 pacientes (54%) se objetivó una cardiopatía hipertensiva, en 35 (28%) isquémica y en 20 (16%) valvular. Ocho casos tenían una tiroideopatía previa (5%). Se constató el uso de otros fármacos con potencial influencia en la función tiroidea en 8 pacientes (6 tratados con corticoides, uno con fenitoína y otro con haloperidol). Se objetivaron 61 hipotiroidismos (9,7%) y 51 hipertiroidismos francos (8,1%); 12 resultados hormonales discordantes (1,9%), 21 hipotiroidismos subclínicos (3,3%) y 10 hipertiroidismos subclínicos (1,6%). Un 35% de los pacientes presentaron síntomas característicos de disfunción tiroidea. Las manifestaciones más frecuentes fueron la astenia (33 casos, 26%) y la fibrilación auricular rápida (22 casos, 17%), aunque en ningún caso se objetivó una fibrilación "de novo". La ecografía se solicitó a 23 pacientes, encontrándose un incremento del tamaño glandular en 13 casos, un nódulo único en 5 y una disminución del tamaño tiroideo en un paciente. Se realizó una gammagrafía tiroidea en 17 casos y fue patológica en todos ellos. Se solicitaron Ac antitiroideos a 59 pacientes (58%) y fueron positivos en 13. La alteración tiroidea indujo al clínico a retirar la amiodarona a 81 pacientes (64%). Recibieron tratamiento con L-tiroxina 39 pacientes, metimazol 15, PTU 3, yodo 3, corticoides y combinación de betabloqueante con metimazol o PTU en un caso respectivamente. Recuperaron la función tiroidea normal 54 pacientes (35%) y quedaron con hipo o hipertiroidismo 26 pacientes respectivamente (17%). Un paciente falleció por un coma mixedematoso.

**Discusión.** Las alteraciones de la función tiroidea inducidas por la amiodarona son frecuentes en nuestra serie. En la mayoría de los casos no se solicitan hormonas tiroideas tras el inicio del antiarrítmico. Dichas alteraciones suelen ser paucisintomáticas y en un 34% de los casos las alteraciones tiroideas son duraderas en el tiempo a pesar de tratamiento adecuado y la retirada del antiarrítmico.

**Conclusiones.** A la luz de nuestros datos y los previamente publicados, recomendamos la realización periódica de hormonas tiroideas a los pacientes en los que se ha iniciado un tratamiento con amiodarona.

#### V-96

### CLAVES DE LA ATENCIÓN URGENTE REQUERIDA A LOS FACULTATIVOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, M. Almenera Escribano, M. Manjón, A. Rodríguez, R. Yeste, M. Muñoz y F. Molina

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** Analizar y descubrir las diferentes habilidades, los conocimientos y recursos necesarios para poder solventar las diversas necesidades de atención médica que de manera urgente se presenten en los usuarios ingresados en cualquier especialidad médica y/o quirúrgica cuya atención urgente corra a cargo de un servicio de medicina interna. Conocer los parámetros más comunes en los que se enmarca dicha atención lo que permitirá adquirir una serie de habilidades y conocimientos de manera previa que permitan llevar esta atención con mayor comodidad y eficacia.

**Material y métodos.** Selección aleatoria de llamadas en periodo de atención complementaria y jornada nocturna relativas a usuarios cuyo facultativo de referencia en dichos períodos sea un miembro del servicio de medicina interna de cualquier categoría y recogidas en la historia clínica durante un periodo de un mes. Estudio retrospectivo. Estadística descriptiva.

**Resultados.** 250 llamadas registradas. Distribución por sexo: Varones: 47,4 Mujeres: 52,6. Edad media: 79,43 ± 5,2 años. Estancia media: 8,9 ± 4,27 días, con un mínimo de 5 y un máximo de 24 días. Distribución de llamadas por grupo etario: mayores 80 años: 23,7%, entre 80 y 70 años 47,4%, 70 y 60 años 2,6%, inferior a 60 años 26,4%. Motivos de las llamadas: Valoración de pruebas complementarias: 28,9%, Dolor de cualquier causa 14,8%, agitación psicomotriz 9,5%, sangrado digestivo 9,2%, solicitud familiar 7,2%, disnea 3,9%, focalidad neurológica 3,0%, síndrome coronario agudo 3%, alteraciones metabólicas 2,6%, mareo/sensación nauseas 2,2%, otros, 2,2% Del total de llamadas, 52,6% motivaron cambio de tratamiento. De los cambios, un 23,3% fueron BZD, 19,1% neurolépticos, 18,4% oxigenoterapia, un 13,6% aumento de analgesia de cualquier tipo, 10,8% cl. Mórfico, 9,4% corticoides, 5,4% el resto.

**Discusión.** La atención urgente es una actividad que exige una especial agudeza y una resolución pronta de los conflictos aparecidos. Además, las características de horario propios de dicha atención, con una disminución de plantilla y de las opciones reales de consulta, hacen que estos conocimientos sean particularmente valiosos.

**Conclusiones.** El manejo de la medicación neuroléptica y ansiolítica es una parte fundamental de la atención urgente de planta. Sus interacciones, efectos secundarios y contraindicaciones deben ser ampliamente dominados por los facultativos de atención urgente. El sangrado digestivo, pese a ser un hospital de tercer nivel, ocupa un lugar importante en la atención por parte de los internistas. La demanda familiar de atención y/o información es otro de los puntos importantes.

#### V-97

### ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO. REVISIÓN DE 10 CASOS

P. Guisado<sup>1</sup>, G. Fraile<sup>1</sup>, A. Domínguez<sup>1</sup>, F. Hidalgo<sup>1</sup>, I. Barbolla<sup>1</sup>, J. Patier<sup>1</sup>, M. García-Cosío<sup>2</sup> y A. Benito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Describir la presentación, evolución clínica, entidades asociadas y el tratamiento de la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

**Material y métodos.** Analizamos la evolución clínica de 10 pacientes de los archivos del Servicio de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal.

**Resultados.** La mayoría de los pacientes eran mujeres (n = 9) jóvenes, caucásicas, con una media de edad de 25 años. El cuadro semiológico presentaba una mediana de 23 días hasta el diagnóstico (con un rango de 7 a 180 días). Cuatro pacientes eran fumadoras activas y además tres de ellas tomaban anticonceptivos orales en el momento del diagnóstico. Además entre los antecedentes personales constaban intervenciones quirúrgicas en la esfera otorrinolaringológica en 4 pacientes: tres adenoidectomías y dos amigdalectomías. Únicamente dos pacientes presentaban una clínica infecciosa previa: una enfermedad por arañazo de gato en los meses previos y una gingivitis en la semana previa. Un paciente tenía un linfoma difuso B de alto grado de 18 meses de seguimiento y otra paciente tenía lupus eritematoso sistémico. Todos los pacientes presentaban una sintomatología clínica común: astenia (n = 3), artromialgias (n = 4), síndrome febril (n = 6) y adenopatías cervicales izquierdas (n = 2), derechas (n = 4) y supraclaviculares izquierdas (n = 2) o en varias estaciones ganglionares (n = 3). Las adenopatías se describen como dolorosas, fluctuantes, elásticas, no fijas, de escaso tamaño (1-2 centímetros) y que pueden crecer durante la evolución de la enfermedad (n = 3). Se realizaron cinco pruebas de la tuberculina que fueron negativas. La batería de pruebas microbiológicas fue únicamente positiva en el caso de un rash cutáneo asociado a la presentación clínica inicial en la que se detectó una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para virus herpes tipo 6 (HHV-6). Los estudios de imagen no revelaron anormalidades en otros órganos. Las pruebas de laboratorio no fueron específicas: hipocomplementemia (n = 2), linfopenia leve (n = 3), elevación de la velocidad de sedimentación globular (n = 3), LDH ligeramente elevada (n = 3) y anemia (n = 2). La mayoría de los pacientes (n = 6) presentaron una resolución espontánea de los síntomas en menos de 6 meses (una semana a 6 meses). Los otros cuatro pacientes precisaron de tratamiento con

esteroides 0.5-1.5 mg/kg/día para el control de la sintomatología. En ningún paciente fueron efectivos los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se observaron tres recaídas a los 6 meses del diagnóstico inicial, que fueron bien controladas con tratamiento esteroideo. **Discusión.** Se trata de una enfermedad autolimitada, de curso variable, con un curso clínico más prolongado que en los países asiáticos, quizá debido a su menor incidencia que obliga a un diagnóstico diferencial amplio. Es preciso la realización de una biopsia ganglionar para su correcto diagnóstico anatómico-patológico, aunque la punción citológica puede ser muy indicativa de esta patología. No está claramente relacionado con procesos infecciosos previos. Aunque los AINES se consideran como un primer escalón terapéutico, no han presentado ninguna utilidad en nuestros pacientes. Los corticoides a dosis intermedias deben instaurarse ante la ausencia de control de los síntomas, requiriendo tratamientos menores de 6 meses. **Conclusiones.** Es una entidad clínica rara, que no suele precisar tratamiento. Se puede asociar a otras enfermedades sistémicas (lupus, linfomas), por lo que los pacientes precisan de seguimiento. La necesidad de instaurar tratamiento con corticoides estará guiada por la ausencia de control de la sintomatología clínica del paciente.

**V-98**  
**PREVALENCIA DE FAVISMO EN LA POBLACIÓN INGRESADA POR ANEMIA HEMOLÍTICA HEREDITARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA (2006-2007)**  
**M. Abdilla Bonías, C. Clep, Z. Pla Espinosa**  
**y M. Fernández Garcés**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera (1). Alzira (Valencia).*

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de favismo en los pacientes ingresados por anemia hemolítica hereditaria en el Hospital Universitario de La Ribera durante los años 2006-2007, así como características asociadas a dichos episodios.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional descriptivo. Definición de caso: pacientes ingresados entre 2006-2007 por episodio hemolítico agudo tras ingesta de habas frescas, habiéndose descartado otras causas (toma de fármacos y agentes tóxicos). Variables estudiadas: edad, sexo, antecedentes familiares, área de procedencia, clínica del episodio, analítica al ingreso, déficit G6PD, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se incluyeron 10 pacientes del total de 29 ingresos por anemia hemolítica hereditaria, siendo el 40% hombres, con una media de edad de 54,8 años, perteneciendo el 90% al área mediterránea y presentando antecedentes familiares conocidos de favismo en un 80%. El 50% acudieron a urgencias por presentar clínica digestiva. El 80% de los pacientes presentó ictericia. Seis pacientes presentaron hemoglobinuria o coluria. Dos de los pacientes fueron transfundidos durante el ingreso. Analíticamente, en el 50% de los casos se demostró DG6PD. En el resto de casos, no se observó déficit de G6PD o se perdió el contacto con el paciente, siendo uno de estos pacientes familiar de otro paciente incluido en el estudio en el que sí se demostró déficit de G6PD. Todos fueron tratados con ácido fólico. Ningún paciente falleció por dicha causa ni precisó reingresar por presentar un nuevo episodio de anemia hemolítica. La estancia media fue de 3'5 días (mediana 3).

**Discusión.** Las anemias hemolíticas hereditarias (transmisión ligada al cromosoma X; siendo la madre habitualmente portadora heterocigota) pueden deberse a defectos congénitos en la membrana del hematíe, las enzimas o la hemoglobina. El déficit de G6PD es el defecto enzimático más frecuente en la vía de la hexosa-monofosfato, representando el favismo una minoría de DG6PD, en la que los pacientes son extraordinariamente sensibles a las habas (Vicia fava) frescas, sufriendo una anemia hemolítica fulminante tras la exposición. El favismo es una enfermedad infrecuente, caracterizado por un cuadro hemolítico brusco o gradual (24-48 h) tras la ingesta de habas, caracterizado por malestar general, dolor abdominal, astenia, ictericia (que presentaron 8/10 pacientes), orina colúrica...siendo frecuente la esplenomegalia (no observándose en ninguno de nuestros pacientes), y con menor frecuencia, formas más graves que cursan con fracaso renal, hemoglobinuria o shock. Ante cualquier crisis hemolítica, debe investigarse su causa, analizando la determinación de G6PD y exposición a agentes oxidantes: antipalúdicos, sulfami-

das, nitrofurantoina, acetanilida...y alimentos como habas, guisantes o espárragos. Como la hemólisis suele desaparecer espontáneamente, la mayoría de los pacientes no precisa tratamiento específico, estando rara vez indicada la transfusión de sangre. Sin embargo, dos de nuestros pacientes precisaron transfusión, en uno de los casos debido a la hemólisis progresiva durante el ingreso. Aquellos pacientes con hemólisis intensa deben tomar diariamente suplementos de ácido fólico (1 mg/día). Todos los pacientes fueron tratados con ácido fólico, coincidiendo con lo observado en la literatura científica. **Conclusiones.** La prevalencia de favismo en el Área de Salud 11 de la Comunidad Valenciana, correspondiente al H.U. La Ribera (Prevalencia 2006-2007 de 4,006) es una de las más altas de España. Puede existir un falso negativo en el análisis de la G6PD si la extracción se realiza muy cercana al episodio hemolítico, recomendándose repetir las pruebas cuando se recupere el paciente. Todos los casos detectados, ocurrieron entre los meses de marzo y mayo, coincidiendo la primavera con el periodo de cosecha de habas. En nuestro estudio no se observó una asociación estadísticamente significativa.

**V-99**  
**VALOR PRONÓSTICO DEL SELENIO SÉRICO EN PACIENTES ALCOHÓLICOS**

**A. Martínez Riera<sup>1</sup>, L. Galindo Martín<sup>2</sup>, M. Sánchez Pérez<sup>1</sup>, J. Alvisa Negrín<sup>1</sup>, M. Rodríguez Gaspar<sup>1</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup>, A. Pérez Ramírez<sup>1</sup> y J. Armas González<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica y Análisis Clínico. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).*

**Objetivos.** En los alcohólicos la exposición de las células de Kupffer a gram negativos de origen intestinal incrementa la producción de radicales libres, lo que a su vez incrementa la secreción de citocinas, creando un asa de retroalimentación positiva de contribuye a agravar aún más la lesión hepática. Determinados elementos traza, como el selenio, son cofactores de enzimas antioxidantes.

**Material y métodos.** En el presente estudio hemos determinado los niveles de selenio plasmático en 76 alcohólicos, 34 de ellos cirróticos, y 16 controles de similar edad y sexo, 68 de los cuales fueron seguidos durante una mediana de 38 meses, habiendo fallecido 17 durante ese periodo.

**Resultados.** Encontramos que los niveles de Se eran más bajos en alcohólicos que en controles, y guardaban relación con la actividad de protrombina ( $\rho = 0.26$ ,  $p = 0,023$ ) y el estado nutricional subjetivo ( $\chi^2 = 5.17$ ,  $p < 0,001$ ), más estrechamente con este parámetro (análisis de regresión logística). Los pacientes que fallecieron presentaron Se más bajo que los supervivientes. Niveles de Se por encima de la mediana se relacionaron con una mejor supervivencia (curvas de Kaplan-Meier y log-rank test = 7.52,  $p < 0,01$ ), aunque, utilizando la regresión de Cox, la actividad de protrombina desplazaba al selenio como factor pronóstico.

**Conclusiones.** Concluimos por lo tanto que el selenio está más bajo en alcohólicos, que depende sobre todo de un mal estado nutricional, y, en segundo lugar, de la severidad de la disfunción hepática, y que se relaciona con la mortalidad, aunque en el análisis multivariante se ve desplazado por la protrombina.

**V-100**  
**PREVALENCIA Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR CARCINOIDE EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA**

**E. García González, A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, M. Raffo Márquez, F. Díaz Narváez, G. Granados Reyes, M. Rodríguez Amigo y M. Pérez Tristanchó**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.*

**Objetivos.** Los carcinoides son tumores neuroendocrinos, que son por lo general asintomáticos o hallazgos en laparotomías. Los tumores carcinoides, caracterizados por su lento crecimiento y curso más benigno que los adenocarcinomas, asientan preferentemente en el tracto digestivo (90%), y con menor frecuencia en pulmones y ovarios. Dentro del tracto gastrointestinal, se localizan fundamentalmen-



te en el apéndice e íleon distal, aunque se aprecia en los últimos años un incremento en la localización rectal, sobre todo en los enfermos de mayor edad. El objetivo de nuestro trabajo consiste en describir la prevalencia y localización del tumor carcinoide en el Hospital Infanta Elena de Huelva desde 1998 a 2008, y correlacionar estos hallazgos con la literatura.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de tumor carcinoide de cualquier localización desde 1998 hasta 2008 en nuestro hospital.

**Resultados.** Se han detectado 25 casos de tumor carcinoide en el periodo estudiado (10 años), de los cuales 12 pacientes fueron varones, y 13 mujeres. La edad media fue de 45 años, aunque la edad de presentación variaba desde los 11 a los 82 años. En 13 casos (52%), el tumor carcinoide estaba localizado en el apéndice cecal, siendo un hallazgo tras apendicectomía por proceso apendicular agudo en todos los casos. 3 tumores (12%) estaban localizados en cualquier tramo del intestino grueso, otros 3 casos (12%) en recto, y otros 3 (12%) en duodeno. Recogimos 2 casos (8%) en estómago, y 1 caso en íleon (4%). No hemos encontrado casos de tumores carcinoideos en localizaciones distintas al tracto gastrointestinal en nuestro hospital desde 1998 a 2008. El caso del tumor localizado en íleon fue el más agresivo, infiltrando todas las capas intestinales y produciendo metástasis en serosa de apéndice e hígado; produciendo el llamado Síndrome Carcinoide.

**Discusión.** La incidencia total de los tumores carcinoideos manifestados clínicamente en EEUU ha sido estimada en 1-2 casos cada 100.000 habitantes. Un estudio sueco, en el que la frecuencia de los carcinoideos fue calculada sobre la base tanto de especímenes quirúrgicos como de autopsias en una sola ubicación geográfica, reportó una incidencia de 8,4 casos cada 100.000 personas. Un estudio a nivel nacional en Suecia reveló una incidencia de 2/100.000 para los hombres (sitio principal: intestino delgado) y 2,4/100.000 para las mujeres (sitio principal: apéndice). Una revisión de los autores Modlin y Sandor del National Cancer Data Registry muestra que sobre 8305 tumores carcinoideos estudiados, 74% estaban localizados en el intestino y 25% en el sistema pulmonar. Los tumores carcinoideos del tracto gastrointestinal son generalmente de crecimiento lento pero algunas veces son agresivos. Existe una buena correlación entre el tamaño del tumor y la expansión metastásica. Tumores menores de 1 cm de diámetro raramente forman metástasis, mientras que los tumores mayores de 2 cm casi siempre metastatizan a los nódulos linfáticos regionales y al hígado. El síndrome carcinoide ocurre en menos del 10% de pacientes con tumor carcinoide, con una incidencia de 7-13 casos/millón de habitantes/año.

**Conclusiones.** Se trata de una patología infrecuente, en ocasiones infradiagnosticada. Entre nuestros pacientes no hemos encontrado casos de tumores carcinoideos fuera del tracto gastrointestinal como se describe en la literatura, lo cual puede ser debido a que en nuestro hospital no existe unidad de Cirugía Torácica, aunque sí se toman biopsias transbronquiales mediante fibrobroncoscopia. En cuanto a los demás datos encontrados en nuestro estudio (la diferencia encontrada entre varones y mujeres -prácticamente inexistente-, la edad de presentación -cualquier edad, siendo la edad media la cuarta o quinta década de la vida-, así como la localización más frecuentemente encontrada dentro del tracto gastrointestinal -el apéndice-), no hemos encontrado diferencias significativas con respecto a lo descrito en la literatura.

#### V-101

#### LA CAPILAROSCOPIA EN EL FENÓMENO DE RAYNAUD J. Fernández Rodríguez, I. Fidalgo López, M. Gallego Villalobos, H. Suárez Casado, L. Trapiella Martínez y J. Díaz López

Servicio de Medicina Interna (Consulta de Enfermedades Autoinmunes). Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Determinar mediante estudio capilaroscópico las lesiones vasculares periungueales de los pacientes con Fenómeno de Raynaud (FR) clínico. Clasificar según los criterios de Le Roy y Medsger en FR Primario y Secundario, así como su relación con procesos autoinmunes asociados.

**Material y métodos.** Estudio transversal retrospectivo de los prime-

ros pacientes con FR (asociado o no a un proceso autoinmune conocido) a los que se les ha practicado Capilaroscopia en nuestra Unidad desde su inicio en Mayo de 2006 hasta Mayo 2008. Estos pacientes fueron remitidos desde la Consulta de Enfermedades Autoinmunes (94.5%), otros Servicios del propio Hospital (4.4%), así como de otras Áreas Sanitarias de la Comunidad (0.9%). Se disponía de otros datos clínicos y analíticos habituales en su primera valoración. Se utilizó capilaroscopia y se clasificó según los criterios de Le Roy y Medsger en FR primario y secundario.

**Resultados.** Se examinaron 96 pacientes, 84 mujeres (87,5%), con edad media de 50,44 (rango 19-84). De ellos, 63 (65,6%) tenían diagnóstico previo de colagenopatía y 33 (34,4%) se trataba de FR aislado. De estos 33 pacientes, 14 presentaban ANAs positivos, 12 ANAs negativos y en 7 no estaban determinados. El estudio capilaroscópico coincidió con el diagnóstico clínico en 13 (39,4%) de los 33 y de estos 4 tenían además ANAs positivos sólo. El resto, 20 (60,6%) cumplía criterios de Raynaud 2º, siendo 6 sugestivo de esclerodermia y 14 inespecíficos (1 sugestivo de CREST, 3 de Lupus, 1 de síndrome antisintetasa). La capilaroscopia estableció que en 22 casos no había lesiones, en 66 si y en 7 no quedó claro; en estos 22, están los 13 ya diagnosticados antes de FR primario y los 9 restantes tenían un diagnóstico anterior de enfermedad autoinmune: 2 lupus, 2 esclerodermia, 2 colagenopatía indiferenciada, 1 sarcoidosis, 1 vasculitis, 1 enfermedad mixta del tejido conectivo.

**Discusión.** Los FR primario se confirman en casi el 40% de los casos y el 60% restante cumple criterios de FR secundario (En la literatura se encuentran proporciones de incluso un 70% de primarios frente a un 30% de secundarios) probablemente porque la mayoría de los pacientes proceden de la Consulta de Enfermedades Autoinmunes. El 41% (9 de los 22 sin lesiones en el capilaroscopia) estaban etiquetados previamente de colagenopatía. Por otro lado de los 33 FR primario la capilaroscopia fue patológica en 20 (60,6%) pasando a ser etiquetados de FR 2º. Siendo estrictos con los criterios de Le Roy Medsger sólo 9 (pues 4 de los 13 (39,4) FR primarios tenían ANAs positivos) de los que fueron enviados etiquetados como FR primario mantuvieron el diagnóstico. Se estima que un 10-20% de los FR primarios (5% de la población) desarrolla una conectivopatía. La capilaroscopia tiene un valor predictivo positivo del 47% y negativo del 93% para detectar si el FR primario progresa a conectivopatía.

**Conclusiones.** Aunque el tamaño escaso de la muestra y el sesgo de procedencia de los pacientes no es el adecuado para establecer norma, en nuestra reciente experiencia y coincidiendo con lo reflejado en la literatura, se comprueba que el capilaroscopia es un método fundamental, acompañado de otros datos clínicos y analíticos para la correcta evaluación de un fenómeno de Raynaud, sobre todo en su evaluación inicial. Dado el valor predictivo del capilaroscopia para detectar si el FR primario progresa a conectivopatía, buen número de nuestros pacientes con FR primario en los que la capilaroscopia fue patológica, precisarán seguimiento evolutivo.

#### V-102

#### EL INTERNISTA COMO INTERCONSULTOR

C. Albaladejo Ortiz<sup>1</sup>, A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, G. Álvarez Sánchez<sup>2</sup>, B. Tudela de Gea<sup>2</sup>, M. Gandía Herrero<sup>1</sup> y F. Herrera Huerta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** La especialización de la medicina por una parte y la pluriopatología de los pacientes que ingresan en el hospital por otra, hace necesaria una visión global de la situación clínica. Es en éste punto en el que destaca la figura del internista-interconsultor como integrador de las diferentes especialidades. En nuestro hospital se inició éste proyecto de dedicación exclusiva de un internista como interconsultor, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial tanto en el área médica como quirúrgica.

**Material y métodos.** Un facultativo de medicina interna con un busca-personas para atender llamadas de planta y recibir las interconsultas. Dicho facultativo se ha dedicado a la valoración diaria de los nuevos pacientes y al seguimiento de aquellos que así lo han precisado.

**Resultados.** Se han valorado en seis meses un total de 191 interconsultas (IC). La media de seguimiento ha sido de 3-4 días (máximo 25

días y mínimo 1 día). El 64% fueron con carácter preferente, el 24% urgentes y un 12% ordinarias. Todas las IC urgentes y un 90% de las preferentes y ordinarias se valoraron el mismo día que se recibieron. En el área quirúrgica el Servicio de Cirugía General con 59 IC ha sido el que más peticiones ha realizado. En segundo lugar el Servicio de Traumatología con 55 IC pero con la salvedad de la existencia de una Unidad de apoyo a los pacientes con fractura de cadera, atendida por el mismo internista-interconsultor. Dicha Unidad la convierte en la especialidad quirúrgica con más apoyo por parte de Medicina Interna habiendo sido valorados en éstos 6 meses 114 pacientes con fractura de cadera, desde su ingreso hasta el día de su alta, presentando complicaciones el 57% de ellos. Le siguen los servicios de Urología con 12 y Otorrinolaringología con 11 IC. En el área médica son el Servicio de Cardiología con 28 y Psiquiatría con 10 interconsultas los que más demandaron la valoración del internista. En cuanto a los motivos de dichas interconsultas destacan por orden de frecuencia la insuficiencia respiratoria, la anemia, la infección respiratoria/neumonía, la insuficiencia cardíaca, la HTA, el síndrome confusional, el shock séptico y el mareo/síncope. En el 15% de los casos existe más de un motivo de consulta. Tras su valoración un total de 27 pacientes fueron trasladados al Servicio de Medicina Interna.

**Discusión.** La mayor parte de la actividad asistencial se ha desarrollado en el área quirúrgica favoreciendo una adecuada situación de los pacientes previa a la cirugía y una mejor atención y tratamiento de las complicaciones en el postoperatorio. En el área médica la actividad conjunta ha permitido el manejo de enfermos pluripatológicos o con patologías de difícil manejo por el especialista a cargo del paciente.

**Conclusiones.** La presencia de un médico internista con dedicación exclusiva como interconsultor del área medico-quirúrgica permite: 1. Una labor conjunta multidisciplinar 2. Una disminución del número de interconsultas a otras especialidades. 3. Una atención integral del paciente con mejor control de la morbilidad y tratamiento de las complicaciones motivadas por el ingreso.

### V-103

#### PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**G. López Larramona<sup>1</sup>, M. Galindo Andugar<sup>1</sup>, L. Fernández Clemente<sup>1</sup>, M. Elices Calzón<sup>1</sup>, A. Navarro Martínez<sup>1</sup>, A. Martín Castillo<sup>1</sup> y L. González Delgado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** 1. Conocer y analizar la situación de la prescripción de IBP en un Servicio de Medicina Interna, de acuerdo a las indicaciones facultativas y a las indicaciones aprobadas en las guías de práctica clínica. 2. Estudiar el porcentaje de casos en los que se prescribe IBP al alta, y comprobar si se ajustan a las indicaciones aprobadas. 3. Valorar si existe exceso de prescripción de IBPs al alta en los pacientes de nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los informes de alta correspondientes a un periodo aproximado de 5 semanas. Recogida de datos epidemiológicos, tratamiento IBP en domicilio y al alta e indicaciones según los facultativos y las guías de práctica clínica. Análisis estadístico con SPSS 13.0, con análisis descriptivo de las variables recogidas, así como tablas de contingencia para estudiar la distribución de variables categóricas (tratamiento IBP al alta e indicación aprobada).

**Resultados.** 1. Se estudiaron 77 altas (58'4% varones), edad media de 74.7 ± 15.7 años. 2. Prescripción de IBP al alta en 50 pacientes (64,9% de los casos revisados). 3. Omeprazol fue el IBP más prescrito, con 43 prescripciones (86% del total). 4. La indicación facultativa más frecuente fue la prevención de úlcus en pacientes con factores de riesgo (42,9% de los casos en que se prescribió IBP). Otras indicaciones fueron el tratamiento esteroide concomitante (14.3%) y tratamiento AINE (14.3%). 5. El 93,5% de los casos estudiados reunieron al menos un factor de riesgo potencial para desarrollar úlcus inducido por AINEs. 6. De acuerdo con las indicaciones aprobadas y recogidas en las guías de práctica clínica, un 39% de los pacientes dados de alta con IBP no deberían haber recibido este tratamiento.

**Discusión.** 1.- En el 39% de los pacientes a los que se prescribió tratamiento IBP, éste no estaba indicado. 2.- De acuerdo con las guías de práctica clínica un 27% de los pacientes dados de alta reunían criterios de prescripción de IBPs. 3. En la muestra estudiada, el tratamiento IBP se prescribió en un exceso de pacientes que no deberían haberlo recibido.

**Conclusiones.** 1. Se prescribió un mayor número de IBPs respecto a lo indicado en las guías clínicas. 2. Debemos valorar cuidadosamente la presencia de indicaciones para iniciar tratamiento IBP, con el objetivo de evitar prescripciones innecesarias.

### V-104

#### SERIE DE MIELOMA MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

**M. Soto, A. Ruedas, G. Fraile, C. Montalbán, J. Calleja, M. Moreno, M. Muro y G. Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Se presenta revisión retrospectiva de 53 casos de Mieloma Múltiple (MM) encontrados en los últimos 20 años en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal, clasificados según inmunoglobulina (Ig), características clínicas, de diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Se recopilan los datos mediante hoja estandarizada que incluye características clínicas (edad, sexo, enfermedades asociadas, discrasias sanguíneas, hipercalcemia, VSG, creatinina, proteinuria), de diagnóstico (biopsia de médula ósea-BMO-, inmunoelectroforesis sérica/orina-IEF-, RM, serie radiológica) y tipo de tratamiento recibido. Se distinguen los tipos: IgA, IgG, kappa, lambda, Bence-Jones, plasmocitoma. Se busca el término MM en la base informática hospitalaria encontrándose una población de 202 desechándose exitus (124); los MM descartados por biopsia de médula ósea, paraproteína asociada a virus hepatotropos o proceso linfoproliferativo y Amiloidosis 1ª (25), obteniéndose una muestra final de 53 casos. No se incluyen las gamma-patías monoclonales de significado incierto.

**Resultados.** En la serie de MM no se encuentran diferencias en sexo (predominio leve en varones), el 50% tenían más de 70 años, el tipo más frecuente era IgG (50%), kappa también en el 50%, 15% presentaban proteinuria Bence-Jones y plasmocitomas menos del 1%. Presentaban anemia y otras discrasias el 80% (35% tenían Hb menor de 10 g/dl; lo que equivale a un estadio II o III de Durie-Salmon), hipercalcemia 15%. La presentación clínica era dolor óseo en el 80%, asintomáticos (7%), fracturas patológicas (8%) y síndrome de hiperviscosidad (enfermedad tromboembólica venosa, insuficiencia cardíaca e hipercalcemia) 15%. El 1% eran estadio B de la clasificación de Durie-Salmon al diagnóstico realizado por BMO, excepto en un caso con médula ósea no infiltrada (proteína M, lesiones osteolíticas, plasmocitoma orbitario, hipercalcemia). El 1% se asociaba a otras enfermedades neoplásicas (próstata, vesical, mama). El tratamiento fue quimioterapia (Qtª) en el 99%, TMO (1), Bortezomib (1), Talidomida (3), HD (1), radioterapia-Rtª (14%) y sólo soporte (transfusiones, analgesia, bifosfonatos, calcio) en 2 casos.

**Discusión.** El MM se debe a la proliferación clonal de plasmáticas en la médula ósea con producción de paraproteína monoclonal y lesiones osteolíticas. Dentro de las complicaciones se encuentran las infecciones (más debidas a la Qtª que al mieloma) y sangrados, mientras que la hiperviscosidad es menos frecuente. En nuestra serie, el seguimiento se hizo mediante hemograma, IEF sérica/orina, inmunoglobulinas, beta2-microglobulina, proteinuria y valorando respuesta analgésica versus toxicidad por Qtª.

**Conclusiones.** El MM es una enfermedad muy tratable pero rara vez curable; su mortalidad ha disminuido con la Qtª. El diagnóstico se basa en la BMO, proteína M y la presencia de lesiones óseas. El estadije de Durie-Salmon se relaciona con la supervivencia pero no con la elección del tratamiento, que depende más de la edad, estado general, terapia previa y complicaciones. En general no se tratan los asintomáticos, con función renal normal y sin lesiones óseas. El verdadero reto es separar los MM en fase estable de los progresivos. El objetivo del tratamiento es disminuir la carga tumoral y revertir las complicaciones. En nuestra serie se comienza con Vincristina-Adriamicina-Dexametasona (VAD), Melfalan-Prednisona y en algunos casos seleccionados, con Talidomida-Dexametasona o

Bortezomib. Dado que son pacientes ańosos no son subsidiarios de trasplantes de médula ósea y se eligen agentes alquilantes (a diferencia de los jóvenes), obteniéndose la remisión completa sólo en el 3,5%.

#### V-105

##### ANÁLISIS DE LAS PRIORIDADES EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN. III: DISTRIBUCIÓN ANUAL

C. Santoro Martínez<sup>1</sup>, A. Rosa Jiménez<sup>1</sup>, F. Rosa Jiménez<sup>1</sup>, A. Muñoz Jofré<sup>1</sup>, P. Román Navarro<sup>1</sup>, M. Blanco Martín<sup>1</sup>, R. Prieto Mendoza<sup>1</sup> y J. Gutiérrez Cuadra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área de Hospitalización y Urgencias, <sup>2</sup>Área de Atención al Usuario. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete (Jaén).

**Objetivos.** 1. Analizar el patrón anual de solicitud de asistencia sanitaria urgente en nuestra comarca. 2. Analizar la estacionalidad en la distribución de prioridades en el Área de Urgencias.

**Material y métodos.** Se analizaron todas las solicitudes de asistencia sanitaria urgente en nuestro hospital desde el 1-Marzo-2007 hasta el 29-Febrero-2008. Todos los pacientes fueron sometidos a un sistema de triaje (o recepción, acogida y clasificación) estandarizado basado en la escala canadiense -CTAS-. Dicho triaje fue realizado por personal de enfermería especialmente preparado para dicho fin. Se recogieron los siguientes datos: prioridad (de 1 -más grave- a 5 -menos grave-), mes de la asistencia y estación del año correspondiente. Para la estacionalidad los días de corte se establecieron en 21 de marzo, 21 de junio, 21 de septiembre y 21 de diciembre. Los datos se tabularon en una base de datos Access 2000® para su posterior manejo estadístico (SPSS 13.0®). Se utilizaron el test de la t de Student y el test de ANOVA para la comparación de medias de distribución normal y los test de la U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis como tests no paramétricos. Día de la semana (laborable o festivo).

**Resultados.** El número medio de las solicitudes diarias de atención urgente fueron diferentes en función de los meses (ANOVA,  $p < 0'001$ ), con un mínimo en junio ( $46 \pm 9'9$ ) y un máximo en diciembre ( $75'9 \pm 24'1$ ). Sin embargo, la distribución de prioridades se mantuvo homogénea todos los meses, sin diferencias estadísticamente significativas. En el análisis de los datos según la estación, se observó una variabilidad de la demanda en función de las temperaturas. El número medio de visitas fue mayor en invierno ( $58'4 \pm 10'7$ ) y menor en verano ( $49'9 \pm 8'5$ ) (ANOVA,  $p < 0'001$ ). La distribución de prioridades no mostró diferencias estadísticamente significativas en función de la estación del año.

**Discusión.** La variabilidad en la solicitud de asistencia en función de la estacionalidad puede tener su explicación en una mayor incidencia en determinados meses de ciertas patologías. Motivos de consulta frecuentes en el Área de Urgencias, tales como cuadros febriles, gripales y pacientes con EPOC descompensados, son más frecuentes en invierno. Además, cabría esperar no solo un aumento en la demanda, sino también un aumento en la gravedad de los síntomas, sobre todo, si consideramos la demografía de nuestra comarca, con un importante porcentaje de pacientes mayores. Nuestros datos, sin embargo, no observan un incremento de la gravedad, manteniendo las prioridades más urgentes (1-2 y 3) una homogeneidad en todos los meses y estaciones consideradas.

**Conclusiones.** 1. Uno de los factores que más contribuye al aumento de la demanda en las Áreas de Urgencias es la estacionalidad. 2. En nuestra serie, el aumento de la demanda no implicaba, per se, una mayor incidencia de prioridades más graves.

#### V-106

##### LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAJAS COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE O ANTICOAGULANTE

P. Safont Gasó, A. Martínez Baltanás, E. López Calleja, M. Matarranz del Amo, P. Wikman Jorgensen, J. Peris García, R. Andrés Navarro y J. Merino Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y demográficas de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico al alta de hemorragia digestiva baja (HDB) relacionado con estos tratamientos. **Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo basado en la revisión de los informes de alta de los últimos 123 pacientes ingresados en nuestro hospital por HDB, analizando las relacionadas con esos tratamientos. Hemos elaborado un protocolo para caracterizarlos tras definir criterios de inclusión y exclusión. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** De los 123 pacientes con HDB, el 54,6% seguían tratamiento anticoagulante o antiagregante. 61 de ellos eran hombres (49,6%), con una media de edad de 71,8 años. El 22,8% eran fumadores, y el 8,9% bebían alcohol. Analizamos también la comorbilidad. Los fármacos implicados en el sangrado fueron: AAS (27,6%), Acenocumarol (20,3%), Clopidogrel (9,8%), Heparinas de bajo peso molecular (5,7%), Triflusal (1,6%) y Ticlopidina (0,8%), y habían sido usados como tratamiento de: fibrilación auricular (22%), ictus (9,8%), portadores de prótesis valvular (5%), ataque isquémico transitorio (4%), trombosis venosa profunda (2,4%), y embolismo pulmonar (2,4%). Hasta 6 pacientes seguían tratamiento con más de un fármaco antiagregante, 26 pacientes (21%) habían sufrido algún sangrado previo, y sin embargo 15 de ellos seguían un tratamiento antiagregante o anticoagulante. Según las Guías de Práctica Clínica actuales, en el 6,5% del total de pacientes, el uso de estos fármacos era controvertido. Por orden de frecuencia, las causas de sangrado fueron: divertículos colónicos (31,7%), hemorroides (16,3%) y cáncer de colon (9,8%). El sangrado fue tratado con medidas conservadoras en la mayoría de los casos, pero el 30,9% de los pacientes requirieron ser transfundidos.

**Discusión.** El sangrado digestivo es uno de los efectos adversos más conocidos del uso de antiagregantes y anticoagulantes. La mayoría de las veces ocurre en tramos altos (proximalmente al ángulo de Treitz), y es menos frecuente en tramos inferiores en los que su mecanismo de aparición es distinto, ya que en ellos no se debe a una agresión directa sobre la mucosa intestinal y se precisa la existencia de una lesión que lo favorezca. Hemos encontrado una alta incidencia de HDB relacionada con estos medicamentos, especialmente por AAS o Acenocumarol, sobre todo en ancianos con patología subyacente. Sus causas varían según las distintas series, siendo la presencia de una enfermedad diverticular la más frecuente, como también ocurre en la nuestra.

**Conclusiones.** Hemos encontrado un alto porcentaje de HDB como efecto adverso de estos tratamientos, especialmente en ancianos y cuando presentan co-morbilidad asociada. Algunas hemorragias podrían haberse evitado si se hubieran aplicado más estrictamente las indicaciones de estos tratamientos.

#### V-107

##### LA ANEMIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

D. León Durán, A. Álvarez Uría, E. Rodríguez Ávila, C. Cienfuegos Basanta, B. Rodríguez Díaz, D. Galiana Martín y S. Rubio Barbón

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Describir las características y el manejo de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna con diagnóstico de anemia: Epidemiología, antecedentes, pruebas complementarias empleadas, clasificación y tratamiento.

**Material y métodos.** Revisión del informe de alta de una muestra representativa de 80 pacientes sobre una población diana de 467 que fueron alta del servicio de Medicina Interna con diagnóstico, tanto primario como secundario, de anemia, entre el 1 de enero y el



31 de diciembre de 2007.

