

**XII Congreso de la Sociedad de
Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha
(SOMIMACA)**

**Libro de
Comunicaciones
y Pósters**



ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

A-06	BROTE DE INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANII MULTIRRESISTENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO	34
A-09	TUBERCULOSIS RESISTENTE, UN PROBLEMA CRECIENTE: IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA	35
A-10	ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS BOVIS: REVISIÓN DE UNA SERIE RETROSPECTIVA DE 16 CASOS	35
A-14	LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL ÁREA DE TALAVERA DE LA REINA	36
A-15	DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE UN BROTE EPIDÉMICO DE LEGIONELOSIS	37

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-07	DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS?	38
--------------	--	----

Gestión Clínica (G)

G-01	REINGRESOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	39
G-02	ESTANCIA MEDIA EN RELACIÓN CON EL DÍA DE INGRESO	40
G-03	LA DESNUTRICIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	41

Riesgo Vascular (RV)

RV-06	RELACIÓN ENTRE LA RIGIDEZ DE ARTERIAS DE GRAN Y PEQUEÑO CALIBRE Y VASODILATACIÓN DEPENDIENTE Y NO DEPENDIENTE DE ENDOTELIO	42
RV-07	MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) E ÍNDICE DE ELASTICIDAD EN PACIENTES CON NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE (PCRS) ELEVADA	42
RV-08	INFLUENCIA DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA Y EL CONTROL GLUCÉMICO SOBRE LA ELASTICIDAD DE LAS ARTERIAS DE PEQUEÑO CALIBRE EN PACIENTES DIABÉTICOS	44
RV-10	SÍNDROME METABÓLICO: IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA SOBRE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL	45
RV-11	IMPLICACIONES BIOQUÍMICAS Y HEMODINÁMICAS DE LA MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE ATEROGENICIDAD DEL PLASMA (IAP) EN PACIENTES HIPERTENSOS	46

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-02	EXPERIENCIA CLÍNICA EN FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR	46
T-03	NT-PROBNP AL DIAGNOSTICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV)	47
T-04	ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETE) TRATADA CON DOSIS SUBTERAPÉUTICAS (<150 UI/KG) DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM). EVOLUCIÓN DE 3200 PACIENTES DEL REGISTRO RIETE	48
T-05	HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON ENOXAPARINA: RELEVANCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA	49

Varios (V)

V-01	DOBLE ANTIAGREGACIÓN CON TRIFLUSAL Y CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO, A LOS QUE SE LES HA IMPLANTADO UN STENT	50
V-04	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON SUPERVIVENCIA MAYOR DE 6 MESES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	51
V-05	ESTUDIO DE LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, DURANTE 12 AÑOS	52
V-29	PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES RECLUTADOS PARA EL PROYECTO PROFUND	53

PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01	ANÁLISIS DE LOS MICROORGANISMOS AISLADOS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE UN AÑO	55
A-02	ANÁLISIS DE LOS MICROORGANISMOS AISLADOS EN CULTIVOS DE CATÉTER DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE UN AÑO	56
A-03	BACTERIEMIA POR PEPTOCOCCUS SP Y CÁNCER DE COLON	57
A-04	EPISTAXIS COMO MANIFESTACIÓN RELEVANTE DE UNA PRIMOINFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	58
A-05	ESPECTRO MICROBIOLÓGICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE APOYO A CORTA/MEDIA ESTANCIA	59
A-07	NEUMONÍA VARICELOSA	60
A-08	PERFIL DE SENSIBILIDAD/RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN INFECTADAS EN UN HOSPITAL DE APOYO A CORTA/MEDIA ESTANCIA	61
A-11	MORTALIDAD EN PACIENTES COINFECTADOS (VIH - VHC)	62



A-12	DISENTERIA BACTERIEMIA POR SHIGELLA EN UN ADULTO	63
A-13	LA NEUMONÍA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	64
A-16	HIDATIDOSIS EN LA PROVINCIA DE GUADALAJARA DURANTE UNA DÉCADA	64
A-17	REINGRESOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA	65
A-18	NEUMONÍAS EN UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DURANTE 30 MESES	66
A-19	TULAREMIA DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE	67
A-20	MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	68
A-21	DESCRIPCIÓN DE UN BROTE EPIDÉMICO DE LEGIONELOSIS	69
A-22	COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA POR FIEBRE Q. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA POR UN GERMEN INHABITUAL	70
A-23	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL DE GUADALAJARA	70
A-24	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	71
A-25	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN DE ORINA EN MEDICINA INTERNA	72

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01	ÍLEO BILIAR: A PROPÓSITO DE TRES CASOS	73
EA-02	NÓDULOS PULMONARES Y ADENOPATÍAS EN UNA MUJER DE 84 AÑOS	74
EA-03	DESNUTRICIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	75
EA-04	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS RECLUTADA EN 36 HOSPITALES DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND	75
EA-05	OBESIDAD E HIPOALBUMINEMIA: ¿COEXISTEN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE NUESTROS HOSPITALES?	76
EA-06	FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND	77
EA-08	PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DELIRIUM EN UNA POBLACIÓN MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS	78

Gestión Clínica (G)

G-04	MODELO DE BASE DE DATOS PARA UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA	79
G-05	ANÁLISIS DE LOS INGRESOS PROCEDENTES DE UCI EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	80
G-06	ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA ATENDIDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	80
G-07	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CUYA ESTANCIA NO REBASA LOS CINCO DÍAS	81

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01	ENFERMEDAD DE BEHCET: ACEPTAR O NO LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	82
--------------	---	----

Osteoporosis (O)

O-01	NIVELES VITAMINA D Y PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	83
O-02	NIVELES VITAMINA D Y CALCIO EN PACIENTES INGRESADOS	84

Riesgo Vascular (RV)

RV-01	INTERVENCIÓN BREVE EN TABAQUISMO EN PERSONAL SANITARIO	85
RV-02	COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN LA DIABETES MELLITUS	85
RV-03	INTERVENCIÓN BREVE EN TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	86
RV-04	FENOMENO NON-DIPPER Y PERÍMETRO DE CINTURA AUMENTADO: "UNA PAREJA EN APUROS"	87
RV-05	VITAMINAS ANTIOXIDANTES Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN LA MICROCIRCULACIÓN CUTÁNEA	88
RV-09	DIABETES LATENTE AUTOINMUNE DEL ADULTO: TRATAMIENTO CON INSULINA GLARGINA Y RESERVA PANCREÁTICA DE PÉPTIDO C	89
RV-12	ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN RELACIÓN A LA HBA1C EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA	90

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01	ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO	90
-------------	---	----

Varios (V)

V-02	PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA	91
V-03	MEDICINA INTERNA Y EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR	92
V-06	CURACIÓN DE ÚLCERAS PERIANALES EN COLITIS ULCEROSA GRAVE	93
V-07	BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZADA INDUCIDA POR AMIODARONA	94
V-08	PRESENCIA SIMULTÁNEA DE MACROCREATINCINASA TIPO I Y TIPO II EN EL MISMO PACIENTE: ESTUDIO DE 2 CASOS	95
V-09	DESCRIPCIÓN DEL USO DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMATÍES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	96
V-10	RABDOMIOLISIS TRAS SPINNIG	97
V-11	HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO Y GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN "SUPERSCAN METABÓLICO" EN UN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO	98



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

V-12	HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA EN UNA MUJER DE MEDIANA EDAD	99
V-13	UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL EN LA ERA TAC/RMN	100
V-14	MASA ABDOMINAL QUÍSTICA GIGANTE	100
V-15	PÉNFIGO VULGAR: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ	101
V-16	UNIDADES DE MEDICINA TROPICAL. UNA NECESIDAD CRECIENTE	102
V-17	FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD Y REINGRESO EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC	103
V-18	PRESENTACIÓN, INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA DEL SARCOMA PLEOMÓRFICO DE ALTO GRADO (FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO Y RABDOMIOSARCOMA): REVISIÓN DE DIEZ CASOS	104
V-19	HIPERGLUCEMIA EN URGENCIAS	105
V-20	INTOXICACIONES AGUDAS MEDICAMENTOSAS EN EL H. U. FUENLABRADA EN EL PERIODO 2005-2008	106
V-21	DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA Y COLANGITIS ENTRE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL	107
V-22	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANEMIA FERROPÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO	108
V-23	COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DE LOS PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS	109
V-24	PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA A PACIENTES INGRESADOS CON DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO	110
V-25	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL EN EL AÑO 2008	111
V-26	HIPOCALCEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y METÁSTASIS ÓSEAS DISEMINADAS	112
V-27	ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA	113
V-28	NIVEL DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 AL INGRESO EN LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA Y SU TRATAMIENTO	113
V-30	POLINEUROPATÍA SENSITIVO-MOTORA EN GAMMAPATIA MONOCLONAL	114

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

A-06 BROTE DE INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANII MULTIRRESISTENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Molina¹, A. Puerta¹, E. Martínez Alfaró², M. Lizán³, A. Salinas², J. Blanch², F. Mateos²
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Las especies de Acinetobacter son organismos gram negativos que se encuentran con frecuencia en el medio ambiente y que hasta hace poco tiempo se consideraban cepas poco virulentas. Sin embargo en los últimos años el complejo Acinetobacter calcoaceticus–baumanii se ha convertido en un patógeno hospitalario multirresistente de difícil manejo por su fácil transmisibilidad, siendo responsable de brotes intrahospitalarios, planteándonos como objetivo en este trabajo analizar un brote producido por este patógeno en nuestro hospital en el año 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos un brote de casos de infección por Acinetobacter baumannii multirresistente (resistente a los antibióticos habitualmente testados, sensible a colistina, tigeciclina y polimixina B) en nuestro hospital en el año 2007 entre los meses de febrero a mayo. Se aisló Acinetobacter en 14 pacientes ingresados, de los cuales 13 estaban infectados y uno sólo colonizado.

RESULTADOS. Los pacientes infectados tenían una edad media de 51 años (rango 17-80). 3 adquirieron la infección durante su ingreso en UCI y los 10 restantes en quirófano y/o reanimación. 4 pacientes no tenían antecedentes patológicos conocidos y en el resto la patología previa más frecuente fue la HTA en 5 pacientes seguido de EPOC y patología gastrointestinal. En cuanto al motivo de ingreso hospitalario más frecuente fue el politraumatismo en 6 pacientes. Acinetobacter baumannii se aisló en muestras respiratorias en 6 pacientes, líquido peritoneal en 4 pacientes, en orina en dos pacientes, y en herida quirúrgica en un paciente. Además 8 de ellos mostraron también colonización rectal. En cuanto a las pautas terapéuticas empleadas 1 paciente se trató con tigeciclina 14 días, 5 pacientes con colistina entre 12 y 30 días y 5 pacientes recibieron tratamiento combinado con tigeciclina y colistina con una media de tratamiento de 22 días. Los dos pacientes no tratados fallecieron probablemente en relación con la infección. Los pacientes restantes fueron dados de alta después de un periodo de hospitalización que osciló entre 30 y 127 días, media de 52,6 días. Entre las secuelas directamente relacionadas está la amputación de un miembro inferior por infección de la herida postraumática.

DISCUSIÓN. En nuestra serie observamos una mortalidad atribuible del 15%, muy elevada y comparable a la descrita en otras series, estimando dicha mortalidad atribuible como la mortalidad en aquellos pacientes con infección por Acinetobacter que fallecieron tras un tratamiento incluido en el perfil de resistencias del microorganismo. Destacar además que los pacientes que presentaron infección por este patógeno requirieron un tiempo de hospitalización y tratamiento prolongados, con secuelas importantes en algunos de ellos derivadas directamente de la infección.

CONCLUSIONES. En nuestra serie observamos una mortalidad atribuible del 15%, muy elevada y comparable a la descrita en otras series, con un tiempo de hospitalización y tratamiento prolongados. La rápida comunicación por parte del servicio de microbiología y la puesta en marcha de medidas de control por parte del servicio de medicina preventiva para evitar la progresión del brote fue determinante para la solución del problema.



A-09 TUBERCULOSIS RESISTENTE, UN PROBLEMA CRECIENTE: IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

E. Madroñal Cerezo, N. Cabello Clotet, J. Ortiz Sánchez, R. Marín Díaz, A. Franco Moreno, J. Ruiz Giardin, A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

OBJETIVOS. Estudiar la prevalencia de resistencia a tuberculostáticos en los nuevos diagnósticos de tuberculosis en inmigrantes y en la población general y sus características.

RESULTADOS. El número total de casos incluidos en el estudio es de 173 (n=173). El 6.3% de los casos (n=10) de tuberculosos tenían resistencia al menos a un fármaco de primera línea, aumentando la incidencia del 2005 (6.6% de los casos) al 2007 (12.7%), con un descenso en 2008 (4.2%). El porcentaje de multirresistencia global ha sido del 2.3% (4 casos). En el subgrupo de tuberculosos con algún grado de resistencia, 9 de cada 10 pacientes eran extranjeros, 30% VIH positivos. Dentro del grupo de pacientes con tuberculosis multirresistente, un paciente con VIH avanzada falleció, dos están evolucionando a la curación (uno de ellos tras lobectomía) y otro caso se ha perdido. En nuestra serie general de tuberculosis, la edad media de los casos fue 40.68 años (rango de 1-86), la mayoría varones (72.7%), casi la mitad extranjeros (47.7%). Por país de origen, 36% subsaharianos, 26% Europa del Este, 17% Magreb, 17% latinoamericanos, 4% otros. La localización de tuberculosis fue pulmonar en el 72.7% de los casos. Fueron bacilíferos 52.7% y presentaban infección VIH de base el 9.1%. Comparando ambos grupos (españoles y extranjeros), presentaban diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad (más jóvenes los extranjeros, con $p < 0.05$) con tendencia a mayor porcentaje de resistencia a fármacos en extranjeros ($p < 0.05\%$) y en VIH positivos.

DISCUSIÓN. La tuberculosis está aumentando de forma muy importante en los últimos años en toda España, triplicando las tasas de la Unión Europea. Diversos estudios relacionan este hecho con el fenómeno migratorio. Nuestra área sanitaria (área 9 de Madrid) tiene un porcentaje importante de población inmigrante y este hecho, parece que está incidiendo en nuevos diagnósticos de enfermedad tuberculosa y sobre todo en el aumento de prevalencia de casos con resistencias primarias y secundarias al tratamiento tuberculostático, con las implicaciones en Salud Pública que ello conlleva.

CONCLUSIONES. 1. La mitad de los casos de tuberculosis en nuestra área se dan en inmigrantes (47%), sobre todo del África subsahariana y Europa del este (Rumanía). 2. Los inmigrantes con tuberculosis son más jóvenes que la población general. 3. Las resistencias se concentran de forma estadísticamente significativa en inmigrantes y VIH+.

A-10 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS BOVIS: REVISIÓN DE UNA SERIE RETROSPECTIVA DE 16 CASOS

M. Fernández Ruiz¹, J. Vila Santos¹, J. Villar Silva², J. Llenas García¹, L. Caurcel Díaz¹, F. Sanz Sanz², J. Guerra Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS. La bacteriemia por Streptococcus bovis constituye una causa poco frecuente de endocarditis infecciosa (EI). Pretendemos analizar las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de esta entidad y, particularmente, su relación con la patología maligna del tracto digestivo.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo de los casos de *E. coli* atendidos en nuestra institución en el periodo comprendido entre 1997 y 2008. El diagnóstico clínico de *E. coli* (posible o definitivo) fue realizado con arreglo a los criterios de Duke. La identificación microbiológica y biotipado de las cepas de *E. coli* se llevó a cabo mediante el sistema comercial API 20E (bioMérieux, France).