**Resultados.** De los 80 pacientes el 57,2% de los casos eran mujeres y el 42,5% varones. La edad media fue de 77.3 años (34-97a). La estancia media del ingreso fue de 11.3 días (2-63d). Las patologías más frecuentes fueron: HTA el 52.5%, DM el 33.75%, cardiopatía el 51.25%, enfermedad digestiva el 36.25%, respiratoria el 16.25%, renal el 15%, neoplasia el 11.25%, deterioro cognitivo el 10% y anemia el 23.75%. El 30% eran fumadores y el 18.75% eran consumidores de alcohol. El 37,5% consumían IBPs, el 35% antiagregantes, el 18.75% anticoagulantes orales y el 16.25% hierro oral. En cuanto a la gravedad, el 17,5% presentaba una hemoglobina inferior a 8 g/dl, el 41.25% de 8 a 10 g/dl y el 41.25% superior a 10 g/dl. El VCM fue inferior a 80 fl en el 35%, de 80 a 100 en el 52,5% y superior a 100 el 12.5%. El 26,5% presentaba leucocitosis, el 13.75% leucopenia y el 11,5% trombopenia. La cuantificación de reticulocitos no se realizó en el 56.25% de los casos, fue normal en el 40% y fue inferior a la normalidad en el 3.75%. El 22,5% presentaba una tasa de protrombina menor del 60%. La revisión del frotis al microscopio no se realizó en el 47,5% de los casos, y se apreció alteración morfológica en el 25%. El 36.25% de los pacientes presentaba insuficiencia renal, el 25% alteración electrolítica, el 41.25% alteración de las PFH y el 18.75% déficit de vitamina B12 y/o folato. En el 26.25% no se analizaron los depósitos de hierro y en el 43.75% no se analizó la TSH. En la radiografía de tórax había signos de Insuficiencia cardíaca en el 23.75% y neumonía en el 20%. La ecografía abdominal estaba alterada en el 25% y no se realizó en el 56.25%. Se realizó TC abdominal al 16.25% de los pacientes. Al 15% de los pacientes se les realizó gastroscopia, al 8.75% gastroscopia y colonoscopia y al 1.25% sólo colonoscopia. En cuanto al tratamiento durante el ingreso, el 26.25% de los pacientes recibieron transfusión sanguínea, siendo la Hb media de estos casos de 6.5 g/dl (2-10 g/dl), recibiendo una media de 2.6 unidades (1-7 u). La calcificación de las anemias diagnosticadas fue la siguiente: multifactorial 47.5%, ferropénica 22.5%, trastornos crónicos 25%, carencial 7.5% y hemolítica 1.25%. En el tratamiento pautado al alta el 50% de los pacientes recibieron IBPs, hierro oral el 37,5% y vitaminas el 11.25%. El diagnóstico principal del episodio fue neumonía el 22,5% de los casos, insuficiencia cardíaca el 20% y anemia el 16.5%. En los pacientes cuyo diagnóstico principal fue anemia, se realizaron endoscopias al 69,2% de los casos, ecografía abdominal al 69,2% y biopsias al 53.8%. La evolución fue favorable en el 26,5% de los casos, hubo recidiva en el 25%, fue desconocida en el 22,5% y fueron exitos el 26.25% (17,5% durante el ingreso).

**Discusión.** Los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna presentan múltiples patologías y tratamientos que pueden producir anemia, como se aprecia en nuestra serie. Como era esperable, la etiología más frecuente de la anemia era multifactorial, seguida de la anemia de los trastornos crónicos. En ocasiones el estudio de la anemia queda relegado a un segundo plano en relación con la patología que causó el ingreso, por lo que no se realizan las pruebas complementarias necesarias que permitan la clasificación exacta.

**Conclusiones.** 1. La anemia más frecuente en nuestro servicio es de causa multifactorial, seguida de la causada por trastornos crónicos. 2. El estudio es más completo en los pacientes con diagnóstico principal de anemia que en los que lo presentan como diagnóstico secundario. En este caso, la neumonía y la insuficiencia cardíaca son los diagnósticos principales más frecuentes.

#### V-109

### EVALUACIÓN PREDICTIVA DE UN MODELO DE PRONÓSTICO VITAL PARA LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA

**M. Martín Casado<sup>1</sup>, A. Martín Casado<sup>2</sup> y T. Martín Casado<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>2</sup>Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca. <sup>3</sup>I. E. S de Moratalaz. I.E.S. de Moratalaz (Madrid).

**Objetivos.** En medicina clínica los pronósticos, tácitos o explícitos, son muy importantes ya que influyen en la selección de pruebas diagnósticas, en decisiones de triaje, en la elección de un tratamiento, en la estratificación para enrolamiento en ensayos clínicos, en la evaluación de la calidad asistencial teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad, en la asignación de recursos y en la información a

pacientes y familiares. El objetivo de este trabajo es examinar el rendimiento predictivo de un modelo de pronóstico vital empleando la descomposición de la puntuación de probabilidad media y el denominado gráfico de la covarianza.

**Material y métodos.** En 86 pacientes consecutivos de una cohorte prospectiva con hemorragia intracerebral espontánea fueron calculadas las probabilidades de sobrevivir 30 días utilizando un modelo de regresión logística (1). Mediante la descomposición de la puntuación de probabilidad media o puntuación Brier ofrecida por Arkes et al. (2) y la elaboración a partir de la misma del gráfico de la covarianza se lleva a cabo la evaluación de la calidad pronóstica del modelo, complementando la información proporcionada por las medidas usuales de validación externa de los modelos pronósticos (3,4).

**Resultados.** El gráfico de la covarianza permite observar una medida global de la calibración (sesgo), una medida de la discriminación (pendiente) y una representación de la variabilidad (dispersión), así como estadísticos que describen el resultado medio, la estimación media con independencia del resultado y las estimaciones probabilísticas medias dadas a los dos grupos de resultados.

**Discusión.** El gráfico elaborado -con algunas semejanzas al diagrama de dispersión- es muy ilustrativo, no requiere mucho cálculo y se construye fácilmente sobre papel ordinario de gráficos o empleando algún entorno de análisis de datos y gráficos usual, como el utilizado por nosotros, R (5).

**Conclusiones.** La utilización del gráfico de la covarianza y de la descomposición de la puntuación de la probabilidad media aporta valiosa información adicional a los métodos habituales de evaluación predictiva de modelos estadísticos de pronóstico con variable de resultado binaria, corroborándose su importancia práctica.

**Bibliografía.** 1. Martín Casado M. Pronóstico vital y funcional de la hemorragia intracerebral espontánea. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca, 1999. 2. Arkes HR, Dawson NV, Speroff T, Harrel FE jr, Alzola C, Phillips R et al and the SUPPORT investigators. The covariance decomposition of the probability score and its use in evaluating prognostic model. *Med Dec Making* 1995;15:120-31. 3. Schumacher M, Graf E, Gerds T. How to assess prognostic models for survival data: a case study in oncology. *Methods Inf Med* 2003; 42:564-571. 4. Peek N, Arts DGT, Bosman RJ, van der Voort PHJ, de Keizer NF. External validation of prognostic models for critically ill patients required substantial sample sizes. *J Clin Epidemiol* 2007;60:491-501. 5. R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.Org>.

#### V-111

### ESTUDIO DESCRIPTIVO Y CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA EN LAS AUTOPSIAS DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**I. Novo Veleiro<sup>1</sup>, R. Merchán Rodríguez<sup>1</sup>, P. Benito García<sup>1</sup>, G. Alonso Claudio<sup>1</sup>, M. Aparicio Vaquero<sup>2</sup> y M. Ludeña de la Cruz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Fundamento: las autopsias clínicas se consideran uno de los mejores medios de control de calidad hospitalarios, sin embargo en los últimos decenios se ha observado un alarmante descenso en el número de autopsias clínicas. **Objetivos:** 1) Comprobar si esta tendencia se cumple también en nuestro hospital y más concretamente en nuestro servicio. 2) Analizar la correlación entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio retrospectivo de las autopsias realizadas a pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Salamanca desde enero de 1998 a junio de 2008. El servicio de Anatomía Patológica nos facilitó el global de las autopsias realizadas en nuestro hospital en el último decenio y de ese conjunto revisamos las historias clínicas que correspondían al Servicio de Medicina Interna. A través de la revisión de historias describimos las siguientes variables: sexo y edad de los pacientes, días de estancia hospitalaria, los diagnósticos clínico y anatomopatológico, el tipo de autopsia (era completa si

incluía la cavidad craneal) y el nivel de correlación clínico patológica (discrepancia). Se describe la correlación clinicopatológica diferenciando 3 categorías: 1/ discrepancia mayor, cuando el diagnóstico y tratamiento correcto hubiera supuesto que la evolución fuera más favorable; 2/ discrepancia menor cuando de su correcto diagnóstico clínico no se hubieran producido grandes diferencias en la evolución del paciente y 3/ concordancia completa.

**Resultados.** Encontramos 20 autopsias solicitadas por el Servicio de Medicina Interna de un total de 362 realizadas en el hospital en los últimos diez años (5,5% del total de autopsias). Catorce eran hombres (70%) y 6 mujeres (30%). La edad media fue de 62,4 años, la mediana de 68 años con los extremos entre 29 y 80 años. La media de estancia fue de 17,5 días. Los diagnósticos anatomopatológicos según la enfermedad fundamental causante de la muerte se clasificaron en 5 categorías: cáncer (8 casos, 40%), cirrosis hepática (4 casos, 20%), procesos vasculares (3 casos, 15%), infección (3 casos, 15%) y otros (2 casos, 10%). La correlación anatomopatológica fue la siguiente: discrepancia trascendental (4 casos, 20%), menor (7 casos, 35%) y concordancia (9, 45%). Dentro de los tipos de autopsia: 4 fueron completas, 15 incompletas y 1 sólo cerebral.

**Discusión.** En concordancia con lo descrito en la literatura tanto nacional como internacional observamos en nuestro hospital y en nuestro servicio que el número de autopsias realizadas es escaso. No es el objetivo de este estudio, pero habría que analizar cuáles son las causas de este descenso, entre las que ya se han descrito factores relacionados con el médico, con los familiares y con la organización hospitalaria. Respecto al grado de correlación clínico-anatomopatológica hemos encontrado un 20% de casos (similar a lo descrito en la literatura) en los que el diagnóstico correcto habría supuesto un cambio trascendental en la evolución de los pacientes. Sería interesante que todos los hospitales dispusieran de un comité de mortalidad hospitalaria del que formaran parte médicos internistas y anatomopatólogos, que, entre otras funciones, fomentara la realización de autopsias clínicas.

**Conclusiones.** 1. Escaso número de autopsias realizadas (5,5%). 2. La autopsia clínica continúa siendo un gran medio de control de calidad hospitalaria (20% de discrepancias trascendentales). 3. Tendría interés la creación de Comisiones de Mortalidad Hospitalaria

### V-112 DIAGNÓSTICOS DE HEPATOTOXICIDAD POR FÁRMACOS SOBRE 20.000 INGRESOS CONSECUTIVOS EN MEDICINA INTERNA

**J. Barquero Romero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.*

**Objetivos.** La hepatotoxicidad por fármacos es una reacción adversa frecuente, grave y potencialmente mortal. Los pacientes de Medicina Interna tienen un perfil de alto riesgo para toxicidad hepática por fármacos (THF), entre otras razones por que generalmente se encuentran polimedcados; por otra parte, esta circunstancias, junto con la existencia múltiples causas potenciales de daño hepático en estos pacientes, hace muchas veces difícil el diagnóstico de THF. Hemos querido conocer el perfil de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de THF.

**Material y métodos.** Sobre la base de datos del Servicio de Medicina Interna, con casi 20.000 informes de hospitalización consecutivos se extrajeron los casos con diagnóstico de THF, excluyendo los pacientes con infección VIH, infección por virus hepatotropos y hepatopatía crónica de cualquier origen. La relación de causalidad fue medida por la escala de Maria y Vitorino (1).

**Resultados.** Encontramos 13 casos, lo que supone una incidencia de 0,7/1.000 ingresos. La distribución por géneros fue mujeres 8 (61%) y varones 5 (39%). La variable edad presentaba una media de 60 años (IC 95% 54,8-65,2), mediana 67 y moda de 75. La estancia media fue 8,5 (IC 95% 7,1-9,9). El número medio de principios activos que tomaban los pacientes era 5,6 (IC 4,6-6,6). Los fármacos implicados fueron: sospecha múltiple (ansiolíticos, antidepresivos, Aines, ciprofloxacino, ceftriaxona) 3 (23%), tuberculostáticos (iso-inh-pirazimida) 2 (15%), amoxicilina-clavulánico 2 (15%) y 1 caso glimepirida, metrotexato, anticonceptivos orales, etanercept, meformina, dexibuprofeno (cada uno 7,5%). El hallazgo fue causal en 3

(24%), durante el seguimiento de otro proceso 5 (38%) y por síntomas en 5 (38%). En los casos sintomáticos las manifestaciones fueron ictericia, prurito, coluria, nauseas y vómitos. Por el tipo de lesión: 4 (31%) colestásica; 5 (38%) mixta; 4 (31%) hepatocelular. Los niveles medio (mediana) de GOT, GPT, GGT, Bilirrubina total y bilirrubina conjugada fueron: 318 (220); 435 (192); 338 (196); 3,4 (1,6); 2,2 (0,8). En cuanto a la causalidad medido por la escala de Maria y Vitorino (1): 1 (8%) probable; 8 (67%) posible y 3 (25%) dudosa. Dos pacientes, accidentalmente habían recibido por segunda vez un fármaco que ya les había provocado hepatotoxicidad. En ningún caso se realizó biopsia. Ningún paciente murió.

**Conclusiones.** La hepatotoxicidad por fármacos es un diagnóstico infrecuente en Medicina Interna, siendo el diagnóstico en muchas ocasiones accidental, en pacientes sin síntomas. Cuando debutan con síntomas los más frecuentes son ictericia y coluria. La relación de causalidad es media-baja. No se encontraron casos mortales. 1. Maria VAJ, Vitorino RMM. Development and validation of a clinical scale for the diagnosis of drug-induced hepatitis. *Hepatology* 1997; 26:664-9.

### V-113 PERMEABILIDAD INTESTINAL EN ENFERMOS CON CIRROSIS HEPÁTICA INFECTADOS POR VHC

**M. Soto Cardenas<sup>1</sup>, M. Montes de Oca Arjona<sup>1</sup>, M. Márquez<sup>1</sup>, C. Fernández<sup>2</sup>, C. Rodríguez Ramos<sup>3</sup>, M. Blanco<sup>3</sup>, M. Aranda<sup>3</sup> y J. Girón González<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Objetivos.** Análisis de la permeabilidad intestinal de enfermos con cirrosis hepática por VHC (LBP) y de la respuesta monocitaria (expresión de receptores de LPS, Toll-like 4 -TLR4-, síntesis de citocinas proinflamatorias -interleucina 6, IL-6- e receptor soluble de TNF- TNFr) a la misma.

**Material y métodos.** Fueron analizados 42 enfermos con cirrosis hepática por infección por VHC (16 compensados y 26 descompensados). Como grupos controles se seleccionaron 30 controles sanos. Se determinó la concentración sérica de LBP (quimioluminiscencia), la expresión monocitaria (CD14+) de receptores TLR4 (citometría de flujo) y la concentración sérica de IL-6 y TNFr (ELISA en sándwich). Los resultados son expresados como mediana (intervalo intercuartiles).

**Resultados.** Respecto a controles sanos, la concentración sérica de LBP está incrementada en enfermos cirróticos-VHC (3,5 (2,9-5,1) vs 9,9 (7,2-33,1) g/ml,  $p < 0,001$ ) y aumenta aún más en aquellos con cirrosis hepática descompensada (compensada, 8,2 (5,5-9,3) g/ml vs descompensada, 26,8 (9,1-43,5) g/ml  $p < 0,001$ ). De igual modo, observamos mayor expresión de TLR4, CD14s, TNFr e IL6 en los enfermos cirróticos-VHC compensados en relación con los controles sanos ( $p < 0,001$ ). Comparando los pacientes compensados (PC) con los pacientes descompensados (PDC) no observamos diferencias en relación a la expresión monocitaria [ TLR4 (PC, 37% (14,3-63,2) vs PDC, 46,4% (13,8-76,1);  $p = 0,644$ ) y CD14s (PC:9412 (3555-10975) g/ml vs PDC: 6030 (3845-10740) g/ml;  $p = 0,716$  ] pero si observamos mayor concentración de citocinas proinflamatorias [ TNFr: PC, 23475 (14365-27751) g/ml vs PDC: 71110 (25232-175350) g/ml -  $p = 0,004$ ; IL-6: PC, 5,34 (1,9-8,5) g/ml vs PDC: 32,1 (15,5-66,6) g/ml -  $p < 0,001$ ] en los pacientes descompensados. Observamos además, en enfermos cirróticos-VHC una correlación significativa entre las concentraciones séricas de LBP con IL-6 ( $r = 0,587$ ,  $p < 0,001$ ) y TNFr ( $r = 0,624$ ,  $p < 0,001$ ) y dichas moléculas se correlacionaron con el índice de MELD-Na (LBP:  $r = 0,445$ ,  $p = 0,006$ ; IL-6:  $r = 0,627$ ,  $p = 0,001$ ; TNFr:  $r = 0,412$ ,  $p = 0,02$ )

**Conclusiones.** En enfermos con infección por VHC con cirrosis hepática, se detecta un incremento de la permeabilidad intestinal siendo objetivable en estadios previos a la descompensación hepática y, probablemente, la activación monocitaria es máxima ya en la fase de cirrosis compensada. Este incremento de la permeabilidad intestinal y su respuesta, representado por la secreción de citocinas, es mayor en estadios de descompensación hepática y su incremento se correlaciona con la progresión de la enfermedad.

## V-114

**¿RESULTA RENTABLE HACER PAAF?**

**M. Martín Sánchez<sup>1</sup>, N. Bureo Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Arranz Carrero<sup>1</sup>, C. García Carrasco<sup>2</sup>, R. Álvez Pérez<sup>1</sup>, L. Morillo Blanco<sup>1</sup>, R. Morales Gómez<sup>1</sup> y D. Magro Ledesma<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Objetivos.** Valorar la rentabilidad de la PAAF como prueba diagnóstica. Así, como analizar nuestra actuación y coordinación con otros Servicios con el fin de mejorar ambos aspectos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina entre Abril de 2002 y Mayo 2008 en los que se realizó PAAF, mediante revisión de los informes de alta hospitalaria y de anatomía patológica. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS V15.0.

**Resultados.** De un número total de 4250 ingresos, se solicitaron 97 PAAF para estudio de diferentes patologías, llegándose a realizar 79 que fueron analizadas en este estudio. La edad media de los pacientes era de 65 años (de 22 a 90 años), con un porcentaje elevado de varones (78'5%). La estancia media fue  $18'71 \pm 12'18$  días, y un tiempo medio hasta el diagnóstico de 13'82 días. Se realizaron marcadores tumorales en el 48'1% de los pacientes. Las pruebas de imagen más utilizadas fueron la ecografía abdominal y el TAC toraco-abdominal, precisando recurrir a la PET-TAC en 3 ocasiones. Las localizaciones más frecuentes sobre las que se realizaron punciones fueron pulmón, hígado y adenopatías, por orden de frecuencia. El 72% de las PAAF fue diagnóstica, precisando realizar biopsia en un 22% de muestras dudosas, esta última confirmó el diagnóstico en un 91% de los casos. Sólo 3 pacientes sufrieron complicaciones secundarias al procedimiento. El carcinoma de pulmón no de células pequeñas (21'5%), metástasis de primario desconocido (19%) y las enfermedades no malignas (20'3%) fueron los diagnósticos más frecuentes. El 68'3% de los tumores presentaban metástasis al diagnóstico.

**Discusión.** Tras este estudio nos llama la atención el escaso número de PAAF realizadas en nuestros enfermos, demostrada su inocuidad y rentabilidad. Por otro lado creemos necesario una buena coordinación entre los diferentes servicios, para acortar el tiempo de diagnóstico, dado el elevado número de casos, que presentan neoplasias.

**Conclusiones.** La PAAF en nuestro estudio resulta bastante rentable, no superando como era esperable a la biopsia. Destaca el alto porcentaje de pacientes que presentaban metástasis en el momento de su ingreso, una gran mayoría de neoplasia de primario desconocido, por detrás del carcinoma pulmonar no de células pequeñas.

## V-115

**POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE ADH1B, ADH1C Y CYP2E1 Y CÁNCER DE COLON EN ALCOHÓLICOS EN POBLACIÓN CAUCÁSICA**

**E. Castellar<sup>1</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, M. Olona<sup>2</sup>, M. Broch<sup>3</sup>, C. Piqueras<sup>1</sup>, J. Llutart<sup>1</sup>, F. Vidal<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología Clínica, <sup>3</sup>Unitat Recerca. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** Estudios epidemiológicos han relacionado el consumo abusivo y crónico de alcohol con el riesgo de padecer cáncer. Sin embargo, no todos los pacientes alcohólicos desarrollan neoplasias. En este sentido, existen diferentes estudios sobre la relación entre los polimorfismos genéticos de las enzimas metabolizadoras del alcohol (ADH1B, ADH1C y CYP2E1) y el riesgo de padecer cáncer de diferentes localizaciones (tracto aerodigestivo superior, esófago, estómago, hígado, colon, mama) en pacientes alcohólicos. Los diferentes polimorfismos genéticos de dichas enzimas modulan diferencias individuales de la capacidad de metabolizar el alcohol. Pero los resultados publicados hasta ahora en población caucásica son contradictorios. En esta línea, hemos diseñado un trabajo para estudiar los polimorfismos genéticos de la ADH1B, ADH1C y CYP2E1 en pacientes alcohólicos con y sin neoplasia de colon, en una población enteramente caucásica.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio de casos y controles,

Tabla 2. Distribución por sexo de casos y controles (V-115).

Sexo	Casos n (%)	Controles n (%)	Total n (%)
Hombres	30 (90.9)	122 (86.5)	152 (87.4)
Mujeres	3 (9.1)	19 (13.5)	22 (12.6)
Total	33 (19)	141 (81)	174 (100)

siendo los casos pacientes alcohólicos con enfermedad neoplásica de colon, y los controles pacientes alcohólicos libres de enfermedad neoplásica. Se incluyeron 174 pacientes: 33 casos (enfermos alcohólicos con cáncer de colon) y 141 controles (enfermos alcohólicos libres de neoplasia). Se realizaron determinaciones de polimorfismos genéticos para ADH1B, ADH 1C, CYP 2E1 (Dra-I y Pst-I) mediante la técnica de fragmentos de restricción de longitud polimórfica (RFLPs). El análisis descriptivo de las diferentes variables se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y mediante la media y la desviación típica para las variables continuas. La variación en las frecuencias alélicas entre los grupos se analizó mediante el software GENEPOP. Las diferencias entre grupos se analizarán mediante pruebas de  $\chi^2$ , o test exacto de Fisher para las variables categóricas. Para las variables continuas, se utilizará el análisis de la varianza ANOVA.

**Resultados.** No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los polimorfismos genéticos estudiados en ambos grupos; pero sí se observó una tendencia a la significación en los portadores del genotipo ADH 1C 1\*1 para padecer neoplasia de colon.

**Discusión.** No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a los polimorfismos genéticos estudiados y el riesgo individual de desarrollar cáncer de colon en nuestra población caucásica. Sin embargo, en nuestro estudio se observa, con tendencia a la significación, que el alelo 1 de ADH1C es más frecuente entre pacientes alcohólicos con cáncer colorectal. Algunas de las series revisadas, hallan resultados similares. Sin embargo, otros autores no lo corroboran. Seguramente una de las explicaciones a este hecho es que juegan un papel importante las variaciones de polimorfismos existentes entre diferentes poblaciones.

**Conclusiones.** 1. Los polimorfismos genéticos de ADH1B, ADH1C y CYP2E1 (Dra-I y Pst-I) no están relacionados con el riesgo de cáncer colorectal en alcohólicos en una población caucásica. 2. Existe una tendencia a la significación en los pacientes alcohólicos portadores del alelo 1 del ADH1C a un mayor riesgo de padecer cáncer de colon. 3. Otros factores genéticos y ambientales deben jugar un papel relevante en la patogenia de dicho cáncer.

## V-117

**PANCREATITIS AGUDA: DISEÑO DE UN MODELO PRONÓSTICO**

**A. González Gasch<sup>1</sup>, G. García de Casasola Sánchez<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup> y C. Guijarro Herraiz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital San Jaime. Torrevieja (Alicante). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad multisistémica de consecuencias potencialmente graves con un curso clínico a menudo imprevisible. El objetivo de nuestro análisis ha sido diseñar una regla predictiva que permita la identificación precoz de pacientes que desarrollarán una PA complicada (PAC).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados por PA en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde enero de 2004 hasta diciembre de 2005. Se han analizado los factores clínicos y analíticos registrados durante las primeras 72 horas de hospitalización. La definición de PAC adoptada en nuestro estudio incluye un episodio de PA con cualquiera de las siguientes condiciones: ingreso hospitalario igual o superior a 11 días, necesidad de intervencionismo a nivel pancreático, estancia en UCI, índice radiológico CTSI igual o superior a 6 puntos o fallecimiento.

**Resultados.** Hemos incluido 308 episodios de PA. Los factores con



valor predictivo de PAC en el análisis univariado han sido: edad, comorbilidad asociada (cardiopatía y diabetes mellitus), etiología biliar de la PA, fiebre en el momento del ingreso, leucocitos, glucosa, urea, LDH, albúmina, calcio y PCR. En el análisis multivariado de regresión logística (RL) los elementos con valor predictivo independiente de PAC han sido: edad > 65 años, leucocitos > 13.000/mm<sup>3</sup>, albúmina < 2.5 mg/dL, calcio < 8.5 mg/dL y PCR > 150 mg/dL. Hemos elaborado una regla predictiva con una puntuación que oscila de 0 a 6 en base a los resultados del análisis de RL y a los coeficientes de regresión beta. El índice predictivo permite clasificar a los pacientes en diferentes grupos de riesgo de acuerdo con la puntuación obtenida: 0 puntos, bajo riesgo (0%), 1-3 puntos, riesgo moderado (19%) y 4 puntos o más, alto riesgo (73%). La sensibilidad de la fórmula es del 90% con una especificidad del 63%. Los valores predictivos positivo y negativo son 50% y 94% respectivamente.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia no todos los criterios de Atlanta se relacionan con un pronóstico desfavorable de la PA. Hemos empleado diferentes parámetros para definir una PA complicada en nuestro estudio. En base a esta definición hemos diseñado un índice pronóstico sencillo y económico que estratifica la gravedad durante las primeras 72 horas del ingreso hospitalario en tres grandes grupos de riesgo. El score tiene un alto VPN en pacientes que puntúan 0 y ofrece una aproximación del riesgo en los pacientes con 1 punto o más.

#### V-118

### ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y EN EL HOSPITAL

**L. Florit Serra<sup>1</sup>, L. Canadell Vilarrasa<sup>2</sup>, M. Monfort Cervera<sup>2</sup>, J. Spuch Sánchez<sup>1</sup>, R. Pardo Sánchez<sup>2</sup> y M. Mirón Rubio<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** Comparar el perfil de utilización de los antimicrobianos de la unidad de hospitalización a domicilio (HaD) versus el del hospital para un periodo de dos años consecutivos y evaluar el cambio en el perfil de utilización de los antimicrobianos en HaD tras la introducción de las bombas de infusión electrónicas programables y la elaboración de una guía de administración y preparación de la antibioterapia.

**Material y métodos.** Se analizaron los consumos anuales de antibióticos sistémicos (J01) durante los años 2006 y 2007 tanto para el global de la hospitalización como para la unidad de hospitalización a domicilio. Mediante el cálculo de las DDD (dosis diaria definida \*100 estancias) se estandarizó la utilización de estos fármacos durante el período evaluado.

**Resultados.** Fueron utilizadas 31 moléculas diferentes de las 42 disponibles en la guía fármaco-terapéutica del hospital (73,8%). No fue necesaria la adquisición de ningún antibiótico fuera del petitorio. Del 2006 al 2007 la utilización de antibióticos ha experimentado un incremento del 22,1% en HaD versus un 10,5% a nivel hospitalario. El antibiótico con mayor crecimiento interanual es para ambas situaciones piperacilina-tazobactam con un incremento del 87,3% y 59,2% respectivamente. La utilización de ertapenem en HaD se ha incrementado un 42% a diferencia de su uso en el medio hospitalario donde ha sido pactado su uso restringido (disminución del 12%). Sigue la tendencia al alza del uso de fluoroquinolonas en ambos ámbitos (incremento del 82% en HaD y 40% en hospitalización). Además de piperazilina-tazobactam, la introducción de dispositivos de infusión programables en HaD ha supuesto un incremento del 105% de la utilización de imipenem y una disminución del mismo porcentaje para meropenem (que se utilizaba mediante autoadministración), situación contraria a la que se produce a nivel hospitalario. Además se ha producido un incremento en el uso de clindamicina endovenosa para el tratamiento de las celulitis.

**Discusión.** Las políticas sanitarias dirigidas a acortar la estancia hospitalaria y optimizar los recursos favorecen que cada vez sea mayor el número de profesionales que solicitan tratar en unidades de hospitalización a domicilio las infecciones diagnosticadas en el hospital. Esta situación puede explicar, en parte, el incremento en el uso de antibióticos que se observa en nuestra unidad con respecto al con-

junto del hospital. Por otro lado, la administración de antibióticos en dosis única diaria facilita el tratamiento ambulatorio y justifica el aumento en el consumo de fármacos como ertapenem. Además, los antimicrobianos de varias dosificaciones diarias requieren para su administración en HaD dispositivos programables. La adquisición de estos dispositivos en nuestra unidad al inicio de 2007 se relaciona con el incremento en el uso de piperazilina-tazobactam, imipenem o clindamicina.

**Conclusiones.** En nuestro análisis se observa un incremento en el uso de antimicrobianos en HaD (22,1%) superior al del hospital (10,5%). La introducción de dispositivos de infusión programables en el inicio del 2007 ha producido un cambio en la selección de los antibióticos en HaD y ha permitido el uso de antibióticos que precisan varias administraciones al día. Conflicto de intereses: ninguno

#### V-119

### INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

**A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, E. García González, G. Granados Reyes, M. Rodríguez Amigo, M. Pérez Tristanchó, M. Raffo Márquez y F. Díaz Narváez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

**Objetivos.** Describir la incidencia y caracterización clínico-epidemiológica de pacientes diagnosticados de Adenocarcinoma Colorrectal (AC) en el Hospital Infanta Elena de Huelva en los dos últimos años y su comparación con los datos estadísticos nacionales actualmente descritos. Identificación de características anatomopatológicas, así como factores epidemiológicos y geográficos relevantes, que mejoren las estrategias de prevención y disminuyan la incidencia de esta patología en nuestro medio.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo analizando una serie de 109 casos de pacientes diagnosticados de Adenocarcinoma Colorrectal en nuestro hospital, desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2007. En la recogida de datos se registraron: (I) variables epidemiológicas: edad y sexo y (II) geográficas. A continuación, en los pacientes intervenidos quirúrgicamente (99), utilizamos el sistema TNM para describir anatomopatológicamente la extensión del tumor primario (T), y la ausencia o presencia de metástasis en los ganglios linfáticos cercanos (N), así mismo, recogimos el tamaño de cada uno de los tumores.

**Resultados.** De los 109 pacientes diagnosticados, el 53% fueron hombres y 47% mujeres. Con tasas de Incidencia absoluta de 25.5 casos/año para mujeres y 29 casos/año para hombres y tasas de Incidencia relativa de 0,00034 y 0,000386 casos por mujer y hombre/año respectivamente. El grupo de edad con mayor incidencia de AC fue el correspondiente a los individuos con edades comprendidas entre los 61 y 80 años (66%). Siendo la media de edad de 67,8 años (rango: 41-88). No hemos observado diferencias significativas en cuanto a la distribución geográfica de los casos diagnosticados entre los distritos Costa y Condado. Observamos que la mayoría de los tumores fueron clasificados como pT3: 55%, seguidos de los grados pT2, pT1 y pT4. El 67% presentó nódulos linfáticos sin metástasis (N0). El diámetro de los tumores fue mayor de 2 cm en el 87% de los casos.

**Discusión.** La alta incidencia y morbimortalidad en relación con el diagnóstico de adenocarcinoma de colon en nuestro hospital nos obliga a compararla con los datos estadísticos nacionales, para identificar características anatomopatológicas, así como factores epidemiológicos y geográficos relevantes. Las tasas de incidencia absoluta y relativa en mujeres de nuestro trabajo son comparables con las tasas ajustadas con la población europea, descritas en los registros poblacionales españoles según el Centro Nacional de Epidemiología (2005). Sin embargo en nuestro estudio observamos unas tasas menores para la población masculina. El aumento en la incidencia de pacientes mayores de 65 años, probablemente siga en relación con el déficit en diagnóstico precoz de esta patología. Igualmente, el gran tamaño de los tumores, así como el alto grado de invasión tumoral (pT3), siguen declarando un diagnóstico demasiado tardío. No obstante, en nuestra serie hemos observado una ausencia de metástasis en nódulos linfáticos cercanos, en la mayoría de los pacientes, lo que

ayuda a un planteamiento, aún más esperanzador y curativo del diagnóstico temprano.

**Conclusiones.** El Adenocarcinoma colorrectal, es el segundo cáncer más frecuente en el mundo occidental. Existe una fase premaligna reconocible que puede ser identificada y durante la cual el tratamiento puede ser curativo. El mejor conocimiento de la caracterización histológica y epidemiológica de nuevos casos de AC puede y debe disminuir las tasas de incidencia si intensificamos y mejoramos las estrategias de prevención y screening en determinados grupos poblacionales expuestos a mayor riesgo. De ello nace la necesidad de un abordaje integral, multidisciplinar, y coordinado entre A. Primaria y A. Hospitalaria para disminuir la incidencia de Adenocarcinoma de colón en nuestro medio. Referencias: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, 2005. La situación del cáncer en España. MSyC (Eds.) pp. 59-70.

**V-120**  
**HOSPITALIZACIONES Y COSTES ANUALES ASOCIADOS A LAS MISMAS DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL REGISTRO REACH**

**C. Suárez Fernández<sup>1</sup>, M. Cairols Castellote<sup>2</sup>, F. Almagro Mújica<sup>3</sup>, F. Gómez Pérez<sup>4</sup>, F. Vega Royán<sup>5</sup>, I. García Polo<sup>1</sup>, J. Sedeño Díaz<sup>6</sup> y T. Rubio Vela<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L.) (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>4</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra (Navarra).

**Objetivos.** Evaluar el impacto de la Enfermedad Arterial Periférica en el requerimiento de hospitalización y el coste asociado a las mismas en España.

**Material y métodos.** El registro REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) es un registro prospectivo internacional con 67.888 pacientes afectos de Enfermedad Arterial Coronaria (EAC), Enfermedad CerebroVascular (ECV) y/o Enfermedad Arterial Periférica (EAP), o sin enfermedad documentada con riesgo de sufrir un evento aterotrombótico por la existencia de al menos tres factores de riesgo. Se compararon las hospitalizaciones así como sus costes asociados para pacientes con EAP según tengan afectación solo de este territorio o simultáneamente de otros. (EAC vs. EAC+EAP, ECV vs. ECV+EAP).

**Resultados.** El análisis incluyó los 2.516 pacientes españoles que forman parte del registro REACH. En la primera tabla se resumen los eventos cardiovasculares según los lechos vasculares afectados y en la segunda, los costes asociados según los lechos vasculares afectados. Los costes asociados a las hospitalizaciones en pacientes con

EAC+EAP son mayores que los de EAC sola (2.382 vs. 1.330), y lo mismo sucede con pacientes con ECV+ EAP vs. ECV (1.537 vs. 634).

**Conclusiones.** Cuando la EAP se asocia a EAC o a ECV supone una carga económica adicional para el sistema de salud español mucho mayor que cuando sólo hay un lecho vascular afectado.

**V-121**  
**ANEMIA CRÓNICA EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

**M. Vives, M. Rodríguez-Carballeira, M. Mariné, P. Almagro y J. Mascaró**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar la prevalencia y características de la anemia crónica entre las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

**Material y métodos.** Se estudiaron prospectivamente 171 pacientes de una consulta de EAS durante seis meses, de los cuales 135 (79%) eran mujeres. Se recogieron datos demográficos, biológicos, inmunológicos y clínicos. Se realizó un estudio de anemia (definida según criterios de la OMS) - Hb < 12 mg/dL para mujeres y < 13 mg/dL para hombres, en como mínimo dos ocasiones consecutivas -, incluyendo determinación de hormonas tiroideas, vitamina B12, ác. fólico, ferritina, test de sangre en heces, índice de saturación de la transferrina, y cribado de celiaquía mediante estudio serológico y genético (anticuerpos antitransglutaminasa - ELISA- y antiendomio -IFI-; HLA-DQ2 y, en caso de negatividad, HLA-DQ8 -PCR-). Se efectuó endoscopia digestiva ante la sospecha de hemorragia digestiva o de enfermedad celiaca; se definió la presencia de enteritis linfocítica como la presencia de > 25% de linfocitos intraepiteliales.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue 48 (± 17) años. Las EAS fueron: LES 48, lupus-like 24, miopatía inflamatoria 8, Sjögren 12, SAF primario 16, sarcoidosis 19, enfermedad mixta del tejido conectivo 6, esclerodermia 17, vasculitis sistémicas 10, Behçet 3, overlap 1, el resto se catalogaron de enfermedad indeterminada de tejido conectivo. Se encontró anemia en 35 (21%) pacientes, de ellos 27 (77%) eran mujeres y la edad media fue de 49,7 (± 21) años. La media de Hb fue de 10 (± 0,9) mg/dL y la más baja de 8 mg/dL. En 10 casos (29%) tenían un VCM inferior a 80, 5 (14%) presentaban enteritis linfocítica, 6 (17%) estaban en brote de su enfermedad, 7 (20%) llevaban corticoides a dosis altas (más de 10 mg/d de media durante los últimos 6 meses) y el 60% tenían ferritina < 50ng/mL. En ninguno de los pacientes con sospecha de anemia ferropénica se identificaron alteraciones endoscópicas macroscópicas que pudiesen justificarla. Al hacer el estudio comparativo con los que no tenían anemia no hallamos diferencias en cuanto a sexo, actividad de la enfermedad, marcadores genéticos de celiaquía, presencia de enteritis linfocítica, detección de Helicobacter pylori (sólo 1 de los 11 casos portadores tenía anemia), dosis altas de corticoides, edad, tiempo de evolución de la enfermedad o IMC. Los que tenían anemia presentaban menor VCM (84 vs 88, p = 0,003), sideremia (77 ug/dL vs 102 ug/dL, p < 0,001), IST (27 vs 34, = 0,04) y, si excluimos los que tenían ferritina alta como reactante de fase aguda, ésta también era inferior entre los anémicos (28 ng/ml vs 54 ng/mL, p = 0,006).

Tabla 1. Tasa de eventos cardiovasculares a 1 año (V-120).

	EAC (n = 943)	ECV (n = 501)	EAP (n = 208)	EAC+EAP (n = 108)	ECV+EAP (n = 42)
Muerte cardiovascular (CV) (%)	2,5% (24/943)	2,6% (13/501)	1,0% (2/208)	2,8% (3/108)	2,4% (1/42)
Muerte CV/Infarto miocardio(IAM)/Ictus (%)	5,2% (49/943)	7,0% (35/501)	1,9% (4/208)	7,4% (8/108)	7,1% (3/42)
Muerte CV/IAM/Ictus/Hospitalización	14,2% (134/943)	11,2% (56/501)	(22/208)	25,0% (27/108)	11,9% (5/42)
Nº de Hospitalizaciones	85	21	18	19	2

Tabla 2. Costes asociados anuales según los lechos vasculares afectados (V-120).

	EAC	ECV	EAP	EAC+EAP	ECV+EAP
Costes asociados	1.330€	634€	1.276€	1.537€	2.382€

**Discusión.** La prevalencia de anemia crónica en las EAS es alta y suele atribuirse a la cronicidad del proceso subyacente, pero sorprende su persistencia incluso fuera de la actividad de la enfermedad autoinmune en algunos pacientes. Nuestro estudio evidencia que presenta características sugestivas de anemia ferropénica sin que hallemos alteraciones digestivas que la justifiquen y sin que se relacione con la actividad de la enfermedad de base. Se precisan más estudios para identificar marcadores que permitan distinguir la anemia crónica, la ferropenia verdadera y la ferropenia funcional.

**Conclusiones.** La quinta parte de los pacientes con EAS presenta anemia crónica que adopta características sugestivas de ferropenia, sin que ello se asocie con mayor presencia de enteritis linfocítica, detección *Helicobacter pylori* o lesiones endoscópicas.

**V-122**

**MANIFESTACIONES SUBCLÍNICAS DE LA SARCOIDOSIS**

**A. Ródenas<sup>1</sup>, N. Manresa<sup>1</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, M. Olona<sup>1</sup>, O. Díaz<sup>2</sup>, D. Riesco<sup>1</sup>, A. Sabater<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del Vendrell. Vendrell (El) (Tarragona).

**Objetivos.** La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de causa desconocida, caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes en los órganos afectados. Sus formas de presentación son variables. El propósito del estudio es analizar las características de la sarcoidosis en nuestro medio y comparar los pacientes que se presentan con clínica respiratoria, con aquellos que se presentan sin clínica a dicho nivel.

**Material y métodos.** Se revisan de forma retrospectiva 36 casos diagnosticados de sarcoidosis. Se recogen los datos siguientes: edad de diagnóstico, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes, clínica, relación con otras enfermedades, resultados de pruebas de imagen, parámetros analíticos, tratamiento y evolución de estos pacientes. Se ha distribuido a los pacientes en dos grupos: I, pacientes con clínica respiratoria en el momento diagnóstico (n = 12) y II, pacientes sin clínica respiratoria (n = 24). Se realiza análisis descriptivo con media i DS (variables cuantitativas), así como frecuencias absolutas y relativas (variables categóricas). El análisis comparativo se ha realizado mediante  $\chi^2$  y la U de Mann Whitney.

**Resultados.** No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos en la radiología convencional, el TC torácico, el lavado broncoalveolar (LBA) y las pruebas funcionales respiratorias (PFR) entre los pacientes del grupo I y del grupo II.

**Discusión.** En el presente estudio no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo I y el grupo II, respecto a los resultados de la radiología convencional, TC torácico, PFR y LBA. Por tanto, los pacientes afectados de sarcoidosis sin clínica respiratoria en el momento del diagnóstico, presentan afectación pulmonar subclínica. La incidencia de sarcoidosis en el nuestro centro es de 2-3 casos por año, similar a las observadas en otras series españolas. En nuestro caso, la incidencia puede estar infravalorada por el elevado número de pacientes con presentación asintomática o bien por la existencia de otros centros hospitalarios en nuestra región. Se ha constatado predominio en el sexo femenino, cómo en las series españolas y extranjeras. Las edades medias de presentación de nuestros pacientes se encuentran por encima de las del resto de series nacionales. El 8'3% de nuestros pacientes presentan antecedentes de Sarcoidosis en familiares de primer grado. Cabe señalar que la

existencia de un caso de sarcoidosis en la familia incrementa el riesgo relativo para la aparición de ésta (odd ratio = 5'8). El estadio radiológico I es el más frecuente en nuestro estudio, en concordancia con las series revisadas. Los pacientes asintomáticos desde el punto de vista respiratorio, también presentan afectación pulmonar subclínica por TC y respecto a las PFR. En la literatura, se recomienda el uso de FDG PET (F-fluorodeoxyglucosa tomografía por emisión de positrones) en aquellos pacientes en los que no exista una aparente afectación pulmonar, para identificar posibles lugares óptimos para la realización de biopsia. La afectación extrapulmonar es similar a las series revisadas. Quizás, se ha hallado mayor proporción de afectación renal, al tratarse de una serie intrahospitalaria. No se ha hallado relación con otras enfermedades descritas ni con infección por VHC. Los factores pronósticos más válidos son el modo de presentación, la extensión y el estadio radiológico. En nuestro caso, la mayoría de los pacientes han presentado una evolución clínico-radiológica satisfactoria. El 25% ha presentado una recidiva de la enfermedad, ya sea en la misma localización o en otra distinta. Finalmente, hemos hallado que el 19'9% de pacientes no han precisado tratamiento.

**Conclusiones.** Los pacientes afectados de sarcoidosis sin clínica respiratoria en el momento del diagnóstico pueden presentar afectación pulmonar subclínica. Por tanto, es aconsejable en estos pacientes realizar de forma sistemática Radiografía de tórax, TC torácico, PFR y fibrobroncoscopia con LBA.

**V-123**

**ESTIMACIÓN DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**S. Plaza Canteli, C. Vicente Martín, E. García Romo, A. Espigares Correa, C. Sobrino Calzada y J. Jusdado Ruiz-Capillas**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Realizar un estudio de la estimación clínica de supervivencia (ECS) en pacientes hospitalizados en una unidad de Cuidados Paliativos y la relación que existe con el índice de Karnofsky (IK) y datos de laboratorio (leucocitos, linfocitos y albúmina).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes con neoplasias sólidas ingresados desde el 1 de agosto de 2007 al 15 de Junio de 2008 en la Unidad de Cuidados Paliativos, dependiente del Sº de M. Interna de un hospital de II nivel. Se realizó un seguimiento del paciente hasta el éxitus (hospitalario o no) o el cierre del estudio. Se realizó análisis descriptivo de los datos y se contrastaron las medias mediante la U de Mann-Whitney. En los pacientes que fallecieron se calculó la diferencia entre la ECS y la real considerando como margen de error adecuado la diferencia de 30,5 días. Se realizó análisis univariante y multivariante mediante modelo de regresión de Cox. Una p < 0,05 se consideró significativa.

**Resultados.** Se incluyeron inicialmente en el estudio 236 pacientes de los cuales 17 se excluyeron por no ser oncológicos y 5 por tener neoplasias hematológicas. De los 214 pacientes 149 (69,6%) eran varones y fallecieron 160 (74,8%). La neoplasia primaria más frecuente fue de pulmón (26,1%) seguida por colorrectal (11,6%). El IK era menor del 50% en 64 (32,7%) del global de los pacientes y en 61 (42,1%) del subgrupo de los fallecidos. Los valores de albúmina, leucocitos, edad, linfocitos se reflejan en la tabla 1. En 120 pacientes, la ECS fue menor o igual a 12 semanas, mientras que en 75

Tabla 1. Variables cuantitativas en el global de los pacientes (V-123).

Variables	Global	Exitus	Vivos	p
Leucocitos	9891 (DE 6814)	10525 (DE 7212)	8096 (DE 5193,5)	0,010
Linfocitos	11 (P25-75:7-17,7)	11 (P25-75:7-16)	13 (P25-75:9,5-21,7)	0,007
Albúmina	2,96 (DE 0,58)	2,91 (DE 0,59)	3,09 (DE 0,53)	0,106
Edad	69,9 (DE 11,17)	70,4 (DE 11,7)	68,3 (DE 9,3)	0,149
ECS (semanas)	1,1 (P25-75:0-4,5)	2,5 (P25-75:0-5)	-	-
Supervivencia (semanas)	3,14 (P25-75:1,1-7,5)	3,14 (P25-75:1,14-7,57)	-	-



(38,5%) era superior a 12 semanas. De los éxitos, en 25 pacientes (15,6%) la ECS se ajustó al margen de error de 30 días, en 83 (51,9%) se sobreestimó y en 29 (18,1%) se infraestimó. En el análisis univariante, tener un IK menor o igual a 50% tenía una incidencia de riesgo (IR) de fallecer de 2,28 (IC 95%: 1,58-3,28) veces mayor que por encima de 50, la disminución de albúmina un IR de 1.50 (IC 95%: 1.08-2.08) y la linfopenia un IR de 1.03 (IC 95%: 1,01-1,06). Las variables que estaban relacionadas con la mortalidad en el análisis multivariante son el tener un IK menor o igual a 50% (IR: 2,44, IC 95%: 1,66-3,59) y la linfopenia (RR: 1,04, IC 95%: 1,01-1,07).

**Discusión.** Nuestros resultados muestran una sobreestimación de la ECS del paciente acorde con la literatura. La ECS en el paciente oncológico incurable es importante porque permite instaurar un plan de cuidados paliativos adaptado al paciente de acuerdo con los recursos del sistema sanitario y establecer un pronóstico. Se ha visto que la ECS es útil si se asocia con otros factores (IK, déficit de albúmina, linfopenia y leucocitosis entre otros) y si se realizan mediciones repetidas. Sin embargo, nuestros resultados tan sólo muestran una clara relación con tener un IK < 50% puesto que, el IR asociado a la linfopenia nos parece poco relevante.

**Conclusiones.** La ECS de nuestros pacientes está sobreestimada y el factor pronóstico más importante fue tener un IK < o igual al 50%.

#### V-124 TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO)

**M. Iglesias Gallego<sup>1</sup>, G. Pérez García<sup>2</sup>, S. Molinos Castro<sup>3</sup>, J. Guerra Corredoira<sup>2</sup>, E. Padín Paz<sup>3</sup>, B. Conde Estevez<sup>2</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>3</sup> y P. Pesqueira Fontán<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Internista de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>DUE de Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza (1). Ribeira (A Coruña).

**Objetivos.** Analizar la experiencia de nuestra Unidad en la transfusión de hemoderivados.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes a los que se realizó transfusión de concentrado de hematíes y/o plaquetas en HADO, entre el 1/01/2004 y 30/06/2008. Análisis descriptivo de las variables.

**Resultados.** En el período de estudio, en 55 ingresos en HADO de 18 pacientes (66% mujeres, 33% hombres) se realizaron 91 actos transfusionales en los que se transfundieron 173 concentrados de hematíes (CH) y 1 pool de plaquetas. Edad media 81.4 años (53-97). En el 88% de los casos (79) en cada acto transfusional se transfundieron 2 CH; en 2% (2) 3 CH y en 10% (9) 1 CH. El 50% de los pacientes no había sido recibido transfusiones previas. Su diagnóstico de base era: enfermedad crónica avanzada 10 casos (55%), de los cuales 2 eran cirrosis hepáticas; Oncológico 3 (17%) y Hematológico 5 (28%), de los cuales 3 eran SMD. El motivo de ingreso fue: "transfusión programada" en 23 casos (42%); anemia sintomática 11 (20%) y 21 ingresos por otras causas (38%) que precisaron transfusión a lo largo de su estancia en HADO. Destacar que dos pacientes ingresaron en 15 y 16 ocasiones (diagnóstico de base SMD y cirrosis respectivamente) y que en dos casos, se llegaron a transfundir 20 CH en el mismo ingreso. La indicación de transfusión fue sentada por HADO en el 96% de los casos (87), Hematología 2% (2), Medicina Interna 1% (1) y Oncología 1% (1). La cifra media de Hb previa a la transfusión fue 7.96 g/dL (5.0-9.8) y de Hto 23,1% (15-28). No se registraron complicaciones en relación con la transfusión. De las 973 estancias generadas (media 17.6/ingreso), 60 fueron por "transfusión programada" (media 2.60; señalar que una paciente cirrótica, tuvo ingreso de 21 días por presentar sangrado digestivo, si la excluimos, la media es 1.77); 138 estancias por "anemia sintomática" (media 12.5) y 775 por ingresos por otras causas (media 36.9). El 91% (55 ingresos) fueron dados de alta, 5% (3) precisaron ingreso en planta y 4% (2) fallecieron, en ambas circunstancias por su patología de base.

**Discusión.** La anemia es un hallazgo frecuente en enfermos con patología crónica evolucionada, enfermedad oncológica y hematológica. Además, constituye el principal problema hematológico que se encuentra en el anciano. Todas las anemias, incluso las leves y las que no tienen aparente repercusión clínica, aumentan el riesgo de

mortalidad y se asocian con un empeoramiento funcional cuando aparecen o se detectan en personas de edad avanzada (Anía Lafuente et al. ¿Puede la anemia del anciano ser una manifestación del envejecimiento normal. Rev Esp Geriatr y Gerontol 2001; 36:69-74). La edad de nuestros pacientes es un poco más alta a la descrita en otras Unidades de Hospitalización a domicilio (69 a en Hospital Clínico de Valencia, 70.5 a en Hospital Lluís Alcany, Xátiva; 79.6 a. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo). Aunque en nuestro caso, no tuvimos ninguna complicación, se describen en estas Unidades reacciones transfusionales (fiebre, cefalea, disnea y reacción cutánea) que se que resolvieron en el domicilio; por lo que coincidimos en que es un procedimiento seguro y con mínimas complicaciones.

**Conclusiones.** 1. La transfusión en domicilio no supone mayor riesgo de complicaciones 2. Es una alternativa útil para pacientes en los que por su situación clínica, el traslado al hospital causa molestias importantes, mejorando su calidad asistencial.

#### V-125 DIABETES MELLITUS TIPO 2, EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE DIABETOLOGÍA DE UN HOSPITAL DISTRICTAL (GUARDA-PORTUGAL)

**I. Pantazi, I. Delgado Benito, A. Barai, I. Pinho, A. Cardoso y J. Correia**

Servicio de Medicina Interna. Sousa Martins, Guarda-Portugal.

**Objetivos.** Introducción: La Diabetes Mellitus es un disturbio metabólico de etiología múltiple, resultando de una interacción entre factores hereditarios y factores ambientales. Caracterizada por hiperglicemia crónica con alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas, debido a la deficiencia en la secreción o acción de la insulina, o de ambas. Objetivo: Los autores pretenden caracterizar la evolución del perfil metabólico de los pacientes de nuestra consulta durante un año de acuerdo con el tipo de terapéutica utilizada en el momento de admisión a la consulta y terapéutica en la actualidad.

**Material y métodos.** Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y aleatorio de 300 procesos clínicos de nuestra consulta externa de diabetología, en un período comprendido entre 27 Abril de 2007 y 27 Marzo de 2008. Se analizaron variables como: número total de pacientes, sexo, edad, proveniencia, tiempo medio de evolución, terapéutica y el perfil lipídico a la entrada y en el momento actual.

**Resultados.** Resultado: Del total de 493 pacientes diabéticos tipo 2, fue estudiada una muestra de 300 pacientes de los cuales 55% eran mujeres y 45% hombres. La edad media fue de 68,95 años, siendo para mujeres de 68,25 y para hombres de 69,80 años. La mayoría de los pacientes fueron referenciados por el Médico de Familia 56%. Los restantes, 21% del internamiento, 19% de otras especialidades y 4% del servicio de urgencias. El tiempo medio de seguimiento pre-hospitalar fue de 104,36 meses y de consulta hospitalar de 86,76 meses. En el momento de la primera consulta a nivel hospitalario 57% estaban medicados con antidiabéticos orales (ADO), insulina 46% y tenían un valor medio de hemoglobina glicosilada 11,09%. Actualmente: están medicados con ADO 45%, insulina 85% y presentan valores medios de hemoglobina glicosilada 7,40%.

**Discusión.** Discusión y conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, después de optimizar la terapéutica se verificó reducción estadísticamente significativa de la hemoglobina glicosilada. A pesar del riesgo de la terapéutica mixta (ADO e insulina) y de la terapéutica intensiva, verificamos que existe cierta dificultad en conseguir los valores de HbA1c recomendados, atendiendo al grupo etario predominantemente geriátrico. Aunque el objetivo glucémico obtenido no es el ideal, los beneficios en términos de reducción de las complicaciones están bien establecidos, de modo que los autores consideran que se debe intervenir para intentar alcanzar el mejor control metabólico posible en los pacientes diabéticos.

V-126

**LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SALUD PREDICE LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE POBLACIONAL DE ANCIANOS ESPAÑOLES: RESULTADOS DEL ESTUDIO NEDICES****M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, C. Rodríguez<sup>2</sup>, R. Trincado<sup>2</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup> y F. Bermejo Pareja<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La investigación del estado subjetivo de salud (o salud autopercebida) constituye un instrumento epidemiológico sencillo que se ha revelado como un potente predictor del riesgo de muerte y deterioro funcional. Esta variable se correlaciona igualmente con la carga de comorbilidad objetiva y el consumo de recursos sanitarios. Son limitados los estudios poblacionales que establecen en nuestro medio la utilidad de la salud autopercebida como predictor de mortalidad a largo plazo. Por tanto, pretendemos analizar la naturaleza de dicha relación en una amplia cohorte de ancianos españoles.

**Material y métodos.** NEDICES (Neurological Disorders in Central Spain) es un estudio poblacional longitudinal constituido por una cohorte de ancianos (65 años y más) residentes en tres áreas del centro de España: barrios de Margaritas (Getafe) y Lista (Madrid), y 38 aldeas de la zona rural de Arévalo (Ávila). Su objetivo principal consiste en el análisis epidemiológico de diversas enfermedades neurológicas crónicas, así como del estado de salud de los participantes del estudio y su mortalidad. El estado subjetivo de salud fue investigado dentro de la evaluación basal de la cohorte (1994) mediante la pregunta "¿Cómo es su salud general en la actualidad?", a la cual el entrevistado podía elegir entre cinco respuestas posibles (desde "muy buena" hasta "muy mala"); dicha cuestión es similar a la incluida en la Encuesta Nacional de Salud. Mediante entrevista realizada al sujeto o sus allegados se recogieron diversas variables demográficas y de estado general de salud (incluyendo capacidad funcional y principales enfermedades crónicas). La mortalidad de la cohorte fue establecida a 31 de diciembre de 2004. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante el test de  $\chi^2$ . El análisis de supervivencia se basó en el modelo de Kaplan-Meier, comparando las diversas categorías de salud mediante el test de log-rank. Se realizó posteriormente un análisis multivariante según el modelo de riesgos proporcionales de Cox, ajustado por diversas variables demográficas (edad, sexo y nivel educativo). Fijamos  $p < 0,05$  como nivel de significación estadística.

**Resultados.** Se determinó el estado subjetivo de salud en 4938 sujetos (2.853 mujeres; edad media:  $74,1 \pm 6,8$  años), que constituía el 93,6% de la cohorte inicial. De ellos, 506 participantes (10,2%) definían su salud como "muy buena", 2.336 (47,3%) como "buena", 1.464 (29,6%) como regular, 481 (9,7%) como "mala", y 151 (3,1%) como "muy mala". La percepción subjetiva de salud fue peor en mujeres y en sujetos con menor nivel educativo ( $p < 0,0001$ ). Finalizado el periodo de seguimiento, habían fallecido 1.578 participantes (29,9%). La supervivencia media de los sujetos con salud autopercebida "muy buena" ( $9,19 \pm 0,1$  años) o "buena" ( $9,34 \pm 0,1$  años) difirió de forma significativa respecto a la de los participantes que la describieron como "regular" ( $8,6 \pm 0,1$  años), "mala" ( $7,6 \pm 0,2$  años) o "muy mala" ( $6,1 \pm 0,4$  años) ( $p < 0,00001$ ). Tras controlar la influencia de la edad, sexo y nivel educativo mediante análisis multivariante, la percepción subjetiva de salud conservó su capacidad pronóstica de mortalidad [RR = 3,5 (IC del 95%: 2,6-4,6) al comparar el grupo de salud "muy mala" vs. "muy buena" ( $p < 0,0001$ )].

**Discusión.** En la cohorte de ancianos NEDICES la salud autopercebida actúa como un potente predictor de mortalidad por todas las causas, incluso después de ajustar según diversas variables demográficas que podrían actuar como factores de confusión. De forma congruente con la literatura previa, la autopercepción de salud es significativamente peor en mujeres y en individuos con menor nivel educativo, variables que posiblemente traduzcan la situación socioeconómica del participante.

**Conclusiones.** La percepción subjetiva de salud supone una aproximación epidemiológica válida al estado de salud de la población anciana en nuestro medio y exhibe una fuerte correlación con su mortalidad total a largo plazo.

V-128

**MARCADORES BIOLÓGICOS, ¿UN NUEVO TEST DIAGNÓSTICO EN LA EXACERBACIÓN AGUDA DE LA EPOC?****R. Boixeda i Viu<sup>1</sup>, G. Saucas Subias<sup>2</sup>, N. Rabella Garcoa<sup>3</sup>, X. Martínez i Costa<sup>1</sup>, M. Mauri i Plana<sup>1</sup>, M. Delgado Capel<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>1</sup> y J. Capdevila i Morell<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratori de Microbiologia, <sup>3</sup>Unitat de Recerca. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). <sup>3</sup>Laboratori de Microbiologia. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** 1) Estudiar la etiología de la infección respiratoria en pacientes hospitalizados por una exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC), identificando las características clínicas y marcadores biológicos según la causa de infección. 2) Importancia de los métodos diagnósticos en la etiología de la EA-EPOC.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes, prospectivo, longitudinal y observacional. Ámbito: hospital comarcal con un área de 220.000 habitantes y un laboratorio de virología. Pacientes adultos con EPOC diagnosticada por espirometría que precisen ingreso por EA-EPOC. Recogida de variables demográficas, clínicas, de laboratorio y microbiológicas. Determinación de marcadores biológicos (PCR, procalcitonina e interleuquina 6). Estudios microbiológicos: gram y cultivo de esputo, serologías para agentes atípicos, detección de antígenos víricos por inmunocromatografía y inmunofluorescencia directa, cultivos víricos por influenza A, influenza B, VRS, adenovirus, rinovirus y parainfluenza virus, y finalmente técnicas de PCR para metapneumovirus y coronavirus, procedentes de muestras nasofaríngeas.

**Resultados.** Se han incluido 137 pacientes, el 97,8% hombres, y con una edad media de 72,7 años. Pacientes EPOC de grado moderado-severo según la GOLD (VEMS  $< 40\%$  en el 58,4%). Se estableció el agente causal en 48 pacientes (35%), siendo de etiología bacteriana el 24,1% y vírica el 9,5%, destacando el bajo porcentaje de etiología mixta (1,5%). Los datos clínicos y los marcadores biológicos no muestran diferencias entre etiología vírica y bacteriana. Al comparar los pacientes con etiología bacteriana y vírica con los que no se halló agente etiológico, destacó la diferencia en los niveles plasmáticos de procalcitonina en el momento del ingreso (0,139 ng/ml; DE 0,249) en los pacientes con etiología conocida comparado con los pacientes sin etiología (0,431 ng/dl; DE 1,37), con significación estadística ( $p = 0,025$ ).

**Discusión.** El diagnóstico etiológico en las EA-EPOC es dificultoso, hallándose bajos porcentajes de etiología infecciosa en los pacientes ingresados. La infección vírica es causa de descompensación aguda de la EPOC, pero de menor importancia a la etiología bacteriana. Desde un punto de vista clínico y biológico es difícil diferenciar la enfermedad vírica de la bacteriana, aunque sí se han identificado criterios para la sospecha de infección respiratoria en la exacerbación aguda de la EPOC.

**Conclusiones.** La determinación de la procalcitonina podría ayudar en la identificación de la etiología infecciosa de la EA-EPOC en los pacientes hospitalizados, siendo ello de importancia en una buena política de antibióticos.

V-129

**PLURIPATOLOGÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS DE 4.338 PACIENTES****J. Herrero Herrero, J. García Aparicio, L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez, J. Martín González y A. López Bernús**

Servicio de Medicina Interna - Los Montalvos. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Cuantificar la incidencia e identificar las características diferenciales de los pacientes pluripatológicos ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional de los ingresos sucesivos, no seleccionados, entre Febrero de 2004 y Junio de 2008 en el servicio de Medicina Interna - Los Montalvos, del Hospital Universitario de Salamanca. Se examinaron las variables incluidas en la base de datos del propio servicio. Adoptamos la defi-

Tabla 1. Estado nutricional en función del Z-score del IMC (V-130).

% (n)	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Hombre	4,5 (12)	78,4 (207)	11,7 (31)	5,3 (14)
Mujer	15,2 (30)	67,5 (133)	12,2 (24)	5,1 (10)
Total	9,1 (42)	73,8 (340)	11,9 (55)	5,2 (24)

nición de pluripatología del Servicio Andaluz de Salud.

**Resultados.** Se analizaron los datos de 4.338 pacientes que originaron 5866 ingresos durante el periodo de estudio. Cumplían con los criterios adoptados de pluripatología (portadores de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las 8 categorías de que consta la definición) 1522 (35,1%), con una edad media de  $82,0 \pm 8,3$  años. El 54,3% fueron varones y en 52,5% de los casos procedían de poblaciones de menos de 10.000 habitantes. Seleccionados según las categorías de la definición, los enfermos pluripatológicos se distribuyeron en: categoría 'A': 36,3%; categoría 'B': 13,9%; categoría 'C': 17,5%; categoría 'D': 1,6%; categoría 'E': 22,6%; categoría 'F': 3,2%; categoría 'G': 28,2%; y categoría 'H': 3,2%. Se incluían en dos categorías distintas el 67,9%; en tres, el 26,0%; en cuatro, el 5,8% y en cinco, el 0,3%. La estancia media de los pacientes pluripatológicos fue de  $6,4 \pm 5,1$  días. Fallecieron durante el ingreso el 9,2% de estos enfermos; el 15,3% fueron trasladados al alta a residencias geriátricas; y el 23,7% reingresó en el propio servicio en algún momento del periodo de estudio. El análisis estadístico univariante permitió demostrar diferencias ( $p < 0,05$ ) entre el grupo de pacientes pluripatológicos (PP,  $n = 1.522$ ) respecto al resto de los enfermos ingresados (no pluripatológicos, nPP,  $n = 2816$ ) en las siguientes variables: sexo (varón, PP: 54,3%, nPP: 46,8%,  $\chi^2$ ,  $p = 0,000$ ), edad (PP:  $82,0 \pm 8,3$  años, nPP:  $78,3 \pm 12,8$  años, T,  $p = 0,000$ ), procedencia de poblaciones menores de 10.000 habitantes (PP: 52,5%, nPP: 50,9%,  $\chi^2$ ,  $p = 0,048$ ), mortalidad durante el ingreso (PP: 9,2%, nPP: 7,0%,  $\chi^2$ ,  $p = 0,007$ ), institucionalización al alta (PP: 15,3%, nPP: 13,1%,  $\chi^2$ ,  $p = 0,039$ ), y reingreso durante el periodo del estudio (PP: 23,7%, nPP: 19,9%,  $\chi^2$ ,  $p = 0,002$ ). No se demostraron diferencias en la estancia media entre ambos grupos (PP:  $6,4 \pm 5,1$  días, nPP:  $6,2 \pm 4,5$  días, T,  $p = 0,211$ ).

**Discusión.** La incidencia de pluripatología en nuestra serie de pacientes ingresados se sitúa en la franja baja del rango comunicado previamente desde otras unidades. Las diferencias observadas con éstas se justifican, en parte, por los distintos contextos en los que se desarrolla la asistencia y por los diferentes métodos de análisis empleados. La definición de pluripatología que adoptamos, y que se ha generalizado en España durante los últimos años, puede ser útil para identificar la discapacidad y la 'fragilidad clínica'. No obstante, creemos que es necesario un esfuerzo para elaborar y validar una definición de pluripatología más orientada hacia la 'complejidad'.

**Conclusiones.** El 35,1% de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna analizado durante el periodo de estudio fueron pluripatológicos, de acuerdo con el criterio de selección aplicado. Respecto al resto de los ingresos (no pluripatológicos), estos enfermos tenían mayor edad y entre ellos fue superior el porcentaje de varones, de procedencia de núcleos rurales, de mortalidad durante el ingreso, de institucionalización al alta, y de reingreso hospitalario. La estancia media fue similar en ambos grupos.

### V-130 ESTUDIO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE UN NÚCLEO URBANO 2005-2007

E. Escarda Fernández<sup>1</sup>, I. Fernández Galante<sup>1</sup>, E. González Martínez<sup>1</sup>, C. Rodríguez Gay<sup>2</sup>, M. Muñoz Moreno<sup>2</sup>, E. González Sarmiento<sup>3</sup> y A. Almaraz Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina (Valladolid).

**Objetivos.** Descripción de las características antropométricas de una muestra de adolescentes de Valladolid. Clasificación de los sujetos en función del estado nutricional. Características dietéticas del grupo de población.

**Material y métodos.** Estudio de campo observacional descriptivo transversal, de una muestra de 557 adolescentes de entre 14 y 18 años; cuya elección fue al azar de entre 6 institutos públicos y privados, de distintos barrios de Valladolid. Se han valorado las siguientes variables: Cuantitativas discretas: edad, número de raciones ingeridas por semana de cada uno de los alimentos y bebidas de la lista predefinida. Cuantitativas continuas: talla, peso, perímetro de cintura (PC), tensión arterial sistólica y diastólica (TAS/TAD), índice de masa corporal (IMC). Cualitativas nominales: sexo, antecedentes personales y familiares de enfermedades, si desayuna a diario y si come entre horas. La clasificación de las variables antropométricas fue mediante Z-score del IMC, puntos de corte para el IMC de Cole y criterios de la International Diabetes Federation (IDF) para el Síndrome Metabólico y para la tensión arterial. Para el análisis de los componentes nutricionales de la dieta se utilizó el programa DIAL, los valores de Ingesta Diaria Recomendada (IDR) y el índice de adecuación nutricional. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0, considerando significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Según Cole, 13,9% de los sujetos de la muestra presentaron sobrepeso y el 2,4% obesidad. Estado nutricional en función del Zscore del IMC (tabla 1). El 1,3% presentan riesgo aumentado de padecer síndrome metabólico según IDF. Tienen riesgo de hipertensión según IDF y International Task Force el 42,4%. La ingesta en el grupo "Normal" es superior en energía y principios inmediatos que en los obesos y con sobrepeso ( $p < 0,05$ ). La distribución de la energía/día en principios inmediatos es: 30-32% lípidos, 45% hidratos de carbono y 16-17% proteínas. El índice de adecuación nutricional refleja déficits en Yodo, zinc, vitaminas A y E en varones; calcio, yodo, zinc y vitamina E en mujeres.

**Conclusiones.** El porcentaje de exceso de peso en nuestra muestra, es ligeramente inferior a los estudios enkid y AVENA. Al igual que en datos OMS 2003, el riesgo de desnutrición está en un alto porcentaje de mujeres. La obesidad abdominal es inferior a la británica y estadounidense. La ingesta energética es superior a otras poblaciones, con déficit de hidratos y grasas insaturadas; y exceso de las saturadas y proteínas, a pesar de una adecuada ingesta de lácteos, legumbres y pescado, aunque baja de verduras, frutas, cereales y patatas.

### V-131 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE 221 PACIENTES FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO ANALIZADOS EN SESIÓN DE MORTALIDAD DE RESIDENTES (ENERO 2006-DICIEMBRE 2007)

M. Turbau, J. López-Contreras, M. Rizzi y J. Casademont  
Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas, clínicas, motivo de defunción y complicaciones de los pacientes fallecidos durante su hospitalización, a partir de la revisión y discusión de los casos por parte de los residentes en sesión de mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo. Hospital terciario de 649 camas. Servicio de Medicina Interna: 67 camas. Periodo: 1 enero 2006 a 31 diciembre 2007. Se implantó un protocolo de recogida de datos que incluía: Edad, sexo, procedencia, motivo de ingreso, causa directa del éxitus, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades, complicaciones y efectos adversos, posibles objetivos de mejora para la atención futura de los pacientes, así como si el fallecimiento era previsible o no durante el ingreso, según criterios subjetivos. Se analizaron los pacientes mensualmente de forma individual y en grupos de 4 residentes con distintos grados de formación. Los pacientes de mayor interés docente y clínico se dis-



cutieron en sesión general de residentes, coordinada por el tutor docente.

**Resultados.** Se analizaron 221 de 410 fallecidos, un 36% del total de fallecidos en el primer semestre, 48,5% en el segundo, 55,5% en el tercero y 73% en el cuarto. Varones: 52%. Edad media:  $84,4 \pm 8$ . El 15,3% fallecieron durante las primeras 48 horas y la estancia media fue de  $16,4 \pm 16$  días. Factores de riesgo cardiovascular: 80%. Antecedentes patológicos: enfermedades cardio y/o cerebrovasculares 71%, neumopatías crónicas 30%, neoplasias 25%, enfermedades neurológicas (no vasculares) 42%. Dependencia funcional: 33%. El 5,4% procedía de Residencia. Motivo de ingreso: disnea y/o edemas: 39,4%; síndromes neurológicos: 19%; fiebre: 14,5%. Causas directas del éxitis más frecuentes: insuficiencia respiratoria: 49,8%; insuficiencia cardíaca: 18,6%; sepsis: 15,4%. El éxitis se consideró previsible en el 82,4% de los pacientes. Se solicitó necropsia en 20 pacientes (9%), se realizó en 10 casos. Hubo correlación clínico-patológica en el 90% de los casos. Se identificaron complicaciones en el 58% de pacientes, siendo las más frecuentes: infección respiratoria nosocomial: 27,4% y síndrome confusional agudo: 18%. Se observaron efectos adversos relacionados con la atención sanitaria en el 15% de los pacientes. El 71,4% de éstos fueron secundarios al tratamiento farmacológico. Se realizaron maniobras de reanimación cardio-pulmonar en el 25,8% de los pacientes. Se detectaron posibles objetivos de mejora asistencial en 105 pacientes (47%), 21% respecto al tratamiento farmacológico y 17,6% a aspectos no técnicos (cursos clínicos, historia clínica, plan terapéutico incompletos, etc).

**Discusión.** Se observó una alta prevalencia de enfermedad cardio o cerebrovascular, así como de factores de riesgo cardiovascular y dependencia funcional, indicativo de la alta prevalencia de estas patologías en este subgrupo de población y acorde con la literatura previa. La mayoría ingresó por disnea o alteraciones neurológicas. En un 82,4% de los pacientes se consideró el éxitis previsible durante el ingreso, y se realizó necropsia en el 4,5% de pacientes, con resultados anatomo-patológicos concordantes con la clínica en el 90% de las mismas. Se observaron complicaciones en el 58% y efectos adversos en el 15% de los pacientes, aunque no se valoró su repercusión en el desenlace final. En el 47% de los pacientes se identificaron objetivos de mejora asistencial.

**Conclusiones.** Un 15,3% de los pacientes fallecieron en las primeras 48 horas. La causa inmediata de fallecimiento más frecuente fue la insuficiencia respiratoria. Se solicitaron un 9% de necropsias y se realizaron la mitad. Hubo complicaciones en el 58% de los pacientes y efectos adversos relacionados con la atención sanitaria en el 15%. Se pudieron identificar objetivos de mejora asistencial en el 47% de los pacientes.

### V-133

#### PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DURANTE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

**A. Torres do Rego<sup>1</sup>, F. Pla Mingorance<sup>2</sup>, B. Mora Hernández<sup>1</sup>, T. Aldámiz-Echevarría Loís<sup>1</sup>, B. Pinilla Lorente<sup>1</sup>, A. Del Castillo Rueda<sup>1</sup>, A. Muíño Míguez<sup>1</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna 2, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** El pseudotumor inflamatorio es un tumor poco frecuente. Se define por la presencia de células espinosas junto a una variable cantidad de miofibroblastos, fibroblastos, colágeno extracelular, linfocitos y células plasmáticas. No se han descrito casos de recurrencia pero sí de aparición de forma diseminada. Pese a la baja incidencia de este tumor ha de considerarse dentro del diagnóstico diferencial de diferentes síndromes debido a la gran heterogeneidad en afectación de diferentes órganos y a la importancia de un posterior seguimiento. El diagnóstico requiere la exclusión cuidadosa de cualquier otra patología especialmente tumoral. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas del pseudotumor inflamatorio en los pacientes diagnosticados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** De enero de 2002 a enero de 2008 se han recogido aquellos pacientes diagnosticados por biopsia amplia de pseudotumor inflamatorio en las unidades de Medicina Interna en

colaboración con radiología, cirugía general y anatomía patológica. Posteriormente se han analizado los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes de pseudotumor inflamatorio en otra localización y clínica. Se ha estudiado el porcentaje de casos en pacientes diagnosticados donde la enfermedad es infiltrante.

**Resultados.** Durante cinco años se diagnosticaron 5 pacientes, 4 mujeres y un hombre con una media de edad de 61,8 años con una DE de 11,75. En cuanto a localización, en dos casos se encontraba en bazo, en un caso en estómago, riñón e hígado. Una de las pacientes presentaba antecedentes de pseudotumor en otra localización, en el tiroides. Respecto a la clínica tres de ellos presentaban síndrome constitucional, los restantes un cuadro de dolor abdominal junto a náuseas y vómitos. En dos casos el tumor presentaba infiltración de otras estructuras.

**Discusión.** El pseudotumor inflamatorio es un tumor donde tradicionalmente se han englobado entidades que recientemente se ha comprobado que presentan características diferentes, recomendándose hacer distinción entre aquellos tumores con localización pulmonar, de la hepática y de la linfo-esplénica. En nuestro caso los pacientes descritos presentan afectación hepática, linfoesplénica así como gástrica, renal y tiroidea muy poco frecuentes. Todos ellos se encuentran en el rango de edad con afectación más frecuente extrapulmonar. Presentan la clínica más frecuente descrita para su localización según los casos publicados.

**Conclusiones.** El pseudotumor inflamatorio es una entidad poco frecuente. No obstante, en pacientes adultos entre 50 y 70 años debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial del síndrome constitucional y del dolor abdominal una vez descartadas patologías más frecuentes. El hecho de que en algunos casos pueda ser infiltrante así como que pueda aparecer en diferentes localizaciones a lo largo del tiempo, hace que se deba realizar un seguimiento estricto de los pacientes.

### V-134

#### ANÁLISIS DE LA FASE DE CRIBADO EN UN ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS

**D. Galiana Martín, J. Morís de la Tassa, D. León Durán, B. Rodríguez Díaz, C. Cienfuegos Basanta, E. Rodríguez, M. Campoamor Serrano y J. Rodríguez Noval Menéndez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Material y métodos.** El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 12.0. En primer lugar se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables clínico-epidemiológicas. Las variables cuantitativas se expresan mediante media y desviación estándar. Las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Se utilizó el test de Anova de 1 factor para analizar las diferencias de distribución de las variables entre los distintos servicios de ingreso. Para analizar la distribución de las variables cualitativas en los diferentes grupos se confeccionaron tablas de contingencia y se aplicó el Test de  $\chi^2$ , con la corrección de Yates, si estaba indicada. Tras la descripción inicial se llevó a cabo una regresión logística para estudiar la relación entre un conjunto de variables predictoras y la presencia o no de algún criterio de screening. Todo a lo largo del estudio el nivel de significación elegido fue para un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** La muestra está constituida por 173 episodios, 72 médicos, 85 quirúrgicos y 16 obstétricos, con una edad media de  $60 \pm 20,3$  años de los que el 51% eran mujeres con una estancia media de  $7,6 \pm 6$  días. La comorbilidad más frecuente fue la diabetes (19,7%) seguida de la EPOC (16,8%). Resultaron positivos 87 episodios (50,3%), con una edad media para estos pacientes de  $65,7 \pm 19$  años vs  $53,9 \pm 19$  ( $p < 0,0001$ ). El criterio más frecuente fue el de hospitalización previa y la infección nosocomial fue más frecuente en los servicios quirúrgicos. Se llevó a cabo una regresión logística en la que se identificaron 4 variables: edad, estancia media, existencia de EPOC y/o enfermedad cerebro vascular que predicen la negatividad de los criterios de cribado.

**Conclusiones.** 1. La frecuencia de positividad de los criterios de cribado para eventos adversos es concordante con la que encontramos en la literatura. 2. La edad está directamente relacionada con la probabilidad de positividad en el screening. 3. Los pacientes ingresados

en los servicios médicos con una edad más avanzada y mayor número de comorbilidades, son los que presentan una mayor tasa de cribado positivo. 4. Relacionando la edad, la duración de la estancia y la ausencia de EPOC y enfermedad cerebro vascular nos permitirá, a partir del CMBD, excluir una serie de episodios de las tareas de revisión con el consiguiente ahorro de recursos. 5. El grado de cumplimiento de las historias clínicas en nuestro ámbito incluye la información suficiente para llevar a cabo la fase de identificación de alertas de eventos adversos.

### V-135

#### SÍNDROME DE DISCINESIA APICAL TRANSITORIA: MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO Y PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN UNA SERIE DE 9 CASOS

C. Sobrino<sup>1</sup>, A. Espigares<sup>1</sup>, L. Morata<sup>1</sup>, F. Cabestrero<sup>2</sup>, J. Jurdado<sup>1</sup>, A. Grande<sup>2</sup>, D. Joya<sup>1</sup> y P. Del Valle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Intentar identificar marcadores pronósticos de severidad en los pacientes diagnosticados de discinesia apical transitoria (DAT) - Síndrome de Tako-Tsubo (STT) en nuestro centro.

**Material y métodos.** Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo. Se identificaron aquellos pacientes con diagnóstico al alta de STT, DAT que habían sido dados de alta en los últimos 5 años. Se incluyeron las variables edad, sexo, presencia de evento precipitante, TSH, FEVI (ventriculografía), intervalo QT, tiempo hasta QT máximo, profundidad máxima de la onda T, CKMB masa y tiempo hasta la CK máxima. Se realizó el análisis estadístico con SPSS 16.0.

**Resultados.** Se identificaron 9 pacientes (8 de sexo femenino) con diagnóstico cierto de discinesia apical transitoria (DAT). La edad media fue de 62,7 ( $\pm$  9) años. Se identificó evento precipitante en 4 (2 estrés y 2 infección respiratoria). La FEVI en la fase aguda fue de 59%  $\pm$  12,9, CKMB máxima 15,1  $\pm$  8,9, alcanzándose este valor en 26,9  $\pm$  29,1 horas. El QT máximo 642 ms ( $\pm$  100), alcanzándose en 40,2  $\pm$  24,9 horas. La profundidad máxima de la onda T llegó a 0,88  $\pm$  0,87 mV. Los pacientes con infección respiratoria tienen una FEVI menor y QT más prolongado. Se ha encontrado una correlación inversa entre la FEVI con el intervalo QT máximo (Coef. De Pearson -0,783.  $p$  = 0,013) y la FEVI con CK masa máxima (C. de Spearman -0,828.  $p$  = 0,006).

**Discusión.** Dado el pequeño tamaño de la serie no pueden extrapolarse conclusiones. Los resultados son concordantes con estudios previos. En nuestros pacientes existe una relación inversa entre la duración del intervalo QT y el pico de CKMB y la FEVI Dichos hallazgos podrían explicarse por una mayor afectación del tejido miocárdico. No se puede establecer una relación respecto al evento precipitante dado el escaso número de pacientes, no obstante pudiera ser que los pacientes con infección respiratoria presenten mayor afectación y alteración del QT.

**Conclusiones.** Conclusiones: Parece existir una relación entre la afectación de la contractilidad, los marcadores miocárdicos y la prolongación del QT en los pacientes con DAP. Estos datos se deben confirmar con estudios más extensos.

### V-136

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS, DEMORA DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

S. Pita Fernández<sup>1</sup>, S. Pertega Díaz<sup>1</sup>, F. Arnal Monreal<sup>2</sup>, L. González Saez<sup>3</sup>, P. González Santamaría<sup>4</sup> y R. Seijo Bestilleiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Epidemiología clínica y Bioestadística, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>4</sup>Centro de Salud de Teixeira (A Coruña).