RESULTADOS. A lo largo del periodo de estudio identificamos un total de 16 pacientes con *E. coli* (9 varones; edad media: $61,5 \pm 27,9$ años). En 11 de ellos dicho diagnóstico fue definitivo (según criterios de Duke), y requirió de la realización de un ecocardiograma trans-esofágico en 13 casos. Entre los factores predisponentes destacó la presencia de valvulopatía de base en 11 pacientes y de hepatopatía crónica en 6 (con evolución a cirrosis en 3 casos). La localización más frecuente fue la mitral (7 casos), seguida de la aórtica (6 casos), mitro-aórtica (1 caso) y aorto-pulmonar (1 caso). En la mayor parte de las ocasiones la infección asentó sobre una válvula nativa (10 casos, siendo de naturaleza protésica tardía en los restantes). En 15 pacientes se llevó a cabo una evaluación del tracto digestivo mediante colonoscopia, completada con gastroscopia en 4 de ellos. Entre los hallazgos de dicha exploración se describieron: pólipos adenomatosos de colon (14 casos), diverticulosis (5 casos) y carcinoma colorrectal (3 casos, todos ellos en estadio localizado "in situ"). El abordaje terapéutico requirió de recambio quirúrgico valvular en 6 casos. Dos pacientes asociaron embolismos sépticos a distancia (pulmonares y cerebrales). El biotipaje de *E. coli* fue realizado en 9 pacientes, con predominio del biotipo I (8 casos). La mortalidad intra-hospitalaria fue del 12,5%.

DISCUSIÓN. En nuestra experiencia, la *E. coli* asienta preferentemente sobre algún tipo de valvulopatía de base, requiere de abordaje quirúrgico en una elevada proporción de pacientes, y asocia una mortalidad intra-hospitalaria notable. De forma congruente con la literatura previa, el biotipo I fue el más frecuentemente identificado. El estudio digestivo en estos pacientes presentó una notable rentabilidad, ya que permitió el diagnóstico precoz de un carcinoma colorrectal oculto en el 18,7% de los casos.

CONCLUSIONES. A la luz de estos resultados, el estudio endoscópico del tracto digestivo en todo paciente con *E. coli* quedaría justificado, al permitir la detección precoz de una neoplasia subyacente en estadio potencialmente curable en uno de cada cinco casos evaluados.

A-14 LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL ÁREA DE TALAVERA DE LA REINA

S. Casallo Blanco, L. De Matías Salces, M. Vivas del Val, A. Vizuete Calero, M. Vázquez Ronda, E. Ferreira Pasos, M. Dominguez del Amo, F. Marcos Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS. La leishmaniasis es una zoonosis causada por un protozoo de la familia Trypanosomatidae (género *Leishmania*) que afecta, en nuestro medio, principalmente al perro y al hombre y se trasmite por la picadura de hembras de mosquitos chupadores de sangre pertenecientes a la familia Psychodidae (género *Phebotomus* y *Lutzomyia*). Esta enfermedad, asociada a países tropicales, tiene en la cuenca mediterránea una incidencia nada desdeñable desde el punto de vista epidemiológico. El objetivo es describir la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento realizado en pacientes diagnosticados de leishmaniasis visceral en el área de Talavera de la Reina.

MATERIAL Y MÉTODOS. El estudio se realizó con pacientes diagnosticados de leishmaniasis visceral en un hospital del grupo 2, desde los años 2001 al 2008. Para ello se revisaron las historias clínicas de 15 casos analizando los datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, los datos analíticos, diagnóstico, tratamiento y cumplimiento de este., así como las complicaciones y recurrencias de dicha enfermedad.



RESULTADOS. Se incluyeron a 15 pacientes con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, predominando el sexo masculino. La época del año donde se diagnosticó con mayor frecuencia fue la primavera (5 casos) y el otoño (5 casos). Casi todos residían en medio rural 60% y algunos de ellos residían en la misma localidad. La mayoría tenían nacionalidad española salvo cuatro que eran rumanos y una colombiana. Tres eran pacientes VIH, dos de ellos presentaban un estadio C3 y en tercero presentaba un estadio B2. Los síntomas que con mayor frecuencia se han observado son los trastornos hematológicos (leucopenia, anemia, trombopenia) en un 93% de los casos, esplenomegalia en un 96%, fiebre en un 86%, hepatomegalia en un 33% y trastornos gastrointestinales en un 26% y con menor frecuencia sudoración en un 20%, adenopatías e ictericia en un 13% y síntomas respiratorios en un 6%. 10 de ellos presentaban alteraciones del perfil hepático oscilando las cifras de GOT entre 50 a 154 y GPT entre 38 a 244. También se observó patrón de colestasis con elevación de GGT, FA y bilirrubina además de hipergammaglobulinemia. En la mayoría se obtuvo serología positiva a leishmania donovani confirmándose posteriormente con biopsia de médula ósea y en una ocasión biopsia esplénica. Los 15 recibieron tratamiento completo. El 73% recibieron glucantime a razón de 20 mg/kg/día por 4 semanas y en un 26% recibieron tratamiento con anfotericina B liposomal a razón de 3 mg/kg/día los días 0, 1, 2, 3, 4 y 10. Falleció uno de los quince por insuficiencia hepática severa y en 4 de ellos presentó recurrencia de la enfermedad.

DISCUSIÓN. Los datos obtenidos en este estudio muestran que la leishmaniasis afecta sobre todo a varones entre los 20 y los 40 años. El 20% de los pacientes presentaban coinfección con el VIH, porcentaje inferior al obtenido en otros estudios. La mayoría de los pacientes presentaban trastornos hematológicos y esplenomegalia. El diagnóstico se obtuvo principalmente por serología y biopsia de médula ósea. Aunque en la mayoría recibieron tratamiento con glucantime, la tendencia en los últimos años ha sido la utilización con anfotericina B liposomal. En algunos estudios publicados en los últimos años se ha observado que por comunidades autónomas, Madrid y Castilla la Mancha presentan las mayores tasas de incidencia y la existencia de un aumento de las tasas de hospitalizaciones; siendo un indicador de que esta zoonosis evitable continua siendo un problema de salud pública.

CONCLUSIONES. A pesar de su consideración como enfermedad tropical, en el área de Talavera se diagnosticó de 2001 al menos un caso de leishmaniasis por año. La presencia demostrada en nuestro medio de perros enfermos y portadores así como de los vectores que la transmiten es un importante elemento de riesgo. Tal como recomienda la Dirección General de Sanidad Pública, una estrecha vigilancia epidemiológica permitirá conocer mejor la distribución de esta enfermedad en las personas, pudiendo ser utilizada como indicador de que no existe un control eficaz en los animales ni en los vectores.

A-15 DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE UN BROTE EPIDÉMICO DE LEGIONELOSIS

H. Ortega Abengózar¹, M. Galindo Andújar¹, M. Huertas Vaquero², G. Francisco Corral³, E. Prieto Gómez³, M. Mena Rodríguez³, G. Rodríguez de la Rubia Naveso³, D. Llorente Iñigo³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología, ³Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS. El objetivo es describir y correlacionar los diferentes parámetros clínicos, analíticos y microbiológicos, descritos en un brote epidémico de Legionelosis, localizado en una población de unos 5.000 habitantes, perteneciente a nuestro Área Sanitaria (Mancha Centro).

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

MATERIAL Y MÉTODOS. Se recopilaron los casos que presentaron un test de Antigenuria en orina positiva para Legionella en nuestro Hospital, en el intervalo temporal coincidente con la aparición del brote epidémico. Ésta técnica, fue empleada sistemáticamente en el Hospital, (sobre todo en el Servicio de Urgencias), a todo paciente con clínica sugestiva de infección respiratoria o síntomas de afectación renal, provenientes de la zona geográfica establecida por Epidemiología, como fuente del brote epidémico. A continuación, se recogieron cultivos de esputo. Después, se enviaron muestras para caracterización microbiológica (Serología por Inmunofluorescencia Indirecta -IFI), al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III (Majadahonda. Madrid), como centro de referencia establecido.

RESULTADOS. Se recopilaron siete casos de antigenuria en orina positiva para Legionella. De todos ellos, se estableció relación con el brote epidémico en seis casos. El séptimo, no tenía conexión con el brote. De los casos relacionados con el brote, sólo un caso cursó con Cultivo de esputo positivo, aislándose Legionella pneumophila, Serogrupo 1, Subgrupo Pontiac. De los casos enviados al Centro de Referencia para establecer la serología, resultaron positivos para infección reciente dos casos (Ig M positiva), de los que uno de ellos presentó Ig G positiva a títulos bajos (1/128). Asimismo, se cotejaron mediante técnicas de biología molecular (Inmunolectroforesis en gel de AFLP), las cepas de Legionella aisladas en los pacientes, con la muestra que resultó positiva, de las tomadas por Salud Pública, en diversos lugares del municipio afectado. Se estableció como origen de la bacteria, las canalizaciones de una fuente ornamental pública, situada en un lugar céntrico del municipio. En la fuente se aislaron dos subgrupos: Legionella pneumophila Serogrupo 1, subgrupos Olda y Pontiac, éste último, causante de la clínica infecciosa del brote objeto del análisis, por lo que se estableció la conexión epidemiológica

DISCUSIÓN. El test de Antigenuria en orina para Legionella, tiene una alta sensibilidad y especificidad para realizar el diagnóstico de infección por Legionella, con lo que permite establecer las medidas de tratamiento y manejo iniciales, del mismo modo que adoptar las medidas epidemiológicas iniciales, en espera de la toma de muestras y caracterización posteriores. Del mismo modo, observamos la escasa sensibilidad del Cultivo como método de diagnóstico (sólo un cultivo positivo de 7 casos demostrados), y de la Serología para IgG e IgM, tan sólo positivas para infección reciente en dos de los 7 casos estudiados.

CONCLUSIONES. El Test de Antigenuria en orina se establece como el test más rápido e indicado para el diagnóstico inicial de Infección por Legionella, lo que permite adoptar las medidas de manejo iniciales más adecuadas para el curso de la enfermedad, tanto para el paciente, como medidas preventivas para la comunidad.

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-07 DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS:

¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS?

J. Medina Asensio¹, J. Machín Lázaro², B. Pinilla³, F. Medrano Ortega⁴

¹Servicio de Medicina Interna-UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid

²Servicio de Medicina Interna-UAPP. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Valorar el grado de deterioro cognitivo basal y los factores asociados al mismo en los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal en el que se incluyeron a 1632 PPP (según la



definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo del estado cognitivo basal mediante la escala de Pfeiffer (EP), excluyéndose aquellos pacientes con delirium en el momento de la inclusión. Análisis inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al deterioro cognitivo (definido por una puntuación en la EP con 3 ó más errores [4 ó más si no recibió educación primaria y 2 ó más si recibió estudios superiores]), con el paquete SPSS 16.0, considerando como dintel de significación estadística una $p < .05$.

RESULTADOS. Se incluyeron para el análisis un total de 1434 PPP (198 fueron excluidos por delirium). El número de errores mediano de la EP basal fue 2 (rango intercuartil [RIC]=5). El 39% de los PPP presentaba deterioro cognitivo (28% leve-moderado (de 3 a 7 errores), y el 11% severo (8 ó mas errores)). Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas erróneas fueron las referentes al cálculo matemático simple (54%), a referencias del entorno social recientes (31-37%), a la orientación temporal (28-40%), a referencias personales-demográficas (17.5-34.5%), y a la orientación espacial (17.6%). Sólo el 57.5% de los 561 PPP con deterioro cognitivo presentaron la categoría de enfermedades neurológicas crónicas, y tan sólo el 33% la demencia establecida. Las variables asociadas de forma independiente con el deterioro cognitivo fueron la mayor edad ($p < .0001$; $OR = 1.035[1.018-1.052]$), el sexo masculino ($p < .0001$; $OR = 1.9[1.4-2.5]$), las enfermedades neurológicas crónicas como categoría de inclusión ($p < .0001$; $OR = 2.7[2-3.6]$), un IMC bajo ($p = 0.015$; $OR = 1.03[1.006-1.051]$). El uso de neurolépticos ($p = .013$; $OR = 1.9[1.15-3.3]$), el deterioro funcional para las actividades instrumentales ($p < .0001$; $OR = 1.18[1.05-1.26]$), y el riesgo sociofamiliar ($p < .0001$; $OR = 1.09[1.04-1.14]$).

CONCLUSIONES. Más del 40% de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron deterioro cognitivo, siendo éste severo en algo más de la décima parte de ellos. La prevalencia con la que se detectó éste en pacientes que no presentaban la categoría de enfermedades neurológicas crónicas sugiere un infradiagnóstico del mismo y hace recomendable incluir la valoración mental cognitiva sistemáticamente a todos los pacientes pluripatológicos.

Gestión Clínica (G)

G-01 REINGRESOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Ortiz¹, R. Barja², J. Canora¹, J. Losa³, V. Castilla³, G. García de Casasola², J. Torres Macho¹, A. Zapatero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid)

³Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

OBJETIVOS. Los reingresos suponen un gran gasto sanitario. En EE. UU se han publicado tasas de reingresos en menos de 30 días que alcanzan a uno de cada cinco pacientes ingresados. Nos propusimos analizar la incidencia de este problema en los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna (MI) diagnosticados de EPOC, con el fin de cuantificar el problema y de determinar si existen factores que pronostican el reingreso, que puedan ser modificables.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de MI de Alcorcón y Fuenlabrada los años 2005-08, según los datos obtenidos del CMBD ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos 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), agrupados posteriormente según GRD, versión 21. Se seleccionaron aquellos

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

pacientes con un diagnóstico de EPOC (GRD 88- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, 541 - TRAST. RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR-, 542 - BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR-) y se analizaron los patrones de reingresos y la relación entre los reingresos y las características demográficas de los pacientes.

RESULTADOS. Durante los años 2005-2008 fueron dados de alta en MI de los dos centros 30,619 pacientes. De estos 5.903 (19,2%) ingresaron por un diagnóstico de EPOC. La edad media de estos pacientes fue de 75,4 años, el peso del GRD 2,2 y la estancia media 8,0. Un 39,8% eran mujeres. Fallecieron el 9% y el 9,1% estaba ingresado en una residencia de ancianos. Durante los 4 años de seguimiento el 60% de los pacientes (3.539) ingresaron una sola vez, mientras que el resto tuvieron algún reingreso: 10,2% reingresaron antes de 30 días, 11,7% entre 30-90 días, y el 18,1% en algún momento después de los 90 días. De los pacientes que sobreviven al primer ingreso el 44% volverá a ingresar en el seguimiento. Los hombres reingresan más que las mujeres (10,5% vs 9,5%), y son más mayores los pacientes que reingresan que los que no lo hacen (77,9 vs 73,7; $p < 0,001$). La estancia media de los pacientes que no reingresaron fue de 7,9 y la de los que reingresaron de 9,0 ($p < 0,0001$). Los pacientes que reingresan antes de 30 días y aquellos que no reingresan tienen una mortalidad del 15%, aquellos que reingresan entre 30-90 días de un 11,9% y los que reingresan en algún momento del seguimiento del 7,9%. Los pacientes de residencia reingresan más que los que no lo son (11,9% vs 8,7%; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN. En MI los reingresos en menos de 30 días los pacientes con EPOC alcanzan un 10%. Un 44% de los pacientes que ingresan por EPOC y sobreviven al primer ingreso volverán a ingresar en seguimiento. Los varones, más mayores y con una estancia media inicial más larga tienen más riesgo de reingresar.

G-02 ESTANCIA MEDIA EN RELACIÓN CON EL DÍA DE INGRESO

R. Martín¹, R. Barba², J. Losa³, J. Canora¹, J. Marco⁴, S. Plaza⁵, G. García de Casasola², A. Zapatero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid)

³Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

OBJETIVOS. Aunque el ritmo de ingresos de los pacientes en un servicio de Medicina Interna (MI) es más o menos constante, dado que el 95% de los mismos se hace por urgencias, la actividad hospitalaria se disminuye considerablemente los fines de semana, durante los cuales no se hacen pruebas diagnósticas ni se dan altas. Esta circunstancia ha demostrado en trabajos previos que el riesgo de fallecer es superior en los pacientes que ingresan durante el fin de semana. Nos propusimos analizar si el día de ingreso del paciente influye en la estancia media del mismo. Estas evidencias pueden ayudar a la mejor planificación de la actividad hospitalaria de un servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de MI 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 analizó la estancia media en función del día de ingreso. Los datos se compararon mediante ANOVA.