**Objetivos.** Determinar las manifestaciones clínicas de los pacientes con cáncer colorrectal y la relación de la demora diagnóstica con el grado de invasión y la supervivencia

**Material y métodos.** Ámbito: CHU Juan Canalejo Período: 1994-2000 Tipo de estudio: Seguimiento Muestra: Pacientes con confirmación anatomopatológica de cáncer colorrectal ( $n$  = 1482, Edad: 68,3 ( $\pm$  11,5) años, 55,2% hombres). Mediciones: Edad, sexo, demora diagnóstica, localización tumoral, estadio TNM, primeros síntomas, analítica. La demora se define como el intervalo desde los primeros síntomas del cáncer hasta el diagnóstico anatomopatológico.

**Resultados.** Los primeros síntomas más frecuentes son la rectorragia (33,0%), cambios en el hábito intestinal (28,4%) y síndrome general (25,4%). Las localizaciones más frecuentes son el sigma (31,2%), recto (28,3%) y unión rectosigmoidea (10,5%). Los estadios más frecuentes son el estadio II (35,6%) y III (30,4%). De los pacientes con enfermedad metastásica, el 88,4% tienen metástasis hepáticas. Existe una asociación entre los motivos de consulta y la localización del tumor. La anemia es más frecuente en tumores localizados en el ciego y en el colon ascendente. La mediana de CEA al diagnóstico es de 4,1, con valores significativamente más elevados en estadios más avanzados, sucediendo lo mismo con la fosfatasa alcalina y el LDH. La media de la demora es 161,9 ( $\pm$  182,9) días, con una mediana de 103,5 días. No se observan diferencias en la demora según sexo, edad o estadio. La probabilidad de supervivencia a 1, 2 y 3 años post-diagnóstico es de 88,0%, 82,0% y 77,8%, respectivamente. La supervivencia disminuye con el estadio ( $p$  < 0,001).

Tras estratificar los pacientes según la demora menor o mayor que la mediana, se objetiva un mejor pronóstico de los pacientes con mayor demora ( $p$  = 0,039). No se encontraron diferencias según localización. Ajustando por edad, sexo, demora y estadio, la supervivencia no se relaciona con la demora (RR = 0,99; 95% IC: 0,99-1,00) ni el sexo. Las variables asociadas de modo independiente con la supervivencia son la edad (RR = 1,02) y el estadio (Estadio II RR = 1,80; Estadio III RR = 2,45; Estadio IV RR = 9,54). Analizando separadamente los pacientes según localización, la demora no modifica la supervivencia, ni en el cáncer de colon ni en el de recto

**Discusión.** Los hallazgos de este estudio son consistentes con lo publicado en la literatura, y muestran cómo la demora en el diagnóstico durante la fase clínica de la enfermedad no modifica el pronóstico en el cáncer colorrectal

**Conclusiones.** La rectorragia, cambios en el hábito intestinal y el síndrome general son los síntomas más frecuentes del cáncer colorrectal. Los primeros síntomas se asocian con la localización. La demora diagnóstica es similar en los diferentes grados de invasión y no modifica la supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal.

### V-137

#### EL TABACO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE INFARTO DE MIOCARDIO Y PÉRDIDA DE INJERTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

S. Pita Fernández<sup>1</sup>, F. Valdés Cañedo<sup>2</sup>, R. Seijo Bestilleiro<sup>1</sup> y S. Pertega Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Epidemiología clínica y Bioestadística, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de tabaquismo en pacientes trasplantados renales, el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) y el riesgo de pérdida del injerto tras el trasplante renal.

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: Pacientes trasplantados renales (CHU Juan Canalejo-A Coruña) Período: Enero/1981-Diciembre/2007 Estudio: Observacional de seguimiento prospectivo Criterios de inclusión: Pacientes trasplantados renales Mediciones: Se estudian las variables: presencia o no de IAM tras el trasplante, pérdida o no del injerto tras el trasplante, edad y sexo del receptor, IMC, TAS y TAD en el momento del trasplante, colesterol basal, HDL, diabetes pretrasplante, antecedentes de HTA, hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), tabaquismo antes y después del trasplante, necrosis tubular aguda, rechazo agudo y compatibilidades AB y DR. Muestra:  $n$  = 1967 (Seguridad = 95%; Precisión:  $\pm$  2,21) Análisis estadístico: Para determinar las variables asociadas a la presencia o no de IAM y pérdida de injerto se realizó un análisis de supervivencia según la metodología Kaplan-Meier y regresión de Cox. La relevancia clínica se determinó calculando la reducción relativa del riesgo (RRR), reducción absoluta del riesgo (RAR), número

necesario de pacientes a tratar para prevenir un evento (NNT), fracción etiológica (FE), fracción etiológica poblacional (FEP).

**Resultados.** La prevalencia de tabaquismo en el momento del trasplante es 43,1%. Al final del seguimiento 14,2%. En el análisis univariado se objetiva que los infartados son mayores en edad, tienen mayor IMC, mayor TAS y menores niveles de HDL que los no infartados; aunque la diferencia no es significativa. Incrementan significativamente el riesgo de IAM el sexo (hombre OR = 1,95), la HVI (OR = 1,93), fumar antes del trasplante (OR = 3,7) y fumar tras el trasplante (OR = 3,0). Ajustando por edad del receptor, colesterol basal, diabetes mellitus pretrasplante, HTA pretrasplante, HVI, sexo y fumar en el momento del trasplante las variables con un efecto independiente para predecir IAM son la HVI (OR = 2,2) y fumar en el momento del trasplante (OR = 3,5). Ajustando en un modelo de regresión por: edad del receptor, IMC, colesterol basal, presencia de rechazo agudo, HTA, diabetes pretrasplante, fumar posterior al trasplante y número de compatibilidades DR objetivamos que las variables que tienen un efecto independiente para predecir pérdida del injerto son la presencia de rechazo agudo OR = 1,47 (95% IC = 1,01-2,10) y el seguir fumando postrasplante OR = 1,64 (95% IC = 1,1-2,5). Relevancia clínica: De los pacientes fumadores en el momento del trasplante infartaron el 7,7% y de los no fumadores el 2,2%. RAR = 5,5%, RRR = 250%, OR = 3,7 (95% IC:1,6-8,6), NNT = 18 (95% IC:12-41). FE = 71,4% FAP = 53,7%. De los pacientes fumadores al final del seguimiento infartaron el 8,6% y de los no fumadores el 3,0%. RAR = 5,6%, RRR = 187%, OR = 3,04 (95% IC: 0,9-10,4), NNT = 18 (95%IC:10-70). FE = 65,1%, FAP = 22,4%

**Discusión.** Este estudio muestra la importancia del tabaco como factor de riesgo para un infarto de miocardio en pacientes trasplantados renales. De cada 18 pacientes que dejasen de fumar antes del trasplante se evitaría un IAM. El 71,4% de los IAM entre los fumadores se debe al hecho de fumar. Si logramos que ningún trasplante fumase antes del trasplante se reduciría la incidencia de IAM en un 53,7%. Si tras el trasplante logramos que ningún paciente fume se reduciría la incidencia de IAM en un 22,4%

**Conclusiones.** El fumar es un factor de riesgo independiente para predecir IAM y pérdida de injerto en pacientes trasplantados renales. La supresión del hábito tabáquico tendría un gran impacto clínico sobre la reducción del IAM

#### V-138

#### SÍNDROME CONFUSIONAL: COMPETENCIA DE M. INTERNA

**J. Miramontes González, N. Cubino Boveda, E. Puerto Pérez, M. Pérez García, M. Cengotita Bengoa, J. Martín-Oterino, E. Mosquera Isidro y A. Sánchez Rodríguez**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Uno de los principales motivos de acudir a urgencias en pacientes mayores de 80 años es la alteración del nivel de conciencia. El diagnóstico diferencial de todas las posibles causas es muy amplio y en ocasiones tras un completo estudio no se llega a un diagnóstico concreto, la dificultad no sólo estriba en las numerosas posibilidades que justifiquen el cuadro, también aumenta esta dificultad la comorbilidad que presentan los pacientes octogenarios. El objetivo de este trabajo es conocer el número de pacientes cuyo criterio de ingreso es la alteración del nivel de conciencia. Del total de estos pacientes se realiza un estudio retrospectivo para conocer las distintas causas que han podido desencadenar el cuadro.

**Material y métodos.** Se realiza el trabajo sobre el total (1985 pacientes) de los ingresos de tres años de un servicio de M. Interna perteneciente a un hospital de tercer nivel. El criterio de búsqueda es el Sd confusional o la alteración del nivel de conciencia como motivo de visita a urgencias. Se revisan las historias clínicas enfatizando en la clasificación del diagnóstico al alta.

**Discusión.** Son múltiples los procesos o causas que subyacen a la alteración del nivel de conciencia. Destacan por separado las causas infecciosas no neurológicas (confusión secundaria a Sd febril/sepsis). Las causas neurológicas las dividimos en los accidentes cerebrovasculares y las etiologías no vasculares, reservando este apartado para epilepsias, TCE. En el apartado de causas Metabólicas incluimos las

hipoglucemias, alteraciones hidroelectrolítica. Las farmacológicas que se han repetido en más ocasiones son intoxicaciones por derivados opiáceos.

**Conclusiones.** El Sd confusional es una compleja entidad que engloba múltiples patologías de distinto origen: metabólico, farmacológico, hemodinámica, hormonal, neurológico. Esta complejidad, la frecuencia con la que se presenta en el paciente anciano con múltiples procesos de forma concomitante hace del Sd confusional una de los terrenos más apropiados para el internista.

#### V-139

#### SCHWANNOMA BENIGNO DE PLEXO SACRO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE NEURILEMOMAS EN NUESTRO HOSPITAL

**F. Morales Caravaca<sup>1</sup>, A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, F. Herrero Huerta<sup>1</sup> y M. Navarro Martínez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** El hallazgo de un schwannoma a nivel pélvico es poco frecuente y suele constituir un descubrimiento casual. A propósito de un caso de schwannoma sacro diagnosticado recientemente en nuestro hospital se ha hecho una revisión de los neurilemomas diagnosticados desde el año 2000 hasta la actualidad.

**Material y métodos.** El caso que presentamos es el de una mujer de 75 años que presenta una masa pélvica como hallazgo incidental durante la realización de una ecografía abdominal. Se realizó estudio radiológico con tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN) y estudio anatomopatológico para obtención de biopsia que confirmó la existencia de un schwannoma sacro. Por otra parte, se realizó una revisión de los casos de schwannomas diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 8 años en colaboración con el servicio de Anatomía patológica.

**Resultados.** Nuestra paciente tenía en el TAC una masa pélvica de 7 cm que se localizaba a nivel sacro, presentando un gran componente intraóseo y con bordes bien definidos. Se realizó una RMN para descartar el componente vascular y después fue biopsiada bajo guía con TAC. El estudio histológico mostraba una proliferación tumoral de células fusiformes, elongadas con indistintos bordes citoplasmáticos y focal disposición de los núcleos en empalizada, sin atipias. Focalmente aparecían signos degenerativos como infiltración tumoral xantomatosa y fenómenos de hialinización vascular de pequeños vasos. Inmunohistoquímicamente fueron positivas para la proteína S-100. Estos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico histológico de schwannoma pélvico de raíz sacra. En la revisión realizada en los últimos 8 años nos encontramos con 11 casos de diagnóstico de neurilemoma de los cuales aparecieron 4 en mujeres y 8 en varones; por edad la mitad de los casos a partir de la 5ª década de la vida y la manifestación clínica más frecuente fue la aparición de una tumoración quística subcutánea de características benignas, no dolorosas, a nivel de rodilla, tobillo, muñeca, espalda y región cervical. En el caso que nos ocupa se decidió tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio con buena evolución. En la revisión realizada en la mitad de los casos se decidió extirpación de la tumoración por clínica compresiva.

**Discusión.** Los schwannomas se originan a partir de las células de schwann que constituyen las vainas de mielina de los nervios periféricos. Suelen afectar principalmente a los nervios cutáneos de la cabeza, cuello, extremidades y tronco. Y la localización a nivel de las raíces espinales es muy infrecuente. Tienen crecimiento lento y clínicamente son indolentes o pueden dar clínica de cuadro compresivo. El TAC y la RMN son esenciales para el acercamiento diagnóstico aunque, el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Desde un punto de vista histológico se establece el diagnóstico diferencial con el neurofibroma (PS-100 negativo), el schwannoma maligno (presenta atipias) y los sarcomas. El tratamiento es conservador en la mayoría de los casos si el paciente está asintomático, decidiéndose la extirpación quirúrgica cuando aparece clínica de neuropatía compresiva. Estos pacientes precisan un seguimiento porque el tumor puede crecer o recidivar.

**Conclusiones.** La localización sacra de los schwannomas es muy infrecuente. La mayoría son benignos, de localizaciones en extremidades periféricas y se acompañan de escasa clínica siendo con fre-



cuencia un hallazgo incidental. No hay correlación entre tamaño tumoral y el potencial maligno.

#### V-140

##### ESTUDIO DE LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS EN MEDICINA INTERNA

**G. García García, J. Vázquez Labrador, F. Olgado Ferrero, M. Martín Sánchez, L. Morillo Blanco y D. Magro Ledesma**  
Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Se pretende estudiar las características epidemiológicas, prevalencia, los patrones de ingreso y mortalidad de los pacientes alcohólicos en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los informes de alta y éxitos de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna, desde el 1 de enero del 2006 hasta el 31 de Mayo del 2008 en cuyos diagnósticos figuraba alcoholismo crónico. Se recogen datos referentes a la edad, sexo, tiempo de estancia, procesos o enfermedades de los que fueron diagnosticados, así como la evolución.

**Resultados.** De los 79 pacientes analizados, 72 (92,4%) eran varones y 6 (7,6%) mujeres, con una media de edad de 56, 4 años. La estancia media en nuestro servicio fue de 9,9 días. El 41,8% de los enfermos eran bebedores excesivos, un 34,2% bebedores habituales, 20,3% moderados y sólo un 3,8% eran exbebedores. El 86,1% eran fumadores y además el 10,1% eran consumidores de otros tóxicos. A su ingreso el 43% estaban diagnosticados de hepatopatía alcohólica, 6,3% de hepatopatía por Virus B, y un 10,1% de hepatopatía por Virus C. El 19% de los enfermos presentaban hipertensión portal al ingreso. El 3,8% había presentado episodios de descompensación hidrópica previamente, el 8,9% encefalopatía hepática y el 11,4% hemorragia digestiva alta. El 6,3% presenta varices esofágicas grado II. El motivo de consulta más frecuente son las crisis comiciales 24,1%, seguidas de la infección respiratoria 16,5% y la intoxicación alcohólica aguda 16,5%, Síndrome confusional el 12,7%, menos frecuentes son la encefalopatía hepática, descompensación hidrópica o el Accidente cerebrovascular. Nuestros enfermos presentan una media de hemoglobina de 13,2 g/dl, con un hematocrito de 39,4%, un VCM de 97,9 fl y unas plaquetas de 233.000. El TP medio es de 84,5%. El valor medio de las transaminasas es de 70,3 UI/L la GOT y 47,4 UI/L la GPT. La GGT 168,7 UI/L, FA de 97,6 UI/L; bilirrubina total de 1,4 mg/dl y directa de 0,7 mg/dl. El proteinograma muestra hipergammaglobulemia policlonal en el 44,3% de los pacientes. La media de albúmina y proteínas totales es de 3,4 g/dly 6,7 g/dl respectivamente. El diagnóstico al alta más frecuente 21,5% es la hepatopatía aguda o crónica ocasionada por el alcohol, seguida de la infección respiratoria 16,5%, el síndrome de abstinencia en el 15,2% de los casos y 11,4% crisis comiciales por privación. Sólo son éxitos el 1,3% de los enfermos. 32 pacientes al alta (40,5%) se derivan a centros de deshabituación, se trata de los pacientes más jóvenes.

**Discusión.** Podemos observar como la problemática del alcoholismo en el medio asistencial hospitalario, presenta a unos pacientes que acuden al hospital por los problemas orgánicos relacionados con el consumo de alcohol. Podríamos esperar que un Servicio de Medicina Interna el perfil del enfermo alcohólico fuese el de un varón de edad comprendida entre la 7ª y 8ª década de la vida, con hepatopatía alcohólica muy avanzada y con todas las posibles complicaciones orgánicas; sin embargo, se trata de enfermos relativamente jóvenes, en su mayoría varones con un consumo excesivo de alcohol, presentado ya al ingreso una hepatopatía alcohólica moderada conocida por ellos, a pesar de lo cual continúa bebiendo. Ingresan en nuestro Servicio por complicaciones agudas, como las crisis comiciales y el síndrome confusional por privación alcohólica, y la intoxicación alcohólica aguda; no motivando ingresos en Medicina Interna las complicaciones crónicas de la hepatopatía alcohólica. En cuanto a los parámetros analíticos podemos observar que nuestros enfermos no presentan en su mayoría hipersplenismo, no tienen anemia ni leucotrombopenia, aunque sí macrocitosis. Tienen cierto grado de cistolisis y colestasis, pero sin datos de insuficiencia hepática. Podemos decir por tanto que se encuentran en un estadio A de Child-Pugh. Llama la atención que menos de la mitad de los enfer-

mos se derivan a centros de deshabituación.

**Conclusiones.** El tratamiento definitivo de nuestros pacientes es el abandono del hábito alcohólico, por tanto deberíamos remitirlos más a centros de deshabituación especializados.

#### V-141

##### SÍNDROME DE SWEET: ESTUDIO DE 13 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**M. Lozano Parras, R. Blázquez Ruiz, A. Poza Montoro, C. Llamas Sereno, M. Bretón Arranz, L. Matilla Pardo, B. Rojano Martín y M. Maroto Rubio**

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar las características y asociaciones clínicas del síndrome de Sweet en un hospital terciario en un periodo de 10 años.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de síndrome de Sweet que precisaron ingreso en nuestro hospital desde enero de 1998 hasta diciembre de 2007. Se evaluaron las características clínicas y analíticas, los factores desencadenantes, procesos subyacentes así como el tratamiento y la evolución.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 13 pacientes, 8 de los cuales fueron mujeres con una edad media de 54 años. Todos los casos presentaron las lesiones típicas consistentes en nódulos y/o placas eritematosas en distintas localizaciones. Se observó fiebre en un 54% de los pacientes, afectación articular en el 23% (artritis y espondilodiscitis) y ocular en el 15% (conjuntivitis, epiescleritis) Los datos analíticos revelaron leucocitosis y/o neutrofilia en un 46% y la VSG/PCR estaba elevada en un 69%. En cuanto a las asociaciones clínicas de nuestra serie: 7 fueron diagnosticados de leucemia aguda mieloide (LAM), 3 de enfermedad inflamatoria intestinal (2 con enfermedad de Crohn y uno con colitis ulcerosa), 2 casos de tumores sólidos (adenocarcinoma de páncreas y cáncer de colon), y un caso de enfermedad de Graves Basedow. Entre los factores desencadenantes, en 4 de los pacientes el brote de S. Sweet se produjo a los pocos días de la administración de ácido transretinoico (en un caso, además, toma conjunta de litio), y dos casos se desarrollaron tras una gastroenteritis aguda. Precisaron tratamiento con corticoides sistémicos 9 pacientes y en 3 casos se produjo un desenlace fatal secundario al proceso subyacente (LAM)

**Discusión.** El síndrome de Sweet, o dermatosis neutrofílica febril aguda, es una entidad que se manifiesta con la aparición, brusca o recurrente, de nódulos y/o placas rojo-violáceas bien delimitadas que muestran preferencia por la parte superior del cuerpo. En un 80% pueden tener manifestaciones sistémicas: fiebre, mucositis, artralgias, conjuntivitis, alveolitis, afectación renal, hepática, o del sistema nervioso central. que, en nuestro estudio, encontramos en un 69% de los casos. Hasta en un 71%, el síndrome de Sweet es un proceso idiopático, aunque se han documentado ciertas asociaciones clínicas que es preciso conocer. Dado que el objeto de nuestro análisis fueron los pacientes con S. Sweet que precisaron ingreso hospitalario, todos ellos mostraron procesos asociados. Según las series, en un 11-54% de los casos este síndrome tiene un origen paraneoplásico, asociándose a neoplasias hematológicas y a tumores sólidos que nosotros documentamos hasta en un 61%. En un 19% acompaña a enfermedades inmunológicas como lupus, artritis reumatoide o enfermedad inflamatoria intestinal, en una proporción similar a la nuestra (23%). También puede tener un origen parainflamatorio siendo frecuente su aparición tras procesos infecciosos de vías respiratorias altas, infecciones urinarias, hepatitis o, como es nuestro caso, gastroenteritis. Así mismo, fármacos como sulfamidas, hidralcina, furosemida, ácido transretinoico, anticoagulantes orales o litio, pueden desencadenar un brote de síndrome de Sweet. El tratamiento con corticoides sistémicos suele ser efectivo.

**Conclusiones.** La importancia de este síndrome radica en su patogenia autoinmune, la certeza de que se trata de una enfermedad sistémica, su frecuente aparición tras procesos infecciosos y la importancia de realizar un despistaje de neoplasias por la posible evolución fatal del proceso.

## V-142

**ANÁLISIS DE LAS BIOPSIAS DE ARTERIA TEMPORAL REALIZADAS EN UN PERÍODO DE 18 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE CATALUÑA**

**B. Mari Alfonso, M. Monteagudo Jiménez, G. Bejarano Redondo, J. Pérez de Celis, A. Casanovas Martínez, R. Jordana Comajuncosa, C. Tolosa Vilella y J. Oristrell Salvà**

*Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).*

**Objetivos.** Determinar las variables clínicas y analíticas que permitan mejorar la rentabilidad de la biopsia de la arteria temporal (BAT) para el diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG)

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las BAT practicadas entre los años 1989 y 2007 en el hospital de Sabadell con un total de 400 camas y un área de influencia de 400.000 habitantes. Se recogieron los datos demográficos, las manifestaciones clínicas de debut, los datos analíticos previos a la realización de la BAT y los diagnósticos finales, considerando sólo aquellos casos en los que se reflejaban en la historia clínica.

**Resultados.** Entre enero de 1989 y diciembre de 2007 se realizaron un total de 278 biopsias de arteria temporal (BAT) de las cuales 181 eran mujeres (65.1%) y 97 varones (34.8%). Se obtuvieron 79 (28.4%) resultados positivos (BAT+) y 199 (71.5%) negativos (BAT-). El total de los casos con BAT+ fueron diagnosticados de ACG (AT+) con una edad media al diagnóstico de 75 años (rango 60-90). El 68,5% del grupo con BAT- cumplía 3 o más criterios de la ARA. Los diagnósticos finales en el grupo con BAT- fueron: Polimialgia reumática (PMR) en 37 (18,6%), ACG con BAT- (AT-) en 27 (13,6%), cefalea tensional en 15 (7,5%), infección en 15 (7,5%), otras vasculitis en 15 (7,5%), enfermedad neoplásica en 12 (6,0%), neuropatía óptica no vasculítica en 3 (1,5%) y otros diagnósticos en 45 (22,6%). En 30 casos no se alcanzó ningún diagnóstico (15,0%). Se realizó un análisis univariante entre los diferentes grupos diagnósticos (BAT+/BAT-; BAT+/AT-; BAT+/PMR). El sexo femenino (77,2%), la cefalea (85,9%), la claudicación mandibular (41,7%), la hiperestesia de cuero cabelludo (36,6%), una palpación anómala de la arteria temporal (73,3%), y las alteraciones específicas de la arteria temporal (43,6%), así como la presencia de déficit visual específico (66,7%) fueron las variables presentes de forma significativa en el grupo con BAT+ ( $p < 0,05$ ) frente al grupo global con BAT-. En el grupo de AT- únicamente se encontraron diferencias significativas frente al grupo con BAT+ en la presencia de una palpación anómala de la arteria temporal (7,7% AT- y 43,6% BAT+) con una  $p < 0,05$ . En el grupo diagnóstico de PMR la clínica asociada de PMR (100%), la cefalea (59,5%), la claudicación mandibular (12,9%), la palpación anómala de arteria temporal (48,6%) y la ausencia de anemia con Hb inferior a 11 mg/dL (65,7%) mostraron diferencias significativas respecto al grupo con BAT+ con una  $p < 0,01$ . En el análisis multivariado sólo la cefalea (RR 3,6), la claudicación intermitente (RR 2,9) y las alteraciones específicas de la palpación de la arteria temporal (RR 2,5) mantuvieron diferencias estadísticas en el grupo de BAT+ frente al total del grupo con BAT-. La presencia de Hb inferior a 11 mg/dL constituyó un factor protector de la enfermedad (RR 0,35).

**Discusión.** La ACG es una vasculitis de etiología desconocida que afecta a vasos de mediano y gran calibre en pacientes mayores de 50 años. Su diagnóstico se basa inicialmente en la sospecha clínica, en presencia de síntomas clásicos de afectación craneal (cefalea, claudicación mandibular, alteraciones visuales, alteraciones en la palpación de arteria temporal) o afectación sistémica. La BAT es el único método que permite establecer el diagnóstico definitivo de ACG, sin embargo, un aumento en el número de BAT practicadas no se ha correlacionado con un mayor número de resultados positivos. Con los resultados obtenidos en nuestra serie creemos que la probabilidad de que una BAT sea positiva para ACG es mayor cuantos más síntomas locales existan y muy baja cuando las alteraciones analíticas y síntomas sistémicos son el motivo de indicación de la biopsia.

**Conclusiones.** Un tercio de las biopsias realizadas en nuestro centro fueron positivas para ACG y un 13,6% fueron etiquetadas y tratadas como AT-. El conjunto de variables clínicas que mejor predicen una BAT+ en nuestra serie son la cefalea, la claudicación mandibular y la palpación anómala de arteria temporal. Los diagnósticos finales

obtenidos en el grupo con BAT- sugiere la importancia de iniciar otros estudios complementarios en espera del resultado de la BAT. Hasta el 10% de los casos pueden quedar sin resolver

## V-143

**PERFIL CLÍNICO-SEROLÓGICO DE PACIENTES LÚPICOS VARONES**

**L. Micó Giner<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>2</sup>, M. Fernández Garcés<sup>3</sup>, M. De Haro Liger<sup>4</sup>, J. Rodríguez Andreu<sup>4</sup>, R. García Portales<sup>4</sup>, C. Morata Aldea<sup>1</sup> y J. Mota Santiago<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera (1). Alzira (Valencia). <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.*

**Objetivos.** Investigar las características clínico - serológicas y el tratamiento de pacientes varones, diagnosticados de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El LES es mucho menos prevalente en hombres que en mujeres, diferencia que se atribuye a causas de tipo hormonal. En cuanto a la forma de presentación clínica se ha descrito un mayor predominio de las manifestaciones por afectación cutánea, serosa, renal y cardíaca.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y prospectivo de 32 pacientes varones, diagnosticados de LES, según criterios de la ACR 97, incluidos en un registro on-line, de ámbito multicéntrico nacional, en los últimos 5 años. parámetros evaluados: edad, manifestaciones clínicas, duración de la enfermedad, número de brotes, índices de actividad (SLEDAI) y cronicidad, (SLICC) autoanticuerpos y anticuerpos antifosfolípidos, factores clásicos de Riesgo cardiovascular (RCV), comorbilidad y tratamiento.

**Resultados.** Los pacientes varones representan el 7,27% del total de los registrados, edad media  $39,5 \pm 14$  (Rango 17-79) duración del LES  $91,8 \pm 77$  meses, n° de brotes  $3,7 \pm 4,6$ . SLEDAI  $8,9 \pm 9$  SLICC  $2,7 \pm 2,5$  Las manifestaciones clínicas más frecuentes: cutáneas, articulares, hematológicas (68,8%) renales (53,1%) y serositis (34,4%). El patrón inmunológico: ANA 78%, anti DNA 40,6% y Anti SM 25%, Ac antifosfolípidos: AL 40,7% y aCL IgG 15% e IgM 15,7%. En cuanto a los factores clásicos de RCV: el más prevalente fue el tabaquismo, seguido de Hipertensión arterial, Dislipemia, sedentarismo, obesidad e hipertrofia ventricular izquierda en el ECG, siendo rara la diabetes mellitus. 9,4% referían antecedentes de ECV precoz en familiares de 1º En cuanto a la comorbilidad: proteinuria en rango nefrótico 21,4%, valvulopatía cardíaca 17,9%, trombosis venosa profunda 14,3%, osteoporosis 14,3% y enfermedad cardiovascular, fundamentalmente cardíaca, el 15,6% El 90,6% llevaban al momento del protocolo medicación para el LES, habiendo recibido pulsos de corticoides/ciclofosfamida el 22% en ambos casos. El 68,8% precisaban medicaciones cardiovasculares

**Discusión.** Tanto la baja prevalencia del LES en hombres como su forma de presentación coinciden con lo descrito por otros autores, destacando las manifestaciones cutáneo - articulares y la serositis. La afectación del riñón es frecuente y también la presencia de síndrome nefrótico. Se aprecia elevada prevalencia de anticoagulante lúpico. Resulta preocupante la frecuencia de FRCV modificables y de enfermedad cardiovascular en estos pacientes, con gran requerimiento de medicaciones cardiovasculares. El tratamiento básico del LES en la serie estudiada es la corticoterapia con infrautilización de los antipalúdicos e inmunosupresores.

**Conclusiones.** 1. La forma especial de presentación y evolución del LES en hombres puede dificultar el diagnóstico, sobre todo en los casos con ANA negativo. 2. La situación de hipercoagulabilidad, dada la elevada prevalencia de los anticuerpos antifosfolípidos, debe ser detectada y controlada precozmente. 3. Es imprescindible investigar y tratar los FRCV clásicos para prevenir la aparición de ECV. 4. Los corticoides deben de ser mantenidos a largo plazo, a las mínimas dosis eficaces posibles, asociando fármacos con beneficios cardiovasculares evidentes.

**V-144****RM Y TC EN LA FRECUENCIA DE LAS DISTINTAS METÁSTASIS Y VÍAS DE METASTATIZACIÓN INTRACRANEALES****J. Álvarez Tutor<sup>1</sup>, E. Álvarez Tutor<sup>2</sup> y J. Clint<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Observar la frecuencia de metastatización y la vía por la que se diseminan al cerebro, desde los distintos órganos del resto del cuerpo.

**Material y métodos.** Se recogieron los hallazgos descubiertos por RM y TC de los distintos pacientes que fueron sometidos a dichos estudios, por sospecha clínica de metástasis cerebrales en tumores primarios ya conocidos.

**Resultados.** Se encontraron treinta y cuatro pacientes con metástasis intraparenquimatosas por vía hematológica: a) 13 Carcinomas de mama. b) 11 Carcinomas de pulmón. c) 3 Melanomas. d) 2 Carcinomas de colon. e) 2 Linfomas no Hodgkin. f) 1 Carcinoma anaplásico de tiroides. g) 1 Leucemia linfocítica aguda. h) 1 Adenocarcinoma de ovario. Ocho pacientes tuvieron metastatización a través del líquido cefalorraquídeo (LCR): a) 3 Meduloblastomas. b) 2 Ependimomas. c) 2 Glioblastomas multiformes. d) 1 Pinealoblastoma. Tres pacientes presentaron diseminación hematológica carcinomatosa leptomeningea: a) 1 Carcinoma pulmonar. b) 1 Adenocarcinoma de ovario c) 1 Carcinoma de vejiga.

**Discusión.** Los tumores metastásicos cerebrales, representan aproximadamente 1/3 de todos los tumores cerebrales, por lo que es obligatorio, realizar una exploración craneoencefálica mediante TAC o RM, sobre todo en pacientes ya conocidos con tumor primario, en los que un cambio brusco de comportamiento nos hace sospechar la posibilidad de una metastatización intracranial. Lo mismo ocurre si no conocemos el primario.

**Conclusiones.** La vía más frecuente de metastatización al cerebro es la hematológica con un 82,22% de los tumores, siendo el carcinoma de mama con un 28,88% la neoplasia que más frecuente metastatiza, seguida del carcinoma pulmonar con un 26,66%. Los tumores que metastatizan a través del LCR son todos primarios del sistema nervioso central (SNC), siendo el más frecuente el meduloblastoma con un 6,66%. La diseminación hematológica carcinomatosa leptomeningea con afectación exclusiva de las meninges es una rareza y no parece seguir un patrón de conducta propio de ninguna tumoral primaria.

**V-145****EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. EXAMEN ESTANDARIZADO MEDIANTE TAC MULTIDETECTOR EN URGENCIAS****J. Álvarez Tutor<sup>1</sup>, E. Álvarez Tutor<sup>2</sup> y J. Clint<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** La seguridad y la eficacia en la evaluación radiológica del paciente politraumatizado es crucial. En este estudio evaluamos un protocolo de TAC estandarizado, incluyendo cabeza, cuerpo y las extremidades proximales.

**Material y métodos.** Realizamos todas las pruebas en un TAC multidetector Toshiba Aquilion 64, con reconstrucción posterior volumétrica 3D y multiplanar. El protocolo comienza con un estudio de TAC craneal secuencial, sin inyección de medio de contraste intravenoso, seguido por un estudio directo a través del tórax-abdomen-pelvis, directamente con medio de contraste intravenoso, para valorar la captación de lesiones (salvo en alguna excepción). 111 pacientes con traumatismos graves generalizados, fueron evaluados, junto con los datos médicos después del diagnóstico radiológico por TAC, de manera que pudimos comparar el resultado, tras las intervenciones quirúrgicas, y poder evaluar el diagnóstico final.

**Resultados.** La media de tiempo de examen fue de 10 minutos (rango entre 6 - 16 minutos). En total se recogieron 57 lesiones de cabeza, 88 lesiones de tórax, 28 lesiones abdominopélvicas, además de 61 fracturas, diversas que fueron encontradas mediante este

método. El TAC identificó las lesiones correctamente con excepción de las siguientes: una lesión de tronco del encéfalo, una contusión/posible ruptura de corazón, una lesión hepática, dos lesiones intestinales y 9 lesiones musculoesqueléticas, todas ellas de partes blandas.

**Discusión.** La realización de un TAC de urgencias hoy en día es muy rápido en un TAC multidetector, donde realmente lo que más cuesta es el transporte desde urgencias del paciente y su posterior colocación en la mesa del aparato. La manipulación 3D posterior, también es muy sencilla y permite descubrir en los 3 planos del espacio las posibles lesiones del paciente politraumatizado.

**Conclusiones.** Un examen estandarizado mediante TAC, de cabeza y cuerpo, puede ser realizado en 10 minutos. La seguridad en el diagnóstico fue muy alta, y esta es la razón por la cual recomendamos, como método de elección esta técnica, para iniciar el estudio en urgencias de los pacientes politraumatizados.

**V-146****EL RETO DEL TUMOR DESCONOCIDO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA TUMORAL DIAGNOSTICADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****F. Jódar Morente<sup>1</sup>, M. Clements Domínguez<sup>2</sup>, V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>1</sup>, M. Almenara Escribano<sup>1</sup>, R. Yeste<sup>1</sup>, D. Carrillo<sup>1</sup> y F. Molina Molina<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** Evaluar la patología tumoral diagnosticada en una sección de un servicio de medicina interna, la rentabilidad de las pruebas diagnósticas solicitadas. Identificar los signos clínicos más comunes que nos deben hacer sospechar patología tumoral en nuestros pacientes. Identificar las áreas anatómicas a las que debemos prestar mayor atención en la búsqueda de dicha patología.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 73 informes de alta de pacientes ingresados en una sección de medicina interna de nuestro hospital cuyo diagnóstico de alta, derivación o epicrisis fue el de tumor de características malignas de cualquier localización y estirpe durante el año 2007. Estadística descriptiva.

**Resultados.** Estadísticos descriptivos: EDAD mínimo 57, máximo 92, media 74,75, con una desviación típica de 8,880; sexo 53,3% mujeres. Síntomas que motivaron la consulta médica: astenia 23,3%, dolor 60%, deterioro general 17%, anorexia 23,4%, pérdida de peso 23,4%, sangrado 16,7%, alteraciones de hábito intestinal 16,7%, disnea 26,7%. En la exploración, no se detectaron adenopatías. Si visceromegalias (hepato/esplenomegalia) en un 27%. Los pacientes que no ingresaron por sangrado/astenia tuvieron una hemoglobina entre 10-11 gr/dl. Otros valores analíticos a reseñar son: PCR mínimo 3, máximo 176, media 56,50, desviación típica 49,226; VSG mínimo 10, máximo 116, media 56,82, desv. típ 25,928; CEA mínimo 32, máximo 1874, media 374,57, desviación típica 668,049; CA19.9 mínimo 43, máximo 12000, media 3937,20, desviación típica de 5581,421; CA125 mínimo 44, máximo 1645, media 682,88, desviación típica 694,556; CA15.3 mínimo 53, máximo 329, media 125,71, desviación típica 98,708; BHCG mínimo 82, máximo 4795, media 2438,50, desviación típica 3332,594; BETA2 mínimo 2738, máximo 3688, media 3174,67, desviación típica 479,618. Pruebas diagnósticas: rx tórax/abdomen 100% de los pacientes, hallazgos patológicos en 46,7% de los casos; TAC a un 97% de los pacientes, hallazgos patológicos en un 86,2% de los casos practicados. Eco abdominal a un 26,7% con un 10% de hallazgos patológicos. Mamografía a un 7% de los pacientes, todas patológicas. Bronoscopias a un 3,3% todas patológicas. Endoscopia (alta o baja) a un 73,3% de los pacientes, con un 23,3% de hallazgos patológicos. Localización del tumor primario: Gastrointestinal y recto: 26,7%, hepatobiliar 10%, pancreático 3%, pulmonar 16,7%, sanguíneo 6,7%, genitourinario y renal 20%, mama 13% e indiferenciado 13%. Localización de las metástasis: hepáticas 26,7%, pancreáticas 3%, pulmonares 27%, genitourinario y renal 6,7%, cerebral 6,7%, óseas 16,7%.

**Discusión.** El tumor como entidad nosológica es uno de los factores más prevalentes de este nuevo siglo, y el internista, como especialista en diagnóstico, afronta cada vez con mayor frecuencia el reto de su localización partiendo, muchas veces, de síntomas y signos ines-



pecíficos. La interpretación de estos signos como señal de alarma, la correcta elección de las pruebas diagnósticas y el despistaje de las localizaciones más frecuentes aumentarán su éxito en esta labor.

**Conclusiones.** El dolor en cualquier localización es el motivo de consulta más frecuente de los pacientes a los que finalmente se les diagnostica un tumor. La movilización de reactantes de fase aguda, aunque leve, es constante en estos pacientes. Los marcadores tumorales, en nuestra cohorte, debido a su gran variabilidad, tuvieron una utilidad limitada. La radiología simple sigue siendo una herramienta de gran valor. El TAC es la técnica que mayor beneficio diagnóstico aportó. El tumor de gastrointestinal y rectal, seguido del de vías urinarias y renal, y luego el pulmonar, fueron los primarios más frecuentes en nuestra serie. - Las localizaciones más frecuentes de metástasis de nuestra serie fueron el hígado y pulmón, seguidos de hueso.

#### V-147

### INCIDENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN PACIENTES EPOC EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES INHALADOS

J. Soler González<sup>1</sup>, A. Andrés Blanco<sup>2</sup>, E. Izquierdo Delgado<sup>1</sup>, M. Andrés Calvo<sup>1</sup>, A. Sánchez Fernández<sup>2</sup> y J. Pérez-Castrillón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Determinar la incidencia de fracturas vertebrales en pacientes con EPOC en tratamiento con corticoides inhalados frente a un grupo control.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 115 pacientes (107 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 74 ± 10 años diagnosticados de EPOC ingresados en el Hospital Río Hortega durante el año 2006 y seleccionados de forma aleatoria, frente a 87 controles equivalentes en edad y sexo escogidos al azar entre pacientes ingresados en 2006, una vez excluidos aquellos con osteoporosis o en tratamiento con corticoides. Se valoraron los siguientes parámetros: severidad del EPOC medida por espirometría, tratamiento con beta2 inhalados, corticoides inhalados (budesonida, fluticasona y beclometasona) y corticoides orales, oxigenoterapia crónica domiciliar, número de agudizaciones en los cinco años previos, diagnóstico de osteoporosis y tratamiento con bifosfonatos, calcio o vitamina D y fracturas previas. En ambos grupos se determinó el número y el grado de fracturas vertebrales en Rx tórax lateral mediante el programa de detección de fracturas Morphoexpress.

**Resultados.** El número de fracturas en el grupo de los EPOC medido por el programa Morphoexpress fue de 50 (43,5%) frente a 29 (33,3%) en el grupo control con resultado no significativo ( $p > 0,05$ ). Al agrupar los pacientes en fracturas moderadas-severas se obtuvo en el grupo de los casos un total de 33 (66%) frente a un total de 7 (24,1%) en el grupo de los controles lo que resultó estadísticamente significativo ( $p = 0,00$ ). Al analizar la relación entre la incidencia de fracturas y el grado de severidad de la EPOC se observó un aumento estadísticamente significativo: 1 fractura (10%) en los pacientes con EPOC leve, 6 (60%) en moderados y 24 (49%) en los severos con una  $p < 0,05$ . No existía una relación estadísticamente significativa entre los distintos tipos de corticoides inhalados y las dosis con el número de fracturas vertebrales. Tampoco se observó una relación entre el tratamiento con oxígeno domiciliario y la incidencia de fracturas 18 (53,3%)  $p > 0,05$ .

**Discusión.** Se ha demostrado que el tratamiento con corticoides orales produce un incremento del riesgo de fracturas. Sin embargo en los estudios publicados hasta el momento es controvertida la relación entre el uso de corticoides inhalados y el aumento del índice de fracturas (Johannes et al 2005 vs van Staa 2001). En nuestro estudio se mantiene esta afirmación pero si se observa una mayor severidad de las fracturas en los pacientes con corticoides inhalados. Sin embargo, no encontramos una clara relación entre la dosis de corticoides y el número y severidad de las fracturas (van Staa).

**Conclusiones.** En los pacientes con EPOC hay una mayor incidencia de fracturas moderadas-severas. No existe una relación significativa entre el uso de corticoides inhalados y el aumento de la incidencia de fracturas vertebrales en pacientes con EPOC. En los pacientes con EPOC hay una mayor incidencia de fracturas moderadas-

severas. La incidencia de fracturas vertebrales aumenta con la severidad del EPOC. No existe relación entre el tipo o la dosis de corticoides inhalados y la incidencia de fracturas vertebrales.

#### V-148

### DERRAME PLEURAL MIELOMATOSO COMO FORMA DE DEBUT. ESTUDIO DE 2 CASOS

A. Alguacil Muñoz<sup>1</sup>, E. Crespo Valades<sup>1</sup>, P. Espinosa Magro<sup>1</sup>, F. Muñoz Escudero<sup>2</sup> y G. Muñoz Nicolás<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** El Mieloma múltiple (MM) es una proliferación monoclonal de células plasmáticas que afecta principalmente al hueso y médula ósea. El derrame pleural (DP) aparece como complicación del 6% de los MM pudiendo ser secundario a procesos independientes de la enfermedad de base. El derrame pleural mielomatoso (DPM) por afectación pleural es extremadamente raro (menor del 1% de los casos) y excepcional que sea como primera manifestación de la enfermedad. Presentamos 2 casos con DPM sin diagnóstico previo de MM

**Material y métodos.** Descripción y seguimiento clínico de 2 casos cuyo motivo de ingreso fue disnea y DP atendidos en Medicina Interna, cuyo estudio demostró la existencia de un MM y afectación pleural (DPM).

**Resultados.** Caso 1.- Varón de 72 años ingresado por disnea y DP derecho. Presentaba anemia (Hb 8.7 g/dl) con resto de las series hematológicas, Bioquímica y E. de coagulación normales. El TAC tóraco-abdominal: DP bilateral de predominio derecho con atelectasia compresiva y múltiples lesiones líticas en parrilla costal, cuerpos vertebrales y pelvis. La toracocentesis mostró un exudado serohemático, con 2.680 leucocitos/mm<sup>3</sup> citología con abundantes células atípicas, de aspecto plasmocitoide. En la Inmunolectroforesis (IEF) del suero y líquido pleural se detectó paraproteína IgA lambda El aspirado de médula ósea (MO) fue compatible con mieloma múltiple, con 36% de células plasmáticas. Se inició tratamiento (T<sup>9</sup>) con Bortezomib, Dexametasona y drenaje pleural. La respuesta fue desfavorable con necesidad de pleurodesis con talco El paciente falleció a los 9 meses del diagnóstico. Caso 2: Varón de 76 años diagnosticado de Ca de próstata 9 años antes y tratado con prostatectomía radical, linfadenectomía pélvica y bloqueo hormonal. Litiasis renal e Insuficiencia renal crónica (Creatinina 1.35 mg/dl). Ingresó por disnea progresiva de esfuerzo y DP derecho. En la exploración presentaba equimosis, ginecomastia, ingurgitación yugular. AP: Hipoforesis derecha. AC: arrítmica. Hepatomegalia y edemas en MMII. El estudio analítico mostró una Hb de 12 g/dl. Alargamiento del tiempo de protrombina por Déficit de Factor VII y X. Creatinina 1.56 mg/dl, Ca 8,9 mg/dl beta2microglobulina 4.6 mg/l. El TAC tóraco-abdominal evidenció un DP derecho con atelectasia compresiva y hepatomegalia. La toracocentesis mostró un exudado con 390 leucocitos/mm<sup>3</sup> (60% linfocitos) En la IEF en suero, orina y líquido pleural se observó paraproteína IgA lambda. El aspirado de MO fue compatible con MM con 12% de células binucleadas 90% patológicas (CD19-/CD65+) La biopsia pleural: material amorfo amiloideo EKG: FA a 76l/min. Ecocardiograma; Hipertrofia biventricular granular con patrón restrictivo. Se inició T<sup>9</sup> con Melfalán y Prednisona con buena respuesta clínica. Sigue revisiones actuales en el servicio de Hematología

**Discusión.** El DPM se diagnostica al detectar células plasmáticas atípicas en el líquido pleural y/o misma paraproteína en la IEF del líquido pleural, o infiltración mielomatosa pleural en biopsia o necropsia. En el 80% de los DPM se trata de MM IgA como en nuestros casos aportados, quizá por una mayor tendencia a invasión extraósea de este tipo de MM que corresponde al 25% de los casos de MM. El DPM es raro y suele ser una complicación tardía de la enfermedad con mal pronóstico a pesar del tratamiento con supervivencia media de 4-6 meses, aunque se han descrito supervivencias de hasta 3 años. Su forma de presentación como debut sin diagnóstico previo de MM, como en nuestros 2 casos, es excepcional, habiéndose descrito pocos casos en la literatura médica. En el caso 2 el MM presentó datos de amiloidosis y supervivencia hasta la actualidad (15 meses)

**Conclusiones.** 1. El derrame pleural mielomatoso se presenta en menos 1% de los casos habitualmente como complicación tardía de

la enfermedad.2. Como forma de debut de la enfermedad es excepcional con escasos casos descritos.3. el Tipo IgA de MM es el más frecuentemente implicado.4. A pesar de lo excepcional de su presencia, se recomienda tener presente esta entidad en el estudio de un derrame pleural

#### V-149

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RADIOGRAFÍAS SIMPLAS CON EL TAC MULTIDETECTOR EN LOS TRAUMATISMOS DE LA COLUMNA CERVICAL

J. Álvarez Tutor<sup>1</sup>, E. Álvarez Tutor<sup>2</sup> y J. Clint<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Comparamos el tiempo de eficiencia y eficacia, y la seguridad en el diagnóstico en los traumatismos de la columna cervical en urgencias, entre las radiografías simples y el TAC multidetector

**Material y métodos.** 24 pacientes fueron examinados con ambas técnicas: radiografías simples y TAC incluyendo toda la columna cervical. Las radiografías convencionales fueron hechas al lado de la camilla de urgencias en 5 posiciones: frontal, lateral, 2 oblicuas y odontoidea. El TAC utilizado fue un Toshiba 64 Aquilion multidetector y los estudios cervicales se hicieron desde la base del cráneo hasta hueco supraclavicular de forma directa, en algoritmo de hueso, y reconstrucción volumétrica 3D y multiplanar.

**Resultados.** El tiempo para completar las radiografías simples en la camilla de urgencias es el mismo que el empleado, para el examen con TAC incluyendo el traspaso de la cama del paciente a la mesa del TAC. Si al paciente se le están realizando otras exploraciones como, por ejemplo un TAC craneal, el tiempo relativo del TAC para la columna cervical es menor. Se tarda más en la evaluación diagnóstica para el médico en el estudio con TAC, que las radiografías simples, debido a la manipulación post-adquisición de imágenes y manipulación volumétrica y multiplanar de las mismas. La calidad del diagnóstico es mayor para los exámenes con TAC, de las regiones vertebrales C1-C2, y C7-T1, y no hay diferencias con las radiografías simples con respecto al área vertebral C3-C6.

**Discusión.** Desde la aparición del TAC helicoidal, el diagnóstico de los traumatismos de columna cervical ha mejorado la eficacia diagnóstica, pero con la aparición del TAC multidetector la eficacia diagnóstica ha mejorado notablemente la capacidad y rapidez de diagnóstico, debido a una adquisición inmediata tridimensional mucho más rápida para el diagnóstico de las posibles lesiones tanto esqueléticas como de partes blandas

**Conclusiones.** El TAC multidetector ahorra tiempo y puede ofrecer una mayor calidad diagnóstica, que las radiografías simples convencionales en el diagnóstico de los traumatismos de la columna cervical.

#### V-150

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA SINCO PAL DIAGNOSTICADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Jódar Morente<sup>1</sup>, V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, M. Clements Domínguez<sup>2</sup>, M. Almenara<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>1</sup>, R. Yeste<sup>1</sup>, D. Carrillo<sup>1</sup> y F. Molina Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

**Objetivos.** Identificar las causas más frecuente de pérdida de conocimiento de causa no filiada que motivan ingreso en un servicio de medicina interna, además de la clínica previa acompañante que motiva dicho ingreso. Establecer los diagnósticos a los que se concluye finalmente, las pruebas solicitadas y su rentabilidad, e intentar identificar los puntos problemáticos en el manejo de dicha patología.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de 34 casos cuya causa de ingreso fue la de pérdida de conocimiento de origen incierto (excluidos aquellos a los que al ingreso se diagnosticó alteración analítica, electrocardiográfica y/o de prueba de imagen que justificase dicha clínica) recibidos y atendidos en una sección de un servicio de

medicina interna en un hospital de tercer nivel. Estadística descriptiva y empleo de software informático de procesamiento de datos SPSS v.13.

**Resultados.** Sexo: 53% mujeres. Síntomas: disnea 11,8%, dolor en cualquier localización 6%, convulsiones 11,8%, sensación de inestabilidad/mareo/giro objetos 35,3%, duración de minutos 47%. A todos se les practicó un electrocardiograma, que detectó arritmia en un 30% de los casos. Holter realizado a un 76% de los pacientes, patológico en un 12%. Ecocardiograma realizado a un 64,7% de los casos, patológica en un 35,3%. No recogido informe de mesa basculantes (no disponible en nuestro centro). AngioTAc realizado a un 23,5% de los pacientes, 6% patológico. Tac craneal a un 76% de los pacientes, patológico 12% de los mismos. Electroencefalograma a un 12%, patológico a un 6%. Doppler de carótidas realizado a un 30%, patológico a un 6%. Diagnósticos más frecuentes: no identificado (41,2%), cardíaco 18%; vascular, vagal y ostostático 12% cada uno, tusígeno 6%. Se colocó marcapasos a un 12% de los pacientes, todos ellos diagnosticados de causa cardíaca.

**Discusión.** La patología sincopal en un hospital de tercer nivel representa un reto para el internista, pues a sus manos llegan aquellos casos seleccionados a los que no se alcanza un diagnóstico en el momento inicial y no se consideran subsidiarios de estudio por parte del resto de especialidades médicas presentes. Dadas, además, las características de la población, alta edad y pluripatología seria, la negativa a la realización de pruebas invasivas y/o extensión del estudio dificulta el diagnóstico definitivo.

**Conclusiones.** -El diagnóstico definitivo de un alto número de pacientes que ingresan por cuadro de pérdida de conocimiento no es posible en nuestro centro en el momento actual. Las características de la población, la selección de casos, y la disponibilidad de pruebas diagnósticas lo dificultan. - No hay una clínica previa definitoria en los casos ingresados, ni una prueba diagnóstica definitiva. - El electroencefalograma y el doppler carotídeo, como pruebas no invasivas, deberían realizarse con mayor frecuencia, sobretudo en aquellos casos de diagnóstico incierto.

#### V-151

### UTILIDAD DE LA FRACCIÓN PLAQUETAR INMADURA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS TROMBOCITOPENIAS

I. Pons<sup>1</sup>, M. Monteagudo<sup>1</sup>, G. Lucchetti<sup>2</sup>, L. Muñoz<sup>3</sup>, G. Perea<sup>3</sup>, I. Colomina<sup>3</sup>, J. Guiu<sup>3</sup> y J. Obiols<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Correlacionar la Fracción Plaquetar Inmadura (IPF) determinada con el autoanalizador Sysmex XE2100 con el método de referencia, el recuento de plaquetas reticuladas (PR) obtenido mediante citometría de flujo; y 2. Analizar la utilidad de la IPF en el diagnóstico de pacientes con trombocitopenias.

**Material y métodos.** Se analizaron las PR y la IPF en 68 pacientes con trombocitopenia y en un grupo control con plaquetas normales. Para el recuento de PR se utilizó un doble marcaje con naranja de tiazol y CD61 PerCP y para la determinación de la IPF se utilizó el autoanalizador Sysmex XE2100. En primer lugar se determinó el grado de correlación entre la IPF y las PR mediante la correlación lineal de Pearson. Se calcularon las medias y los intervalos de confianza del 95% (IC-95%) de los distintos grupos: Grupo 1. Trombocitopenias centrales (n: 27), que incluían neoplasias, toxicidad por quimioterapia, síndromes mielodisplásicos y aplasias medulares, Grupo 2. Trombocitopenias periféricas inmunes y por consumo (n: 20), que incluían púrpura trombocitopénica idiopática, crioglobulinemias y coagulación intravascular diseminada, Grupo 3. Trombocitopenias periféricas no inmunes (n: 21), principalmente pacientes cirróticos y Grupo 4. Controles normales (n: 14). Con los datos obtenidos se realizó un test de ANOVA para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

**Resultados.** La correlación lineal de Pearson mostró una correlación de 0.646 estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre la IPF y las PR. Las medias e IC-95% para el Grupo 1. fueron en la IPF de 8.67 (6.49-10.46) y para PR de 4.08 (2.86-5.30). En el Grupo 2. fueron para la IPF de 16.80 (12.20-21.39) y para PR de 16.14 (9.89-22.40) mientras que en el Grupo 3. los resultados para la IPF fueron

de 9.04 (6.95-11.14) y para PR de 5.23 (3.41-7.05). En los controles normales los resultados fueron en la IPF de 2.56 (1.70-3.43) y en PR de 1.43 (0.88-2). El análisis con el test de ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre las determinaciones de la IPF y de PR. Con estos resultados se realizó un análisis de comparaciones múltiples para comprobar qué grupos eran diferentes dos a dos, obteniendo diferencias estadísticamente significativas para la IPF entre las trombocitopenias centrales (Grupo 1.) y las trombocitopenias periféricas inmunes y de consumo (Grupo 2.) con una  $p < 0,001$ , y entre las trombocitopenias periféricas no inmunes (Grupo 3.) y las trombocitopenias periféricas inmunes y de consumo (Grupo 2.) con una  $p:0,001$ . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las trombocitopenias centrales y las periféricas no inmunes.

**Discusión.** La determinación de las PR mediante citometría de flujo evalúa de manera indirecta la actividad megacariocítica. Este parámetro es útil en el diagnóstico de los pacientes con trombocitopenia. Sin embargo es una técnica de difícil estandarización, muy laboriosa y no disponible en todos los centros. Actualmente el autoanizador Sysmex XE2100 permite la obtención de la IPF que se correlaciona con las PR. Hasta el momento no se disponen de trabajos que comparen la correlación entre las dos técnicas pero sí que se han desarrollado estudios que avalan el uso de la IPF para el diagnóstico de pacientes con trombocitopenias. Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que la IPF es un marcador de utilidad para el diagnóstico de los pacientes con trombocitopenias.

**Conclusiones.** Los valores de la IPF y de las PR mostraron una correlación estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con trombocitopenia que fueron estudiados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de la IPF en el grupo de trombocitopenias con actividad megacariocítica aumentada (Grupo 2.) y los grupos de trombocitopenia central o periférica no inmune (Grupos 1. y 3.). La determinación de la IPF es una técnica sencilla en su realización, estandarizable, reproducible y de menor coste económico, por lo que podría ser una técnica de screening útil en los pacientes con trombocitopenia.

**V-152**  
**DATOS PILOTO DEL "ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA ROTACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN AGUDIZACIÓN DE EPOC, EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL"**

**M. González Rozas, J. Soler González, D. Morchón Simón, V. Centeno Peláez, B. Morejón Huerta, J. Fernández Rodríguez y J. Martín Escudero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Analizar en una cohorte piloto de pacientes EPOC agudizados, si la rotación individual empírica de antibióticos, basada en el conocimiento del ciclo antibiótico previo resulta o no eficaz. Sería eficaz si mejorara claramente la predicción de sensibilidad antibiótica de los gérmenes implicados, en el caso de conocerse el germen, o si repercutiera de forma favorable en el acortamiento de los días con síntomas o de estancia hospitalaria.

**Material y métodos.** Presentamos los primeros 44 pacientes diagnosticados de EPOC agudizada hospitalizados de forma consecutiva en nuestro centro de de enero a Abril de 2008. Se recogieron según el protocolo de estudio establecido por el Grupo EPOC de FEMI.

**Resultados.** Los 44 pacientes EPOC hospitalizados tenían una edad media de  $73,2 \pm 10,4$  años, sólo 5 eran mujeres. Procedían de su domicilio particular (93%), el 43% tenía comorbilidad, aunque ninguno inmunodeficiencia conocida, el 13,6% tenían bronquiectasias, 4,5% una neoplasia avanzada y 6,8% una enfermedad caquetizante. El 68% había recibido corticoterapia sistémica previa a su ingreso. El FEV1 medio era de  $43,4\% \pm 15,7$ , con una media de  $1,5 \pm 2,2$  agudizaciones año, y  $1,1 \pm 1,8$  hospitalizaciones en el año previo. Habían recibido  $1,67 \pm 2,1$  ciclos antibióticos en el año previo. Un 9% era aún fumador activo. Estaban tratados 91% con beta2 de acción prolongada, 70% con anticolinérgicos de acción prolongada, 86% con corticoides inhalados y 75% con corticoides sistémicos. El 56% estaba vacunados de gripe y 27% antineumococo. El 34% estaba en programa de oxigenoterapia crónica domiciliaria. Sólo en 16% se aislaron gérmenes en esputo: 6,8% resistente a amoxi-clavulámi-

co, 11,4% resistente a quinolonas de nueva generación. En 29,5% se rotó casualmente el grupo antibiótico y en 29,5% no se rotó, en 41% de los casos se desconocía el antibiótico que tomó previo. A su ingreso el 18% cumplía tres criterios de Anthonisen, 41% cumplía dos criterios, sólo 48% presentaba purulencia en su esputo. El esputo aclaró en  $6,3 \pm 7,2$  días. La estancia media fue de  $14,1 \pm 8,8$  días.

**Discusión.** El perfil de los primeros 44 pacientes analizados coincide con el perfil esperado de EPOC hospitalizado, pacientes de edad avanzada, severos y con comorbilidad. La mayoría reside en su domicilio, un tercio está con oxigenoterapia y tres de cada cuatro reciben corticoides y beta2 de acción prolongada. Llama la atención el escaso porcentaje de vacunados de gripe y neumococo. En práctica real a muy pocos pacientes se les busca gérmenes en esputo durante una agudización por su escasa rentabilidad, pero nos llama la atención que el elevado porcentaje de gérmenes aislados con resistencia a levo-moxifloxacino. La rotación de grupo antibiótico espontáneamente sucedió en 30% de los casos, un porcentaje elevado de casos se ignora el antibiótico tomado previamente. En el esputo se podía comprobar la purulencia sólo en la mitad de los casos.

**Conclusiones.** Se describe como experiencia piloto los primeros 44 casos del protocolo del Grupo EPOC de "Estudio de la eficacia de la rotación de antibióticos en agudización de EPOC, en práctica clínica real". El número de casos es aún escaso para sacar conclusiones, pero pese al escaso aislamiento de gérmenes en práctica clínica real o el escaso número de casos que permiten comprobar la purulencia en el esputo, el protocolo de estudio permitirá sacar conclusiones sobre la utilidad o no de rotación de antibióticos en EPOC.

**V-153**  
**ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN Y POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS EN PACIENTES CON ELEVACIÓN DE TSH Y NIVELES NORMALES DE T4 LIBRE**

**C. Rivera Rubio, B. Gutiérrez Gutiérrez, I. Luque Fuentes, J. Bravo-Ferrer Acosta, C. Peñas Espinar, F. Guerrero Igea, J. Rubio Rubio y M. Aguayo Canela**

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Diferentes estudios han relacionado cuadros de ansiedad-depresión con positividad de anticuerpos antitiroideos en pacientes con niveles normales de T4 L. En este trabajo analizamos esta relación en una muestra de pacientes (tratados o no con Levotiroxina) con elevaciones de TSH y niveles normales de T4L.

**Material y métodos.** Estudiamos un conjunto de 760 pacientes, analizando en todos ellos el perfil tiroideo. En aquellos con aumento de TSH se investigó la presencia de anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y/o anti TPO), anotando la presencia de síntomas de ansiedad/depresión y tratamiento tranquilizante/antidepresivo. Estadística: comparación de variables cualitativas. Odds ratio.

**Resultados.** 24 pacientes (3%) presentaron leves incrementos de TSH con normalidad de T4 L. (7 con diagnóstico y tratamiento previo de hipotiroidismo; 17 sin diagnóstico previo). La asociación entre ansiedad/depresión y positividad de anticuerpos antitiroideos fue estadísticamente significativa (ver tabla), con independencia de la edad o el valor de TSH.

**Discusión.** Los resultados plantean la hipótesis de una relación entre la presencia de Ac antitiroideos y cuadros de ansiedad/depresión. Se precisa una muestra mayor para confirmar los resultados, así como estudiar la relación entre estas dos variables en un mismo paciente a lo largo de su evolución clínica.

**Conclusiones.** Los resultados implican la posibilidad de una asociación entre alteraciones neuropsiquiátricas (ansiedad/depresión) y positividad de anticuerpos antitiroideos en pacientes con niveles normales de T4 libre.

Tabla 1. Asociación entre ansiedad/depresión y Ac. antitiroideos (V-153).

	Ac antitiroideos (+)	Ac antitiroideos (-)
Ansiedad/Depresión	11	2
No ansiedad/Depresión	4	7
Estadística	odds ratio = 9.2	$p < 0.02$



## V-154

**ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA-PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA**

**P. Aguilar Jiménez, C. Asencio Méndez, A. García Egido, J. Andrey Guerrero, J. Gutiérrez Zafra, R. García Arjona, R. Corzo Gilabert y O. Mera Gallardo**

*Servicio de Medicina interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial llevada a cabo por médicos internistas en una nueva consulta de patología músculo-esquelética en el área sanitaria de la Bahía de Cádiz con los objetivos de: Analizar las patologías más frecuentes y su manejo clínico. Determinar el número de pacientes que se pueden manejar de forma conservadora vs aquellos que requieren derivación a otras especialidades quirúrgicas para su óptimo tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de 100 pacientes atendidos en una consulta de osteomuscular durante el mes de enero 2008 en nuestro Hospital, que atiende una población de 250.000 habitantes. Para ello recurrimos al Servicio de documentación Médica mediante el conjunto mínimo básico de datos al alta (CMBDA) y diseñamos un protocolo de recogida de datos incluyendo las siguientes variables: sexo, edad, factores de riesgo, motivo de derivación, exploraciones complementarias solicitadas, tratamiento pautado y las derivaciones a otras especialidades médicas y quirúrgicas.

**Resultados.** De los 100 pacientes atendidos, el 67% eran mujeres y el 33% hombres, con una edad media de 49 años. EL motivo más frecuente de derivación fueron las algias periféricas en un 52% de los casos, siendo un 36,5% gonalgias, seguidas con un 24% de algias axiales, predominantemente lumbalgias y poliartralgias en un 9%, sin apreciar diferencias significativas entre ambos sexos. En el 67% de los casos se solicitó una radiografía simple resultando diagnóstica. En el 15% de los pacientes se solicitó RNM y E MG ante la sospecha de discopatía o neuritis por atrapamiento. Se concluye como diagnóstico más frecuente las artrosis axiales no complicadas (15%), seguidas de gonartrosis (13%), metatarsalgia (9%), escoliosis, tendinitis del manguito de los rotadores y discopatía (8%), coxartrosis (4%), artrosis axial complicada, y neuritis por atrapamiento (2%), hallux valgus, ...otros. El 80% de los pacientes acudía bajo tratamiento con analgesia del primer escalón con escasa respuesta. El tratamiento más frecuentemente prescrito en un 39% de los casos fueron las medidas higiénicas dietéticas, seguidos de derivación a Rehabilitación en un 28% así como tratamiento con opioides menores. Las infiltraciones fueron realizadas en el 15% de los pacientes en la primera visita. En un 10% de los pacientes se prescribieron plantillas.

**Discusión.** 1. Nos llama la atención el alto porcentaje de pacientes que se resuelven en un acto único sin requerir pruebas diagnósticas específicas salvo radiografía simple. 2. La mayoría de los pacientes reciben tratamiento médico conservador sin necesidad de ser derivados a otras especialidades quirúrgicas. 3. Un alto porcentaje de pacientes reciben tratamiento analgésico insuficiente durante un escaso periodo de tiempo, sin progresar en la escala analgésica según la necesidad del paciente.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de los pacientes atendidos en esta consulta, podrían ser resueltos en el área de atención primaria, por lo que sería necesario, unificar los criterios de derivación. 2. El escaso número de pacientes remitido para intervención quirúrgica confirma que esta consulta puede ser atendida por un médico internista. 3. El manejo clínico de los pacientes con algias crónicas articulares requieren en un alto porcentaje analgesia de segundo o tercer escalón para el control de la sintomatología.

## V-155

**ESTUDIO ASMI. PREVALENCIA Y REGISTRO DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN HOSPITALES ESPAÑOLES**

**B. Rosón Hernández, R. Monte Secades, R. Gamallo Theodosio, R. Puerta Louro, A. Zapatero Gaviria, I. Pastor Encinas, J. Fernández Solá, J. Laso Guzmán, en representación del Grupo de estudio ASMI**

*Grupo de Estudio de Alcohol y Alcoholismo de la FEMI.*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de consumo de alcohol entre los pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina Interna (MI). Conocer los métodos utilizados por el médico para evaluar el consumo de alcohol.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de 21 hospitales españoles. Se interrogó a todos los pacientes hospitalizados el 12 de marzo de 2008 en MI en los centros participantes mediante los tests AUDIT-C y el interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos (ISCA). El AUDIT se realizó en pacientes con AUDIT-C positivo (> 4 en varones y > 3 en mujeres). El patrón de consumo se determinó mediante evaluación clínica y los criterios CIE-10. La información sobre registro del consumo de alcohol se extrajo de la historia clínica del ingreso actual.

**Resultados.** Se identificaron 1324 pacientes hospitalizados, de ellos 277 no pudieron ser entrevistados debido principalmente a deterioro cognitivo (152 pacientes) o afasia (18). Se evaluaron 1.049 (79%) pacientes hospitalizados [557 varones (53%); edad media (SD) 71,7 (16,0) años]. Los patrones de consumo detectados fueron: abstemio 541 pacientes (52%), consumo de bajo riesgo 353 (34%), consumo de riesgo/dañino 85 (8%), dependencia 39 (4%), dependencia en remisión 25 (2,4%), sin especificar 6 (0,6%). Hubo diferencias significativas en la prevalencia de consumo perjudicial de alcohol entre los diferentes centros (0% a 30%), así como en distribución geográfica siendo más frecuente en la zona Sur (19%) que en el resto de zonas, Norte (11%), Este (12%), Centro (8%). Se detectó consumo perjudicial con mayor frecuencia 16% en centros de pequeño tamaño (< 200 camas), que en 10% medianos (200-600 camas) o 13% grandes (> 600 camas). Se revisaron 1031 (98%) historias clínicas de los 1049 pacientes interrogados. El consumo de alcohol se registró en 607 (59%) pacientes, siendo más frecuente el registro en aquellos identificados como bebedores mediante ISCA (64% vs 36%). El registro de consumo se realizó en UBEs en 68 pacientes (7%), gramos/día 43 (4%), semicuantitativo 98 (leve 47, moderado 26, importante 22) o cualitativo 393 (bebedor 54, no bebedor 337). De los 469 pacientes con ISCA > 0 se cuantificó el consumo en 85 (18%), con mayor frecuencia en hospitales de mediano tamaño (12% de los casos) y en la zona Centro (19%).

**Discusión.** La prevalencia del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el ámbito sanitario no es bien conocida. Un estudio realizado en la asistencia primaria en Cataluña mostró que 11% de los pacientes eran bebedores de riesgo aunque sólo el 25% de las historias clínicas incluían el consumo de alcohol en los últimos dos años. En Albacete mediante una búsqueda prospectiva con el test de CAGE se detectó un 17% de pacientes con dependencia. El presente estudio muestra una prevalencia del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en pacientes hospitalizados en servicios de MI del 12% (4% con criterios clínicos de dependencia). Nuestros datos muestran que la cuantificación del consumo de alcohol, que es el primer paso para determinar de forma correcta el patrón de consumo, se realiza raramente en nuestro medio. Así en el 40% de los pacientes ingresados no se registra el consumo de alcohol en la historia clínica, y en los casos en que se registra, raramente se cuantifica (18% de las historias con registro).

**Conclusiones.** En nuestra población de pacientes hospitalizados la prevalencia de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol (12%) fue superior al de la población en general. Una historia clínica cuantitativa de los consumos se realiza con escasa frecuencia. Hubo diferencias significativas tanto en la prevalencia de consumo como en la frecuencia de registro entre los centros y en la diferentes regiones estudiadas. Se debe destacar la necesidad de realizar medidas para incrementar y mejorar la detección y el registro del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en pacientes hospitalizados.

## V-156

**FACTORES PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LES Y SU MODIFICACIÓN TRAS EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COTIDIANO**

**N. Navarrete Navarrete, M. Peralta Ramírez, M. Zamora Pasadas, J. Sabio Sánchez, I. Martínez Egea, C. Hidalgo Tenorio, A. Díaz Chamorro y J. Jiménez Alonso**

Unidad Enfermedades Sistémicas Autoinmunes. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La calidad de vida (CV) relacionada con la salud en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales, y refleja con qué intensidad está afectada la vida diaria de los pacientes lúpicos. El objetivo es determinar qué variables clínicas y psicológicas determinan la CV en los pacientes con LES y analizar los efectos del tratamiento del estrés cotidiano sobre tales variables.

**Material y métodos.** 34 pacientes con LES y alto estrés cotidiano fueron distribuidos en 2 grupos: un grupo de terapia (GT) que recibió una intervención cognitivo conductual de afrontamiento del estrés cotidiano y un grupo control (GC). Determinamos la CV mediante el cuestionario SF36, que permite además analizar los componentes globales de salud mental (S MG) y física (SFG). Depresión, ansiedad, vulnerabilidad al estrés, estrés percibido y SLEDAI fueron determinadas en 4 ocasiones a lo largo de 15 meses. Realizamos varios análisis de regresión lineal múltiple, uno para cada variable evaluada.

**Resultados.** El estrés percibido, la vulnerabilidad al estrés y la ansiedad fueron variables predictoras de la S MG en los pacientes con LES y estrés cotidiano. Ni el SLEDAI ni las variables emocionales o psicológicas analizadas fueron predictoras de SFG. Los pacientes del GT mejoraron significativamente su rol físico, vitalidad, salud general, función social y salud mental, así como su dolor corporal y salud general, en comparación con el GC, que no mostró mejoría en ninguno de los ítems.

**Discusión.** Medir la CV percibida por el paciente lúpico puede ser útil, pues con frecuencia es independiente de los indicadores de actividad y daño de la enfermedad. Encontramos que el estrés, la vulnerabilidad y la ansiedad son predictores del componente mental de la CV en pacientes con LES. Dotar a los pacientes de LES de más numerosas y eficaces estrategias de afrontamiento puede mejorar su estado funcional (mejor función física, función social y menos limitaciones de sus actividades por problemas físicos y emocionales) y su área de bienestar emocional (mayor salud mental y vitalidad y menos dolor) y podría contribuir positivamente al manejo general.

**Conclusiones.** 1. Es recomendable la valoración periódica de la CV en los pacientes con LES mediante instrumentos validados, como el cuestionario SF-36. 2. El estrés cotidiano y la ansiedad predicen peor CV en pacientes con LES. 3. El tratamiento del estrés cotidiano en pacientes con LES mejora de forma significativa su CV.

## V-157

**APORTACIÓN DE LA CAPILAROSCOPIA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA**

**G. Martín Canal, M. Gallego Villalobos, L. Trapiella Martínez, H. Suárez Casado, I. Fidalgo López y L. Caminal Montero**

Servicio de Medicina Interna (Consulta de Enfermedades Autoinmunes). Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Analizar los resultados obtenidos mediante capilaroscopia en nuestro grupo de pacientes con Esclerodermia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal retrospectivo de los primeros pacientes vistos en la consulta de Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna del HUCA a los que se les ha realizado la técnica de la capilaroscopia desde Mayo-2006. En un 93,8% de casos se solicitó consulta desde el mismo Hospital (94% consultas desde Medicina Interna, 3,5% Cirugía Vascul, 0,9% Reumatología, Oncología y Neurología), 4,4% desde el H. Valle del Nalón y el resto desde otras áreas sanitarias de la Comunidad.

**Resultados.** Se ha registrado un total de 113 pacientes (85,8% mujeres, 14,2% varones) vistos en la Consulta de Autoinmunes de

Medicina Interna. Las indicaciones de la capilaroscopia fueron las siguientes: 77,9% Raynaud, 4,4% Esclerodermia (ED), 2,7% ANA+, 2,7% Colagenopatía, 2,7% Úlceras mucocutáneas, 2,7% Vasculitis, 1,8% Sd. de Solapamiento y 0,9% Acrocianosis, Behçet, HTPu, LES, Miopatía, P. Schönlein-Henoch. Independientemente de cuál fuera el motivo por el que se realizó capilaroscopia, presentaban Raynaud el 85% de los pacientes. En cuanto a la ED, tenía diagnóstico previo el 28,3% (n = 32), y ésta se confirmó por capilaroscopia en un 62,5% (n = 20). En pacientes con ED diagnosticada y capilaroscopia no concluyente, sólo presentaban autoAc n = 6 (50%), n = 3 anticentrómero y ninguno anti-Scl70. Del total, se objetivó capilaroscopia compatible con ED en el 31% (n = 35) con los siguientes patrones: "activo" 23,9%, "inespecífico" 5,7%, "precoz" 25,7%, "tardío" 45,7%. El 100% de pacientes con diagnóstico de Ed tenía algún autoAc +, en concreto los más específicos de Ed (anticentrómero y anti-Scl70) un 48,6% (n = 17, de los cuales n = 9 anticentrómero y n = 8 antiScl-70).

**Discusión.** El Raynaud se encuentra en más del 90% de los pacientes con Esclerodermia y en el 70% de los casos es el primer síntoma. Aunque no es posible predecir qué paciente con Raynaud desarrollará una esclerodermia, la presencia de Anticuerpos Antinucleares (ANA) señala un mayor riesgo de la aparición de la misma y la presencia de anticuerpos anti-centrómero son predictivos de esclerodermia limitada (incluye el Sd. CREST), mientras que los anticuerpos anti Scl-70 o anti Topoisomerasa 1 son predictivos de ES difusa. La capilaroscopia del lecho ungueal es un método simple, incruento, económico, muy útil para el estudio del fenómeno de Raynaud y en otras patologías reumatológicas, concretamente se ha obtenido un alto rendimiento en la Esclerodermia.

**Conclusiones.** Se ha visto una importante correlación entre autoinmunidad y capilaroscopia, de tal forma que en nuestra serie de pacientes con esclerodermia diagnosticada en los que la capilaroscopia no fue diagnóstica de ED, el 24% no positizaron ningún autoAc (ANAs), y es más: en ninguno se encontró anti-Scl70. Por otro lado, en aquellos casos donde la capilaroscopia no fue diagnóstica de ED, ésta sí fue sugestiva de patologías relacionadas con la enfermedad, como: Colagenopatía indiferenciada, CREST, EMTC, F. De Raynaud, Pre-esclerodermia, LES y Livedo reticularis. Estos hallazgos avalan la importancia de la técnica de la capilaroscopia en patologías como la Esclerodermia en todas sus formas.

## V-158

**DEFICIENCIA COMPLETA Y PARCIAL DE LA ENZIMA HIPOXANTINA-FOSFORIBOSIL TRANSFERASA (HPRT) CON REGIÓN CODIFICANTE NORMAL**

**R. Torres Jiménez<sup>1</sup>, M. García García<sup>1</sup>, C. Prior de Castro<sup>1</sup> y J. García Puig<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Bioquímica, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** La deficiencia de la enzima HPRT se asocia a mutaciones (descritas, unas 300) en el gen localizado en el cromosoma X, posición q26-27. Desde 1990 hemos realizado el diagnóstico molecular de la deficiencia de HPRT en 23 pacientes de 20 familias españolas diferentes. Los defectos moleculares hallados han sido: 7 deleciones, 2 inserciones, 7 mutaciones puntuales con cambio de un solo aminoácido, 1 mutación puntual dando lugar a un codon de parada, y 3 mutaciones puntuales con error de procesamiento. Estos estudios han permitido ofrecer el diagnóstico de portadoras a 69 mujeres y el diagnóstico prenatal a 5 fetos. En el año 2005, Dawson et al (Molec Genet Metab, 2005;85:78-80) describió por primera vez un paciente con deficiencia de HPRT con un gen codificante normal. Presentamos un paciente con deficiencia completa (síndrome de Lesch-Nyhan, SLN) y 4 enfermos con deficiencia parcial de la actividad enzimática HPRT, sin alteraciones identificables en la secuencia codificante del gen HPRT.

**Material y métodos.** El paciente 1 (P1), nos fue remitido a la edad de 17 años por artritis gotosa. P2, P3 y P4 eran hermanos con hiperuricemia a los 15, 12 y 10 años, respectivamente. Un enfermo con el SLN (LN1) nos fue remitido a la edad de 6 meses por hiperuricemia y retraso psicomotor. Las actividades enzimáticas HPRT y APRT se determinaron en hemolizados. La actividad HPRT también se determinó en eritrocitos intactos. El DNA y RNA se obtuvieron de

Tabla 1. Resultados (V-159).

	Media	Desviación Standard	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75
Nº de enfermedades totales	3.76	2.15	1	10	2	3	5
Nº de Fármacos	3.66	2.11	0	11	2	3	5
Nº de pastillas	6.43	4.33	0	22	4	6	8
Nº de tomas	2.44	1.09	0	7	2	3	3
Nº de pruebas revisadas	2.08	1.73	0	7	0	2	3
Nº de pruebas demandadas	2.00	1.39	0	6	1	2	3

sangre periférica. El cDNA de la HPRT se obtuvo mediante RT-PCR. Los 9 exones del gen HPRT y sus secuencias adyacentes se amplificaron mediante PCR, al igual que un fragmento de 1.700 pb del promotor HPRT, el intron 2 y un fragmento de 2.7 Kb del intron 1 vinculados a la regulación de la expresión del gen HPRT. El cDNA y las secuencias genómicas se analizaron con un secuenciador automático. La expresión del mRNA HPRT se cuantificó mediante PCR a tiempo real utilizando como gen de referencia la expresión del gen  $\alpha$ -actina.

**Resultados.** Las actividades enzimáticas HPRT en los hemolizados de P1, P2, P3 and P4 se hallaron descendidas y fue nula en el enfermo con el SLN. Sin embargo, en eritrocitos intactos la transformación de hipoxantina en IMP con Pi 18mM fue casi normal en P1, P2, P3 and P4, pero siguió siendo nula en el SLN. La secuencia del cDNA y las genómicas fueron normales en los 5 enfermos. La expresión de mRNA se encontró muy reducida en los 5 pacientes: P1 = 1,3%; P2 = 7,0%; P3 = 3,8%; P4 = 2,8%; y SLN = 4,2% de los valores control.

**Conclusiones.** La deficiencia completa y parcial de HPRT puede atribuirse a un defecto en la regulación de la expresión de un gen normal. La cuantificación del mRNA expresado, mediante PCR a tiempo real puede ser un método útil para el diagnóstico molecular de la deficiencia de HPRT.

### V-159

#### PERFIL DEL ENFERMO DE REVISIÓN ATENDIDO EN LAS CONSULTAS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**P. Wikman Jorgensen, E. López Calleja, P. Esteve Atiázar, R. Andrés Navarro, A. Martínez Baltanás, S. Bañón Escandell, M. Toledano Navarro y J. Merino Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Caracterizar los rasgos del colectivo de pacientes atendidos en consultas de medicina interna en el Hospital de San Juan de Alicante, con el fin de valorar la carga laboral que generan.

**Resultados.** Se incluyen 115 enfermos, con una media de edad de 70 años, de los cuales eran mujeres 55.3%. Los principales hallazgos expresados como media por enfermo atendido son: Media Desviación Standard Mínimo Máximo P25 P50 P75 Nº de Enfermedades Totales 3.76 2.15 1 10 2 3 5 Nº de Fármacos 3.66 2.11 0 11 2 3 5 Nº de pastillas 6.43 4.33 0 22 4 6 8 Nº de tomas 2.44 1.09 0 7 2 3 3 Nº de pruebas revisadas 2.08 1.73 0 7 0 2 3 Nº de pruebas demandadas 2.00 1.39 0 6 1 2 3 Se ofrecen los datos desagregados por consultas, enfermedades crónicas más prevalentes, número de especialistas a los que acuden, número de pruebas revisadas y pedidas, tipos y número de fármacos, la cantidad de pastillas que consume y el número de tomas de las mismas. También, tiempo ocupado con cada paciente, la periodicidad con la que se le cita y las barreras que impiden una buena relación médico-paciente.