RESULTADOS. Durante el bienio 2005-6 fueron dados de alta en MI 886.169 pacientes a su domicilio. La edad media de estos pacientes fue de 69,71 (SD 17,5), estancia media de 9,83 días (10,9SD), y un 46,3% eran mujeres. Cuando se analizó la estancia media en relación con el día de ingreso (excluyendo los pacientes que fallecían) se comprobó que los que ingresaban los lunes tenían una estancia de 9,42 días (SD 10,64), los que ingresan los martes de 9,96 (SD 11,19), los miércoles 9,92 (SD11,41), jueves 10,16 (SD 11,52), viernes 10,45 (SD11,03), los sábados 9,83 (SD10,9) y los domingos 9,20 (SD9,74). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, según el test de ANOVA, en todas las comparaciones 2 a 2.

DISCUSIÓN. Los pacientes que ingresan los viernes tienen una estancia media de 1.5 días superior a los que lo hacen los lunes. La disminución de actividad programada durante el fin de semana posiblemente explique un retraso de dos días en el inicio de las pruebas. Este nuevo dato, junto con la mortalidad en los pacientes que ingresan en fin de semana, sirve para replantearse el modo de organización del trabajo en los servicios de MI.

G-03 LA DESNUTRICIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

E. Madroñal¹, R. Barba², J. Marco³, S. Plaza⁴, J. Losa⁵, J. Canora¹, G. García de Casasola², A. Zapatero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid)

³Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

⁵Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

OBJETIVOS. La desnutrición es una complicación frecuente e infradiagnosticada entre los pacientes hospitalizados. A pesar de ello no se tiene clara conciencia de las implicaciones clínicas y económicas que tiene. Por ello nos propusimos analizar la mortalidad y estancia media de los pacientes ingresados en Medicina Interna (MI) con diagnóstico de desnutrición al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS. Analizamos el CMBD con todos los pacientes ingresados en MI en los años 2005-06 en España. Se comparó estancia media, mortalidad, peso medio, y coste de aquellos episodios que tenían un diagnóstico de desnutrición al alta, según los datos del informe de alta, codificado por el CIE-9-MC (CIE: 260, 261, 262, 263. Xx) con los que no tenían dicho diagnóstico. Se determinó el riesgo de fallecer asociado con la desnutrición mediante un análisis de regresión logística.

RESULTADOS. Se analizaron 983.443 pacientes, de los cuales 13.483 (1.4%) tenían un diagnóstico de desnutrición al alta. Los pacientes desnutridos son mayores (72,2 (SD 18.0) vs 70,6 (SD 17.3); $p < 0.001$), tienen estancias medias más largas (18.3 (SD 22.2) vs 9.9 (SD 11.5); $p < 0.0001$), un peso medio más alto (2.56 (SD 2.0) vs 1.73 (SD 1.4); $p < 0.001$), y un coste significativamente superior (4946 euros vs 3652; $p < 0.0001$). La desnutrición apareció con más frecuencia en los varones (1.4% vs 1.3%; $p = 0.009$). La mortalidad en los pacientes desnutridos llegó a un 20.1% frente a un 9.7% de los que no tenían dicho diagnóstico. El riesgo crudo de fallecer fue 2.3 (IC 95% 2.2-2.4) veces superior en los pacientes desnutridos. El riesgo ajustado, controlado por potenciales confusores como edad, sexo, peso del GRD, o estancia media, fue de 1.8 (IC95%1.7-1.8).

DISCUSIÓN. Los pacientes con un diagnóstico de desnutrición en el momento del alta tienen un 80% más de posibilidades de fallecer que los pacientes en los que no se refleja dicho diagnóstico. Además se trata de pacientes que consumen muchos más recursos y tienen una estancia media muy superior.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

Riesgo Vascular (RV)

RV-06 RELACIÓN ENTRE LA RIGIDEZ DE ARTERIAS DE GRAN Y PEQUEÑO CALIBRE Y VASODILATACIÓN DEPENDIENTE Y NO DEPENDIENTE DE ENDOTELIO

S. Tello Blasco, A. Fernández Santos, R. Fabregate Fuente, M. Fabregate Fuente, J. Sabán Ruiz,

Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

OBJETIVOS. 1- Determinar la prevalencia de la anomalía en el índice de elasticidad de arterias de gran y pequeño tamaño en una población de elevado riesgo cardiovascular. 2- Determinar su correlación con disfunción endotelial macro y/o microvascular.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudió una población N=94 pacientes con las siguientes características: edad 27-81 años (58,83±1,44 desviación estándar de la media), 52,8 % varones, 61 hipertensos. Se midió en arterias de calibre grande (C1) y pequeño (C2) con su índice de elasticidad con el sistema HDI/PulseWave CR-2000. Estudio macrovascular: Vasodilatación dependiente de endotelio (ED) y no dependiente de endotelio (NED). Método Celermajer (Flow Mediated dilation –FMD- e hiperemia). Estudio Microvascular: DRT4, MOOR: Variación de velocidad respecto a la basal (VRB) (%). Peak-Flow en relación a Isquemia (PFRVI). Análisis estadístico: t-student, chi-cuadrado y test de Mann-Whitney.

RESULTADOS. 1. La prevalencia de alteración en la elasticidad arterias de gran calibre fue de 37,2%. 2. La prevalencia de alteraciones en la elasticidad de arterias de pequeño calibre fue de 43,9%. 3. Encontramos que los pacientes con alteraciones en la elasticidad arterial eran de mayor edad que aquellos con un resultado normal. ($p < 0,001$). 4. Cuando ajustamos con el método Celermajer aquellos pacientes que tenían alteraciones en arterias de pequeño calibre en respuesta de hiperemia post isquemia tenían una respuesta menor de hiperemia postisquemia ($p=0,036$) y una vasodilatación menor como respuesta a nitroglicerina ($p=0,033$). 5. En el grupo de pacientes con alteraciones C2, encontramos una PFRVI menor (84,59±1,83 vs 88,63±1,02; $p=0,008$).

DISCUSIÓN. La elasticidad de los vasos sanguíneos puede obtenerse por novedosos métodos no invasivos utilizando el sistema HDI/PulseWave CR-2000 Cardiovascular Profiling System. Este tipo de sistemas obtiene valores de presión arterial y de onda de pulso utilizando un módulo oscilométrico y un dispositivo eléctrico con un sensor sobre la arteria radial. Gracias a estos métodos podemos evaluar la rigidez arterial y en nuestro caso hemos querido evaluar no solo la prevalencia de alteraciones a este nivel sino también su relación con la vasodilatación endotelial, algo de lo que hoy en día aún no disponemos de suficientes estudios.

CONCLUSIONES. 1-La prevalencia de rigidez en arterias de gran y pequeño calibre fue de 37,2% y 43,9%, respectivamente. 2-Encontramos una relación entre la rigidez de las arterias de gran calibre y la vasodilatación dependiente- no dependiente de endotelio. 3-La rigidez de las arterias de pequeño calibre se relaciona con una menor reapesta de vasodilatación dependiente de endotelio.

RV-07 MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) E ÍNDICE DE ELASTICIDAD EN PACIENTES CON NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE (PCRS) ELEVADA

A. Fernández Santos, S. Tello Blasco, M. Fabregate Fuente, R. Fabregate Fuente, J. José Sabán Ruiz

Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

OBJETIVOS. 1. Determinar la prevalencia de PCR ultrasensible elevada en una población con riesgo cardiovascular. 2. Correlacionar los niveles de PCR ultrasensible con la monitorización de la presión arterial ambulatoria, elasticidad y vasodilatación dependiente/independiente de endotelio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudió una población de N=113 pacientes, con las siguientes características: edad 22-89 años (59,81±1,36), ratio varones/mujeres: 56/57; 77 diagnosticados de hipertensión, 67 con hiperglucemia y 22 fumadores. Evaluación Antropométrica: Índice de masa corporal, Perímetro de cintura (cm). Cociente cintura/cadera. Insulin-resistencia (IR) (Medida por HOMA - homeostasis model assessment score). Monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA). Se evaluaron los siguientes parámetros en 24 horas, durante actividad (9:00 a 22:00), descanso (22:00 a 6:00) y período crítico (6:00 a 9:00): promedio de tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD), media [TAM = (TAS-TAD)/3 + TAD] y presión de pulso ambulatoria (PPA) = (TAS-TAD) - Vasodilatación dependiente/no dependiente de endotelio (VDE y VDNE) en la microcirculación (Método Celermajer) y en microcirculación antebraquial (láser Doppler- Moor, DRT4). - Índices de Elasticidad de arterias de gran (C1) y pequeño (C2) calibre (ml/mmHgx100). - Análisis estadístico: Kruskal-Wallis, Bonferroni, Dunnett tests. Correlación de Pearson y Regresión lineal multivariante.

RESULTADOS. Se establecieron dos grupos de acuerdo a los niveles de PCR s: grupo A (<1 mg/L): N=31; grupo B (1-3 mg/L): N=23 y grupo C (>3 mg/L): N=59. Los grupos A y B, y B y C eran comparables por edad. 1. Existía correlación entre insulin resistencia y los niveles de PCR s, lo que no estaba presente cuando se ajustó por edad. 2. En MAPA existen diferencias significativas entre B y C para TAS (p=0,017) y PPA (p= 0,049), así como una correlación lineal positiva entre PCR s y PPA (p=0,001), que no fue estadísticamente significativa cuando se ajustó por edad. 3. Existen diferencias en C1 y C2: C1 al borde de la significación estadística entre los grupos A y C (p=0,05). C2: con diferencia estadísticamente significativa A/C (p=0,002) y B/C (p=0,027). 4. Existen diferencias significativas entre los grupos B y C para la macro VDNE (31,48±5,33 vs 17,44±2,06; p=0,020). 5. Encontramos una correlación lineal negativa entre PCR s y VDNE (p=0,003), siendo la edad un probable factor de corrección para ello. 6-Hay diferencias estadísticamente significativas en pico de flujo de la hiperemia (77,40±1,86 vs 76,26±1,91 vs 69,77±2,34) entre los grupos A y C; p=0,038.

DISCUSIÓN. Muchas de las asociaciones que se han establecido con niveles de proteína C reactiva elevada están también relacionados con la edad. Se ha comportado como marcador del síndrome de insulin resistencia (SIR), diabetes mellitus, y disfunción endotelial (DE) y como un buen predictor de eventos agudos, todo ello relacionado con aterosclerosis. En nuestro estudio nos planteamos el siguiente interrogante: "¿que está sucediendo detrás del lecho vascular de aquellos individuos que les hace tan vulnerables?". Los resultados de nuestro estudio destacan la presencia de alteración en la elasticidad arterial y en la vasodilatación dependiente / no dependiente de endotelio relacionada de manera significativa con los niveles de PCR s, aunque aún queda un amplio campo de investigación por delante.

CONCLUSIONES. 1- La prevalencia de niveles limítrofes de PCR s es de un 20,4 %, y de un 52,2 % para niveles elevados. 2- PCR s se correlaciona con elasticidad micro-macrovascular. 3- PCR s se correlaciona con micro-VDE y con macro-VDNE.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

RV-08 INFLUENCIA DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA Y EL CONTROL GLUCÉMICO SOBRE LA ELASTICIDAD DE LAS ARTERIAS DE PEQUEÑO CALIBRE EN PACIENTES DIABÉTICOS

A. Fernández Santos, S. Tello Blasco, R. Fabregate Fuente, M. Fabregate Fuente, J. Saban Ruiz

*Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

OBJETIVOS. 1. Determinar la prevalencia de alteraciones del índice de elasticidad de las arterias de pequeño o gran calibre en una población de pacientes diabéticos tipo 2. 2. Determinar su correlación con las características hemodinámicas y constitucionales. 3. Establecer la correlación con el control glucémico.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudió una población de N=106 pacientes, 22-81 años (58,42±1,34), varones/mujeres: 57/49, 72 hipertensos, 27 fumadores. Grupo A (no-diabéticos): N=50, grupo B (diabéticos): N=56, edad: 54,18±1,87 vs 62,19±1,79 (p= 0,003), respectivamente. Medidas Antropométricas: IMC (kg/m²), Cintura (cm), Cintura/Cadera. Tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD), media (TAM), Presión de pulso (PP). Índice de elasticidad arterial (ml/mmHg×100) de gran (C1) y pequeño calibre (C2), Resistencia vascular sistémica (RVS), Impedancia vascular total (IVT). Gasto cardíaco (GC) (L/min), Índice GC (IGC) (ml/latidos/m²). Volumen cardíaco (VC) (ml/latido), Índice VC (IVC) (ml/latido/m²). HDI/PulseWave CR-2000 Research Cardiovascular Profiling System, valores normales ajustados por edad y sexo. Análisis estadístico: t-Student, Chi-cuadrado. Pearson y Regresión lineal multivariante.

RESULTADOS. 1. Grupo A vs B: IMC: 26,66±0,81 vs 27,66±0,53; Cintura: 91,99±1,69 vs 92,07±1,32; Cintura/cadera: 0,90±0,02 vs 0,93±0,01. No significativo. 2. La prevalencia de alteraciones en la elasticidad: a) gran calibre: 37,7% global, 28% en A y 46,4% en B (p<0,05). Eran los de mayor edad (64,45±1,92 vs 55,51±1,68; p=0,001) y valores más altos de TAS (147,08±3,08 vs 122,71±1,34; p<0,001), TAD (77,50±1,58 vs 72,20±1,03; p=0,004), TAM (105,27±1,95 vs 91,05±1,15; p<0,001) y PP (69,58±2,21 vs 50,51±1,00; p<0,001). b) pequeño calibre: 43,4% global; 40,0% A y 46,4% B. Eran los de mayor edad (64,84±1,70 vs 54,39±1,77; p<0,001) y valores más elevados de TAS (138,72±3,18 vs 126,82±1,89; p=0,02), TAD (76,73±1,40 vs 72,28±1,14; p=0,014), TAM (101,39±1,90 vs 92,67±1,42; p<0,001), y PP (61,99±2,42 vs 54,55±1,44; p=0,010). En ambos la diferencia de prevalencia desaparece al ajustar por edad. 3. En C1: RVS (2003,65±70,42 vs 1476,33±28,70; p<0,001), IVT (259,63±12,30 vs 139,21±4,40; p<0,001), GC (4,50±0,13 vs 5,13±0,09; p<0,001), IGC (2,59±0,06 vs 2,78±0,04; p=0,003), VC (63,92±2,37 vs 77,01±1,69; p<0,001) y IVC (36,81±1,17 vs 41,79±0,71; p=0,001). 5- En C2, RVS (1870,27±68,17 vs 1528,08±39,65; p<0,001), IVT (209,63±13,06 vs 166,34±8,88; p=0,007), GC (4,59±0,11 vs 5,12±0,10; p=0,001), IGC (2,57±0,04 vs 2,82±0,04; p<0,001), VC (67,23±2,14 vs 75,73±1,98; p=0,004) y IVC (37,60±0,93 vs 41,67±0,87; p=0,002). 6- Correlación entre la elasticidad de arterias de pequeño calibre y trigliceridemia, con valores más elevados en el grupo con alteraciones C2 (124,44±8,93 vs 95,24±6,08; p=0,007). 7- Correlación lineal edad-independiente entre C2 y el control metabólico en población diabética [r=0,333; alpha: -0,543; 95% CI (-0,967; -0,119); p=0,013].

DISCUSIÓN. El sistema cardiovascular HDI/PulseWave CR-2000 obtiene valores de presión arterial y de onda de pulso a través de métodos no invasivos (modulo oscilométrico y sensor de onda de pulso). Éstos son parámetros de evaluación del riesgo cardiovascular, implicados en la morbimortalidad de riesgo como la población diabética, de ahí la importancia de su determinación y de promover más estudios en relación a otros factores clásicos de riesgo y evaluar de forma global el "riesgo añadido".



CONCLUSIONES. 1. La prevalencia de rigidez de las arterias de gran y pequeño calibre fue de 38,3% y 43,4%, respectivamente. 2. La edad es más importante que la condición de diabético en la elasticidad vascular. 3. Ambos fenómenos presentan cambios en otros parámetros cardiovasculares cuando son evaluados con este sistema no invasivo. 4. La rigidez de las arterias pequeñas está relacionada con los niveles de triglicéridos en todos los sujetos, y en los pacientes diabéticos con el control diabético.

RV-10 SINDROME METABÓLICO: IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA SOBRE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL

S. Tello Blasco, A. Fernández Santos, M. Fabregate Fuente, R. Fabregate Fuente, N. De la Torre, J. Sabán Ruiz

*Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

OBJETIVOS. 1. Evaluar el efecto de la abstención de tabaco, modificaciones en la dieta y la práctica regular de ejercicio sobre la función endotelial. 2. Estudiar la diversidad de respuestas en función de la edad, sexo y presencia o no de diabetes mellitus.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudió una población de N= 51 pacientes, con las siguientes características: edad 27-80 años, 37/4 M/F ratio, 35 hipertensos, 23 diabéticos tipo 2. Grupo A: n= 22 fumadores, grupo B: n= 29 no fumadores, ambos grupos ajustados por edad. Se aplicaron los criterios de síndrome metabólico de NCEP I/ATP III. Distribución randomizada de ambos grupos en cuanto a: nutrición (A1 y B1) o ejercicio programado (A2 y B2) durante 9 meses de seguimiento. Se midió HbA1C, homocisteína, Lipoproteína a, Inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI-1) y Proteína quimiotáctica de los monocitos-1 (MCP-1). Análisis estadístico: Wilcoxon, Friedman, test no paramétricos de Mann-Whitney. Test de Student. Análisis de los datos por intención de tratar.

RESULTADOS. 1. Los niveles de PAI al inicio vs final del estudio del global de pacientes incluidos fueron: 44,37 +/- 2,5 vs 32,37 +/- 1,92 (p<0,001). No hubo diferencias significativas en la evaluación similar del otro marcador estudiado: MCP-1. 2. Como un hallazgo a destacar, los niveles iniciales de PAI-1 de los pacientes en el grupo de pacientes que redujo peso fueron más elevados que para aquellos en el grupo que no lo redujo (p=0,02). 3. Encontramos diferencias significativas en los niveles de PAI-1 al principio y final del estudio en los pacientes del grupo A (p<0,02) así como en el grupo B (p<0,004). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas con respecto al marcador endotelial MCP-1, en una evaluación similar.

DISCUSIÓN. Los pacientes con síndrome metabólico tienen un elevado riesgo cardiovascular. Esta condición está precedida por un estado inicial conocido como de disfunción endotelial, consecuencia de la agresión mantenida por diferentes factores de riesgo vascular. En nuestro estudio evaluamos dos marcadores de función endotelial: PAI-1 y MCP-1 y su modificación en relación a la instauración de medidas dietéticas y práctica regular de ejercicio. En cuanto a los resultados obtenidos parece claro que podemos hablar de una mejoría en la función profibrinolítica del endotelio valorado por PAI-1, marcador con asociación ampliamente conocida a la insulín resistencia.

CONCLUSIONES. 1. Con la intensificación en las modificaciones en el estilo de vida es posible reducir la agresión endotelial medida por los niveles de PAI-1. Esta mejoría no está relacionada con la pérdida de peso, de ahí que planteemos que la práctica regular de ejercicio en sí misma produce un efecto beneficioso independiente sobre el endotelio. 2. Los valores iniciales de PAI-1 de aquellos pacientes que no redujeron peso eran menores que aquellos que sí lo hicieron, esto podría valorarse como un indicador de "pacientes respondedores".

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

RV-11 IMPLICACIONES BIOQUÍMICAS Y HEMODINÁMICAS DE LA MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE ATEROGENICIDAD DEL PLASMA (IAP) EN PACIENTES HIPERTENSOS

A. Fernández Santos, S. Tello Blasco, M. Fabregate Fuente, R. Fabregate Fuente, J. Sabán Ruiz

*Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

OBJETIVOS. Evaluar la utilidad del índice de aterogenicidad del plasma modificado (IAP mg/dl), estudiando sus implicaciones clínicas, inmunológicas, bioquímicas y hemodinámicas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudió una población de N= 145 pacientes hipertensos, edad media 59,96 +/- 1,15 años, 73/72 M/F ratio. Se midió: perfil lipídico completo, insulina plasmática, insulina resistencia (HOMA), sensibilidad a insulina (IS), Proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR s) e inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI-1). Parámetros antropométricos: Índice de masa corporal (IMC). Monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 horas (MAPA). Presión sistólica (TAS) y diastólica (TAD), definido como hipertensión TAS>125, TAD>75 mmHg. Análisis estadístico: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman, t de Student, test de Mann Whitney.

RESULTADOS. 1. Un total de 107 pacientes presentaron un nivel normal de IAP (<0,5) (percentil 75), con edad media de 60,04 +/- 1,34 y 38 pacientes presentaron niveles de IAP elevados, con edad de 59,74 +/- 2,29 2. El grupo con cifras normales tenía menor perímetro de cintura (91,42 +/- 1,14 vs 95, 76 +/- 1,74; p=0,04) y menor cociente cintura/cadera (0,91 +/- 0,01 vs 0,95 +/- 0,01; p=0,026) respecto al grupo patológico. 3. La sensibilidad a insulina fue más elevado en el grupo normal (0,337 +/- 0,004 vs 0,324 +/- 0,004; p=0,021). Se encontró correlación en regresión lineal entre HOMA y IAP (r= 0,0338; p=0,007). 4. La cifra media de TAS, pero no la de TAD, fue más baja en el grupo con IAP normal con respecto al grupo con IAP elevado (120,21 +/- 1,18 vs 125,42 +/- 2,13; p=0,037). 5. Los niveles de PAI-1 (29,22 +/- 1,69 vs 38,07 +/- 4,69; p=0,029) y de PCR s (2,73 +/- 0,43 vs 4,51 +/- 0,76) fueron también más bajos.

DISCUSIÓN. Dobiasova y Frohlich introdujeron el logaritmo del cociente Triglicéridos/colesterol-HDL (que establece una estrecha relación con el tamaño de las partículas de colesterol LDL) como un marcador útil de riesgo cardiovascular. En nuestro estudio además, se valora su correlación con otros biomarcadores de riesgo tales como PAI-1 y PCR s, que serían de gran utilidad sobre todo en el estudio precoz del daño y disfunción endotelial como primera etapa del proceso aterogénico

CONCLUSIONES. 1. El IAP modificado podría llegar a ser una herramienta útil en el manejo de los pacientes con elevado riesgo cardiovascular. 2. La asociación entre los niveles de PAI y PCR s, parámetros asociados a disfunción endotelial, apoyan su inclusión en el grupo de marcadores bioquímicos cardiovasculares.

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-02 EXPERIENCIA CLÍNICA EN FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR

A. Franco Moreno¹, J. Ruiz Ruiz¹, C. De Ancos Aracil¹, A. Farfán Sedano¹, J. Hernández Atance², N. Cabello Clotet¹, J. Ruiz Guiardín¹, A. Zapatero Gaviria¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiología. Hospital de Fuenlabrada (1).
Fuenlabrada (Madrid)

OBJETIVOS. Describir nuestra experiencia con los filtros de vena cava inferior permanentes y temporales, con el fin de evaluar su eficacia, seguridad en el tratamiento y profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa.



MATERIAL Y MÉTODOS. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes a los que se les implantó un filtro de cava inferior en el Hospital Universitario de Fuenlabrada desde su apertura (período comprendido entre noviembre de 2005 y marzo de 2009). El análisis estadístico se realizó con SPSS.

RESULTADOS. Contamos con un total de 29 pacientes de edades comprendidas entre los 21-89 años (media $65,4 \pm SD 18,4$) de los cuales 14 eran varones y 15 mujeres. Todos presentaron un evento tromboembólico venoso (ETEVE) siendo en un 17,2% (5 pacientes) trombosis venosa profunda (TVP) y en un 82,8% (24 pacientes) tromboembolismo pulmonar (TEP) con o sin TVP añadida. Un 31% (9 pacientes) de los eventos fueron idiopáticos, encontrándose factores de riesgo (FR) en un 69% (20 pacientes). Los FR fueron permanentes para desarrollar enfermedad tromboembólica en un 41,4% (12 pacientes) y FR transitorios en un 31% (9 pacientes). Los FR más comunes fueron neoplasias en 6 pacientes (20,7%), cirugía en 5 (17,2%) e inmovilización en 5 (17,2%). En el 75,9% de los pacientes se trataba del primer caso de trombosis mientras que un 24,1% tenían ETEVE recurrentes. El motivo más frecuente para implantación del filtro fue el sangrado activo, en un 55,2% (16 pacientes), los otros fueron: recurrencia de la ETEVE 27,6% (8 pacientes), cirugía mayor 13,8 (4 pacientes) y un paciente por infracoagulación mantenida. La localización más frecuente de la hemorragia fue la intrabdominal (6 pacientes, 37,5%) seguida de la hemorragia digestiva (18,7%). Se decidió implantación de filtro en la fase aguda del ETEVE en 24 pacientes (82,8%) mientras que el resto de filtros fueron colocados en la fase crónica de la enfermedad. El tiempo transcurrido entre el evento y la colocación del filtro fue de $3,17$ días $\pm SD 4,15$ (rango 1-16). Se colocaron 13 filtros permanentes (44,8%), el resto (16 filtros, 55,2%) se implantaron como temporales, sin embargo 4 filtros (13,7%) nunca fueron retirados dejándose permanentes (por edad del paciente y evolución clínica). La media de días de implantación de los filtros temporales fue de $15,30 \pm SD 4,7$ (rango 8-25). Como complicaciones, todas en filtros permanentes, surgieron trombosis perifiltro en 2 pacientes (6,9%) y una infección (3,4%). Cabe destacar que en un 89,7% de los pacientes el filtro no produjo complicación alguna. No apareció recurrencia de ETEVE en ningún paciente tras la implantación del filtro.

DISCUSIÓN. Los filtros de cava temporales han demostrado la misma efectividad que los permanentes en la protección contra el tromboembolismo pulmonar, sin embargo, presentan menores complicaciones y existe la posibilidad de no retirarlos en caso de que su indicación se haga permanente.

CONCLUSIONES. Queda demostrada la eficacia de los filtros de cava para proteger contra el TEP. Deberíamos pensar en la opción de implantar un filtro temporal ante una contraindicación transitoria para anticoagulación en un paciente con ETEVE. Según los estudios, parece ser que el tiempo de retirada estaría en torno a los 12-14 días (para nuestra muestra $15,30 \pm SD 4,7$). En nuestra muestra 4 filtros indicados como temporales (13,7%) se dejaron de forma permanente. Podrían plantearse nuevos estudios que aportasen información sobre implantaciones temporales más prolongadas.

T-03 NT-PROBNP AL DIAGNOSTICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV)

A. Ruiz-Chicote¹, J. Nieto¹, M. Ruiz-Ribó¹, R. Solano Vera¹, N. Garrido Espada¹, A. Cortés², S. Serrano Martínez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)

OBJETIVOS. La utilidad del NT-proBNP en la evaluación pronóstica de los pacientes con ETV no está bien definida y actualmente no existen valores de referencia que ayuden a identificar a los

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

pacientes con peor evolución. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el valor pronóstico del NT-proBNP en la evolución a corto plazo de la ETV.

MATERIAL Y MÉTODOS. La población a estudio estaba constituida por pacientes consecutivos con TVP y/o EP agudo y sintomático confirmado, recogidos desde Septiembre de 2003 a Octubre de 2008, con un seguimiento de seis meses desde la fecha del diagnóstico. Se extrajeron muestras de suero entre las 24 y 72 primeras horas del diagnóstico, y fueron almacenados a -70°C hasta su procesamiento. La relación entre las variables clínicas y los valores de NT-proBNP se estudiaron mediante análisis univariante y análisis de supervivencia. Los puntos de corte del NT-proBNP para los diferentes eventos adversos se obtuvieron a partir de la curva ROC.

RESULTADOS. Se incluyeron 265 pacientes de 72 ± 15 años de edad, 50% mujeres, 61 (23%) de los cuales tenían EP (14% TAC, 9% gammagrafía). Los valores de NT-proBNP estaban significativamente ($p < 0,001$) elevados en los pacientes mayores de 65 años, con insuficiencia renal (creatinina $> 1,3$ mg/dl; $p < 0,001$), disfunción de ventrículo izquierdo ($p = 0,04$), hipertensión pulmonar ($p < 0,001$), EP ($p < 0,001$), inestabilidad hemodinámica al ingreso ($p = 0,014$) y estancia hospitalaria mayor de diez días ($p = 0,04$) y significativamente inferiores en los pacientes con IMC > 30 ($p = 0,013$). Los valores de NT-proBNP también estaban significativamente elevados en los pacientes que precisaron O2 domiciliario ($p < 0,001$) y tratamiento con diuréticos al alta ($p < 0,05$), así como en los fallecidos por cualquier causa (11,3%; $p < 0,001$) en los seis meses de seguimiento. El valor de NT-proBNP de mayor poder discriminante de fallecimiento en seis meses fue 434,95 pg/ml (OR=9,62; IC 95% 3,77-24,57; $p < 0,001$). Los valores de NT-proBNP superiores a 2679 pg/ml se asociaron de forma significativa a mayor probabilidad de hemorragia mayor durante el seguimiento (OR=8,10; IC 95% 2,03-32,30; $p = 0,008$). No hubo ningún valor de NT-proBNP que se asociara de forma significativa con los episodios de recidiva tromboembólica.

CONCLUSIONES. Los pacientes con ETV y niveles de NT-proBNP superiores a 434,95 pg/ml tienen mayor mortalidad. Los pacientes con valores de NT-proBNP por encima de 2679 pg/ml tienen más episodios de hemorragia mayor durante los primeros seis meses de evolución. No se ha encontrado asociación entre niveles de NT-proBNP y recidiva tromboembólica.

T-04 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETE) TRATADA CON DOSIS SUBTERAPÉUTICAS (<150 UI/KG) DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM). EVOLUCIÓN DE 3200 PACIENTES DEL REGISTRO RIETE

M. Bruscas Alijarde¹, J. Nieto¹, M. Ruiz-Ribó², J. Gutiérrez Guisado², A. Lorenzo³, J. Portillo⁴, J. Luque⁵ y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Monográfico ASEPEYO. Madrid

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón. Madrid

OBJETIVOS. Evaluar la evolución de los pacientes tratados con dosis subterapéuticas (DS) de HBPM (60-150 UI/Kg), frente a las recomendadas actualmente para el tratamiento de la ETE (>150 UI/Kg).

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis de los datos del registro RIETE, que incluye pacientes consecutivos diagnosticados de ETE y seguidos un mínimo de tres meses. Se consideró como dosis inicial de heparina la media ponderada de las unidades administradas durante los 10 primeros días de tratamiento.