**Discusión.** Pensamos que es erróneo valorar la consulta como un acto único. Los enfermos atendidos en Medicina Interna presentan, en nuestra serie, una media de 3.76 enfermedades crónicas por paciente. Estas deben ser atendidas por separado, prestando atención no sólo a la clínica sino también a las pruebas complementarias a valorar y a solicitar. Asimismo el elevado número de fármacos por paciente requiere de una especial atención

**Conclusiones.** Todos estos parámetros, sumados a muchos otros, hacen que el tiempo medio de consulta por paciente sea muy elevado, creando una carga de trabajo que no puede ser objetivada por el número de consultas o por los GRDs

### V-160

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL MANEJO CLÍNICO DE LA OSTEOARTRITIS EN CONSULTAS MÉDICAS PERIFÉRICAS DE APARATO LOCOMOTOR

**R. García Arjona, J. Gutiérrez Zafra, Á. García Egido, P. Jiménez Aguilar, C. Asencio Méndez, J. Andrey Guerrero y F. Gómez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Análisis de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes remitidos a nuestras consultas y diagnosticados de osteoartritis con especial atención a las patologías concomitantes, localización, pruebas diagnósticas y tratamientos propuestos (conservadores y cirugía).

**Material y métodos.** se elaboró protocolo de recogida de datos y se seleccionaron 394 pacientes consecutivos remitidos a la consulta a lo largo de un mes.

**Resultados.** El 29.18% del total de pacientes remitidos a nuestra consulta padecían osteoartritis. La edad media fue de 60 años y el 70,4% fueron mujeres frente a un 29,6% de hombres, la patología concomitante más frecuentemente asociada fue la HTA en un 48%, la DLPM en un 16,5% y la obesidad mórbida en un 13%. La localización más frecuente era la artrosis lumbar en un 37.3%, seguida de gonartrosis en un 26.9%, artrosis cervical en un 17.3%, coxartrosis en un 14,7% y otras en un 14.8%. La prueba diagnóstica más frecuentemente utilizada fue la radiografía simple en 79%, seguida de RMN en un 14%. Los tratamientos previos utilizados con mayor frecuencia fueron los AINES en un 41,7% seguidos de los analgésicos simples en un 14.75. Los tratamientos pautados por nosotros por orden de frecuencia fueron los opioides menores en un 56%, seguidos de fármacos regeneradores de cartilago en un 19% y coadyuvantes en un 14%. La cirugía se indicó en un 15,6% siendo la localización más frecuente la gonartrosis en un 9.5%, seguida de artrosis axial en un 2,5% y coxartrosis en un 1.7%. Se infiltraron un 1,7% y se remitieron a Rehabilitación el 13%. Se utilizó tratamiento ortopédico en un 6%. El porcentaje de altas tras la primera consulta fue del 84%.

**Conclusiones.** La osteoartritis en sus diferentes localizaciones ha sido la enfermedad más prevalente en nuestra consulta. La pauta analgésica previa de los pacientes consistía en tratamientos del primer escalón (paracetamol/ibuprofeno) en un 56.4%, sin progresar en la escala analgésica OMS ni tener en cuenta la intensidad del dolor y escasamente se usaban coadyuvantes. La mayoría de nuestros pacientes se trataron de forma conservadora con analgésicos aumentando la escala OMS (sobre todo al segundo escalón) sin limitación al uso de opioides por la edad (aunque con lenta titulación) y medidas higiénicas/rehabilitadoras con alto porcentaje de altas en primera visita (84%). Se indicó cirugía a un bajo porcentaje de pacientes (13% trauma y 2,6% neurocirugía), por contraindicación relativa, edad e inadecuado tratamiento previo.



**V-161****SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA**

**C. Asencio Méndez, J. Andrey Guerrero, S. Romero Salado, M. Escobar Llopart, A. García Egido, J. Bernal Bermúdez, J. Fernández Delgado y F. Gómez Rodríguez**  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** El STC es la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Afecta al 10% de la población adulta; mucho más frecuente en mujeres. En un 40% de los casos es idiopático siendo el resto consecuencia de diferentes procesos locales y/o sistémicos. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la prevalencia en nuestra consulta del STC, según edad y sexo, la relación con otras patologías concomitantes así como su posible relación con un componente ocupacional.

**Material y métodos.** Del conjunto de 1.408 pacientes valorados en nuestra consulta Hospitalaria por una patología osteoarticular durante un periodo de 4 meses, seleccionamos aquello derivados por su Médico de Atención Primaria con clínica compatible con STC y analizamos las variables: edad, sexo, componente ocupacional, patología concomitante, clínica, analítica y E MG.

**Resultados.** De los 1408 pacientes revisados; 32 fueron derivados por clínica compatible con atrapamiento del nervio mediano. El 65,6% fueron mujeres y el 34,37% hombres, con una media de edad de 52 (31-73) años. Se le realizó E MG a los 32 pacientes, resultando compatible con STC en el 37,5% de los casos, siendo el 53,3% mujeres. Observamos que 51,5% pacientes (16 de los cuales 4 eran mujeres) presentaban artrosis, seguidos 28,1% con diabetes mellitus y un 18,75% con hipotiroidismo. De los pacientes con artrosis, el 43,75% presentaban clínica y E MG compatible con STC siendo 3 de éstos diabéticos. De los 9 pacientes diabéticos (28,2%), 5 pacientes (3 de ellos mujeres) presentaban clínica y E MG compatible con STC. En nuestra serie participaban 4 embarazadas con sospecha de STC, siendo el E MG compatible con esta entidad en 2 de ellas, presentando una de ellas diabetes mellitus e hipotiroidismo. De los 6 pacientes (18,75%) con hipotiroidismo, el 50% (2 de ellas mujeres) presentaba STC. Con respecto a un posible componente ocupacional, en nuestra serie objetivamos 3 músicos (2 pianistas, 1 guitarrista), 1 limpiadora y una peluquera con clínica y E MG compatible con STC. Tan sólo la limpiadora presentaba como patología concomitante artrosis.

**Discusión.** El STC deriva de la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca. Es la neuropatía periférica por atrapamiento más frecuente con un pico de incidencia a los 55 años (similar a la media de edad de nuestros casos). Más frecuente en mujeres (en nuestro estudio un 65%) y su diagnóstico se basa en la clínica (presencia de dolor-parestias de predominio nocturno) y E MG compatible (aunque la normalidad de éste último no descarta su diagnóstico). En nuestra serie el E MG fue positivo en un 37,5% de los casos. En un 60% de los casos se ha descrito asociado a otras patologías: diabetes, hipotiroidismo, amiloidosis, tenosinovitis, artrosis, componente ocupacional (músicos...), embarazo, anticonceptivos orales etc. En nuestro estudio encontramos 4 casos en embarazadas, 3 músicos, 1 limpiadora, 1 peluquera (5 de causa ocupacional de los 16 E MG positivos) con la limitación que conlleva dicha patología en su trabajo diario. En el 7% de los hipotiroideos se ha descrito STC y en el 10% de los pacientes con STC se objetivó hipotiroidismo. En nuestro estudio; 6 de los pacientes (18,75%) presentaban hipotiroidismo, esta variación podemos explicarla al tratarse de una consulta Hospitalaria y no Ambulatoria donde los pacientes son menos seleccionados. Otras asociaciones descritas fueron artrosis y diabetes.

**Conclusiones.** El STC es la neuropatía periférica por atrapamiento más frecuente, predomina en el sexo femenino, aunque el 40% son idiopáticos existen una serie de condicionantes predisponente-etiológicos asociados a este síndrome: embarazo, hipotiroidismo, artrosis, amiloidosis, artritis reumatoide, anticonceptivos orales... Etc. El STC también aparece asociado con distintas actividades ocupacionales (músicos, limpiadoras, manipuladores...) que incluso pueden repercutir en su rendimiento laboral. Aunque el diagnóstico está basado en la clínica y E MG compatible, no siempre se obtiene un E MG positivo teniendo en cuenta que la causa predisponente puede ser transitoria.

**V-162****ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**

**L. González Vázquez, F. Fernández Fernández, R. Puerta Louro, D. Cid Gómez, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Rivo, J. Paz Ferrín y J. De la Fuente Aguado**  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Existe un crecimiento progresivo del número de visitas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en todos los países desarrollados, en parte condicionado por una elevada proporción de utilización inapropiada. Esta elevada utilización de los SUH para la atención de situaciones no urgentes es preocupante por varios motivos: 1) la pérdida de continuidad asistencial y seguimiento de los tratamientos para los pacientes que sustituyen la atención primaria por los SUH, 2) la detracción de recursos para la atención de pacientes en situaciones de riesgo vital, 3) la sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital y 4) los mayores costes respecto a la atención primaria. El objetivo de este estudio es conocer la proporción de visitas inadecuadas en un SUH y sus factores asociados, utilizando un método validado como es el Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias de todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del hospital durante 1 semana. Criterios de exclusión: 1) pacientes pediátricos, y 2) aquellos pacientes que acudían de forma particular o con un seguro privado. Se obtuvieron datos demográficos (edad, sexo), población, pluripatología, turnos horarios, derivación por un médico o visita espontánea, y grupos de diagnóstico. Se les aplicó el PAUH a todos ellos. El cumplimiento de un solo criterio de cualquier apartado identificaría la visita en urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio se considerarían inadecuados. La revisión se llevó a cabo por médicos especialistas de M. Interna con amplia experiencia laboral en Urgencias hospitalarias.

**Resultados.** Entre el lunes 10 y el domingo 16 de marzo del 2008, se atendieron en urgencias un total de 1.210 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, de los que 615 (50,8%) eran varones. La proporción de visitas inadecuadas fue del 29,2% (355/1210), siendo 171 (48%) varones y 184 (52%) mujeres. Con respecto a los grupos de edad, en los menores de 45 años se produjeron un 42,2% de visitas inadecuadas; entre 45 y 64 años, un 24,3%; entre 65 y 79 años, un 22,3% y en los mayores de 80 tan sólo un 11,2%. Eran más frecuentes las visitas inadecuadas en los pacientes residentes en el área metropolitana, respecto a aquellos que vivían en poblaciones de los alrededores. No se encontraron diferencias en relación al turno de trabajo (mañana, tarde, noche), existiendo una mayor inadecuación los fines de semana (sábado y domingo). El 88% de los pacientes pluripatológicos acudieron a urgencias de forma adecuada (OR 4.4, IC 95% 3.1-6.2), así como el 95% de aquellos que habían sido derivados por un médico respecto a los que habían acudido espontáneamente (OR 9.4, IC 95% 4.3-20.4). Por grupos diagnósticos, aquellos clasificados en los grupos de enfermedades de órganos de los sentidos, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, enfermedades del sistema músculo-esquelético y síntomas, signos y condiciones mal definidos, tuvieron una mayor proporción de visitas inadecuadas al servicio de urgencias.

**Conclusiones.** Existe una elevada proporción de visitas inadecuadas al servicio de Urgencias Hospitalario, especialmente los fines de semana. No obstante el porcentaje de inadecuación es inferior en pacientes remitidos por médicos de Atención Primaria y/o servicios Especiales de Urgencia, pacientes de edad avanzada, con pluripatología y áreas no urbanas.

**V-163****LA FA EN EL DÍA A DÍA DE MEDICINA INTERNA**

**M. Manzano Luque, D. Mesado Martínez, C. Sáez B., M. Martínez M., L. Prósper R. y C. Suárez F.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** El doble objetivo de nuestro estudio es describir las características del grupo de pacientes que ingresa en un Servicio de

Medicina Interna (SMIR) con Fibrilación Auricular (FA) y acercarnos al manejo diario tanto en la resolución de los principales problemas como en la indicación de tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes que ingresaron en el SMIR del H. U. La Princesa del 22 de Abril al 22 de Junio de 2008. Se define para cada paciente edad, sexo, tipo de FA, comorbilidad, tratamiento frenador y antitrombótico al ingreso y al alta. Se analiza el índice de CHADS2 dividido en 3 categorías (positivo: 3 o más puntos o 2 puntos en caso de ACV previo; dudoso: 2 puntos por otras causas; negativo: 1 o 0) y la situación de dependencia a las actividades basales de la vida diaria con Barthel y su división en grave, moderado y leve-nulo. Además se realiza una encuesta valorando distintos motivos para la indicación de anticoagulación o antiagregación. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 13.0.

**Resultados.** El número de ingresos fue 318, y un 29,9% tenía FA; la edad media fue 84,25 años (SD 7.19). El 68,4% eran mujeres, el 31,6% hombres. Mayor prevalencia de la FA crónica (71.6%) frente al 14,7% de FA paroxística y el 13,7% de reciente diagnóstico. La FA se asociaba a HTA en un 82.1%, ICC en el 56.8%, DM en el 37.9%, IRC en el 31.6%, a ACV previo en el 24,3% y a Cardiopatía isquémica en el 16.8%. Tasa éxito 12,5%. El paciente con dependencia grave aparece en 29.5%, moderada 25,3% y el restante 45,2% tenían barthel leve-nulo. Se anticoaguló al 17,9% de los dependientes graves, al 58,3% de moderados y al 67,4% con buen Barthel. La antiagregación y la decisión de no tratar en los graves fue 50% y 32,4% respectivamente. Se encuentra relación estadísticamente significativa ( $p = 0,016$ ) entre CHADS2 y tratamiento, siendo elegida la anticoagulación hasta en un 58,4% de los pacientes con CHADS2 positivo, y en un 26,9% de los dudosos. El 79,2% de los pacientes anticoagulados eran CHADS2 positivo, el 14,6% dudoso y el 6,2% negativo. Se encuestó a 47 de los 95 pacientes con FA, relacionando la decisión terapéutica y el CHADS2 con  $p = 0,01$  obteniéndose que el 64,7% de los CHADS2 positivo se anticoagulan, un 77,3% debido a indicación y el resto por otra razón previa. La antiagregación correspondía al 26,5% (44,4% por contraindicación de anticoagulación y el 55,6% consensuado con familia.) Un 8,8% de los CHADS2 positivo se fue sin tratamiento por mala calidad de vida. Entre los 13 pacientes con CHADS dudoso, el 15,4% se anticoagularon por indicación que no era tal para un 38,5% antiagregados, el 23% por otra indicación previa y 1 paciente se antiagregó tras consenso. Los restantes (15,4%) no recibieron tratamiento, siempre por calidad de vida deteriorada. No se obtuvo encuesta de pacientes CHADS2 negativo.

**Discusión.** Prácticamente un tercio de los pacientes ingresados en SMIR presentan FA, siendo más prevalente en edades avanzadas y en mujeres, con alta comorbilidad según los diferentes factores medidos. Se observa una tendencia a la antiagregación o abstinencia terapéutica (32.4%) frente a la anticoagulación cuanto más deteriorado sea el barthel, dato importante pues casi la mitad de los pacientes tienen una dependencia grave-moderada. Relacionando el tratamiento con el CHADS2, con significación estadística, vemos que el 79% de los pacientes anticoagulados tenían criterios claros, el 14,5% dudosos y hasta un 6,2% tenían criterios de antiagregación, aunque esto suponga 2 pacientes. Sorprende la supuesta indicación de anticoagulación en el 15,4% de los CHADS2. La antiagregación en CHADS positivo (26.5%), fue en la mitad de ellos tras sopesar riesgo-beneficio con familiares-paciente, y en la otra mitad por contraindicación absoluta, casi siempre por sangrado mayor. El barthel influye en la toma de decisiones, siendo la justificación de la ausencia de tratamiento en el 8,8% de CHADS2.

**Conclusiones.** La aproximación a las características de los pacientes con FA, así como a las razones que llevan al médico a adoptar una decisión terapéutica u otra, nos servirá para calibrar la calidad asistencial ofrecida y como punto de partida para nuevos estudios sobre un tema que nos afecta en el día a día.

## V-164

### UTILIDAD DOCENTE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES CON LAS SESIONES DE MORTALIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**M. Rizzi, J. López Contreras, M. Turbau y J. Casademont**  
Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l'  
Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la utilidad docente y el grado de satisfacción de los residentes con las sesiones de mortalidad del Servicio de Medicina Interna (SMI)

**Material y métodos.** Ámbito: SMI de 69 camas en un Hospital Universitario de 649 camas con 17 residentes de MI. Periodo 1 Enero/2006 a 31 Diciembre/2007. Para realizar las sesiones de mortalidad en el año 2006 se estructuraron grupos de 3-4 residentes con distintos años de formación. Cada grupo revisa los pacientes fallecidos durante un mes. Las Historias clínicas (HC) se reparten entre los miembros de cada grupo. Cada residente revisa individualmente un número de HC y las expone entre los miembros del grupo. Entre las HC revisadas, aquellas que el grupo considera que tienen un mayor potencial docente se seleccionan para una sesión general a la que acuden todos los residentes y que modera el Tutor Docente. Esta sesión tiene periodicidad mensual, dura entre 2 y 3 horas, y se realiza fuera del horario laboral con la intención de que puedan acudir la totalidad de los residentes del Servicio. Para analizar el grado de satisfacción de los residentes con la sesión se valoró: 1. El porcentaje de HC revisadas respecto al número total de fallecidos, por semestres al lo largo de los 2 años. Se realizó una encuesta de satisfacción a la totalidad de los residentes. En la encuesta se realizaron 11 preguntas que habían de responderse utilizando una escala de Likert de 5 puntos en la que 1 era "en absoluto de acuerdo con el enunciado" y 5 "Totalmente de acuerdo con el enunciado" Además se realizaron 3 preguntas abiertas que solicitaban la identificación de los puntos fuertes, de los puntos débiles y de los posibles puntos de mejora de estas sesiones.

**Resultados.** Con respecto al porcentaje de pacientes fallecidos analizados en sesión respecto del total, observamos los siguientes datos: De un total de 410 fallecidos se analizaron 221 a lo largo de los 2 años. Se dividió el periodo en 4 semestres. En cuanto al grado de cumplimentación por semestres fue: en el primer semestre 36%, en el segundo semestre 48.5%, en el tercer semestre 55,5% y en el último semestre 72.9%. En cuanto a las preguntas formuladas, se obtuvieron las siguientes respuestas expresadas como media  $\pm$  DS, siendo la "n" para todas ellas 17. 1. Las sesiones de mortalidad son necesarias:  $4.7 \pm 0.46$ . 2. Cómo valora globalmente la sesión:  $4.17 \pm .52$  3. Cómo valora desde el punto de vista docente estas sesiones:  $4.17 \pm 0.52$  4. Cómo repercuten los conocimientos adquiridos en la práctica clínica diaria:  $4 \pm 0.7$  5. Como valora el hecho de que estén estructuradas por grupos de residentes:  $4.29 \pm 0.68$  6. La revisión en solitario de los casos le aporta un mayor grado de conocimientos:  $2.3 \pm 0.93$  7. La discusión de casos en sesión general entre los residentes le aporta un mayor grado de conocimientos:  $4.3 \pm 0.49$  8- Cree usted necesaria la presencia del Tutor:  $4.47 \pm 1.06$ , -9. Valoración del papel del tutor en la organización y desarrollo de las sesiones:  $3.64 \pm 1.05$ . -10. Cómo valora la conveniencia de seguir realizándolas:  $4.94 \pm 0.24$  11.- El horario es adecuado:  $1.93 \pm 1.06$  Los puntos fuertes que se identificaron con mayor frecuencia fueron la adquisición de nuevos conocimientos, la revaloración de conductas, el análisis y el trabajo en grupo. En cuanto a los puntos débiles se identificó la falta de asistencia ocasional del Tutor, la realización fuera de horario laboral y la ausencia de una revisión bibliográfica posterior de los temas discutidos.

**Discusión.** El estudio intenta valorar el grado de satisfacción de los residentes de las sesiones de mortalidad estructuradas y organizadas por ellos mismos en las que se utiliza inicialmente la técnica del peer audit.. Posteriormente se realiza una discusión conjunta de los casos de mayor interés docente.

**Conclusiones.** Las sesiones de mortalidad realizadas de forma previamente estructurada en grupos de residentes y con un análisis general en presencia del Tutor de los casos que ellos identifican como de mayor interés, son valoradas de forma altamente satisfactoria por los residentes del Servicio.

V-165

**ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 18 CASOS****M. De Lagarde Sebastián<sup>1</sup>, J. Vila Santos<sup>1</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, S. Fernández<sup>2</sup>, V. Díaz Madrid<sup>1</sup>, L. Caurcel<sup>1</sup>, R. Costa<sup>1</sup> y J. Guerra Valés<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La Esofagitis Eosinofílica (EE) es una entidad de diagnóstico creciente caracterizada por una infiltración exclusiva del esófago por eosinófilos de causa idiopática o posiblemente alérgica. Presentamos un estudio descriptivo de casos recientes de EE en nuestro medio.

**Material y métodos.** Revisión sistemática de los casos en cuyo diagnóstico anatomopatológico principal figuraba el término "Esofagitis Eosinofílica" en pacientes mayores de 18 años durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y Junio de 2008 en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. La información fue recogida directamente mediante acceso a la Historia Clínica e informes electrónicos de la base de datos del hospital.

**Resultados.** Se documentaron 18 casos con el diagnóstico principal de "Esofagitis Eosinofílica", de los cuales 4 no fueron incluidos debido a la presencia de otras enfermedades excluyentes en el momento del diagnóstico, por lo que los datos fueron recogidos de los 14 pacientes restantes. La edad media fue de 36,2 años ( $\pm$  11,8 años) siendo el 71,4% varones y el 28,6% mujeres. En 9 pacientes (64,39%) con historia previa de alergia, la forma de presentación clínica más frecuente fue rinitis alérgica (5 pacientes, 35,71%). Con los datos disponibles, se documentaron 4 casos (28,57%) de alergia alimentaria y 4 casos (28,57%) de alergia a polvos orgánicos mediante pruebas de alergia. El síntoma más frecuente fue la disfagia en 7 casos (50%), seguida de 6 casos de impactación alimentaria (42,86%), 5 casos de pirosis (35,71%), 5 casos de regurgitación alimentaria (35,71%), y 2 casos de dolor retroesternal (14,29%). La cifra media de las determinaciones máximas de eosinófilos en sangre periférica fue de 615,38 cel/ml con un rango que osciló entre 50 cel/ml y 1.680 cel/ml. En 5 pacientes (35,71%) se encontraron hallazgos endoscópicos macroscópicos sugerentes de esofagitis eosinofílica (punteado blanquecino, o exudados fibrinoides, o anillos esofágicos, o estenosis esofágica, o combinación de los anteriores). El estudio anatomopatológico centrado en el número máximo de eosinófilos por campo de gran aumento (Eo/CGA) mostró la siguiente distribución: 25 o más Eo/CGA: 6 casos (42,86%); 20 o más Eo/CGA: 11 casos (78,57%); 15 o más Eo/CGA: 14 casos (100%). En 10 de los casos se incluían biopsias del segmento proximal del esófago (71,43%).

**Discusión.** Tras revisar la literatura de los casos de adultos con EE, la distribución por sexo y edad en el momento del diagnóstico es similar a la encontrada en nuestro estudio, siendo una enfermedad predominante en varones jóvenes. La sintomatología digestiva también fue similar, siendo el síntoma más frecuente la disfagia y la impactación alimentaria. Llama la atención la presencia notable de historia previa de alergia en las distintas presentaciones recogidas, aunque en muchos casos no se corroboraron mediante las pruebas alergológicas pertinentes. En muchos pacientes se detectaron cifras elevadas de eosinófilos en sangre periférica, pero los datos son dispares y en la literatura no existe una definición clara de la cifra de eosinofilia en estos pacientes. El criterio diagnóstico de mayor valor, considerado clásicamente como el número de eosinófilos por campo de gran aumento en una biopsia de esófago que incluya el segmento proximal, está en constante revisión así como otros criterios que apoyan el diagnóstico. En este sentido, sólo 4 pacientes (28,57%) cumplieron los criterios diagnósticos de las Guidelines de la American Gastroenterology Association de 2007 para EE: (síntomas clínicos de disfunción esofágica, más de 15 Eo/CGA, falta de respuesta a fármacos Inhibidores de la Bomba de Protones -IBP- o pHmetría normal) Cabe la posibilidad de que los restantes 14 casos que no cumplieron estos criterios no lo hicieran por no haberse completado el estudio (fundamentalmente pHmetría y constancia de ausencia de respuesta a IBP), aunque es cierto que nuestro estudio estuvo limitado por no disponer en todos los casos de toda la información necesaria al respecto.

**Conclusiones.** La esofagitis eosinofílica es una entidad de diagnóstico complejo en continua revisión, y que requiere un abordaje multi-

disciplinar para su diagnóstico.

V-166

**PREVALENCIA DE ANEMIA, MORTALIDAD Y REINGRESOS EN PACIENTES EPOC SEVERO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO****E. Gargallo García y L. Cano Alcaide.**

Servicio de Medicina Interna I. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de anemia en un grupo de pacientes EPOC severo que ingresan en nuestro servicio de medicina interna por agudización de su enfermedad respiratoria. Además, evaluaremos la mortalidad y los reingresos en los siguientes 12 meses y compararemos si existen diferencias entre aquellos que tienen anemia y los que no tienen anemia.

**Material y métodos.** Se recogieron los datos de todos los pacientes EPOC severo ingresados en el primer trimestre del 2006 en nuestro servicio de medicina interna por agudización de su enfermedad de etiología infecciosa. Durante este trimestre se determinó la prevalencia de anemia y la mortalidad. Posteriormente, en los 12 meses sucesivos se evaluó la mortalidad en este grupo de pacientes y los reingresos durante ese periodo de tiempo. Además, se comparó si existían diferencias en términos de mortalidad y reingresos en función de la presencia o ausencia de anemia. Se estudiaron 137 pacientes de los cuales se excluyeron 52 por presentar criterios de exclusión: sospecha de patología pulmonar neoplásica, tromboembolismo pulmonar como causa del incremento de disnea u otras comorbilidades asociadas a anemia. Finalmente se seleccionaron los datos de 85 enfermos.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 85 pacientes, de los cuales 75 (88%) eran varones y 10 (12%) mujeres. Tenían una edad media de  $73 \pm 9$  años. De los 85 enfermos, 75 (88%) eran ex-fumadores, 5 (6%) mantenían el hábito tabáquico en el momento del ingreso y 5 (6%) no habían fumado nunca. Todos los pacientes tenían prescrito oxígeno domiciliario. De los 85 pacientes incluidos, 20 (24%) tenían anemia y 65 (76%) no presentaban anemia. De los 20 pacientes que tenían anemia, 18 (90%) eran varones y 2 (10%) mujeres. Los pacientes con anemia tenían una cifra de hemoglobina media de  $11.7 \pm 1.2$  g/dl y de  $15.3 \pm 1.5$  g/dl en los que no tenían anemia. La diferencia fue estadísticamente significativa. De los 85 pacientes objeto de nuestro estudio, 50 (59%) reingresaron en los siguientes 12 meses (94% varones y 6% mujeres). Los 35 (41%) restantes no reingresaron (80% varones y 20% mujeres). De los 85 sujetos, 20 (24%) tenían anemia y 65 (76%) no tenían anemia. De los 20 sujetos que tenían anemia, reingresaron 13 (65%) y 7 (35%) no reingresaron. De los 65 sujetos que no tenían anemia, reingresaron 37 (57%) y 28 (43%) no reingresaron. La diferencia fue estadísticamente significativa. De los 85 pacientes incluidos, 12 (14%) fallecieron (todos varones). Los 73 restantes (86%) no fallecieron en el periodo de seguimiento, siendo 63 (86%) varones y 10 (14%) mujeres. De los 12 pacientes que murieron, 5 (42%) tenían anemia y 7 (58%) no tenían anemia. De los 73 pacientes que no fallecieron, 15 (21%) tenían anemia y 58 (79%) no tenían anemia. La diferencia fue estadísticamente significativa. Los pacientes que fallecieron tenían una cifra media de hemoglobina de  $13.6 \pm 1.5$  g/dl y de  $14.6 \pm 2.1$  g/dl en los que no fallecieron. La diferencia fue estadísticamente significativa.

**Discusión.** La anemia es una patología de elevada prevalencia en la población anciana y en los pacientes EPOC. La mayoría de los estudios realizados hasta la fecha demuestran que la anemia en esta enfermedad respiratoria empeora el pronóstico, pero no todos los estudios llegan a las mismas **Conclusiones**. Por dicho motivo, es necesario realizar en un futuro nuevos estudios que demuestren las implicaciones de la anemia en el pronóstico, tanto a corto como a largo plazo, de los pacientes diagnosticados de EPOC, dado la elevada prevalencia de esta patología respiratoria.

**Conclusiones.** La prevalencia de anemia en este grupo de pacientes EPOC severo es del 24%. Los pacientes con anemia (según criterios de la OMS) reingresaron más veces durante el periodo de seguimiento. Los paciente con anemia fallecieron más que los que no tenían anemia durante el periodo de seguimiento.



## V-167

**LINFOMA TIROIDEO PRIMARIO EN UNA SERIE DE 580 PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN****J. Alonso Alonso, A. Cánovas Fernández y G. Barreiro García***Servicio de Medicina Interna. UPV. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** El linfoma tiroideo primario (LTP) puede manifestarse como nódulo de crecimiento lento (linfoma MALT), particularmente en un entorno endocrinológico, o como un tumor agresivo con riesgo vital. Pretendemos examinar su presentación en el contexto de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en nuestra serie de 580 pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) (enero-1981 a junio-2008) de los diagnosticados de LTP. Se consideran como tales cuando la afectación tiroidea fue determinante por clínica e histología en el diagnóstico. Se analizan los datos clínicos relevantes, variables de interés pronóstico, respuesta al tratamiento, duración de respuesta y evolución. Método estadístico: tabla de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Cumplen el criterio de inclusión cuatro pacientes, todas mujeres, de 43, 72, 75 y 82 años. Todas habían notado un bulto en el cuello desde uno a tres meses antes y una había sido diagnosticada de tiroiditis de Hashimoto. Tres aquejaban disfagia y dos ortopnea. El tamaño del tumor tiroideo oscilaba de 5,5 a 10 cm en su mayor dimensión. En tres se practicó biopsia quirúrgica y en uno con aguja, guiada por ecografía. El diagnóstico histológico fue de linfoma B difuso de célula grande en tres pacientes y linfoma de Burkitt en la más joven. Después del estudio de extensión - (TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico y biopsia de médula ósea) dos pacientes estaban en estadio II, una en I y otra en IV por afectación hepática. Los anticuerpos antitiroideos estaban elevados en dos de tres pacientes; las hormonas tiroideas y analítica de rutina eran normales excepto por elevación de LDH en un caso y de beta-2microglobulina en dos. Se administró CHOP (6 ciclos a 2 pacientes y 4 a la mayor por intolerancia), en un caso con rituximab y en otro con radioterapia de consolidación; en la paciente con linfoma de Burkitt se aplicó rituximab con una quimioterapia compleja, con altas dosis de metotrexato (ALL-BFM). Se obtuvo respuesta completa en todas, pero la de más edad (infratratada) experimentó una recaída local a los 22 meses, temporalmente controlada con quimioradioterapia, con progresión terminal en tiroides y masiva en hígado. Con una mediana de observación de las pacientes vivas de tres años la probabilidad de supervivencia sin fallo de tratamiento y global es del 75%.

**Discusión.** A parte de la edad y positividad de anticuerpos antitiroideos la presentación clínica en nuestra serie difiere de otras referencias por la agresividad clínica e histológica de los linfomas. Es llamativo que dos de las pacientes tuvieran afectación hepática con escasa participación ganglionar ni de médula ósea. El linfoma de Burkitt es muy raro en tiroides en la edad de nuestras pacientes; aunque parezca localizado no debe tratarse de la forma habitual (quimio y radioterapia), siendo necesaria la administración de combinaciones con altas dosis de metotrexato y quimioprofilaxis meníngea y no considerándose indicada la radioterapia.

**Conclusiones.** La presentación del linfoma tiroideo en el entorno del internista se caracteriza por tumores voluminosos, agresivos, con severa afectación local y tributarios de intervención diagnóstica y terapéutica rápida. De esta forma es factible alcanzar la curación en una proporción importante de pacientes, siempre que la situación general de éstos permita la aplicación del tratamiento adecuado.

## V-168

**LINFOMA ÓSEO PRIMARIO EN UNA SERIE DE 580 PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN****A. Cánovas Fernández, G. Barreiro García y J. Alonso Alonso***Servicio de Medicina Interna. UPV. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** El linfoma óseo primario (LOP) suele contemplarse como neoplasia localizada, preferentemente en huesos largos, con expectativas favorables respecto a supervivencia con tratamiento combina-

do de quimioterapia y radioterapia. Pretendemos evaluar su forma de presentación y evolución en el entorno de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, en nuestra cohorte de 580 pacientes con linfoma (enero-1981 a junio-2008) de los afectados por LOP. Se incluyen aquellos con afectación ósea linfomatosa sintomática al hacer el diagnóstico, demostrada por métodos de imagen e histológico, y no dependiente de afectación por contigüidad a masa tumoral. Se utilizaron los métodos recomendados en las guías clínicas para evaluación del estadio de la enfermedad y para tratamiento. Se analizan las variables clínicas, analíticas y de imagen, particularmente las de significado pronóstico respecto a respuesta a tratamiento, duración de la misma (tiempo hasta fallo del tratamiento: TFT) y supervivencia. Métodos estadísticos: prueba exacta de Fisher, t de Student, log-rank y tabla de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Cumplen los criterios de inclusión 20 pacientes (3,4% de la serie), con edad media de 63.5 años (43-84), 60% de sexo femenino. Todos sufrían dolores óseos, en 50% se recogían síntomas B, dos estaban parapléjicos y uno había sufrido una fractura patológica de fémur. En 70% el linfoma era B difuso de célula grande, en 20% B folicular de grado II de bajo grado; en un paciente se diagnosticó linfoma B de zona marginal y en otro difuso de linfocitos pequeños. Presentaban anemia 47% (Hb < 12 g/dl), 56% LDH y 50% beta-2microglobulina elevadas. En dos enfermos se registró hipercalcemia. Se demostró afectación de médula ósea en 35%. Estaban en estadio IV de Ann-Arbor 80% de los pacientes y en la misma proporción el índice pronóstico IPI/FLIPI era igual o mayor de 3. Sólo en 20% se observaba lesión ósea única y era mayoritaria la afectación de esqueleto axial (90%); 2 pacientes tenían afectación ósea limitada a fémur o húmero. La imagen ósea era lítica en 35%, blástica en 15% y mixta en 20% (en el resto no se definía un patrón específico). Por métodos de imagen se detectaba masa de partes blandas anexa a la afectación ósea en 13 de 19 pacientes (68%). Reciben quimioterapia 18 pacientes (9 con rituximab) y 7 radioterapia, obteniéndose remisión completa en 80% de los valorables, con mediana de TFT de 3 años y de supervivencia de 3.5 años. En el estudio de variables pronósticas se observa relación significativa (p:0,025) entre beta-2microglobulina alta y mala respuesta a tratamiento. Sin embargo las variables de relevancia pronóstica habitual en el linfoma (LDH, beta-2microglobulina, IPI/FLIPI..) no alcanzan significación estadística en relación con TTF o supervivencia.

**Discusión.** A diferencia de otras referencias, con frecuencia procedentes de clínicas ortopédicas, nuestros pacientes son de mayor edad, con clínica sistémica, afectación multifocal y de predominio axial. En el contexto de los linfomas representan un grupo de mal pronóstico. En las series publicadas la afectación ósea plurifocal implica una expectativa desfavorable. Los datos de imagen, respuesta a tratamiento y supervivencia son similares a los observados en pacientes con afectación ósea de estas características. El reducido número de pacientes y el que la mayoría estaban en estadios avanzados explica la no detección de variables pronósticas.

**Conclusiones.** El perfil clínico-evolutivo de LOP en nuestra cohorte difiere de las referencias habituales por incluir una mayoría de pacientes con enfermedad generalizada y factores pronósticos negativos. En el contexto general de los linfomas representa un subgrupo con expectativas desfavorables.

## V-169

**ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS HEMORRAGIAS RELACIONADAS CON EL EMPLEO DE TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES O ANTIAGREGANTES****E. Calabuig Barbero, P. Wikman Jorgensen, P. Safont Gasó, M. Toledano Navarro, R. Andrés Navarro, J. Peris García, A. Martínez Baltanás y M. Matarranz del Amo***Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes ingresados a causa de algún fenómeno hemorrágico, determinando cuantos de ellos se hallaban bajo tratamiento anticoagulante y/o antiagregante, el tipo de sangrado más frecuente y la adecuación de la indicación de dichos tratamientos.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias clínicas de los pacientes atendidos en

nuestro hospital de enero 2004 a enero de 2008. Los tipos de hemorragias analizadas fueron: hemorragia digestiva alta (HDA), hemorragia digestiva baja (HDB), hemorragias intracraneales (HI) y hematurias. Creamos una base de datos en la que recogimos 43 ítems (edad, sexo, características clínicas, tipo de tratamiento, fenómeno hemorrágico...). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 13.0 empleando la media  $\pm$  desviación estándar para el análisis de variables con distribución de Gauss.

**Resultados.** En total se analizaron las historias clínicas de 934 pacientes ingresados en nuestro hospital en los últimos cuatro años a causa de un evento hemorrágico. 317 (34%) llevaban tratamiento antiagregante o anticoagulante. La edad media fue de  $75.9 \pm 10.5$ ; 64,4% pertenecían al sexo masculino. 137 (43%) presentaban HDA, 69 (22%) presentaban HDB, 62 (19%) ingresaban por hematuria y en 52 (16%) se objetivó HI. Estos datos proporcionan una incidencia anual estimada de 39.6/100000 habitantes/año. Los fármacos más frecuentemente implicados fueron: AAS en 144 (45.4%), acenocumarol en 103 (32), clopidogrel en 78 (24.6%), HBPM en 16 (5%) y triflusal en 9 casos (2.8%). El 11% de los pacientes con sangrado y que recibían alguno de estos tratamientos estaban diagnosticados de demencia y eran dependientes para las actividades de la vida diaria. En el 14,5% de los pacientes la indicación de dichos tratamientos era controvertida.

**Discusión.** Debido a la elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en la sociedad occidental se ha extendido ampliamente el empleo de los tratamientos basados en antiagregación y/o anticoagulación. El desarrollo de sangrado es su efecto adverso más frecuente. En nuestro hospital estos tratamientos están implicados en uno de cada tres ingresos por fenómeno hemorrágico. El tipo de hemorragia más frecuente es la HDA. Llama la atención la elevada proporción de pacientes con demencia de la serie.

**Conclusiones.** Los tratamientos anticoagulantes y antiagregantes se relacionan con una elevada proporción de las hemorragias atendidas en nuestro hospital. El fármaco más frecuentemente implicado es el AAS, seguido por el acenocumarol. En una elevada proporción de estos pacientes el empleo de estos fármacos es controvertido. Pensamos por tanto que su uso debería realizarse con cuidado para intentar minimizar las complicaciones derivadas de su empleo.

#### V-170

##### CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCEDENTE DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**E. López Tinoco, M. Sancha Díez, F. Carmona Espinazo, G. Pelayo García, A. Fernández Rodríguez, O. García Olmedo, M. Soto Cárdenas y F. García Colchero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Objetivos.** Análisis de las características clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna y que precisan cuidados intensivos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo a partir de la revisión sistemática de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna (MI) durante el periodo de estudio (Enero-October/2007) y que requirieron durante su estancia traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Analizamos las características clínicas y su evolución durante su estancia en UCI.

**Resultados.** De un total de 1447 pacientes ingresados en Medicina Interna 15 pacientes (1%) requieren traslado a la Unidad de Cuidados Críticos. 8 pacientes (53%) eran varones con una edad media de 58 años. La causas más frecuentes que motivaron dicho traslado fue la insuficiencia respiratoria (44%) y el shock séptico (21%). En el 33% presentaban 2 o más patologías crónicas asociadas, principalmente cardiopatía y diabetes mellitus. 4 pacientes (26%) presentan evolución desfavorable, falleciendo en UCI. De los que sobrevivieron tras una estancia media de 4,5 días, sólo un paciente presentó complicaciones infecciosas durante su estancia en UCI.

**Conclusiones.** El paciente "tipo" ingresado en UCI desde Medicina Interna, es un varón de edad media, cardiópata con insuficiencia respiratoria. Menos de un 2%, presenta complicaciones infecciosas durante el ingreso en UCI, probablemente relacionado con la corta

estancia media. Aproximadamente un tercio de los pacientes fallecen y el resto siguen una evolución favorable, volviendo a planta de hospitalización.

#### V-171

##### ¿QUÉ TIPO DE PACIENTE ASUME NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PROCEDENTE DE UCI?

**M. Sancha Díez, E. López Tinoco, F. Carmona Espinazo, A. Fernández Rodríguez, G. Pelayo García, O. García Olmedo, M. Soto Cárdenas y F. García Colchero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Objetivos.** Análisis de las características clínicas del paciente ingresado en Medicina Interna (MI) procedente de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), haciendo especial referencia al paciente con daño cerebral adquirido. Los pacientes atendidos en MI del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, habitualmente proceden del Servicio de Urgencias. Además, existe un número importante de pacientes derivados de UCI, que presentan peculiaridades clínicas (entre ellas, daño cerebral adquirido) y de manejo, que hacen que presenten gran complejidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio en el periodo de estudio (Enero-October de 2007) y procedentes de UCI.