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

RESULTADOS. Hasta Octubre de 2008 se habían incluido 24.395 pacientes con ETE, de los cuales 3.200 recibieron dosis entre 60 y 150 UI/Kg de HBPM y 17.786 dosis mayores de 150 UI/Kg. Se administraron DS mas frecuentemente a pacientes ambulatorios (21% vs 9%), con antecedentes de sangrado grave reciente (4% vs 2%), que tenían menos edad (66 vs. 67 años) y embolia pulmonar (34% vs 47 %) y más cáncer (23% vs 20%; en todos ellos $p < 0,05$). A los tres meses de tratamiento la mortalidad (8.4% vs 7.4%) y las recurrencias (2.3% vs 1.8%) fueron ligera pero no significativamente superiores ($p > 0,05$) en el grupo tratado con DS de HBPM. No hubo diferencias ($p < 0,05$) en cuanto a la incidencia de hemorragia grave después de los 10 primeros días de tratamiento. En el subgrupo de pacientes con embolia pulmonar hubo diferencias en cuanto a mortalidad por cualquier causa (12.3% vs 9.5%; $p = 0,005$) y recurrencias de ETE (2.7% vs. 1.8%; $p = 0,056$). Estas diferencias desaparecen al ajustar los datos a factores de riesgo de muerte y recurrencia de ETE mediante regresión logística (OR ajustado de fallecimiento 1.07, IC 95% 0.86-1.33, $p = 0,54$; OR ajustado de recurrencia 1.21. IC 95% 0.79-1.85, $p = 0,37$).

CONCLUSIONES. La utilización de dosis subterapéuticas de HBPM en el tratamiento inicial de la ETE se asociaron a una mortalidad y recurrencia similar a las dosis estándar.

T-05 HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON ENOXAPARINA: RELEVANCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

M. Fernández Ruiz, J. Vila Santos, E. Muro Fernández de Pinedo, J. Guerra Vales
Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS. Las complicaciones hemorrágicas graves asociadas al tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) constituyen un fenómeno poco frecuente. Entre ellas destaca, por su carácter excepcional y evolución potencialmente fatal, el hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE), cuyo diagnóstico exige un grado elevado de sospecha clínica. Presentamos una serie de casos de HRE en pacientes sometidos a tratamiento con enoxaparina a dosis anticoagulantes, y discutimos la importancia de la estimación del filtrado glomerular (FG) en su prevención, particularmente en sujetos de edad avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo de todos los episodios de HRE en pacientes bajo tratamiento anticoagulante con HBPM y diagnosticados en nuestro centro en el periodo comprendido entre Enero de 2004 y Marzo de 2009. Excluimos aquellos casos con posible antecedente traumático o manipulación iatrogénica. Estimamos la tasa de FG a lo largo de las 24 horas previas al diagnóstico de HRE mediante la fórmula Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)-4.

RESULTADOS. Presentamos 5 casos de HRE asociado al tratamiento con enoxaparina (4 varones; edad media: $74,6 \pm 5,5$ años). La Tabla 1 recoge sus características analíticas más relevantes. La indicación de tratamiento con HBPM consistió en la presencia de fibrilación auricular permanente en 4 casos (uno de ellos asociado a valvulopatía reumática) y SCASEST de alto riesgo en un caso. Dos pacientes recibían de forma simultánea tratamiento antiagregante (incluyendo doble antiagregación con AAS y clopidogrel). En ningún caso se había monitorizado la actividad anti-factor X activado (anti-Xa) de forma previa al diagnóstico del HRE. Su abordaje terapéutico consistió exclusivamente en medidas de soporte transfusional en 3 casos; dos pacientes recibieron además factor VII recombinante activado, en tanto que tan sólo uno de ellos fue sometido a embolización selectiva del vaso sangrante mediante arteriografía. Por último, la evolución fue fatal en 3 pacientes, lo que supone una mortalidad intra-hospitalaria del 60%.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

DISCUSIÓN. El desarrollo de un HRE asociado al tratamiento con enoxaparina representa una complicación inusual, más frecuente en pacientes de edad avanzada con disminución de la tasa de FG, en los que no se había realizado una dosificación de la HBPM ajustada a la función renal y el peso. El pronóstico de esta entidad es ominoso, con una elevada mortalidad a corto plazo a pesar del tratamiento de soporte transfusional y la reversión de la anticoagulación. La monitorización de la actividad anti-Xa puede desempeñar un papel relevante a la hora de evitar esta complicación.

CONCLUSIONES. La estimación de la tasa de FG debe constituir una práctica clínica habitual, incluso en pacientes con cifras normales de creatinina sérica, a fin de permitir una dosificación correcta en el tratamiento con HBPM y minimizar el riesgo de eventos hemorrágicos potencialmente graves.

Características analíticas de los 5 pacientes con HRE asociado a HBPM (T-05)

Caso	Sexo / edad	Dosis de HBPM	FG estimado (MDRD-4)	Creatinina sérica
1	Varón / 73 años	40 mg/12 h	19 ml/min	3,39 mg/dl
2	Varón / 69 años	60 mg/12 h	>60 ml/min	1,1 mg/dl
3	Varón / 77 años	60 mg/12 h	32 ml/min	2,15 mg/dl
4	Mujer / 83 años	60 mg/12 h	31 ml/min	1,66 mg/dl
5	Varón / 71 años	80 mg/12 h	53 ml/min	1,4 mg/dl

Varios (V)

V-01 DOBLE ANTIAGREGACIÓN CON TRIFLUSAL Y CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO, A LOS QUE SE LES HA IMPLANTADO UN STENT

E. Mora Sena, T. Calero Campos, F. Pérez López, F. Romero Candau,
E. Maldonado Campaña, L. Madrigal Cortes, A. Torrents Martínez, J. Borja Villegas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínica Fremap Prevención y Rehabilitación. Sevilla

OBJETIVOS. Estudiar la seguridad de la asociación de triflusal y clopidogrel en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), a los que se les implantó un stent.

MATERIAL Y MÉTODOS. Serie de casos de pacientes a los que se les había implantado un stent por SCA y que fueron tratados con triflusal (600 mg al día) y clopidogrel (75 mg al día). Previamente al tratamiento con triflusal y clopidogrel los pacientes habían recibido tratamiento con aspirina y clopidogrel. Se registraron los eventos cardiovasculares y los acontecimientos adversos, con especial atención a los de índole hemorrágico, durante el periodo de tratamiento con triflusal y clopidogrel.

RESULTADOS. La serie incluyó a 24 pacientes de sexo masculino, de edades comprendidas entre 37 y 60 años (media \pm DE: 51,92 \pm 8,08 años) y pesos comprendidos entre 65 y 111 Kg (media \pm DE: 82,34 \pm 11,05 Kg). Los factores de riesgo cardiovascular consistieron en tabaquismo (N = 20; 83,33%), hiperlipemia (N = 10; 41,67%) e hipertensión arterial (N = 6; 25%). Diecinueve pacientes (79,17%) habían presentado un SCA con elevación del segmento ST y cinco pacientes (20,83%) habían presentado un SCA sin elevación del segmento ST. En 19 pacientes (79,17%) se implantó un stent recubierto y en cinco pacientes (20,83%) se implantó un stent no recubierto. La duración del tratamiento (media \pm DE) con triflusal y clopidogrel fue 554,08 \pm 143,74 días. Durante el tratamiento



con triflusal y clopidogrel los eventos cardiovasculares consistieron en angina estable (un caso), angina inestable (dos casos) y revascularización urgente por trombosis del stent (un caso). No existieron casos de muerte, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Un paciente presentó hemorragia digestiva por gastritis erosiva y se recuperó sin necesidad de transfusión. Dos pacientes presentaron, respectivamente, pirosis y mareos, en ambos casos no graves, que evolucionaron a la recuperación.

DISCUSIÓN. Los pacientes con SCA a los que se les implanta un stent reciben doble tratamiento antiagregante con aspirina y clopidogrel. Triflusal es un antiagregante plaquetario de la familia de los salicilatos, pero no derivado de la aspirina, con una eficacia similar a aspirina pero con un riesgo hemorrágico menor. Los resultados de nuestra serie de casos sugieren que la asociación de triflusal y clopidogrel es segura en pacientes con SCA a los que se les ha implantado un stent. La eficacia y seguridad de la asociación de triflusal y clopidogrel en este tipo de pacientes debe confirmarse en ensayos clínicos controlados.

CONCLUSIONES. La asociación de triflusal y clopidogrel parece ser segura en pacientes con SCA a los que se les ha implantado un stent. Se necesitan ensayos clínicos controlados de la asociación de triflusal y clopidogrel en este tipo de pacientes.

V-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON SUPERVIVENCIA MAYOR DE 6 MESES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

A. Espigares, C. Vicente, R. Balas, S. Plaza, J. Jusdado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

OBJETIVOS. Describir las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Severo Ochoa (MIPA) que tras su alta han sobrevivido 6 meses o más y si existen diferencias de manejo de los síntomas en las fases más avanzadas de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS. El S^o de Medicina Interna gestiona desde el año 2002 una Unidad de Cuidados Paliativos de 6 camas (MIPA). Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en MIPA desde el 25 de Diciembre de 2005 hasta el 10 de Marzo de 2009. Se incluyen todos los pacientes con supervivencias mayor o igual a 6 meses en los que se conoce la fecha del fallecimiento que han sido atendidos en MIPA. Se realizó análisis descriptivo. Las variables cualitativas se acompañan de su frecuencia y las cuantitativas de su media y desviación estándar (DE) o su mediana y el intervalo intercuartílico si eran muy asimétricas. Los contrastes de hipótesis se realizaron mediante chi-cuadrado. Una $p < 0,05$ se consideró significativa.

RESULTADOS. De 794 pacientes atendidos en MIPA durante ese periodo, 56 (7%) vivieron más de 6 meses. La edad media era de 68 años (DE 10,5) y 60,7% fueron hombres. Sólo un paciente (1,8%) ingresó por causa no oncológica (ACVA), mientras que los 55 restantes tenían enfermedad oncológica: 10 (17,9%) cáncer de colon, 7 (12,5%) de pulmón, 6 (10,7%) de próstata, 6 (10,7%) de ovario, 3 (5,4%) de recto, 3 (5,4%) de mama, 3 (5,4%) de páncreas y 17 (30%) otros tumores. El tiempo de evolución del tumor hasta el ingreso en la unidad fue de 14,4 meses (p25-p75: 1,6- 30,5). En 36 pacientes se registró el índice de Karnofsky (IK) previo al primer ingreso, siendo mayor del 70% en 18 pacientes, entre 70 y 50% en 11 y 40% o menor en 7 pacientes. La media de supervivencia fue de 10,8 meses (DE 4,04). El lugar de fallecimiento fue la propia unidad en 20 pacientes (35,7%), domicilio en 15 (26,8%), unidades de hospitalización de media estancia en cuidados paliativos en 11 (19,7%) otros hospitales de agudos en 7 (12,5%) y en el servicio de urgencias en 3 (5,3%). De los 56 pacientes precisaron 2 ingresos en 41, 3 en 23 y mayor de 3 en 26. La prevalencia de dolor fue del 30,5%, de disnea del 15,1% y de síndrome confusional agudo del 4,8%. Dentro del mismo grupo

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

de pacientes, se comparó la frecuencia de estos síntomas con respecto al periodo que abarcaba los últimos seis meses de su vida, no encontrando diferencias significativas en su prevalencia (p 0.945, p 0.968, p 0.649 respectivamente).

DISCUSIÓN. Los Cuidados Paliativos constituyen un método de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias, en situación de enfermedades incurables y con un pronóstico de vida limitado, clásicamente inferior a 6 meses. Sin embargo, en nuestra actividad diaria, este perfil también lo encontramos con pacientes con supervivencia mayor. No existen trabajos en la literatura inglesa ni española que traten específicamente el perfil de los pacientes con supervivencias mayores de 6 meses que sean incluidos en programas de atención paliativa. Los datos de nuestro estudio muestran que sólo un 7% de los pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Paliativos en nuestro hospital tiene una supervivencia mayor de 6 meses lo cual pensamos que se ajusta bien al enfoque actual en este ámbito. La mayoría de los pacientes son oncológicos, con buen estado funcional previo y sin diferencia en la prevalencia de los síntomas más frecuentes con respecto a fases más avanzadas de la enfermedad.

CONCLUSIONES. La prevalencia de los síntomas más frecuentes en estos pacientes (el dolor, la disnea y la confusión) no difiere de fases más avanzadas de la enfermedad. Los Cuidados Paliativos deben estar presentes desde el comienzo de la enfermedad y no sólo al final de la misma.

V-05 ESTUDIO DE LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, DURANTE 12 AÑOS

E. Ferreira Pasos, F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, A. Vizuete Calero, M. Izusqui Mendoza, M. Vázquez Ronda, M. Martín Barranco, M. González Rubio

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

OBJETIVOS. Las tasas de mortalidad y el número de ingresos hospitalarios en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han disminuido de forma notable en España desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Sin embargo, existe una morbimortalidad residual explicada por los pacientes que no reciben tratamiento antirretroviral, por no acudir a las consultas, o que tienen una deficiente adherencia al tratamiento y ambas están presentes en cerca del 50% de los fallecidos. También hay que destacar la importancia de la coinfección por virus hepatotropos, fundamentalmente del virus de la hepatitis C, como causa emergente de fallecimientos. El objetivo de nuestro estudio era analizar las causas de fallecimiento en una cohorte de pacientes afectados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, en el curso de 12 años. Estimábamos que la hepatopatía terminal constituiría una causa relevante de fallecimiento en nuestros enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, retrospectivo de casos, analizando las causas presumbibles del fallecimiento en una cohorte de pacientes afectados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de un hospital del grupo 2, en el transcurso de 12 años consecutivos (1995-2007). Analizábamos la edad, sexo, antecedentes o no de infección por el virus de la hepatitis C (VHC), número de CD4 en el último control, valorábamos si llevaban o no tratamiento antirretroviral y causa presumible del fallecimiento, tanto a nivel hospitalario como en el domicilio.

RESULTADOS. En los 12 años fallecieron un total de 36 pacientes, 31 varones y 5 mujeres, de edades comprendidas entre 32 y 52 años, con una edad media de 39 años; estaban coinfectados por el virus de la hepatitis C, un total de 28 pacientes (77,7%); recibían tratamiento antirretroviral 26 enfermos (72,2%), los CD4 en el último control oscilaban entre 3 y 980 células, con un valor medio



de 337. La media de CD4 en los que estaban en tratamiento antirretroviral (ARV) era de 486 células. Las causas presumibles de fallecimiento eran las siguientes: insuficiencia hepática terminal en 8 casos (22,2%), sobredosis de opiáceos en cuatro (11,1%), causa desconocida en cuatro, suicidio en 3 casos (8,3%), tuberculosis pulmonar y/o diseminada en tres, carcinoma de cervix invasivo en dos (5,5%), linfoma en dos casos, uno de los cuales cursó con perforación, peritonitis y shock séptico y con un caso cada uno: piomiositis, toxoplasmosis cerebral, fracaso renal agudo, hemorragia cerebral, neumonía, infarto agudo de miocardio, toxicidad mitocondrial severa, infección micótica diseminada, caquexia extrema y accidente de tráfico.

DISCUSIÓN. Los resultados de nuestro estudio demuestran el importante papel de la insuficiencia hepática terminal como causa relevante del fallecimiento en los pacientes con infección por el VIH, la siguen en frecuencia la muerte por causa desconocida, sobredosis a opiáceos, el suicidio, la tuberculosis pulmonar y diseminada, el carcinoma de cervix invasivo y el linfoma. Cerca del 28% de los pacientes fallecidos no recibían tratamiento antirretroviral, lo que enfatiza la necesidad de incrementar la cobertura del TARGA, así como la importancia de desarrollar estrategias para prevenir el desarrollo de la hepatopatía terminal, fundamentalmente aumentando el número de pacientes que reciben tratamiento antiviral frente al virus de la hepatitis C.

CONCLUSIONES. La insuficiencia hepática terminal constituye la primera causa de fallecimiento en una cohorte de pacientes afectos de infección por VIH. Es necesario aumentar el número de pacientes que reciben tratamiento antiviral frente al VHC en coinfectados y asimismo debemos incrementar la cobertura del TARGA en el citado colectivo.

V-29 **PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES RECLUTADOS PARA EL PROYECTO PROFUND**

J. Machín Lázaro¹, J. Medina Asensio², B. Pinilla³, F. Medrano Ortega⁴

¹Servicio de Medicina Interna-UAPP. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

²Servicio de Medicina Interna-UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Caracterizar el perfil de prescripción farmacológica de pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Descripción del nº de fármacos, de la prevalencia de polifarmacia (prescripción crónica de ≥ 5 fármacos), tipo de fármacos según cuestionario con 13 familias preseleccionadas y asociaciones de fármacos con significación clínica; realización de análisis inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados a la polifarmacia con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con $p < .05$.

RESULTADOS. Los PPP incluidos tenían prescritos 8 ± 3 fármacos. La prevalencia de polifarmacia era 85.6%. Un 21% tomaba ≥ 10 fármacos. Los fármacos más frecuentes son diuréticos (70% de los PPP), IECA/ARAII (65.5%), antiagregantes (50%), hipolipemiantes (33%), betabloqueantes (BB) (33%), anticoagulantes orales (ACO) (28%), antidiabéticos orales (27%), insulina (25%), benzodiacepinas (BZD) (22%), antidepresivos (12.7%), AINE (10%), neurolépticos (NL) (9%), y esteroides (5%). Las asociaciones más frecuentes son AINE+diuréticos (8%), AINE+IECA/ARA2 (6.5%), AINE+ACO

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

(3%), BZD+antidepresivos (6%), BZD+NL (3.4%) y BDZ+NL+antidepresivos (1%). Solo el 28% de los PPP con insuficiencia cardíaca (n=942) tenían prescritos IECA/ARAI+BB+diuréticos y el 48% combinaciones de dos de las familias previas. De 968 pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus y/o arteriopatía periférica el 83 % tenía prescrita antiagregación (49.3% con un fármaco y 8% con dos), anticoagulación (20%), o ambas (6.5%). En el análisis multivariante los factores asociados a la polifarmacia fueron categorías de enfermedades cardiológicas ($p=.004$; $OR=2.2[1.3-3.7]$), de insuficiencia renal crónica/autoinmunes ($p=.01$; $Exp(B)=2.4[1.2-4.6]$), índice de Charlson ($p=.008$; $Exp(B)=1.2[1.05-1.4]$), deterioro de las actividades instrumentales en la inclusión ($p=.03$; $Exp(B)=1.1[1.01-1.3]$), número de ingresos en el año previo ($p=.003$; $Exp(B)=1.4[1.1-1.8]$) e IMC ($p=.01$; $OR=1.06[1.01-1.1]$).

CONCLUSIONES. Una amplia mayoría de los PPP estudiados cumplía criterios de polifarmacia. Las asociaciones con significación clínica mas llamativas fueron el uso concomitante de AINE en contextos de contraindicación relativa, la frecuente asociación de psicofármacos, el uso subóptimo de combinaciones sinérgicas para la insuficiencia cardíaca, y el uso según estándares de antiagregación-anticoagulación. Los factores asociados independientemente a la polifarmacia fueron algunas enfermedades (cardiopatías e insuficiencia renal/autoinmunes), la carga de comorbilidad-inestabilidad de la pluripatología y el deterioro de las actividades instrumentales.





PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 ANÁLISIS DE LOS MICROORGANISMOS AISLADOS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE UN AÑO

F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, M. Izusqui Mendoza, M. González Rubio, M. Vázquez Ronda, M. Vivas del Val, A. Muñoz Ruiz, E. Núñez Cuerda
Servicio de Medicina Interna Medicina Interna. Hospital Nuestra Sra. del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS. La infección de la vía urinaria es la infección bacteriana más frecuente. En la mayoría de los casos están producidas por bacterias y es monomicrobiana en el 95% de los casos, pero puede ser polimicrobiana en pacientes con sonda vesical permanente o que han sufrido una manipulación urológica, en los pacientes con vejiga neurógena o con fístula vésico-intestinal o vésico-vaginal. *Escherichia coli* es el microorganismo más frecuentemente aislado, representando más del 80% de los casos de las infecciones de vías urinarias no complicadas. Otros microorganismos aislados son *Proteus spp*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas aeruginosa spp*, *Enterococcus spp* y *Staphylococcus aureus*. Debe realizarse un tratamiento empírico en la mayoría de las ocasiones, siendo para ello imprescindible conocer los microorganismos más frecuentemente aislados en nuestro centro de trabajo. El objetivo de nuestro estudio era analizar todos los microorganismos aislados en urocultivos de pacientes hospitalizados, exceptuando los ingresados en la unidad de vigilancia intensiva (UVI), durante un año (2005) en un hospital del grupo 2 y comprobar posteriormente si nuestro espectro de aislamientos era similar al encontrado en otros estudios de centros de un tamaño similar.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo. Analizar todos los microorganismos aislados en urocultivos de pacientes hospitalizados, salvo los ingresados en la UVI, durante un año (2005), en un hospital del grupo 2.

RESULTADOS. Durante ese año, se solicitaron un total de 1326 cultivos de orina a pacientes hospitalizados, resultando positivos 259, lo que representa un 19,53%. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *E. Coli* con un total de 139 aislados (53,8%), seguido en frecuencia por *Candida spp* con 37 aislados, que representa un 14,3% del total de positivos. *Enterococcus faecalis* se detectó en 27 casos (10,4%); *Proteus mirabilis* en 13 (5%), *Klebsiella pneumoniae* en 9 (3,5%) y *Pseudomonas aeruginosa* con 8 aislados. 3,1%.

DISCUSIÓN. Como en todos los estudios, el microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *Escherichia coli*, con cerca del 54% del total. También nos llamó la atención el elevado número de aislamientos de *Candida spp*, que se explica, dado que muchos urocultivos fueron analizados tras haber realizado un tratamiento antibiótico en los días previos. No se observó resistencia a flucitosona ni a imidazoles en las cepas de *Candida spp* aisladas. Resulta muy escaso el porcentaje de aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa*, que representa únicamente el 3% del total de positivos. La conclusión que podemos extraer es que existen un alto porcentaje de casos de infecciones urinarias no excesivamente complicadas.

CONCLUSIONES. El conocimiento de los microorganismos implicados en los cultivos de orina, tiene una gran importancia, dado que de éste modo podremos realizar una mejor adecuación de los tratamientos empíricos, que tenemos que iniciar en la mayoría de los casos con la mayor precocidad posible, para disminuir el riesgo de evoluciones desfavorables. Nuestros resultados demuestran que tenemos un reducido número de infecciones urinarias complicadas, dado el escaso aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*. Por otra parte el elevado número de aislamientos de *Candida spp*, indica que demasiados urocultivos son realizados, tras haber realizado un tratamiento antibiótico en los días previos.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

A-02 ANÁLISIS DE LOS MICROORGANISMOS AISLADOS EN CULTIVOS DE CATÉTER DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE UN AÑO

M. Albo Castaño¹, F. Marcos Sánchez¹, T. Gil Ruiz², A. Vizuete Calero¹, S. Casallo Blanco¹, L. De Matías Salces¹, M. Izusqui Mendoza¹, A. Muñoz Ruiz¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Sra. del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
²Análisis Clínicos. Hospital Nuestra Sra. del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS. La infección asociada a catéter venoso se sospecha en los casos en los que existe inflamación local o disfunción del catéter venoso central o bien en los casos de sepsis y/o bacteriemia sin otro foco. La bacteriemia primaria relacionada con catéter vascular es relativamente frecuente en las unidades de vigilancia intensiva (UVI), siendo los microorganismos implicados *Staphylococcus epidermidis* que puede alcanzar porcentajes de hasta el 60% de los aislados, seguido de *S. aureus*, muy frecuentemente resistentes a la meticilina (SAMR), con un 20% de los casos. Pueden aislarse bacilos gram negativos como *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp y *Pseudomonas aeruginosa*, con porcentajes del 20%. *Candida* spp, puede aislarse en el 20% de los casos, sobre todo en los pacientes que están recibiendo tratamiento con antibióticos de amplio espectro, en neutropénicos y en enfermos con nutrición parenteral. El tratamiento debe iniciarse de forma empírica cuando persisten los signos de respuesta inflamatoria sistémica, siendo necesario retirar frecuentemente el catéter vascular. El objetivo de nuestro estudio era analizar todos los microorganismos aislados en cultivos de catéteres venosos de pacientes hospitalizados, salvo de los ingresados en UVI, durante un año (2005), en un hospital del grupo 2. Una vez obtenida dicha información, debíamos comprobar si nuestro espectro de aislamientos era similar al encontrado en otros estudios efectuados en centros hospitalarios de un tamaño similar al nuestro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudios retrospectivo observacional. El propósito del estudio era analizar todos los microorganismos aislados en cultivos de catéter de pacientes hospitalizados, durante un año(2005), salvo los enfermos ingresados en la UVI, en un hospital del grupo 2.

RESULTADOS. Durante el período de estudio de un año se solicitaron un total de 275 cultivos de catéteres venosos, de los cuales resultaron positivos un total de 85, lo que representa 30,90%. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue el estafilococo coagulasa negativo en 53 casos, que representa el 57% de los mismos, le siguen en frecuencia *Staphylococcus aureus* con 20 aislados(21,5%), *Candida* spp con 8 (8,6%), *Enterococcus faecalis* con 4(4,3%), *S. maltophilia* en 2 (2,2%). En dos ocasiones el cultivo de catéter fue polimicrobiano.

DISCUSIÓN. Nuestros resultados son similares a los observados en la mayoría de los estudios, en cuanto que los estafilocos se aíslan en cerca del 80% de los casos. Sin embargo, nos llama poderosamente la atención el escaso número de cultivos positivos a bacterias gram negativas, dado que en nuestra serie únicamente significan un 4% del total, siendo el porcentaje mucho más elevado en la mayoría de los trabajos. Tras el análisis detenido de los casos en los que se aislaron estafilococos coagulasa negativos y que recordamos fueron 53, se consideró infección definida ó posible en 11 casos, lo que significa un 20,7%, tratándose el resto de casos de contaminación. Nos basábamos en el número de cultivos en los que se había realizado el aislamiento, los signos inflamatorios locales, la clínica general, etc.

CONCLUSIONES. El conocimiento de los microorganismos implicados en las infecciones relacionadas con catéteres vasculares, reviste una gran importancia, dado que la citada información significará una mejor adecuación de los tratamientos indicados, que deben instaurarse en la mayoría de las ocasiones con gran precocidad para disminuir complicaciones y evoluciones desfavorables. En nuestros resultados llama la atención el escaso número de cultivos positivos a bacterias gram negativas y ésta dato constituye la principal diferencia con la mayoría de los estudios presentados sobre éste tema.



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

A-03 BACTERIEMIA POR PEPTOCOCCUS SP Y CÁNCER DE COLON

M. Ulla Anes¹, R. Pacheco Cuadros¹, J. Rivera Franco², A. Marco Mur¹, T. Pascual Cuesta¹, F. Pérez Rojas¹, J. Casado García¹, B. Viña Carregal¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica y microbiología.

Hospital Virgen de la Torre. Madrid

OBJETIVOS. La bacteriemia por *Streptococcus Bovis* está clásicamente asociada con patologías intestinales, especialmente con enfermedades malignas como cáncer o poliposis de colon. Así mismo, se han descrito bacteriemias por otros microorganismos que forman parte de la flora intestinal (p. E. *Campylobacter* sp, *Streptococcus viridans/oralis*, etc.) asociadas a patología del tracto digestivo. Describimos el caso de una paciente con bacteriemia por *Peptococcus* en la que se objetivó un adenocarcinoma de recto-sigma.

MATERIAL Y MÉTODOS. Caso Clínico: Paciente mujer de 86 años con antecedentes de HTA, DM 2, estenosis aórtica severa que requirió recambio valvular (prótesis metálica), FA crónica anticoagulada con Acenocumarol y Síndrome de Evans (Anemia Hemolítica Autoinmune y Trombopenia). Ingresó por disnea en relación con insuficiencia cardiaca en el contexto de reagudización de su proceso hematológico (hemólisis severa). Se inició tratamiento con Inmunoglobulinas i. V, Prednisona a dosis de 1mg/kg/día y terapia tónico/deplectiva. A los 14 días de tratamiento recuperó cifras de Hb con normalización de los reticulocitos. Varios días después comenzó con diarrea (coprocultivo y toxina de *clostridium difficile* negativos) que respondió en un primer momento a tratamiento con probióticos aunque reapareció posteriormente acompañada de fiebre elevada. Se extrajeron hemocultivos que resultaron positivos a *peptococcus* sp. Ante esto, se realizó colonoscopia que puso de manifiesto la presencia de una neoplasia recto-sigmoidea cuya anatomía patológica fue compatible con Adenocarcinoma. Se procedió a tratamiento quirúrgico, presentando un postoperatorio tormentoso debido a su patología de base, que desembocó en un fracaso multiorgánico con exitus.

DISCUSIÓN. *Peptococcus* sp es un coco Gram positivo anaerobio habitualmente presente en la mucosa del tracto digestivo. Se ha visto implicado en casos de infección intraabdominal, pélvica, de cavidad oral y pleuropulmonar, abscesos cerebrales, infección de piel y partes blandas (incluyendo heridas quirúrgicas) y sepsis. El tratamiento de elección es la Penicilina G, siendo buenas alternativas la Clindamicina, Cefamicina, Carbapenem o Vancomicina. La bacteriemia de gérmenes, como el *Peptococcus*, pertenecientes a la flora habitual de las mucosas se puede explicar por dos mecanismos: 1.- La invasión de tejidos u órganos próximos al tumor. 2.- Secundaria a siembra a distancia, a través de la bacteriemia originada en tejido tumoral necrótico. En nuestro caso, la patología de base junto al tratamiento inmunosupresor (prednisona a dosis de 1mg/kg/día) podrían haber favorecido la aparición de bacteriemia por cualquiera de los dos mecanismos citados.

CONCLUSIONES. 1.- La bacteriemia por *Streptococcus bovis* se asocia frecuentemente con patología premaligna-maligna del tracto digestivo. 2.- La bacteriemia por otros gérmenes saprofitos del tracto digestivo (p. E *Peptococcus* sp) podrían ser, como en nuestro caso, indicativas de patología premaligna-maligna. 3.- En nuestra opinión, las bacteriemias por gérmenes saprofitos del tracto digestivo obligan a descartar patología premaligna-maligna a dicho nivel mediante las pruebas complementarias oportunas.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

A-04 EPISTAXIS COMO MANIFESTACIÓN RELEVANTE DE UNA PRIMOINFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

A. Vizuete Calero, F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, M. Vázquez Ronda, M. González Rubio, M. Izusqui Mendoza, S. Casallo Blanco, E. Núñez Cuerda
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Sra. del Prado.
Talavera de la Reina (Toledo)*

OBJETIVOS. Entre las dos y las cuatro semanas de la penetración en el organismo del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se produce en más del 50% de los casos, un cuadro clínico de infección aguda o primoinfección, caracterizado por fiebre, cefalea, adenopatías, mialgias y rash. También pueden aparecer alteraciones analíticas inespecíficas, como son la leucopenia, trombopenia y elevación de las transaminasas. La trombopenia es una complicación habitual de los pacientes con VIH y en el 50% de los casos cursa de modo asintomático. Los casos sintomáticos se presentan como un síndrome purpúrico petequeal y sangrados mucosos como gingivorragias, epistaxis y menorragias.

MATERIAL Y MÉTODOS. Por su rareza nos parece interesante presentar el caso de un varón de 22 años de edad, que presentó trombocitopenia y epistaxis como manifestaciones relevantes de una primoinfección por VIH.