**Resultados.** Del total de pacientes ingresados en nuestro servicio en el periodo de estudio, en 44 casos procedían de UCI. 29 eran varones y 15 mujeres, con una edad media de 49 años. 22 pacientes presentan 3 o más enfermedades asociadas, y requirieron intubación orotraqueal en 42 casos con traqueostomía en 20 de ellos. En 22 pacientes se objetivó daño cerebral adquirido. En el 72% de los casos, presentaron complicaciones infecciosas. El tipo de proceso infeccioso fue: a) Neumonía asociada a ventilación mecánica: 46%; b) Bacteriemia: 24%; c) Sepsis: 22%; d) Candidemia: 4%. La estancia media en nuestro servicio fue de 28 días en el total de la muestra y de 41 días en los pacientes con daño cerebral adquirido. 6 pacientes fallecieron (14%) durante su estancia en nuestro servicio.

**Conclusiones.** El paciente "tipo" atendido durante el tiempo de estudio en MI que procede de UCI, es un varón, joven, con importante comorbilidad asociada y que requirió intubación orotraqueal, con traqueostomía en la mitad de los casos. En un porcentaje importante presenta complicaciones infecciosas asociadas, falleciendo posteriormente aproximadamente el 14% en nuestro servicio. La mitad de los pacientes asumidos en MI procedente de UCI presentan daño cerebral adquirido. El tiempo de estancia media en MI, aunque mayor que el que no presenta daño cerebral, es algo menor al publicado en la literatura (2-3 meses), para este tipo de pacientes.

#### V-172

##### UTILIDAD DEL ÍNDICE "CONUT" COMO SCREENING DE MALNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, C. Soto Abanades<sup>1</sup>, S. Caro Bragado<sup>1</sup>, I. Pérez Valero<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, J. Camacho Siles<sup>1</sup> y C. Gómez Candela<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Uno de los problemas más frecuentes en nuestra práctica diaria es la presencia de desnutrición en los pacientes que ingresan en Medicina Interna. Sin embargo, a menudo nos guiamos por la impresión clínica y no solicitamos estudios más objetivos como prealbúmina, etc. Se está intentando valorar la implantación de una alarma informática como screening para avisarnos de pacientes con riesgo grave de desnutrición.

**Material y métodos.** Revisión de los informes de alta de los pacientes ingresados en dos unidades de hospitalización convencional de Medicina Interna en dos meses consecutivos. Sobre los datos del informe realizamos el CONUT que se basa en los siguientes parámetros: Colesterol, Albúmina y Linfocitos.

**Resultados.** Se han analizado un total de 122 pacientes ingresados

en Medicina Interna en el año 2008. La edad media de los pacientes fue de 70,3 años (rango 28-99), siendo de 71,5a en los hombres y 69,05 años en mujeres (57,4% de la muestra). Se pudo determinar el CONUT en 96 pacientes (CONUT 3,28). Clasificamos el CONUT en función del riesgo de desnutrición: < 4 (no riesgo): 54 pacientes (edad media 69 años); 4-8 (riesgo leve-moderado): 38 pacientes (edad media 73 años) y > 8 (riesgo elevado): 4 pacientes (edad media 64 años). Se han analizado varios factores relacionados: 1. Presencia de escaras: 9 pacientes con edad superior a la media de los que no las presentaban y un CONUT mayor (4,33 versus 3,18). 2. BMI: únicamente se valoraron 20 pacientes con BMI aproximado menor de 18. Sin embargo, el CONUT fue similar en las 3 categorías de BMI (3,18, 3,36 y 3,13 respectivamente para BMI < 18, BMI 18-28 y BMI > 28). No se ha observado influencia en el valor de CONUT en relación con sexo, presencia de DM, los antecedentes de patología digestiva salvo en el caso de diarrea (CONUT 4,8 versus 2,75). Entre los antecedentes neurológicos, la presencia de ACVA está relacionada con un CONUT más elevado. Factores claramente relacionados con un grado mayor de CONUT han sido la incapacidad de realización de las actividades básicas de la vida diaria (CONUT 3,1 en pacientes IABVD versus 4,64 en pacientes DABVD) así como vivir en domicilio familiar versus vivir en residencia (CONUT 3,25 pacientes en casa vs 4,1 en pacientes institucionalizados). Por último, añadir que se ha pautado suplementación con fórmulas enterales a 9 pacientes, los cuales tenían un CONUT superior a la media encontrada en el estudio (CONUT).

**Discusión.** Aunque el número de pacientes incluido puede resultar insuficiente, el estudio nos proporciona una idea aproximada del tipo de pacientes que ingresa en Medicina Interna respecto al riesgo de desnutrición. Se han revisado los informes de alta por lo que algunos datos pueden no estar suficientemente detallados como el BMI, sin embargo podemos estimar la prevalencia de desnutrición severa.

**Conclusiones.** La prevalencia de desnutrición leve a moderada es frecuente en los pacientes ingresados en Medicina Interna pero es infrecuente que esta desnutrición sea grave. Los principales factores relacionados han sido la presencia de diarrea, de ACVA, el hecho de ser dependiente para las ABVD y el vivir en residencia. El índice CONUT puede resultar muy útil a la hora de precisar qué pacientes requieren una valoración nutricional más exhaustiva.

### V-173

#### EL PAPEL DEL INTERNISTA EN UNA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA

**A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, C. Albaladejo Ortiz<sup>1</sup>, B. Tudela de Gea<sup>2</sup>, G. Álvarez Sánchez<sup>2</sup>, M. Gandía Herrero<sup>1</sup> y F. Herrero Huerta<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** Los pacientes ingresados con fractura de cadera, suelen ser ancianos con gran comorbilidad, frecuentemente con demencia y múltiples tratamientos, a los cuales el ingreso les condiciona descompensaciones frecuentes de su patología crónica. La intervención de un médico internista mejoraría la calidad asistencial y la morbi-mortalidad de estos pacientes.

**Material y métodos.** Se elaboró un programa para la atención integral de todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de fractura de cadera y se diseñó un protocolo para la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y de morbi-mortalidad. Esta unidad está formada por un médico internista en dedicación exclusiva y un residente en formación. Presentamos los resultados de los seis primeros meses, de enero a Junio de 2008.

**Resultados.** Han sido incluidos en el programa un total de 112 pacientes. La edad media de los pacientes ha sido de 81 años, de los cuales 80 eran mujeres y 32 hombres y sólo el 10% estaban institucionalizados. La estancia media ha sido de 11 días, siendo la mínima de 5 días y la máxima de 1 mes. Aproximadamente el 70% de los pacientes tenían una enfermedad de base leve o moderada y el 25% eran pluripatológicos. El 28% estaban previamente diagnosticados de osteoporosis, pero únicamente el 12% de ellos recibían tratamiento. El riesgo quirúrgico fue de ASA I (10%), ASA II (37%), ASA III (48%) y ASA IV (4%). Más de la mitad de los pacientes han presentado algún tipo de complicación médica, de las cuales las más fre-

cuentes han sido; el delirium (51%), las complicaciones infecciosas (35%) en primer lugar respiratorias, seguidas de urinarias, la etiología cardiorrespiratoria (21%), alteraciones renales e iónicas (12%) y abdominales (9%). La mortalidad intrahospitalaria ha sido de 13 pacientes (10%), de los cuales 7 no fueron intervenidos por su mala situación basal. Al 18% de los pacientes ingresados se les añadieron suplementos dietéticos al objetivar una hipoalbuminemia < 3 mg/dl y a la mitad de ellos se les puso tratamiento para la osteoporosis al alta.

**Discusión.** Los pacientes con fractura de cadera son un grupo de enfermos susceptibles de sufrir algún tipo de complicación durante el ingreso hospitalario. La valoración conjunta por parte de Traumatología y Medicina Interna, facilita el manejo clínico, el diagnóstico y el tratamiento precoz de las complicaciones. Además favorece medidas de actuación ante los factores de riesgo como la desnutrición y la osteoporosis. Por otra parte se ha objetivado una disminución en el número de interconsultas realizadas a otras especialidades y un descenso en la suspensión de quirófanos.

**Conclusiones.** La unidad de fractura de cadera de nuestro hospital ha favorecido: 1. La actividad en equipo multidisciplinar (Medicina Interna, Traumatología, Endocrinología y Reumatología). 2. Mejoría de la calidad asistencial de estos pacientes y de la gestión médica.

### V-174

#### ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

**R. Gómez de la Torre, J. Menéndez Caro, M. Tuya Morán, D. Pérez Martínez, J. Ferrero Celeiro, A. Arenas, C. Quintana y M. De Zárraga Fernández**

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** análisis descriptivo de las situaciones clínicas que nos han hecho iniciar tratamiento con terapia biológica en enfermedades autoinmunes y sistémicas, en pacientes atendidos en consulta de medicina interna de un hospital de segundo nivel. Como hecho en común todos los pacientes presentaban brotes recurrentes de uveítis, además de otras manifestaciones sistémicas. Seguimiento de la evolución clínica tras el tratamiento con bloqueo del receptor de necrosis tumoral.

**Material y métodos.** Análisis Descriptivo de los pacientes en los que se ha iniciado terapias biológicas, al ser refractarios a los tratamientos inmunosupresores convencionales, y que ante situaciones clínicas excepcionales, nos vimos en la necesidad de iniciar tratamiento. El período de estudio incluye desde el inicio de tratamiento inmunosupresor convencional hasta la actualidad, al estar en seguimiento clínico periódico por tratamiento con bloqueo anti-TNF con infliximab. Se analizan dos enfermos con Enfermedad de Beçhet con afectación multisistémica que incluye afectación ocular, con múltiples brotes de panuveítis. También se analiza un enfermo con sarcoidosis, en el que se llegó a su diagnóstico tras múltiples brotes de uveítis de causa no explicada, que además presentaba afectación: pulmonar, ganglionar, hepática y renal, que también incluye brotes de uveítis recidivante. En todos los casos se descartó infección tuberculosa.

**Resultados.** Se aportan dos casos de enfermedad de Beçhet con panuveítis recidivante y un caso de sarcoidosis con uveítis anterior bilateral y recidivante, que también presenta afectación pulmonar, hepática, ganglionar y renal. Los dos casos de Beçhet, son varones jóvenes, en los que la panuveítis recurrente, no es la única manifestación de la enfermedad, los dos casos presentan afectación de tracto digestivo. Uno de los casos afectación del sistema nervioso central, y trombosis venosa profunda proximal bilateral, pese a tratamiento de fondo con inmunosupresores y anticoagulación oral para INR 2,0. Tras inicio de terapia para bloqueo del factor de necrosis tumoral, se asiste a evolución clínica satisfactoria sin brotes de uveítis, y control de la actividad sistémica tanto del Beçhet, como de la sarcoidosis. En la tabla se detallan las características clínicas y el tratamiento de los casos aportados

**Discusión.** El bloqueo del factor de necrosis tumoral, se ha mostrado efectivo en el control clínico de la afectación ocular del Beçhet y de la sarcoidosis. En relación con el compromiso extraocular, el bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF), parece ser igualmente efi-



Tabla 1. Casos clínicos con uveítis (V-174).

Sexo:	Edad	Clínica	Tratamiento convencional	Tratamiento biológico
Varón	25 a. Beçhet.	Uveítis bilateral, desde 2002,	ciclosporina: 5 mg/kg	5 mg/kg/Infliximab, iniciado en Febrero 2008
Varón	38 a. Beçhet.	Panuveítis bilateral	ciclosporina 5 mg/kg,	5 mg/kg/Infliximab, iniciado en enero 2008
Varón	47 a. Sarcoidosis	Uveítis bilateral anterior	esteroides, azatioprina dosis de 1 mg/kg+ Metotrexate. Media tratamiento: 47,3 meses	5 mg/kg/Infliximab a dosis No brotes en ningún caso

caz, ya que las úlceras, la piodermitis y la sintomatología sistémica, incluida la trombosis venosa profunda bilateral, que fue recidivante, a pesar de anticoagulación oral, han sido controladas. En el granuloma sarcoideo, se ha encontrado expresión TNF y altas concentraciones, lo que hace sustentar con cierta base, el bloqueo TNF, existiendo comunicaciones de su utilización y mejoría clínica en pacientes con afectación multisistémica.

**Conclusiones.** El bloqueo del receptor TNF parece eficaz en el control evolutivo de las enfermedades sistémicas Al ser pocos los casos comunicados, no son conocidos, dosis ni tiempo de tratamiento.

**V-175**

**HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES: DISMINUCIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA TRAS INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTO INSULÍNICO**

**B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>1</sup>, J. García Quirós<sup>2</sup>, C. Morales Portillo<sup>2</sup>, A. Valiente Méndez<sup>1</sup>, M. Rico Lucena<sup>1</sup>, A. Montilla Burgos<sup>1</sup>, M. Aguayo Canela<sup>1</sup> y A. Sendon Pérez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Comprobar los resultados de la intensificación de tratamiento insulínico en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 1 (DM-1) y tipo 2 (DM-2) llevado a cabo sin necesidad de hospitalización.

**Material y métodos.** Muestra: 100 pacientes diabéticos (30% DM1 y 70% DM2) de entre los derivados al HDD por descompensación glucémica durante el año 2007, excluyéndose los debuts diabéticos. Variables: hemoglobina glicosilada (HbA1c), peso, dosis de insulina diaria, glucemia media y variabilidad glucémica, medidas en la primera visita (mes 0) y a los 3 meses.

**Resultados.** Gracias al seguimiento por el hospital de día de diabetes se consigue una disminución de la hemoglobina glicosilada a los tres meses, tanto en la diabetes tipo 1 como en la diabetes tipo 2. Así mismo se consigue una disminución de la variabilidad glucémica y de la glucemia media como se especifica en las tablas adjuntas.

**Conclusiones.** El hospital de día de diabetes ha demostrado ser un dispositivo útil para mejorar el control metabólico de los pacientes diabéticos descompensados, consiguiendo mejorar la HbA1c, la glucemia media y la variabilidad glucémica, tanto en DM1 como en DM2. Nuestro estudio detecta una mayor reducción de los niveles de HbA1c cuanto más altos fueron los valores de partida. En nuestra experiencia, el HDD es un medio eficaz para el manejo de los

Tabla 1. Diabetes mellitus tipo 2 (V-175).

DM-2	HbA1c	Peso	UI/kg	Glucemia media	Variabilidad glucémica
0 meses	9.9 (sd 1.9)	80.6	0.78 (sd 0.4)	243.6	72.9
3 meses	7.9 (sd 1.3)	81.0	1.37 (sd 0.9)	174.1	59.6

Tabla 2. Diabetes mellitus tipo 1 (V-175).

DM-2	HbA1c	Peso	UI/kg	Glucemia media	Variabilidad glucémica
0 meses	10.2(sd 2.3)	66	0.7(sd 0.3)	213	86.3
3 meses	8.3 (sd 1.6)	67.6	0.8 (sd = .3)	167	80.3

Tabla 3. Estratos de HbA1c de inicio (V-175).

Estratos de HbA1c de inicio	HbA1c 0 meses	HbA1c 3 meses
< 8%	7.67 (sd 0.2)	7.42 (sd 0.7)
8-10%	9.04 (sd 0.5)	7.36 (sd 0.8)
> 10%	12.09 (sd 1.7)	9.19 (sd 1.4)

pacientes con peor control metabólico, permitiendo de manera segura la optimización de su tratamiento insulínico sin necesidad de ingreso hospitalario.

**V-176**

**REACCIONES ADVERSAS GRAVES A MEDICAMENTOS Y SU IMPACTO EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**D. Riesco<sup>1</sup>, M. Ruiz G.<sup>1</sup>, M. Jarrod<sup>2</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, O. Portolá<sup>1</sup>, A. Sabater<sup>1</sup>, N. Manresa<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Sistemas de Información. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** Las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) están definidas por la OMS y el Real Decreto 1344/2007. RAM grave (RAM mg): La que es mortal, pone en peligro la vida, exige o prolonga la hospitalización del paciente, ocasiona invalidez significativa o produce anomalía congénita. Por la exigencia legal y la alta incidencia de RAM, a veces inadvertida, este estudio pretende conocer la realidad en nuestro servicio y su impacto.

**Material y métodos.** De modo prospectivo, se recogen las RAM mg desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2007, mediante: Notificación voluntaria, revisión de informes de alta y vigilancia de prescripciones alertantes. Variable recogidas: Filiación del paciente, datos del episodio clínico y de la propia RAM: tipificación, síntomas, duración, exploraciones requeridas, evolución, medidas adoptadas, antecedentes de RAM, fármacos concomitantes y causalidad (algoritmo de Karr Lassagna). También se consideran datos generales en M. I. y referentes al consumo de fármacos. Análisis estadístico: Programa SPSSv12. Asociación entre variables nominales mediante tablas de contingencia y test de probabilidad de Fisher. La asunción de normalidad de variables continuas con el test de Shapiro-Wilk. La asociación entre variables continua y nominal mediante "U" de Mann-Whitney. La intensidad de las asociaciones se presenta en "odds-ratio", IC del 95%; El ajuste multivariable se realiza mediante regresión logística no condicional. La significación estadística se fija en p < 0,05.

**Resultados.** Se encuentran 84 RA mg en 80 pacientes, el 5,1% de los ingresos. La media de edad en las RA mg es 67,8 (19,2) años, diferencia estadísticamente no significativa respecto al global. Entre las altas totales hay 709 (45,2%) mujeres y 860 (54,8%) hombres. Las RA mg se presentan en 45 mujeres (56,25%) y 35 hombres (43,75%),  $p < 0,049$ . Con un modelo de regresión logística (variable dependiente la RAM y explicativas edad, sexo y nº de fármacos), se evidencia que el único factor asociado es el sexo; OR 1,62, IC del 95% de 0,95 a 2,76,  $p = 0,074$ . La estancia media de las RA mg es 11,7 (9,5) días, mediana de 10; La mediana global es 8 días y en las altas sin RAM, 7. De los 6 exitus, 2 son atribuibles a la RA mg (0,12%). El diagnóstico principal más usual en RA mg es: I. Respiratoria aguda, neumonía, bronquitis, TEP, GEA, etc. El nº de diagnósticos concomitantes es 4,5 (3,3). Fármacos más frecuentemente implicados: ATB, anticoagulantes, antidiabéticos, diuréticos, etc. La afectación prioritaria es: hematológica, gastrointestinal, electrolítica, IR, etc. Pruebas diagnósticas: Un 48,8% no las precisan y en 44% son analíticas. Medidas adoptadas: En 66 casos (78,6%) se suspende el fármaco, en 58 no se reinicia. La gran mayoría no tiene antecedente de RAM. La media de fármacos concomitantes es de 8,1 (4,7). según el algoritmo de Kart Lassagna, un gran porcentaje de casos son "reacción posible/probable".

**Discusión.** Varios estudios combinan pacientes médicos, quirúrgicos, hospitalizados y de urgencias. El nuestro, prospectivo, en enfermos ingresados en M. I. permite un análisis detallado para este ámbito. Nuestra incidencia de RA mg es superior a otras series (Lazarou, Puche). En toda la literatura hay mayor proporción de RA mg en mujeres, en nuestro caso no relacionada con mayor longevidad o polifarmacia. La RA mg en nuestro estudio, prolonga la estancia en 2-3 días, para otros autores de 3-5 días. La mortalidad en nuestros caso (0,12%) es similar a otros trabajos. La lista de fármacos implicados se repite, variando el orden según el ámbito de estudio. Nosotros igual que Schneeweis destacamos la afectación hematológica. Nuestra media de fármacos concomitantes (8,1) se relaciona con lo descrito en otros trabajos: el riesgo se incrementa en pacientes portadores de 7 o más.

**Conclusiones.** 1. La existencia de RA mg repercute negativamente en la estancia media, costes y en la satisfacción del paciente. 2 La estrategia de sensibilización entre los facultativos y la búsqueda exhaustiva de RAM puede contribuir a mostrar la incidencia real.

**V-177 ANEMIA EN PACIENTES CON EPOC: FRECUENCIA E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS**

**F. Arnalich<sup>1</sup>, E. Ciria<sup>2</sup>, V. Lagos<sup>3</sup>, M. Menéndez<sup>3</sup>, A. Martín de Quirós<sup>1</sup>, M. Quesada<sup>1</sup>, C. García-Cerrada<sup>1</sup> y J. Sobrino<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Departamento de Medicina UAM, <sup>4</sup>Servicio de Admisión. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** La presencia de anemia es un hallazgo frecuente, aunque la prevalencia y la posible influencia en el pronóstico de la enfermedad no está bien aclarada. El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia y las características de la anemia en una cohorte de pacientes con EPOC reagudizado ingresados en un hospital durante 18 meses, y su influencia en el curso de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio observacional y retrospectivo de 184 pacientes ingresados por EPOC reagudizado y seguidos en policlínica. Todos tenían una GA al ingreso basal o con el suplemento de oxígeno habitual en su domicilio, y cumplían los criterios

diagnósticos de EPOC según normativa GOLD FEV1 < 80%, FEV1/ FVC < 70%, y reversibilidad < 9% tras BD). Se excluyeron los pacientes con hemorragia o infección sistémica en 2 meses previos, hepatopatía o insuficiencia renal moderada-avanzada, insuficiencia cardíaca y neoplasia. Se definió anemia como una Hb < 130 g/dl en hombres y < 120 g/dl en mujeres, y eritrocitosis como una Hb > 170 g/dl. Se compararon las variables continuas (t de Student) y categóricas (chi-cuadrado) entre los grupos, y la influencia de estas variables sobre la estancia media acumulada anual fue evaluada mediante análisis de regresión uni y multivariable.

**Resultados.** 43 pacientes (23.1%) presentaron anemia (edad: 70. ± 11 versus 64. ± 9,  $p < 0,05$ ; sexo V/M 31/12, versus 87/54  $p < 0,05$ ). La anemia fue normocítica-normocrómica en 29 pacientes (67.5%), microcítica en 8 (18.6%) y macrocítica en 6 (13.9%). Nueve pacientes (4.9%) tenían eritrocitosis, todos con EPOC grado IV y oxigenoterapia. En el análisis de regresión logística, la edad > 65 a ( $p < 0,001$ ), Hb < 12 g/dl ( $p < 0,01$ ) y la PaCO2 > 45 mm Hg ( $p < 0,05$ ) fueron valores predictivos independientes de una mayor estancia media anual acumulada.

**Discusión.** Los pacientes con EPOC presentan con mayor frecuencia anemia que eritrocitosis. La anemia puede ser multifactorial, aunque en más de la mitad de los casos es normocítica-normocrómica, lo que sugiere un mecanismo del tipo de trastorno crónico. Los pacientes con EPOC y anemia tienen una mayor concentración de proteína C reactiva, en probable relación con el grado de respuesta inflamatoria ante la enfermedad.

**Conclusiones.** 1ª) La anemia es un hallazgo frecuente en la EPOC, especialmente en pacientes con peor situación funcional. 2ª) La presencia de anemia y edad superior a 65 años se asocian significativamente, y de forma independiente, con una mayor duración de hospitalización.

**V-178 NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES CON TUMOR DE ÓRGANO SÓLIDO**

**M. Cepeda González, A. Carrero Gras, E. Ferreira Pasos, J. Moreno Palomares, E. Martínez Moreno, B. García Pérez y S. Martín**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Segovia.

**Objetivos.** La infección asociada a neutropenia es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico. Neutropenia: Descenso de la cifra de neutrófilos por debajo de 500 neutrófilos/mm<sup>3</sup> o por debajo de 1000 con previsión de descenso a menos de 500. El objetivo de nuestro trabajo es conocer y describir las características epidemiológicas de la población a estudio. Valorar la necesidad de un protocolo uniforme de tratamiento en nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo. Recogida de datos de las historias clínicas con un protocolo de datos diseñado a tal efecto, durante el año 2006. Se estudiaron los pacientes cuyo diagnóstico principal fue Neutropenia febril, en el contexto de enfermedad tumoral de base (tumor de órgano sólido) en tratamiento anti-neoplásico.

**Resultados.** En nuestro Servicio durante 2006 ingresaron 14 pacientes con neutropenia febril y tumor de órgano sólido. De los cuales 50% fueron varones y 50% mujeres. La edad media fue de 65,7 años. La estancia media del ingreso fue de 8.5 días. La media de días desde que recibieron el último ciclo terapéutico hasta el ingreso por neutropenia fue de 9.4 días. Media de Leucocitos al ingreso: 700. Los cultivos fueron negativos en la totalidad de los pacientes.

Tabla 1. Características clínicas en los pacientes estudiados (V-177).

	EPOC y anemia	EPOC sin anemia	p
Hb (g/dl)	11.0 ± 1.2	14.6 ± 1.7	< 0.001
Clase funcional III	17 (39.6%)	67 (47.5%)	< 0.01
Clase funcional IV	18 (41.9%)	36 (25.5%)	< 0.01
PaO <sub>2</sub> (mm /Hg)	61 ± 4	67 ± 5	< 0.05
Prot C Reactiva (mg/dl)	48 ± 23	31 ± 19	< 0.01
Estancia media acumulada año	35 ± 26	24 ± 15	< 0.001

No falleció ningún paciente durante el ingreso, por causa directamente relacionada. Los 14 pacientes tenían tumor de órgano sólido, siendo el más frecuente el Ca de mama seguido de Ca pulmón, ORL y gástrico. El 62% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento con Quimioterapia, el 33% estaban con Quimioterapia + Radioterapia y el 5% con radioterapia. El 80% fueron tratados en monoterapia (fundamentalmente con Imipenem y en menor proporción: Levofloxacino, Ciprofloxacino y Piperacilina-Tazobactam) y un 20% con betalactámicos y aminoglucósidos. El 80% también tuvo tratamiento con Factor Estimulante del Crecimiento de Colonias.

**Conclusiones.** No falleció ningún paciente por causa directamente relacionada con el proceso. La mayoría de pacientes recibió tratamiento con Factor Estimulante del Crecimiento de Colonias en base a cifra de neutrófilos. Los estudios microbiológicos son poco rentables. No existe uniformidad en la elección del tratamiento antibiótico. Sería conveniente diseñar un protocolo de actuación uniforme en nuestro Servicio.

### V-179

#### CASCADAS TERAPÉUTICAS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

**J. Oteiza Olaso<sup>1</sup>, M. Zabalza Fernández<sup>2</sup>, A. Delgado Latorre<sup>2</sup>, I. Eguinoa Pinedo<sup>2</sup> y G. Tiberio López<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Se pretende revisar las prescripciones médicas en un hospital de media estancia y registrar las cascadas terapéuticas detectadas, para intentar mejorar las prescripciones de nuestro hospital **Material y métodos.** Se han revisado 30 historias y sus tratamientos de una de nuestras plantas en una fecha determinada, tratando de identificar patologías más frecuentes, prescripciones más utilizadas por grupos farmacéuticos; e identificando cascadas terapéuticas para su análisis, diferenciando como cascada terapéutica, un tratamiento que viene derivado de uno previo, como por ejemplo, añadir insulina tras un tratamiento con corticoides; o dar suplementos de potasio tras un tratamiento diurético intensivo. No se ha considerado cascada terapéutica, tratamientos preventivos pautados en la misma fecha (ejemplo: antiácido + AINE).

**Resultados.** La edad media ha sido de 82 años (67-96) con un 53% de mujeres. La patología más prevalente es la cardiovascular (25.8%), seguida de la patología respiratoria (22.6%). Por diagnósticos el principal es la insuficiencia cardíaca con un 19.2%, seguido de neumonía (15.7%) y reagudización de EPOC (9.3%). Las prescripciones por grupos terapéutico son por orden: analgésicos (90%); psicoanalépticos (87%); antiácidos (76%); antibióticos (57%); Terapia cardíaca (40%) e Insulina (33%) Las cascadas terapéutica detectadas han sido: 3 pacientes con corticoides: antifúngicos; 3 pacientes con corticoides: insulina; 2 pacientes con opiáceos: laxantes; 2 pacientes con diuréticos: potasio; 1 paciente con opioide: antihemético; 1 paciente con insulina: suplemento glucosado; 1 paciente con antibiótico: antifúngico.

**Discusión.** Dentro de las prescripciones llama la atención el alto nº de fármacos del sistema nervioso (sobretudo neurolépticos, antidepresivos) y analgésicos, pero en nuestro hospital existe la costumbre de poner ciertas pautas condicionales como son los analgésicos y en determinados casos los neurolépticos. Dentro de nuestra casuística como hospital de media estancia, existe una alta proporción de pacientes con demencias (más del la cuarta parte presentan este antecedente) y el síndrome confusional agudo, nada raro en estos pacientes, es una patología frecuente a tratar. Dentro de las cascadas detectadas, parecen ser los corticoides los que más terapias secuenciales requieren (6: tres pacientes antifúngicos y tres insulina). Los opiáceos, han presentado cascada terapéutica en 3 ocasiones (dos laxantes y un antihemético); y una vez antibióticos con antifúngicos y suplementos glucosados en pacientes con insulina. También llama la atención la no detección de cascada terapéutica del uso de antiseoretos (protector gástrico) en pacientes en tratamiento con AINEs y en pacientes en tratamiento esteroideo. Esto último, probablemente por lo extendido de la prescripción de estos medicamentos (76% ya lo llevaban).

**Conclusiones.** El uso de corticoides en nuestros pacientes, requerirá en ocasiones un mayor control glucémico para intervenciones más precoces y la vigilancia de infección por hongos. Al pautar opioides debemos de sopesar, como indican muchas guías, la asociación con laxantes y vigilar otros efectos secundarios como son las nauseas. Nos planteamos si se debería de revisar el uso de antiácidos algunos de nuestros pacientes para evitar la polifarmacia.

### V-180

#### LAS HEMORRAGIAS INTRACRANEALES COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE

**J. Peris García, M. Toledano Navarro, A. Martínez Baltanás, E. López Calleja, M. Botas Velasco, P. Safont Gasó, P. Wikman Jorgensen y J. Merino Sánchez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y demográficas de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico al alta de hemorragia intracraneal (HI) relacionados con estos tratamientos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de 152 pacientes con HI. Seleccionamos 67 pacientes que tomaban simultáneamente al evento uno o varios de estos fármacos. Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión se elaboró un protocolo para caracterizarlos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** AAG y/o ACO estaban presentes en el 33.54% de todas las hemorragias intracraneeales. La edad media de los pacientes fue de 76.19 años. La distribución por sexos el 62,7% hombres y 37,3% mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular encontrados fueron: hipertensión arterial 74.5%, hiperlipemia 35.3%, diabetes 33.3%, cardiopatía isquémica 43.1%, fibrilación auricular 49%, ACVA previo 43.1%. Los tipos de hemorragia fueron: intraparenquimatosa 70.6%; subdural 17.6%, subaracnoidea 5.9%, intraparenquimatosa+subdural 5.9%. Los fármacos implicados en estos sangrados fueron: aspirina 45.1%; clopidogrel (17.6%; trifusal 2%; acenocumarol 37.3%; warfarina 3.9%; trombolisis 5.9% y HBPM 3.9%. El 8,7% de los pacientes tomaba más de un fármaco simultáneamente. Un 11,8% de los pacientes tenían antecedentes de demencia. Un 2% de los pacientes requirió transfusión sanguínea. En el 7,9% de los pacientes estos tratamientos carecían de indicación adecuada. La mortalidad global en nuestro hospital fue del 47.1%. La tasa de TCE previo fue del 17,6%

**Discusión.** De acuerdo con las actuales Guías de Práctica Clínica existe controversia en el uso de AAG y ACO Los tratamientos antiagregantes y anticoagulantes parecen tener una estrecha relación con las hemorragias intracraneeales en pacientes ancianos, siendo las más frecuentes las intraparenquimatosas. Existe un considerable número de pacientes con demencia con este tipo de tratamientos (11.8%), siendo un porcentaje menor dentro de este grupo los pacientes anticoagulados (4.7%)

**Conclusiones.** En alguno de los casos estudiados el uso de estos tratamientos no estaba bien establecido sobre bases científicas, y teniendo en cuenta que la anticoagulación es un importante factor de riesgo para este tipo de sangrado, en los pacientes ancianos, es necesario revisar la indicación de tratamiento y discernir si son capaces de alcanzar un control estrecho del tratamiento, especialmente en aquellos pacientes con demencia.

### V-181

#### ATENCIÓN MÉDICA A ENFERMOS CON FRACTURA DE CADERA

**M. Peña Zemsch, F. Paz Fuentes, S. López López, C. Arias Núñez y R. Monte Secades**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** La atención médica a enfermos quirúrgicos es un trabajo escasamente valorado y cuantificado. Estudiamos la situación clínica y funcional de los pacientes con fractura de cadera atendidos en un hospital general, así como las complicaciones médicas relacionadas con el ingreso y su evolución.



**Material y métodos.** Dentro de un programa de atención médica programada a enfermos con fractura de cadera que se realiza desde el año 2004, se realizó un análisis prospectivo de los pacientes ingresados por este motivo en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo desde Marzo de 2005 a Marzo de 2006. Todos los enfermos fueron valorados por un internista al día siguiente del ingreso, analizando las siguientes variables: tipo de fractura, medicación, capacidad funcional (índice de Barthel) y comorbilidad (índice de Charlson). También se registraron las complicaciones durante el ingreso y su situación al alta. Por otra parte se compararon el número de interconsultas, ordinarias y urgentes, realizadas a los diferentes servicios desde 2002 a 2006 en enfermos con fractura de cadera.

**Resultados.** Se estudiaron 206 pacientes (75,2% mujeres). La edad media fue 83,4 años (DS 8,1). El 93,6% precisaron intervención quirúrgica. La estancia media fue 17,7 días (6,7) y la estancia preoperatoria 5,7 días (2,8). El 97,5% de las fracturas fueron osteoporóticas. El 27% presentaba un grado de incapacidad entre moderado y severo (Barthel < 60) y un 88% presentan un índice de comorbilidad entre moderado y muy alto (Charlson > 3). El 92% reciben algún tipo de medicación (nº fármacos 3,8 (2,2)). El 65% presentaron complicaciones médicas (36% síndrome confusional, 24% insuficiencia respiratoria, 18% infección, 10% trastornos electrolíticos) y el 12% complicaciones quirúrgicas. Al alta podían caminar el 45%. Fallecieron durante el ingreso el 5,4%. Se observó un descenso progresivo en las consultas realizadas a servicios médicos diferentes de Medicina Interna, así como del nº de consultas urgentes durante el período de estudio.

**Discusión.** La carga de trabajo que supone la atención médica a enfermos con fractura de cadera es elevada. Se trata de pacientes ancianos, frecuentemente dependientes y con una elevada comorbilidad. La mayor parte presentan complicaciones médicas durante el ingreso que precisan seguimiento clínico.

**Conclusiones.** Los enfermos con fractura de cadera, son ancianos con un elevado riesgo de sufrir complicaciones durante su ingreso. El internista, en base a su visión integral del enfermo, debería ser el especialista médico de referencia de estos pacientes durante su estancia hospitalaria.

#### V-182 ENFERMEDAD CELÍACA EN EL ADULTO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. SERIE DE CASOS CLÍNICOS

**J. Escribano Stablé, V. Cánovas García, A. Mora Rufete, M. Piedecausa Selfa, M. Pérez Soto, O. Torregrosa Suau, N. Ahmad Sánchez y E. Chernyshova**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).*

**Objetivos.** Describir la presentación y evolución de los casos de enfermedad celiaca sin clínica digestiva predominante, diagnosticados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche de 2002 a 2008 tanto ingresados en la Unidad de Hospitalización como en Consulta Externa, seleccionando aquellos cuyo motivo de consulta no fuese sintomatología digestiva.

**Resultados.** En este período se diagnosticaron 5 pacientes de enfermedad celiaca con las características señaladas. Las edades comprendieron entre los 19 y 41 años. La presentación clínica fue anemia ferropénica en dos casos; cuadro constitucional en otros 2 casos e hipertransaminasemia en el caso restante. Uno de los casos presentaba previamente un síndrome poliglandular. Los Ac antitransglutaminasa IgA fueron positivos en cuatro casos y en otros dos se obtuvieron Ac. Antiendomiso positivos. Se realizó estudio genético en un caso, siendo positivo para HLA-DQ2. La biopsia duodenal se realizó en todos los pacientes, mostrando atrofia vellositaria e infiltración linfocitaria en cuatro pacientes y proliferación de células plasmáticas en otro. Se inició dieta sin gluten, observándose mejoría en clínica y serológica en todos los pacientes. En un caso se constató normalización histológica con la dieta.

**Discusión.** La prevalencia general de enfermedad celiaca es del 1%, aunque podría ser superior dada la heterogeneidad de los síntomas. La determinación de anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomi-

sio Ig A constituye el método de screening. El 95% de los casos tienen alelos HLA-DQ2 o DQ8 lo cual confiere a este estudio un alto valor predictivo negativo. Se debe realizar biopsia duodenal en los pacientes con clínica compatible y serologías positivas, en busca de alteraciones histológicas. El tratamiento es la dieta sin gluten, observándose mejoría de los síntomas en la mayoría de los casos

**Conclusiones.** La enfermedad celiaca es una patología infradiagnosticada en gran parte por la atipicidad en la presentación clínica hasta en un 50% de los casos, debiendo pensarse en ella como posibilidad diagnóstica en muchos de los síndromes que son valorados habitualmente por un internista.

#### V-183 REVISIÓN DE LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA EN EL HSPA

**R. Velasco Romero, L. Vicente Domínguez, N. Pacheco Gómez, P. Barquilla Cordero, M. Martín Martín, J. Luengo Álvarez, A. Costo Campoamor y E. Benítez-Cano Moreno**  
*Servicio Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.*

**Objetivos.** La pericarditis constrictiva (PC) surge como resultado del engrosamiento y pérdida de elasticidad del pericardio, impidiendo el llenado diastólico del corazón. Es generalmente una patología crónica secundaria a cambios inflamatorios crónicos y depósitos de calcio en el pericardio. El mayor número de casos es de causa desconocida. Se manifiesta mediante datos de insuficiencia cardíaca derecha y de bajo gasto, siendo el ecocardiograma y la evaluación hemodinámica las principales técnicas diagnósticas. El tratamiento quirúrgico es la primera opción terapéutica con un pronóstico favorable tras la misma. Nos planteamos como objetivo, analizar los casos de PC diagnosticados en el servicio de medicina interna del hospital San Pedro del Alcántara de Cáceres.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos mediante revisión de historias clínicas desde 1 de enero del 2005 hasta 31 diciembre de 2007.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 5 casos de los cuales todos (100%) fueron varones. La edad media fue de 63 años. En cuanto a la etiología, 3 de los casos (60%) fue idiopática, 1 (20%) fue urémica y otra (20%) tuberculosa. La disnea (100%) fue el principal síntoma seguido de la ascitis y los edemas (75%). En cuanto a los signos físicos que presentaban los pacientes, la ingurgitación yugular estaba presente en los cinco casos (100%) mientras que la respiración de Kussmaul no se objetivó en ninguno de ellos. El ecocardiograma fue la principal técnica diagnóstica y se realizó estudio hemodinámico en todos los pacientes (100%). En cuatro de los casos (80%), se realizó pericardiectomía y en tan solo uno de los casos se decidió tratamiento conservador. La mortalidad fue del 20% en el primer año tras en diagnóstico.

**Conclusiones.** La pericarditis constrictiva es una patología rara en la cual se piensa poco. La debemos plantear como diagnóstico diferencial en aquellos casos de insuficiencia cardíaca congestiva refractaria al tratamiento habitual. El diagnóstico es relativamente fácil y cuando se diagnostica a tiempo, el tratamiento quirúrgico es muy satisfactorio.

#### V-184 DERRAME PLEURAL: ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

**L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, A. Freire Romero<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup>, N. Mallo González<sup>1</sup> y P. Barros Alcalde<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.*

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes y la etiología del derrame pleural (DP) en una serie consecutiva de pacientes con esta afección.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los DP estudiados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital en un período de 3 años. Se recogieron los datos de laboratorio de las

muestras analizadas y se revisaron los informes al alta correspondientes. Los parámetros recogidos, en los casos en que se realizaron, fueron: pH, recuento celular, glucosa, proteínas, LDH, colesterol y triglicéridos, amilasa, marcadores tumorales, gram, cultivo, citología y biopsia. Para la clasificación en trasudado y exudado se utilizaron los criterios de Light. Para el análisis estadístico se empleó el paquete SPSS11.0.