RESULTADOS. Varón de 22 años, homosexual, no hábitos tóxicos. Consultó con el servicio de Urgencias al presentar un cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal de carácter cólico, diarrea mucosa y fiebre de 39°C. A la exploración destacaba una faringe enrojecida, abdomen ligeramente doloroso a la palpación y adenopatías cervicales de tamaño no patológico. Laboratorio: Hemograma: 3300 leucocitos con 2400 neutrófilos, 700 linfocitos y 200 monocitos; hemoglobina de 15,7 gramos/dl, 83.000 plaquetas. En la bioquímica destacó: ALT de 233 UI/L, AST de 225 UI/L. Se diagnosticó de posible cuadro viral, indicándose tratamiento con paracetamol. Cuatro días más tarde consultó nuevamente refiriendo epistaxis repetidas. A la exploración física destacaba la existencia de amígdalas hipertróficas. Laboratorio: Hemograma: 4000 leucocitos con 2400 neutrófilos, 1300 linfocitos y 300 monocitos, 82.000 plaquetas, actividad de protrombina del 95%, con INR de 1,04. ALT de 262 UI/L, AST de 235 UI/L. Orina: normal. Ecografía abdominal: Bazo en el límite alto de la normalidad, hígado de tamaño normal. Radiografía de tórax: normal. Fue revisado en consultas una semana más tarde y entonces ya estaba asintomático. Laboratorio: Hemograma: 6700 leucocitos con 2100 neutrófilos, 4400 linfocitos y 200 monocitos; hemoglobina de 12,8; 147.000 plaquetas. ALT de 105 UI/L, AST de 73 UI/L. Beta 2 microglobulina de 3,85 mg/L. Serología toxoplasma IgG e IgM, Epstein-Barr IgM, Citomegalovirus IgM, HIV (por ELISA) y RPR, hepatitis B y C, negativos. Se solicitó HIV por Western-blot (ante la sospecha clínica), pero fue negativa la determinación. Pero dos meses más tarde, el HIV fue positivo, se observaron 178.0000 plaquetas, AST de 51 UI/L, ALT de 89 UI/L. CD4 de 1247 células y carga viral de 84.700 copias/ml. No se ha realizado tratamiento antirretroviral, continuando revisiones en la consulta monográfica de HIV de nuestro hospital.

DISCUSIÓN. En fases avanzadas de la infección VIH, se observa con frecuencia trombocitopenia, que suele estar asociada a otras citopenias y a menudo se debe a infecciones intercurrentes, neoplasias con afectación medular o a mielotoxicidad por los medicamentos empleados en el tratamiento. Si se efectúa un aspirado de médula ósea, puede encontrarse una médula amegacariocítica, como manifestación de una trombocitopenia de origen central, pero también pueden detectarse anticuerpos antiplaquetarios en un número apreciable de casos, por lo tanto en éstos casos la trombocitopenia sería de causa periférica. La epistaxis es una manifestación muy infrecuente de la primoinfección por el VIH.



CONCLUSIONES. La epistaxis es una manifestación muy poco frecuente de la primoinfección por el VIH. En los casos en los que existe elevada sospecha de primoinfección por el VIH y hubiera sido inicialmente negativa, hay que solicitar en unas semanas una nueva determinación por Western-blot, que permitirá realizar el diagnóstico de modo definitivo, como en el caso que hemos presentado.

A-05 ESPECTRO MICROBIOLÓGICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE APOYO A CORTA/MEDIA ESTANCIA

M. Ulla Anes¹, J. Rivera Franco², C. Cabronero², A. Amengual Pliego¹, T. Bellver Álvarez¹, A. Marco Mur¹, T. Pascual Cuesta¹, B. Viña Carregal¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Laboratorio. Hospital Virgen de la Torre. Madrid

OBJETIVOS. La Úlcera por Presión (UPP) es un problema común en los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con una importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social. Su incidencia en la población general es del 1.7% (55 y 69a) y del 3.3% entre los (70 y 75a). Algunas series estiman que el 60% se desarrollan en el hospital. Más del 70% de las UPP ocurren en >70 años. Las complicaciones primarias más frecuentes, el dolor, la anemia y la infección (local o sistémica), dificultan la curación de la herida y pueden llegar a ser graves: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Presentamos el espectro microbiológico de las UPP ingresadas en nuestro hospital durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se han analizado los cultivos de muestras extraídas de las UPP atendidas en el Hospital Virgen de la Torre durante el período comprendido entre Enero y Diciembre de 2008. Se han determinado los gérmenes causantes de infección así como su perfil de sensibilidad/resistencia antibiótica mediante la técnica de MicroScan Dade Behring para Gram Positivo/Negativo deshidratado. El Hospital Virgen de la Torre sirve de apoyo a enfermos de corta y media estancia procedentes de otros hospitales de la zona (Infanta Leonor, 12 de Octubre, etc.).

RESULTADOS. Pacientes con UPP infectadas 65c (Prevalencia 8,65%), de estos 23c (35,38%) tenían 2 UPP con cultivo positivo. 19 varones (29,23%) y 46 mujeres (70,76%), todos ellos en edad geriátrica (>65 años). Los gérmenes aislados fueron Gram (+) 28c (31,81%) y Gram (-) (BGN) 60c (68,18%). Por orden de incidencia: E. coli 21c (23,86%), E. faecalis 12c (13,63%), S. Aureus 11c (12,5%), P. aeruginosa 10c (11,36%), Enterobacter sp 8c (9,09%), Klebsiella sp 7c (7,95%), Proteus sp 6c (6,81%), S. epidermidis 5c (5,68%), Acinetobacter sp 3c (3,40%), Morganella sp 2c (2,27%), Providencia sp 1c (1,13%), Serratia sp 1c (1,13%) y Citrobacter sp 1c (1,13%).

DISCUSIÓN. La prevalencia de UPP oscila entre el 2,4% (UVI) y el 23% (asilos de ancianos). En un reciente estudio sobre 326 pacientes domiciliarios, la incidencia de UPP fue del 4,3% y la prevalencia del 12,9%. En nuestra serie, la prevalencia es del 8,65%, similar a la descrita en otras series. Hemos objetivado una clara preminencia en el sexo femenino con una relación 3:1 respecto al varón (en otras series se describen prevalencias en mujeres del 60-70%). Respecto a los gérmenes aislados predominan los BGN en una relación 4:1 respecto a los Gram (+). No obstante, los microorganismos aislados son los habitualmente descritos en otras series de la literatura (S. aureus, Streptococcus sp, P. mirabilis, E. coli, P. aeruginosa, Klebsiella sp y anaerobios como B. fragilis).

CONCLUSIONES. 1.- La prevalencia de UPP en nuestra serie (8,65%) es similar a la descrita en estudios previos. 2.- Las UPP, en nuestra serie, son más prevalentes en el sexo femenino con una relación 3:1 respecto al varón. 3.- E. coli fue el germen más prevalente, muy posiblemente en relación con un alto porcentaje de UPP próximas a la región perineal (sacro, trocánteres). 4.- La infección por BGN predomina 3-4:1 sobre los Gram (+) por lo que el tratamiento empírico de las UPP infectadas debe basarse en antibióticos con una buena sensibilidad frente a estos microorganismos (p. E Cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, Quinolonas, Carbapenems y Ureidopenicilinas).

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

Espectro microbiano UPP (A-05)

E. Coli	E. Faecali	S. Aureu	P. Aerugi	Enterob	Klebsiel	Proteus	S. Epider
21c	12c	11c	10c	8c	7c	6c	5c
23,86%	13,63%	12,5%	11,36%	9,09%	7,95%	6,81%	5,68%

A-07 NEUMONÍA VARICELOSA

L. Ramírez Relinque¹, G. Águila Manso¹, A. Puerta García¹, E. Molina Pacheco¹,
E. Martínez Alfaro²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Jefa de Unidad de enfermedades infecciosas.
Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. La varicela es la infección causada por el virus varicela zoster (VVZ). Se transmite por vía aérea desde los 4 días antes de la erupción cutánea hasta la formación de lesiones costrosas. La complicación más frecuente de la varicela es la sobreinfección de las lesiones cutáneas. La complicación extracutánea más frecuente es la neumonía varicelosa con una incidencia de 1/400 casos. Esta es debida a la invasión directa del pulmón por VVZ. La neumonía por varicela suele aparecer al inicio de la enfermedad (3-6 días tras la erupción) y hasta en un 75% de los casos puede cursar de forma asintomática.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis descriptivo de los pacientes ingresados con el diagnóstico de neumonía varicelosa en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) desde enero del 2002 al 31 de diciembre del 2007. El diagnóstico se estableció ante el antecedente de lesiones cutáneas compatibles con varicela y la presencia en la radiografía de tórax de infiltrados pulmonares. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas, recogiendo datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y del tratamiento.

RESULTADOS. Durante este periodo de 6 años se diagnosticaron 12 casos de neumonía varicelosa, de los cuales 10 (83%) eran varones y 2 mujeres (17%). La edad media fue de 39.4 años. La época del año del diagnóstico fue principalmente invierno con 4 casos (33.3%), seguido muy de cerca por invierno y primavera, con 3 (25%) casos cada una de ellas. De los 12 pacientes, 8 (66.6%) de ellos eran fumadores, uno de ellos presentaba datos de inmunosupresión (VIH) y una de los mujeres estaba embarazada. Cuatro (33.3%) de ellos referían antecedente de contacto previo con alguien diagnosticado de varicela. La clínica de neumonía apareció en un periodo de tiempo entre los 2 y los 7 días tras la presencia de las lesiones cutáneas. Con respecto a la clínica de presentación, las lesiones cutáneas estaban presentes en el 100% de los casos al igual que la presencia de fiebre. La sensación de disnea se produjo en 8 (66.6%) de los casos y la tos en 7 de ellos (58.3%). La radiografía de tórax presentó hallazgos en el 100% de los pacientes, siendo este un patrón intersticial bilateral de predominio en bases en 10 pacientes (83%) y de los dos restantes, uno de ellos presentó un infiltrado reticulo-nodular en campos medios e inferiores y el otro de predominio en campos superiores. Ocho de los doce (66.6%) pacientes presentaron insuficiencia respiratoria y 2 de ellos (16.6%) precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos con un tiempo medio de ingreso en dicha unidad de 23.5 días. Todos ellos siguieron tratamiento con aciclovir intravenoso u oral entre 7 y 10 días y la evolución en términos de supervivencia fue favorable en el 100% de los casos. Sólo uno de los pacientes presentó secuelas al alta siendo esta la presencia de insuficiencia respiratoria crónica secundaria a enfermedad pulmonar intersticial difusa.

DISCUSIÓN En el 2006 se publicó un estudio retrospectivo realizado por Troya García et al con 21 pacientes con neumonía varicelosa. En su estudio no se demostró diferencias entre sexos, no así en



nuestro análisis donde es claramente más frecuente en hombres. Más de la mitad de los pacientes presentaban hábito tabáquico, dato que también esta presente en nuestro registro al igual que el patrón radiológico más frecuente es el patrón intestinal bilateral de predominio en bases.

CONCLUSIONES. La complicación extracutánea más frecuente es la neumonía varicelosa con una incidencia de 1/400 casos. Esta es debida a la invasión directa del pulmón por VVZ. La neumonía por varicela suele aparecer al inicio de la enfermedad (3-6 días tras la erupción) y hasta en un 75% de los casos puede cursar de forma asintomática.

A-08 PERFIL DE SENSIBILIDAD/RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN INFECTADAS EN UN HOSPITAL DE APOYO A CORTA/MEDIA ESTANCIA
M. Ulla Anes¹, C. Cabronero², J. Rivera Franco², G. García Melcon², C. Barrasa Rodríguez¹, T. Sáez Vaquero¹, R. Pacheco Cuadros¹, B. Viña Carregal¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica y microbiología.
Hospital Virgen de la Torre. Madrid

OBJETIVOS. La resistencia a antibióticos es un hecho cada vez más prevalente que prolonga la estancia hospitalaria e incrementa la morbimortalidad y los costos de hospitalización. Conocer el perfil de sensibilidad y resistencia a antibióticos de nuestro entorno permite un tratamiento empírico más adecuado disminuyendo la aparición de nuevas resistencias, la morbimortalidad y los costos de hospitalización. Presentamos el perfil de sensibilidad/resistencia a antibióticos de los microorganismos más prevalentes aislados en las úlceras por presión (UPP) atendidas en nuestro hospital durante el período comprendido entre enero-08 y diciembre-08.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha determinado el perfil de sensibilidad/resistencia a antibióticos de los microorganismos obtenidos de cultivos de UPP atendidas en nuestro hospital durante el período comprendido entre enero-08 y diciembre-08. Dicho perfil se ha obtenido mediante el test MicroScan Gram positivo/negativo Deshidratado de Dade Behring.

RESULTADOS. Resistencia de los gérmenes más prevalentes: E. coli: Penicilinas (95%), Penicilina/inhib. Betalact. (62%), Cefas 1^a (95%), Cefas 3^a (Ceftaz. 33%, Cefotax. 48%), Cefas 4^a (38%), Quinolonas (86%), Carbapenems (0%), Ureidopenicilinas (Pipera 95%, Piper/Tazo 24%), Aminoglucosidos (Amik. 19%, Genta. 29%, Tobra. 52%), Cotrimoxazol (67%). E. faecalis: Penicilinas (25%), Quinolonas (25%), Ureidopenicilinas (100%), Aminoglucosidos (50%), Linezolid (17%), Rifampicina (17%), Tetras (67%), Glucopeptidos (17%). S. aureus: Penicilinas (100%), Penicilina/inhib. Betalact (90%), Macrolidos (90%), Fosfomicina (0%), Cefas 3^a (90%), Quinolonas (90%), Carbapenems (90%), Aminoglucosidos (Amik. 70%, Genta. 10%, Tobra.90%), Cotrimoxazol (0%), Linezolid (0%), Rifampicina (10%), Tetras (0%) Glucopeptidos (10%). P. Aeruginosa: Aztreonam (11%), Cefas 3^a (Ceftaz. 0%), Cefas 4^a (0%), Quinolonas (11%), Carbapenems (11%), Ureidopenicilinas (0%), Aminoglucosidos (0%). Enterobacter: Aztreonam (33%), Cefas 3^a (17%), Cefas 4^a (0%), Quinolonas (0%), Carbapenems (Imipen. 0%, Meronen 17%), Ureidopenicilinas (33%), Aminoglucosidos (Amik. 0%, Genta. 17%, Tobra. 0%), Cotrimoxazol (0%). Klebsiella: Penicilinas (100%), Penicilinas/inhib. Betalact. (60%), Aztreonam (0%), Cefas 1^a,3^a y 4^a (0%), Quinolonas (100%), Carbapenems (0%), Ureidopenicilinas (20%), Aminoglucosidos (Amik. 0%, Genta. 60%, Tobra. 60%), Cotrimoxazol (60%). Proteus: Penicilinas (50%), Penicilinas/inhib. Betalact. (25%), Aztreonam (25%), Cefas 1^a (50%), Cefas 3^a y 4^a (25%), Quinolonas (25%), Carbapenems (0%), Ureidopenicilinas (0%), Aminoglucosidos (Amik. 0%, Genta. 25%, Tobra. 25%), Cotrimoxazol 50%. S. epidermidis: Penicilinas (100%), Penicilinas/inhib. Betalact. (75%), Macrolidos (75%), Fosfomicina (50%), Cefa 3^a (75%), Quinolonas (75%), Carbapenems (75%), Aminoglucosidos (Amik. 0%, Genta. 0%, Tobra. 50%), Cotrimoxazol 50%, Linezolid (0%), Rifampicina (75%), Tetras (50%), Glucopeptidos (75%).

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

CONCLUSIONES. 1.- La resistencia antibiótica es altamente prevalente en nuestra serie. 2.- Linezolid presenta una alta sensibilidad frente a cocos Gram positivos. No obstante, su elevado coste limita el uso a infecciones graves por gérmenes multirresistentes. 3.- Cefalosporinas de 3ª y 4ª generación y Carbapenems presentan un buen perfil de sensibilidad frente a Gram negativos. Así mismo, la utilización sinérgica de aminoglicosidos (Gentamicina y Amikacina) mejora claramente el espectro y constituye una buena opción terapéutica. 4.- Dada la alta prevalencia de gérmenes resistentes, la rápida obtención de muestras para cultivo y antibiograma permitirían acortar el periodo de tratamiento empírico, disminuyendo la aparición de nuevas resistencias.