**Resultados.** Se han analizado 58 pacientes ingresados con estudio de DP. El 56,9% (33) fueron varones y el 43,1% mujeres. La edad media fue de  $65,35 \pm 19,28$  años, sin encontrarse diferencias significativas por sexos. El 53,4% eran mayores de 65 años. 5 pacientes (8,5%) procedían de otros servicios. La duración de la estancia media fue de  $20,39 \pm 13,98$  días. El principal motivo de consulta por el que los pacientes acudieron a Urgencias fue la disnea en 19 casos (32,8%), seguido de dolor torácico en 10 (17,2%), empeoramiento del estado general en 10, fiebre en 7 (12,1%) y síntomas digestivos en 5 (8,6%). Antecedentes personales con posible implicación etiológica en los DP: Presentes en 91,4% de los casos. El más frecuente fue la cardiopatía en 16 (27,6%), seguido de enfermedad pulmonar crónica en 11 (18,9%), hepatopatía crónica en 10 (17,2%), neoplasia en 10 (17,2%), insuficiencia cardíaca (IC) en 4 (6,9%), insuficiencia renal crónica en 3 (5,2%), 2 casos con enfermedad digestiva y 2 con antecedente de RT, y casos aislados con TB, colagenosis, traumatismo reciente, TEP, fármacos inmunosupresores y VIH. Clínica: Los síntomas predominantes de los pacientes con DP fueron la disnea en un 53,4% (31), tos en el 41,4%, empeoramiento del estado general en 22 (37,9%), dolor torácico de características pleuríticas en 16 (27,6%), clínica gastro-intestinal en 12 (20,7%) y edemas en extremidades inferiores en 8 (13,9%). El signo principal fue la fiebre, presente en 21 pacientes (36,2%). Clasificación del DP: 41 de los DP analizados fueron exudados (70,7%) y 17 trasudados. Etiología: La causa principal fue la infecciosa (21 casos, 36,2%) con un empiema, neoplasias (22,4%), IC (13,8%), TB (en 7) y cirrosis hepática (en 3). En 3 de los casos no se llegó a filiar la causa durante la hospitalización. El resto de las muestras correspondían a casos aislados por traumatismo, TEP y eosinófilo. En el grupo de los exudados, 11 eran paraneumónicos, 11 neoplásicos y 7 por TB. En los trasudados la etiología más frecuente fue la IC (6) y la cirrosis hepática (3). Cultivo y citología: En el grupo de DP de causa infecciosa (28), el cultivo fue negativo en 26 (92,6%). La citología fue negativa en 10 de los 12 DP neoplásicos. Complicaciones: En 6 casos (10,3%) fue necesario drenaje y en 1 DP paraneumónico complicado se realizó pleurodesis. Mortalidad: 7 casos (12,1%).

**Discusión.** El estudio del DP precisa la realización de distintas pruebas, de laboratorio y de imagen, siendo la toracocentesis una de las de mayor rentabilidad y rapidez diagnóstica. La simple diferenciación entre trasudado y exudado orienta hacia una serie de causas más frecuentes, dirigiendo el proceso diagnóstico a seguir. A pesar de que en nuestra serie, la etiología más frecuente fue la infecciosa, probablemente en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, la principal sea la IC. Por otra parte, destacar la importancia del DP tuberculoso, dada la elevada incidencia de TB en nuestra región.

**Conclusiones.** En Medicina Interna, no se realiza toracocentesis de forma sistemática a todos los pacientes con DP. Por ello, en nuestra serie el tipo de DP más frecuente es el exudado y la etiología principal es la infecciosa. Por otra parte, hemos observado una baja rentabilidad diagnóstica en el cultivo y citología de DP, no así en la biopsia pleural.

#### V-185 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE EN PACIENTES CON EPOC

X. Pena, M. Ventura, C. Alemán, J. Recio, J. Suriñach, A. Segura, J. Alegre y T. Fernández de Sevilla  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** La primera causa de mortalidad en pacientes con EPOC es la patología cardiovascular, sin embargo la evidencia científica del pronóstico de estos pacientes al asociar fármacos betabloqueantes (BB) al tratamiento es escasa. Es por lo tanto necesario realizar nuevos estudios para caracterizar la relación existente. 1. Definir las

características de los pacientes afectos de EPOC, ingresados en un servicio de Medicina Interna por insuficiencia respiratoria. - 2. Determinar las diferencias entre los grupos de pacientes que reciben o no tratamiento BB previo y durante el ingreso.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de un conjunto de pacientes con EPOC, ingresados en Medicina Interna por insuficiencia respiratoria. Se distribuyeron por grupos según el tratamiento BB previo y durante el ingreso, analizando según los subgrupos datos demográficos, de comorbilidad, valores gasométricos, espirométricos y ecocardiográficos, ingresos previos y posteriores, tratamientos concomitantes durante el ingreso, estancia media, necesidad de ingreso en UCI y mortalidad de los pacientes. Se realizó análisis descriptivo, expresándose los resultados en porcentajes (número absoluto) o media  $\pm$  desviación típica. Para el análisis de grupos se utilizó, para las variables dicotómicas  $\chi^2$  (Fisher cuando era necesario), y para las continuas se empleó ANOVA, expresándose los resultados con el estadístico correspondiente, con significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 208 pacientes desde Mayo de 2007 hasta Mayo de 2008 (65% hombres, 35% mujeres; edad  $73,58 \pm 11,11$  años). El índice de Charlson fue  $3,38 \pm 2,2$ . El 13% (27) realizaban tratamiento BB previo al ingreso, y el 11% (23) mantuvieron el tratamiento BB durante su ingreso. El índice de reingresos en 3 meses fue de 25,5%, y la mortalidad durante el ingreso fue de 8,2%. Al realizar el análisis por grupos, respecto a los pacientes que realizaban tratamiento BB previo al ingreso, se objetivó que éstos presentaban un índice de Charlson mayor (4,2 vs 3,2,  $p = 0,03$ ), mayor porcentaje de cardiopatía isquémica ( $p < 0,001$ ), insuficiencia cardíaca ( $p = 0,021$ ), vasculopatía periférica ( $p = 0,042$ ), más insuficiencia renal ( $p = 0,007$ ) y menos neoplasias ( $p = 0,018$ ), sin diferencias en otros parámetros. Cuando se analizaron los pacientes que mantuvieron el tratamiento BB y los que no lo recibían, se evidenció que éstos presentaban más hipertensión ( $p = 0,012$ ), cardiopatía isquémica ( $p < 0,001$ ), vasculopatía periférica ( $p = 0,012$ ), menos neoplasias ( $p = 0,05$ ), y se observó una mayor estancia media (11 vs. 9 días (mediana),  $p = 0,048$ ), mientras que no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en edad, tabaquismo, Charlson, VEMS, ingresos previos por insuficiencia respiratoria, reingresos a los 3 meses ni mortalidad.

**Discusión.** Durante años se ha incluido a la EPOC como contraindicación, inicialmente absoluta y posteriormente relativa, para prescribir tratamiento BB. La evidencia en los últimos meses ha puesto de manifiesto que estos fármacos podrían ser seguros en esta patología bajo indicaciones concretas. Así, otros grupos han observado un descenso significativo de la mortalidad, y en nuestros pacientes a pesar de no adquirir poder estadístico, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en aquellos que mantienen el tratamiento BB. Es probable que en un futuro próximo la supuesta contraindicación acabe por desmitificarse.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes afectos de EPOC en tratamiento con BB tienen mayor comorbilidad a expensas de patología cardiovascular. 2. Los pacientes que realizan tratamiento con BB tienen el mismo índice de reingresos y la misma mortalidad, existiendo incluso cierta tendencia a disminuir en consonancia con observaciones de otros estudios. 3. Existe una tendencia al aumento de los días de ingreso, probablemente por una mayor comorbilidad. 4. Son necesarios más estudios para definir la seguridad e implicaciones del tratamiento BB en estos pacientes.

#### V-186 HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO CON INSULINA

B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>1</sup>, J. García Quirós<sup>2</sup>, C. Morales Portillo<sup>2</sup>, A. Valiente Méndez<sup>1</sup>, P. Retamar Gentil<sup>1</sup>, J. Reveriego Blanes<sup>1</sup>, M. Rey Rodríguez<sup>1</sup> y M. Aguayo Canela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de la insulización de pacientes diabéticos en un dispositivo asistencial sin ingreso hospitalario, el hospital de día de diabetes (HDD), un área funcional atendida por un facultativo y un enfermero entrenados en la atención y

Tabla 1. Resultados (V-186).

Tipología (N = 165)	edad (años)	HbA1c previo	HbA1c 3er mes	Insulina (UI/KG)	hipoglucemias por semana	cambio en el peso
DEBUT DM1	29.9	11.1(SD2.4)	6.9 (SD1.6)	0.67	1.0	+3.54
DEBUT DM2	59.9	12.2 (SD1.6)	6.6 (SD1.2)	0.40	0	+2.73
DM2 NO CONTROLADA	66.2	10.5 (SD1.5)	7.5 (SD 1.5)	0.53	0.2	+1.5
DIABETES Y EMBARAZO	33.0	5.5 (SD0.7)	5.2 (SD 0.5)	0.23	0	NE
DIABETES SECUNDARIA	63.6	8.7 (SD1.7)	7.6 (SD 2.2)	0.38	1	O

educación del diabético, en horario de 8 a 15 horas en días laborales, con una agenda de citas de gestión propia y donde pueden aplicarse tratamientos, extraerse analíticas o adiestrar a los pacientes en el manejo y control de su enfermedad.

**Material y métodos.** Se analizan todos los pacientes incluidos en un programa estructurado de insulinización a lo largo del año 2007 (N = 165). A todos ellos se les realiza una valoración básica con inicio de una pauta insulínica que se optimiza en las siguientes revisiones impartiendo educación diabetológica desde el comienzo. Tipo de estudio: serie de casos. Variables: demográficas, procedencia, motivo de insulinización, nivel de HbA1c (previa y a los 3 meses), requerimientos medios diarios de insulina, cambio ponderal, número de hipoglucemias referidas, número de revisiones hasta el alta y número de sesiones de educación. Estadística: descriptiva.

**Resultados.** Se analizaron todos los pacientes incluidos en un programa de insulinización a lo largo del 2007 (N = 165) Se seleccionaron una serie de variables: edad, HbA1c previo, HbA1c al tercer mes, hipoglucemias por semana, número de revisiones por paciente y se recogieron en cada uno de los grupos de pacientes: Debut DM1, Debut DM2, DM no controlada, diabetes y embarazo, diabetes secundaria. Y se objetivó cómo la hemoglobina glicosilada había disminuido al tercer mes de estar controlado por el hospital de día de diabetes. En la tabla adjunta se pueden comprobar los resultados.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el hospital de día de diabetes es un dispositivo asistencial alternativo a la hospitalización convencional que resulta eficaz y seguro para la insulinización de los pacientes diabéticos que requieren comenzar con este tratamiento, al proporcionar un área funcional cercana al paciente y su familia, con posibilidad para educación diabetológica y revisiones flexibles para el seguimiento clínico y titulación de dosis.

### V-187 EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

**R. Puerta Louro, F. Fernández Fernández, L. González Vázquez, D. Cid Gómez, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Riva, M. Páramo de Vega y J. De la Fuente Aguado**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El síndrome de abstinencia alcohólica es un diagnóstico con una presencia constante en los pacientes ingresados en nuestros hospitales, describiéndose en Galicia un mayor consumo y bebedores de grandes cantidades. El objetivo de este estudio es analizar la epidemiología, frecuencia y otras características de los pacientes ingresados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo de los ingresos hospitalarios entre cuyos diagnósticos se incluía Abstinencia de Alcohol (AA) o Delirio por Abstinencia de Alcohol (DAA) desde 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2006.

**Resultados.** Identificamos 240 casos, 129 AA y 111 DAA, con una edad media de 54 años, 80% varones, 21 casos/año (13-28), representando una frecuencia de 16 casos por cada 100.000 habitantes/año. Es diagnóstico principal en el 32,5% de los casos, suponiendo un 25% de AA y 42% cuando el diagnóstico es DAA.

**Discusión.** La frecuencia en Galicia del síndrome de abstinencia es diferente según las regiones. Nuestra población de referencia con un 50% de ámbito urbano, presenta frecuencias de síndrome de abstinencia menores que otras zonas de Galicia y de otras comunidades.

**Conclusiones.** El síndrome de abstinencia alcohólica es un diagnóstico poco frecuente entre los ingresos en nuestro hospital.

### V-188 ¿ES EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE MOTIVO DE INGRESO EN MEDICINA INTERNA?

**E. Fernández Pérez, V. Linde Menéndez, I. Muinelo Voces, A. Peral Casado, M. Liñán Alonso, M. Vázquez del Campo, F. Nistal de Paz y S. Aguilar**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

**Objetivos.** 1. Analizar las características de los pacientes ingresados por alteración de la coagulación tratados con acenocumarol. 2. Relacionar el nivel de INR con la posibilidad de sangrado.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna procedentes del Servicio de Urgencias a causa de alteraciones en la coagulación entre junio 2006 y junio 2007. Se incluyeron un total de 94 pacientes. Los ítems planteados para cada paciente fueron referidos a la edad, sexo, presión arterial, valor de INR en Urgencias, motivo de su anticoagulación, comorbilidad asociada, fármacos añadidos en último mes, sangrados activos en Urgencias, localización y tratamiento administrado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Las variables cuantitativas se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar, y las variables cualitativas como porcentajes. En el segundo objetivo se utilizó la prueba no paramétrica "U de Mann-Whitney".

**Resultados.** De los 94 pacientes incluidos (n = 94), el 52.13% fueron mujeres. La media de edad fue de 77,26 (intervalo 55-94), siendo el 84% mayores de 70 años. La cifra media del INR fue de 7.6 (rango 1.22 a 38.50). En cuanto a las indicaciones clínicas de anticoagulación destacaron: 68 casos fibrilación auricular (72.3%), prótesis valvular metálica en 10 (10.63%) y 7 en enfermedad tromboembólica (7.45%). Las patologías asociadas encontradas se distribuyeron en: 42.55% HTA, 14.9% DM, 12.76% insuficiencia cardíaca, 12.76% EPOC, 11.70% neoplasias, 10.63% ictus, 9.57% insuficiencia renal y 4.25% hepatopatía. El resto de patologías se repartieron en distintos procesos. El antibiótico fue añadido en el último mes en el 14.89% de los casos, AINES en el 8,5% y corticoides en el 3.19% de los casos. En el ingreso presentaron sangrado activo el 53.19%, localización digestiva (14.89%), cerebral (14.89%), respiratoria (9.57%), músculo-articular (5.32%), urinaria (4.25%) y epistaxis (4.25%). En cuanto al tratamiento, la vitamina K fue elegida en el 82% de los casos, los concentrados de hemáties en el 32% y el plasma fresco así como el complejo protrombínico en el 10% de los casos respectivamente. El tratamiento quirúrgico fue necesario sólo en hemorragias cerebrales (8%). La media de estancias fue de 8.67 días, el destino al alta se distribuyó: domicilio (75.53%), derivación a Centro de crónicos (6.38%) y exitus el 17.02% (31.25% cerebral, 18.75% digestiva y 12,5% respiratoria). En cuanto a la relación entre el nivel de INR y sufrir o no una hemorragia, se objetivó una U = 958,500 con una significación estadística p = 0.405, no apreciándose diferencias entre el nivel de INR y la existencia o no de hemorragias.

**Discusión.** El tratamiento con anticoagulantes orales (A. C. O.) es cada vez más frecuente en nuestra población. La mayor utilización de acenocumarol en el anciano por la elevada prevalencia de fibrilación auricular junto con otras indicaciones, hace que las alteraciones en la anticoagulación sean un motivo frecuente de ingreso en los Servicios de Medicina Interna. El principal efecto adverso de dicha



terapia es el riesgo de hemorragia, que obliga a controles periódicos para ajustar la dosis debido a su estrecho margen terapéutico. Dadas las características de nuestra muestra fue necesaria para el análisis de la relación de los niveles de INR y hemorragia, la utilización de Pruebas no paramétricas como la "Prueba U de Mann-Whitney" dado que no se cumplía la hipótesis de normalidad, al existir valores extremos en ambas colas.

**Conclusiones.** La principal indicación de anticoagulación es la fibrilación auricular. La patología asociada más frecuente es la hipertensión arterial, congruente con la edad avanzada de nuestra muestra. - Aunque el uso de medicación concomitante (AINES y antibióticos) aparece en cerca de un 25%, no es la causa fundamental del exceso de anticoagulación. El sangrado activo es superior al 50% y las localizaciones más frecuentes son la digestiva y la cerebral, siendo ésta la principal causa de muerte. No se aprecian diferencias significativas entre el nivel de INR y la existencia o no de hemorragia.

**V-189**  
**FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE DELIRIUM TREMENS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA**

**F. Paz Fuentes, M. Peña Zemsch, M. Bal Alvaredo, R. Rabuñal Rey y R. Monte Secades**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** La expresión clínica del síndrome de abstinencia alcohólica es variable, y no se conocen bien los factores que determinan estas diferencias. Sería útil disponer de herramientas clínicas que pudieran predecir la evolución de estos enfermos hacia las formas más graves. En este estudio analizamos las variables clínicas asociadas al desarrollo de delirium tremens en enfermos ingresados con síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes de enfermos ingresados con síndrome de abstinencia alcohólica desde 1987 a 2003 en el Hospital Xeral de Lugo. Se compararon las características de los casos de síndrome de abstinencia alcohólica que no desarrollaron delirium tremens con los que sí lo hicieron, excluyendo para el análisis aquellos casos que presentaban delirium tremens en el momento del diagnóstico. Se registraron diferentes variables clínicas, epidemiológicas y analíticas relativas al hábito alcohólico, estado de salud basal y forma de presentación de la abstinencia. Se utilizó el test  $\chi^2$  para evaluar las diferencias entre dos variables cualitativas. El test T de Student se usó, previa evaluación de la homocedasticidad, para comparar dos variables cuantitativas. Para conocer, de manera univariante, el riesgo de evolucionar de síndrome menor a mayor de abstinencia alcohólica se utilizó el riesgo relativo con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para el análisis multivariante se usó un modelo de regresión logística. Se requirió una significación del 5% en el análisis univariante para la inclusión de variables, si bien se decidió incluir en

el modelo máximo aquellas no significativas, aunque clínicamente relevantes, que pudiesen influir en el resultado final.

**Resultados.** Se compararon los datos de de 156 episodios con síndrome de abstinencia alcohólica que no evolucionaron a delirium tremens con 147 casos que sí lo hicieron. No hubo diferencias en cuanto al sexo, edad, ni motivo de ingreso. Los pacientes con delirium presentaban mayor ingesta diaria de alcohol ( $p = 0,03$ ). La presencia de esteatosis o cirrosis no se asoció de forma significativa a la evolución a delirium tremens, como tampoco lo hizo la gravedad de la hepatopatía (clasificación de CHILd, índice de Mendenhall). No se encontraron diferencias analíticas significativas entre ambos grupos. Se identificaron 3 variables clínicas independientes asociadas al riesgo de desarrollo de delirium en el modelo multivariante de regresión logística: número de crisis comiciales [1 o 2: OR 2,2 (CI 95% 1,2-3,8),  $p = 0,005$ ; 3 o más: OR 2,6 (CI 95% 1,04-6,8),  $p = 0,04$ ]; tensión arterial sistólica en el momento del diagnóstico  $> 150$  mmHg [OR 1,9 (CI 95% 1,1-3,8),  $p = 0,03$ ] y temperatura axilar en el momento del diagnóstico  $> 38$  °C [OR 1,9 (CI 95% 1,05-3,5),  $p = 0,01$ ]. El análisis mediante curva ROC mostró un área bajo la curva de 0,679.

**Discusión.** Las variables identificadas como asociadas al riesgo de aparición de delirium tremens son todas ellas son variables clínicas relativas a la forma de presentación de la abstinencia. Esto refuerza la idea de que la historia natural del síndrome de privación alcohólica, al menos en lo que se refiere a su evolución a sus formas más graves, no está determinada por las características basales de los enfermos, como el sexo, edad, patología de base, alteraciones analíticas, etc. Sin embargo, la capacidad predictiva de nuestro modelo es mala (área bajo la curva 0,679), lo que indica que no estamos cerca de predecir con seguridad el desarrollo de delirium en estos enfermos.

**Conclusiones.** Tres hallazgos clínicos (convulsiones, temperatura y TA sistólica), fácilmente constatables en la valoración inicial del enfermo con síndrome de abstinencia alcohólica, pueden ayudarnos a identificar qué pacientes desarrollarán delirium tremens. Su adecuada ponderación en la valoración de estos enfermos puede mejorar su atención clínica y ayudar en las decisiones terapéuticas y de vigilancia a adoptar. Si embargo, su capacidad predictiva es baja.

**V-190**  
**CARCINOMA CORTICOSUPRARRENAL. REVISIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE UNA SERIE HISTÓRICA DE 15 PACIENTES**

**E. González García<sup>1</sup>, A. Coto López<sup>1</sup>, C. Fernández Miranda<sup>1</sup>, A. Igarzábal<sup>1</sup> y F. Idrovo Mora<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Revisar las historias clínicas del total de pacientes diagnosticados de carcinoma corticosuprarrenal en nuestro hospital entre

Tabla 1. Características clínicas (V-190).

	Edad/H:M	Cushing	Virilización	Dolor abdominal/lumbar	Masa abdominal	Incidentaloma
Serie H.12 O	47.5/9:6	4 (26.6%)	2 (13.3%)	8 (53.3%)	2 (13.3%)	5 (33.3%)
Serie 1	45.6/10:42	25 (48%)	2 (4%)	8 (16%)	1 (2%)	No consta
Serie 2	60.8/3:2	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0

Tabla 2. Métodos diagnósticos solicitados. Estadio en el momento del diagnóstico y supervivencia a los 24 meses (V-190).

	Cortisol orina 24 h	Nugent	DHEAS Testosterona	Estudio CA	TAC	Estadio	Supervivencia 24 m
Serie H.12 O	80%	40%	60%	73,3%	93,3%	I 0% II 73,3% III 6,6% IV 20%	46,6%
Serie 1	100%	100%	100%	No consta	75%	I 16% II 16% III 29% IV 38%	No consta
Serie 2	60%	80%	40%	20%	100%	II 100%	40%

los años 1974 y 2008, con especial interés en la presentación clínica, datos de laboratorio más relevantes, actitud diagnóstica y comparación con otras series de casos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de una serie de 15 pacientes mediante recopilación de datos clínicos, analíticos, diagnósticos, anatómo-patológicos, referentes al tratamiento y supervivencia, y comparación simple de datos con los pacientes de otras series diagnosticados de carcinoma corticosuprarrenal.

**Resultados.** Se describen las características epidemiológicas, clínicas, así como los estudios hormonales y de imagen realizados, estado en el momento del diagnóstico y su relación con el pronóstico de los 15 pacientes revisados, en comparación con los pacientes de otras series. Ver tablas 1 y 2. El diámetro máximo medio tumoral fue de 15 cm, y en 6 casos se realizó inmunohistoquímica.

**Discusión.** Al contrario que en otras series donde el Síndrome de Cushing, con o sin virilización, es la forma de presentación clínica más frecuente, en nuestra serie fueron síntomas relacionados con el crecimiento de tumor no funcionante. Un estudio hormonal para descartar hipercortisolemia y feocromocitoma se realizó a casi la totalidad de los pacientes y la prueba diagnóstica de elección fue la TAC, como se describe en las otras series.

**Conclusiones.** El carcinoma corticosuprarrenal es una entidad clínica muy poco frecuente cuyo diagnóstico requiere un alto grado de sospecha especialmente en aquellos casos donde no existe hipersecreción hormonal. El método diagnóstico y de extensión incluye una prueba de imagen, preferentemente TAC, y el estudio histopatológico y hormonal deben realizarse lo más precozmente posible de cara a intentar un tratamiento quirúrgico, que parece relacionarse con una mayor supervivencia.

#### V-191 ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE INTOXICACIÓN DIGITALICA

**M. Lobo Pascua, V. Bejarano Moguel, J. Vázquez Labrador, R. Morales Gómez, L. Morillo Blanco, O. González Casas, D. Magro Ledesma y J. Arrebola García**  
Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Motivo de prescripción de Digoxina y factores asociados a la intoxicación digitalica.

**Material y métodos.** Informes clínicos de alta en paciente ingresados en el periodo comprendido entre 2002-2007 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina de Badajoz; los datos han sido analizados con el programa estadístico "spss" a través de un estudio descriptivo.

**Resultados.** Se estudian 39 pacientes con una edad media de 78,45 años con predominio de mujeres (79%), de los cuales un 56% presentaba insuficiencia cardíaca, como primera causa de ingreso, seguido de un 28% por patología respiratoria y sólo un 14,3% por intoxicación digitalica como diagnóstico principal. Un 23,8% casos ingresó por otros motivos diversos diferentes a los anteriores. Un 67,9% de los pacientes recibían tratamiento previo con Digoxina. - Entre los antecedentes personales más prevalentes que destacan en los pacientes estudiados son: HTA con un 78,6%, patología cardíaca valvular en un 46,4% de los casos, Diabetes Mellitas en un 39,3% y patología respiratoria en un 22%. El motivo fundamental de la prescripción de la misma fue: en un 92% de los casos por FA, en un 57,1% por Insuficiencia cardíaca y en un 47,6% por ambos motivos. Los síntomas más frecuentes encontrados en un 91% de los casos, se describen con cifras de Digoxina mayor de 4 ng/dl siendo los más frecuentes gastrointestinales (náuseas-vómitos en un 41,6%); las alteraciones electrocardiográficas son poco frecuentes, entre todas ellas destaca los bloqueos aurículo-ventriculares en un 14,3%, siendo irrelevantes las alteraciones neurológicas/visuales. En un 69% no hay sintomatología alguna. Alteraciones analíticas reseñables: En un 27,4% de los casos existía una presión parcial de oxígeno menor 60 mmHg por gasometría, 26,3% presentaban hipocalcemia, 32% niveles de potasio menor a 4,4 mmol/l, 39,4% sodio menor de 140 mmol/l, 68,8% creatinina mayor a 1,2 mg/dl, 27,6% urea mayor de 100 mg/dl, 52,8% urea mayor de 40 mg/dl. El 76% de los pacientes recibieron tratamiento al alta: 43% con disminución dosis de Digoxina; 23,8% Betabloqueantes y un 19% mantuvieron la misma dosis.

**Discusión.** Según nuestro estudio observamos mayor prevalencia de mujeres en tratamiento con Digoxina por patología cardíaca, detectándose en los controles analíticos realizados de manera rutinaria digoxinemia superior a los límites pre-establecidos, sin repercusión clínica acompañante en la mayoría de los casos.

**Conclusiones.** Podemos concluir según los resultados obtenidos: Digoxina es un fármaco muy utilizado en el control de la frecuencia cardíaca en ancianos. Valores superiores a límite establecido como normal no se acompaña, en general de repercusión clínica y/o analítica, no existiendo por tanto una buena correlación entre los mismos. Los síntomas gastro-intestinales son los más descritos con niveles dos veces por encima del rango normal. La insuficiencia renal favorece intoxicación por Digital.

#### V-192 ¿QUÉ IMPLICA UN BRIHH EN UN PACIENTE SIN CARDIOPATÍA PREVIA CONOCIDA?

**J. Martínez Senmartí<sup>1</sup>, L. Castro Vélez<sup>1</sup>, C. Castellà Valdepérez<sup>2</sup>, I. Lechuga Durán<sup>3</sup>, E. Rodado Alabau<sup>1</sup> y M. Cardona Ribera<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona). <sup>2</sup>Servicio de Geriatria. Hospital de la Santa Creu. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Conocer las implicaciones diagnósticas y pronósticas del hallazgo de un bloqueo de rama izquierda (BRI) en un paciente sin cardiopatía previa conocida.

**Material y métodos.** Registro observacional prospectivo de los pacientes con BRI diagnosticado entre marzo de 1998 y julio de 2006 en el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Se realiza seguimiento posterior en Consultas Externas de Cardiología del mismo centro. Presentamos aquí los resultados de un estudio piloto que analiza los datos correspondientes a 50 de estos pacientes elegidos al azar.

**Resultados.** De un total de 50 pacientes con BRI se excluyeron 31 por presentar BRI previo y/o cardiopatía conocida. La edad media de los 19 pacientes analizados era 65 ± 13 años; 8 eran mujeres; 14 no habían presentado sintomatología previa al diagnóstico, y 11 eran hipertensos. El diagnóstico tras una evaluación inicial fue de BRI aislado en 11 pacientes, miocardiopatía dilatada (MD) en 4 y miocardiopatía hipertrófica (MH) en el resto. Tras un seguimiento medio de 4,8 años, se observa que 11 (58%) presentan cardiopatía y 8 (42%) se mantienen con BRI aislado. En este periodo, 6 de estos pacientes presentaban una fracción de eyección (FE) inferior al 50%. Se realizó coronariografía en 4 casos; en uno se hallaron lesiones significativas. De 4 gammagrafías realizadas 2 fueron positivas para isquemia. Al final de este periodo habían muerto 4 pacientes (2 de causa no cardiovascular y 2 de causa cardiovascular); además, en 3 pacientes se implantó un marcapasos. 6 pacientes no desarrollaron síntomas ni datos de cardiopatía durante el seguimiento. No se encontró relación entre el pronóstico del paciente y las variables analizadas.

**Conclusiones.** El BRI es un marcador de cardiopatía en un porcentaje importante de pacientes; no obstante, un tercio de los pacientes no desarrollan cardiopatía ni clínica durante el seguimiento. No encontramos relación entre la presencia de cardiopatía orgánica asociada al BRI y el pronóstico del paciente. Esto podría ser debido al pequeño tamaño muestral.

#### V-193 ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA-SEVERA EN NUESTRO MEDIO

**C. Fernández del Prado<sup>1</sup>, J. Gimeno Garza<sup>1</sup>, E. Castilla Cabanes<sup>1</sup>, B. Simó Sánchez<sup>1</sup>, M. Herrero Torrens<sup>2</sup>, V. Garcés Horna<sup>2</sup>, I. Lacambra Blasco<sup>1</sup> y M. González Carretero<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar la etiología en pacientes con IM moderada y severa, y sus características epidemiológicas básicas en nuestro medio en el momento actual.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 345 ecocardiogramas de pacientes con IM moderada y severa desde enero 2007 hasta abril 2008, excluyendo los portadores de prótesis mitral. Se recogen datos epidemiológicos y se analiza la etiología de la IM, clasificándola según las guías de 2007 sobre manejo de valvulopatías de la Sociedad Europea de Cardiología. Se procesan los datos con SPSS 12.0.

**Resultados.** El 50,4% fueron hombres, 49,6% mujeres. Edad: 70,4 ± 13 años, siendo la mayor en la causa degenerativa (76,3 ± 8). Etiología: 69% orgánicas (33,5% degenerativas, 22,5% reumáticas, 11% mixoides, 1% postvalvuloplastia, 0,5% endocarditis, 0,5% congénitas); 9% isquémicas; 6% funcionales, 2% agudas, y 14% causa indeterminada o multifactorial. Se observó mayor frecuencia de mujeres en la causa reumática (78% frente a 22%) y de hombres en la isquémica (72% y 28%), funcional (80% y 20%), mixoide (72% y 28%) y aguda (86% y 14%); fue similar en cuanto al sexo en la degenerativa. Diámetro AI: 49 ± 9 mm, siendo mayor en la reumática (52 ± 10).

**Discusión.** Es importante determinar la etiología y mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia mitral (IM). Se ha observado en los países desarrollados un cambio en las causas que la originan debido al envejecimiento poblacional y otras circunstancias. Pretendemos analizar la etiología de la insuficiencia mitral en nuestro medio actualmente, así como las características epidemiológicas de dichos pacientes. Los resultados obtenidos se compararon con los de otros estudios similares realizados y se analizó la existencia de diferencias.

**Conclusiones.** La etiología más frecuente fue la degenerativa seguida de la reumática, al igual que en estudios mayores europeos. Como cabe esperar, la edad media fue mayor en los pacientes con IM de causa degenerativa; el tamaño de la AI fue mayor en la causa reumática; y las etiologías isquémica, funcional y aguda fue más frecuente en hombres.

#### V-194

##### ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

**H. López Ágreda, A. Pazos Ferro, A. Mateos Colino, R. Rabuñal Rey y R. Monte Secades**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.*

**Objetivos.** Pocas veces se ha realizado un análisis específico de mortalidad y de sus causas en el síndrome de abstinencia alcohólica. En muchas ocasiones los diferentes estudios no hacen referencia a los motivos de fallecimiento y los datos procedentes de autopsias son escasos. No está claro cuál es el papel de la privación alcohólica "per se" en las muertes. En este estudio valoramos las causas de fallecimiento en una cohorte amplia de enfermos ingresados con síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general.

**Material y métodos.** Se analizaron las historias clínicas de todos los enfermos ingresados en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo entre 1987 y 2003. Tras la revisión exhaustiva de todos los registros hospitalarios se estudiaron todos los fallecimientos y la fecha de los mismos, acaecidos tanto en planta de hospitalización como en la UCI. Se calculó la tasa de mortalidad para toda la serie atendiendo al número total de enfermos. Para establecer la misma se tuvieron en cuenta los siguientes datos: la valoración al respecto del médico responsable del enfermo en sus notas clínicas o en el informe de exitus; los resultados de la necropsia cuando estuvo disponible; toda la información clínica y pruebas complementarias consideradas pertinentes para establecer la causa de muerte. Cuando la información analizada fue considerada no fiable, se calificó como de causa desconocida.

**Resultados.** Estudiamos 539 episodios de ingreso hospitalario por síndrome de privación alcohólica en 436 pacientes. La edad media fue de 45 años (DS 12), con rango entre 20 y 75 años; 492 eran hombres (91,3%). La abstinencia fue el motivo de ingreso en 336 casos (62,3%). Considerando el final del ingreso hospitalario se contabilizaron 383 casos de síndrome mayor de privación alcohólica (71,1%). Fallecieron un total de 29 pacientes; tasa de mortalidad 6,6% (IC 95% 4,2-9,1). Todos los éxitos menos 1 presentaban síndrome mayor de privación alcohólica. El 89,6% (26 casos) eran hombres, y la edad media fue 45,4 años (12,5). El 44,8% (13 casos),

habían ingresado por abstinencia y el resto por motivos diferentes. Dieciocho enfermos (62%) fallecieron tras ser ingresados en UCI (17 durante su estancia en dicha unidad) y el resto en planta de hospitalización. La totalidad de los fallecidos en UCI fueron conectados a ventilación mecánica. La causa más frecuente de exitus intraUCI fue la neumonía (9 casos), seguida de descompensación de cirrosis (4 casos) y shock cardiogénico (3 casos). En planta de hospitalización, las causas más frecuentes fueron: causa no aclarada (4 casos), descompensación de cirrosis (2 casos) y parada respiratoria por sedación (2 casos).

**Discusión.** Los fallecimientos en el síndrome de abstinencia alcohólica, se concentran en los pacientes que sufren delirium tremens, especialmente en aquellos que son trasladados a la UCI y conectados a ventilación mecánica, y que presentan comorbilidad añadida. En estos casos el síndrome de abstinencia actuaría de "gatillo", llevando al fallecimiento del enfermo después de la resolución de las manifestaciones clínicas iniciales. Las causas más frecuentes de muerte son las infecciosas y la descompensación de patología subyacente.

**Conclusiones.** La mortalidad en el síndrome de abstinencia alcohólica está ligada más a complicaciones intrahospitalarias, frecuentemente condicionadas por la actitud y el tratamiento empleados, que a factores intrínsecos de la privación. Es aconsejable adoptar planes de vigilancia y atención que minimicen estos riesgos, especialmente en lo que se refiere a la utilización de ventilación mecánica.

#### V-195

##### ESTUDIO DE HEMORRAGIAS CEREBRALES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**R. Morales Gómez, L. Morillo Blanco, M. Lobo Pascua, V. Bejarano Moguel, M. Martín Sánchez, O. González Casas, D. Magro Ledesma y J. Arrebola García**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, etiológicas y pronósticas de las hemorragias cerebrales.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de 69 pacientes con hemorragia cerebral, incluidos en la base de datos de los informes médicos de nuestro servicio, desde Febrero de 2002 hasta Junio de 2008. Se excluyen las hemorragias de causa traumática. Para el análisis de los datos utilizamos el programa estadístico SPSS versión 13.0.

**Resultados.** Se incluyeron 69 pacientes, 53,6% varones y 46,4% mujeres, con una edad media de 75,27 años ± 14,38 (37-96) y estancia media de 13,70 días ± 12,71 (0-69). Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (63,8%), DM (27,5%), FA (20,3%), infarto cerebral previo (15,9%) y cardiopatía isquémica (15,9%). Del total de pacientes, un 20,3% eran o habían sido fumadores y un 10,1% eran consumidores de alcohol. En cuanto al tratamiento que realizaban, un 14,5% tomaba ACO y un 24,6% antiagregantes. La forma de presentación más habitual fue la disminución de conciencia (63,8%), seguida por déficit motor (52,2%) y afasia/disartria (42%). Las alteraciones metabólicas eran poco frecuentes en nuestros pacientes, no obstante la glucemia media estaba elevada (165,39), pese a que el porcentaje de diabéticos en nuestro estudio era sólo de 27,5%. La alteración electrocardiográfica más frecuente fue la FA en el 21,7% de los casos, seguida del bloqueo de rama en un 11,6% de los pacientes. Del total de casos, 71% se correspondieron con hemorragias intraparenquimatosas, y dentro de éstas, las localizaciones más frecuentes fueron cápsula interna y ganglios basales (20,3%), tálamo (10,1%), topografía múltiple (10,1%), y frontal y cerebelo (8,7% en cada caso). El 29% restante se debieron a HSAE (17,4%) y hemorragias subdurales (14,5%). En la práctica totalidad de los casos se realizó TAC craneal y RM cerebral sólo en el 15,9%. En cuanto a las complicaciones, las más frecuentes fueron las infecciones (26,1%), seguidas de insuficiencia respiratoria (17,4%). La mortalidad fue de un 34,8%, de los fallecidos un 66,7% eran hipertensos y recibían anticoagulación oral un 20,8%. Un dato significativo fue que la estancia media en los casos de muerte era la mitad de la de los no fallecidos (8,33% frente a 16,76%). El tratamiento recibido fue médico en el 85,5% de los casos. Se llegó al diagnóstico etiológico en un 72,5% de los casos, siendo la HTA la causa más frecuentemente implicada (59,4%).



*Discusión.* En nuestro estudio, la causa fue desconocida en un 27,5% de los casos. La historia clínica, la exploración física y las pruebas de imagen son fundamentales en el diagnóstico etiológico de las hemorragias cerebrales, así como de su localización, siendo el TAC de cráneo, la herramienta más útil en la práctica clínica.

*Conclusiones.* La HTA constituye la causa fundamental de las hemorragias cerebrales, siendo las intraparenquimatosas las más frecuentes, y dentro de las mismas, las localizadas en cápsula interna, ganglios basales y tálamo. Nuestro estudio es similar a los publicados en la literatura.

#### V-196

#### INTERÉS Y UTILIDAD DE LOS PROSPECTOS DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES: UN ESTUDIO PILOTO

**M. Gracia Ruiz de Alda<sup>1</sup>, E. Calabuig Barbero<sup>1</sup>,**

**P. Wikman<sup>1</sup>, J. Peris<sup>1</sup>, P. Safont<sup>1</sup>, M. Botas<sup>1</sup>,**

**L. López Penabad<sup>2</sup> y J. Merino Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

*Objetivos.* Determinar en un pequeño grupo de pacientes hospitalizados y ambulatorios la utilidad de los prospectos adjuntos a los medicamentos así como su grado de comprensión y el motivo por el cual son consultados.

*Material y métodos.* Estudio trasversal descriptivo de 32 pacientes realizado durante el mes de Junio de 2008. Se entrega a los pacientes un cuestionario estandarizado que es rellenado y recogido. Se analizan diversas variables como: datos de filiación, frecuencia de lectura de prospectos, información aportada por los mismos, principales motivos de consulta, utilidad y actitud tras la lectura. Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS.

*Resultados.* Datos generales Edad media: 59,7 años Sexo: 86,2% hombre Pacientes ingresados: 71,9% Solo un 20% de los pacientes consideró la información de los prospectos como bastante clara o muy clara. Un 40% de los pacientes consideraron la información bastante útil o muy útil. El 72% de los pacientes consideraron la información aceptablemente legible y también el 72% fácil de comprender. Los motivos principales por lo que el paciente consulta los prospectos son: 1. Temor a posibles daños o efectos secundarios de los medicamentos. 2. Conocer mejor el medicamento. 3. Asegurarse de que toma la dosis adecuada. La partes del informe más útiles son: 1. Para que enfermedades o molestias sirve. 2. Si es adecuado para su problema de salud. 3. Dosis a tomar y como tomar el medicamento. Más del 40% de los pacientes toma o no el medicamento dependiendo de lo que lea en el prospecto. Menos del 3% de los pacientes toma un medicamento si no le convence el prospecto.

*Discusión.* El grado de comprensión, legibilidad y cantidad de información son todos parámetros importantes en la elaboración de un prospecto. Los pacientes leen los prospectos por diversos motivos y ya analizados y algunas partes de los mismos son mejor valoradas o son más útiles. Lo que el paciente interpreta de los prospectos es crítico a la hora de determinar si el paciente toma o no un medicamento. Solo el 3% tomaría un medicamento si no le convence un prospecto. Esto tiene importantes implicaciones que se debería analizar en estudios de mayor tamaño y a ser posible prospectivos.

*Conclusiones.* En nuestra población de una edad media de 60 años y 86% hombres, solo el 20% de los pacientes consideró la información clara o muy clara. Un porcentaje que nos parece debería superarse. De igual manera solo el 40% lo consideró útil o muy útil. La mayoría de los pacientes consideró la información legible. Los pacientes consultan los prospectos por diversos motivos pero el principal es el temor a efectos secundarios. La parte más útil del informe es para que molestias sirve. Creemos que es muy importante el dato de que más del 40% de los pacientes toma o no el medicamento dependiendo de lo que lea en el prospecto y más aún que menos del 3% de los pacientes toma un medicamento si no le convence el prospecto. Futuros estudios más extensos podrían confirmar este estudio piloto que podría tener importantes implicaciones en la adherencia de los pacientes a los tratamientos prescritos.