A-11 MORTALIDAD EN PACIENTES COINFECTADOS (VIH - VHC)

E. Bermejo, P. Geijo, C. Rosa, A. Ruiz Chicote

Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

OBJETIVOS. Desde el Inicio de la terapia con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se ha observado una significativa disminución en la morbi-mortalidad e ingresos de los pacientes VIH secundaria a enfermedades oportunistas, convirtiéndose la hepatopatía crónica por VHC en la principal causa de morbi-mortalidad en países desarrollados. La coinfección VIH-VHC provoca interacciones recíprocas, modificando su evolución natural. Nuestro objetivo principal fue estudiar si la mortalidad en nuestros pacientes VIH coinfectados con VHC podía estar relacionada con una situación basal de inicio más deteriorada (nadir de CD4, valor de CV o CD4 al inicio, coinfección por VHB o edad) o a la asociación de factores de mal pronóstico como alcoholismo o ausencia de TARGA.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo con una población de 262 pacientes recogida desde enero de 1997 a Marzo de 2008 en nuestro Hospital. Las variables recogidas fueron epidemiológicas, datos clínicos y relacionadas con VIH y VHC. Realizamos el estudio estadístico mediante el paquete informático SPSS 11.5. Se realizó estudio descriptivo y de contraste de hipótesis (utilizando el test de t Student, test chi-cuadrado y test de Fisher), considerando significativos valores si $p < \alpha = 0,05$.

RESULTADOS. La frecuencia de coinfección de nuestros pacientes VIH fue del 81,7% para VHC y del 3,4% para el VHB. Un 3,3% presentaron coinfección por ambos virus (VHC y VHB). Un 10,3% de los pacientes coinfectados VHC fueron tratados con RBV e IF peg, de estos un 55% presentó respuesta viral precoz y 40% presentó respuesta viral sostenida; con un 27% de recaídas y sin ningún éxito. La mortalidad de la cohorte global de pacientes VIH estaba aumentada en aquellos pacientes con menor valor Nadir de CD4 (117 vs 261 cel/ μ L) y en aquellos pacientes sin TARGA. El 87% de los fallecidos eran VHC +, independientemente de si se trataron con RBV e IF peg o del genotipo (NS). No se encontraron diferencias en la mortalidad por ingesta de alcohol, coinfección por VHB ó conducta de riesgo (NS).

CONCLUSIONES. Hemos encontrado una mayor mortalidad en pacientes coinfectados ante valores nadir de CD4 menores, pero no en relación con valor de CV o CD4 al inicio, presencia de coinfección por VHB o edad. Podemos considerar un factor de mal pronóstico la ausencia de tratamiento TARGA, sin embargo no hemos podido demostrar la influencia negativa de la ingesta alcohólica asociada.

**A-12 DISENTERIA BACTERIEMIA POR SHIGELLA EN UN ADULTO**

A. Franco Moreno, J. Ortiz Sánchez, E. Madroñal Cerezo, R. Martín Díaz,
J. Canora Lebrato, I. Perales Fraile, R. Segoviano Mateo, A. Zapatero Gaviria
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

OBJETIVOS. Describir el caso de una paciente con bacteriemia por *Shigella* sp.

MATERIAL Y MÉTODOS. Mujer de 78 años hipertensa, que ingresó en nuestro Servicio por hematoma intracerebral frontal derecho de origen hipertensivo. A la semana de ingreso, y siendo la evolución neurológica favorable, presentó hipertermia de 39°C y abundantes deposiciones líquidas de coloración verdosa con moco y sin sangre. En los datos de laboratorio presentaba leucocitosis de 18.1 10E3/μl con neutrofilia y Proteína C Reactiva de 2.4 mg/dL. El resto de parámetros hematológicos y bioquímicos fueron normales. Se inició rehidratación parenteral y tratamiento antibiótico intravenoso con Ciprofloxacino 400 mg cada 12 horas y Metronidazol 500 mg cada 8 horas, previa extracción de hemocultivos y coprocultivo que fueron procesados según los métodos habituales. La paciente continuó con diarrea acuosa hasta hacerse incoercible, por lo que se solicitó un TC de abdomen que mostró signos de colitis izquierda.

RESULTADOS. El Coprocultivo fue estéril, aislándose en los hemocultivos un bacilo gramnegativo que se identificó como *Shigella flexneri*, sensible a Ciprofloxacino. La paciente evolucionó de forma satisfactoria y fue dada de alta.

DISCUSIÓN. Las Shigellas son enterobacterias causantes de enteritis. Esta enfermedad exhibe un espectro clínico que va desde una débil diarrea a una forma grave disintérica. La *Shigella*, al contrario de lo que ocurre con la *Salmonella*, raramente rebasa la submucosa, siendo excepcional la ocurrencia de bacteriemia. Los factores predisponentes descritos en la literatura son edad mayor de 65 años, malnutrición, insuficiencia renal, diabetes, leucemia, anemia de células falciformes, trasplante de órgano sólido, neutropenia, VIH, terapia crónica con esteroides y cirrosis. En nuestra paciente la edad avanzada fue el factor predisponente identificado. El tratamiento de elección es Ciprofloxacino o Cefalosporinas, pudiendo utilizarse Azitromicina como alternativa. En España, según la bibliografía revisada, se han documentado 9 casos de bacteriemia por *Shigella* sp. En adultos incluído el nuestro, cuyas características se resumen en la tabla 1.

CONCLUSIONES. La presencia de bacteriemia por *Shigella* en adultos es prácticamente nula, siendo pocos los casos descritos en inmunocompetentes como el nuestro. Dado que las formas bacteriémicas asocian una mortalidad especialmente alta en adultos, ante la sospecha de infección por *Shigella* sp., estaría indicado tomar hemocultivos además del coprocultivo.

Tabla 1. Casos de bacteriemia por *Shigella* sp. en adultos en España (A-12)

Autor, año	Edad	Factores de riesgo	Especie	Tratamiento	Evolución
J. L. Pérez Sáenz, 1981	61	Cirrosis hepática	<i>S. flexneri</i>	Amoxicilina	Curación
J. L. Pérez Sáenz, 1981	17	Esplenectomía	<i>S. sonnei</i>	No	Curación
J. L. Pérez Sáenz, 1981	65	Leucemia MC	<i>S. sonnei</i>	Amoxicilina	Fallecimiento
E. Pérez Trallero, 1984	54	Etlismo crónico	<i>S. flexneri</i>	No	Fallecimiento
M. Montejo, 1984	34	Ninguno	<i>S. sonnei</i>	No	Curación
F. Drona, 1988	65	Diabetes	<i>S. sonnei</i>	Cloramfenicol	Curación
M. J. Ruiz Serrano, 1992	68	Diabetes	<i>S. flexneri</i>	Ciprofloxacino	Curación
E. Prieto, 2000	55	Ninguno	<i>S. flexneri</i>	Ciprofloxacino	Curación
A. Franco, 2008	78	Edad avanzada	<i>S. flexneri</i>	Ciprofloxacino	Curación

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

A-13 LA NEUMONÍA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

G. García de Casasola¹, R. Barba Martín¹, J. Losa García², J. Torres Macho¹,
J. Martínez Consuegra¹, J. Pérez Quero¹, C. Pastor Valverde¹, J. Casas Rojo¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid

²Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

OBJETIVOS. La neumonía es un motivo relativamente frecuente de ingreso hospitalario. Por ello, nos parece importante conocer el diagnóstico etiológico y algunas características de los pacientes ingresados por neumonía en los servicios de Medicina Interna de 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. Identificamos los casos que habían sido dados de alta con un GRD 89 (neumonía simple & pleuritis edad > 17 con complicaciones) o con GRD 90 (neumonía simple & pleuritis edad > 17 sin complicaciones).

RESULTADOS. En los años 2005 y 2006 obtuvimos datos de 983.443 ingresos en Medicina Interna. Los GRDs más frecuentes fueron los siguientes: 541: trastornos respiratorios excluido infecciones, bronquitis y asma con complicaciones, n= 91358 (9,3%) 127: insuficiencia cardiaca y shock, n=63281 (6,4%) 544: insuficiencia cardiaca y arritmia con complicación mayor, n=37638 (3,8%) 89 y 90: neumonía simple & pleuritis edad > 17 con o sin complicaciones, n= 40646 (4,1%) 88: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n=28423 (2,9%) Por tanto, la neumonía constituye la cuarta causa más frecuente de ingreso en los servicios de Medicina Interna. La edad media de los pacientes con neumonía fue de 72 años (SD 17), la estancia media de 8,8 días (SD 7) y el 60,4% eran hombres. El peso medio ha sido 1,17 y el coste medio por ingreso 3055 euros. Se estableció el diagnóstico etiológico en el 23,2% de los casos, en su gran mayoría debido a *Streptococcus pneumoniae* (21,7%). De los 40646 pacientes con neumonía fallecieron 2792 (6,9%).

CONCLUSIONES. La neumonía es una causa frecuente de ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna. En la gran mayoría de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico. Con mucha diferencia el *Streptococcus pneumoniae* es el agente etiológico más frecuentemente implicada entre las neumonías a las que se llega al diagnóstico etiológico de certeza. La mortalidad asociada a neumonía es relativamente alta (6,9%).

A-16 HIDATIDOSIS EN LA PROVINCIA DE GUADALAJARA DURANTE UNA DÉCADA

I. Domínguez López, E. Martín Echevarría, M. Martínez Lasheras, A. Costa Cerda,
A. Pereira Juliá, J. Barrio, T. Megino, M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS. La hidatidosis humana, causada por el *E. granulosus*, fue de declaración obligatoria desde el año 1981 hasta el año 1996. A partir del año 1997 la hidatidosis es vigilada por la Comunidades Autónomas con hidatidosis endémica, siendo un importante problema de salud. La infección puede tener consecuencias fatales si no es tratada adecuadamente, por lo que es importante un diagnóstico temprano. Este estudio pretende conocer la prevalencia y características de los pacientes con hidatidosis en la provincia de Guadalajara.



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de hidatidosis codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, desde Enero 1997 hasta Diciembre 2007 en los diferentes servicios del Hospital Universitario de Guadalajara. Se recogen datos clínico-epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Se excluyen las historias clínicas incompletas.

RESULTADOS. Se recogen un total de 58 historias clínicas de nuevo diagnóstico. Se analizan 51 historias clínicas con datos completos. Los pacientes fueron principalmente varones (67%) con una mediana de edad al diagnóstico de 58 años (IQ 41,5-73). La clínica de presentación más frecuente fue un hallazgo en el 43%, el dolor abdominal en un 35% y bultoma en un 16%. Las pruebas diagnósticas de imagen más frecuentes fueron la ecografía y el TAC en un 100%. La RNM fue precisa en un 12%. La localización principal fue hepática en un 53%, pulmonar 6%, hepatopulmonar 6%, esplénica 6%, renal 2%, ósea 4%, genital 2% y diseminada en un 21%. La cirugía se realizó en el 80% de los pacientes siendo el procedimiento más frecuente la exéresis o quisteperiquistectomía debido al tamaño, localización y clínica, con confirmación diagnóstica por anatomía patológica en el 100% de los casos. El tratamiento médico utilizado fue el albendazol. Las complicaciones postquirúrgicas que se produjeron fueron el absceso en el lugar de la intervención en un 7% y fístulas en un 5%.

DISCUSIÓN. La hidatidosis continúa siendo una patología frecuente en la provincia de Guadalajara. El tamaño y la extensión de los quistes al diagnóstico sugieren una larga evolución previa al inicio del tratamiento por lo que en su mayoría requieren intervención quirúrgica. La sospecha clínica es importante para un diagnóstico más precoz, sobre todo en una región endémica con las características demográficas como Guadalajara con un importante número de núcleos rurales y actividad laboral relacionada.

A-17 REINGRESOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA

S. Nistal¹, J. Losa¹, R. Barba², S. Plaza³, G. García de Casasola², J. Canora⁴, J. Marco⁵, A. Zapatero

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS. Los reingresos suponen un gran gasto sanitario. En EE. UU se han publicado tasas de reingresos en menos de 30 días que alcanzan a uno de cada cinco pacientes ingresados. Nos propusimos analizar la incidencia de este problema en los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna (MI) diagnosticados de neumonía, con el fin de cuantificar el problema y de determinar si existen factores que pronostican el reingreso, que puedan ser modificables

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de MI de Alcorcón y Fuenlabrada los años 2005-08, según los datos obtenidos del CMDB ('Conjunto Mínimo Básico de Datos'), una base de datos 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), agrupados posteriormente según GRD, versión 21. Se seleccionaron aquellos pacientes con un diagnóstico de neumonía (GRD 79-INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC-, 80 -INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC-, 89-NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC-, 90-NEUMONIA

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC-) y se analizaron los patrones de reingresos y la relación entre los reingresos y las características demográficas de los pacientes.

RESULTADOS. Durante el periodo 2005-8 ingresaron en los dos hospitales 30.619 pacientes, de los cuales 1.329 tenía un GRD de neumonía (4,3% de los pacientes ingresados en MI). El 43,2% de los pacientes era mujer, la edad media fue de 67,9 años, el peso medio de 2.0 y la estancia media de 7,1 días. Un 10,5% de los pacientes procede de una residencia de ancianos, y el 3,6% fallece durante el ingreso. Un 6,6% de los pacientes reingresa en menos de 30 días, el 13,4% lo hace por neumonía y en el 30,4% de estos reingresos el diagnóstico es el GRD 541 (TRAST. RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR). Los pacientes que reingresan son mayores (74,4 vs 65,0; $p<0,001$), tienen mayor complejidad, medida con el peso del GRD (peso 1,4 vs 1,2; $p<0,001$) y tienen una estancia media superior en el primer ingreso (8,2 vs 6,6; $p=0,09$). Un 11,2% de los pacientes que reingresa viene de residencia, frente a un 6,5% de los que no lo hacen. El 64,5% de los que reingresan son varones. La mortalidad del reingreso es del 31,5%.

DISCUSIÓN. Uno de cada 16 pacientes ingresado por una neumonía reingresa en los 30 siguientes días al episodio. Aunque la mortalidad del primer ingreso es baja, no llegando al 5%, los pacientes que tienen que ingresar en el mes siguiente fallecen en más de un 30%. Los pacientes que reingresan son mayores, están más graves, su estancia media es mayor en el primer ingreso y es más frecuente que vuelvan a ingresar si son varones y vienen de residencia.

A-18 NEUMONÍAS EN UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DURANTE 30 MESES

D. Bernal, T. Megino, B. Martínez Lasheras, E. Martín Echevarría, A. Costa Cerdá, I. Domínguez López, M. Morales, M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS. En nuestra Unidad de Corta Estancia (UCE) ingresa un número importante de pacientes con neumonía. 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 pacientes que ingresaron en la UCE desde Junio de 2006 hasta Marzo de 2009. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos de los todos los pacientes diagnosticados de neumonía a través de una Rx de tórax patológica. Posteriormente se analizaron a través del programa SPSS.

RESULTADOS. Se obtuvieron 104 casos, con una prevalencia del 4%. La estancia media fue de 3.92 días +/- 2.5 días. El sexo predominante fue el masculino (64.7%). La mediana de edad fue de 70.5 años (IIQ 46-79). Se estudió la frecuencia de antecedentes como ser fumador (24.5%), bebedor (6%), EPOC (21%) y el número de ingresos previos por infecciones respiratorias. Así pues, el 80.9% no tuvo ningún ingreso previo, el 10% tuvieron uno, el 5% dos, el 4% tuvieron cuatro y el 1% tres. Clínicamente destacan en orden de frecuencia tos (86.3%), expectoración purulenta (70.6%), malestar general (64.7%), fiebre (61.8%) y dolor pleurítico (50%). Respecto a los criterios de FINE el grupo más frecuente fue FINE 3 con 30.4% y FINE 1 y 2 con 22.5% ambos, finalmente FINE 4 resultaron el 3.9%. En cuanto a las pruebas complementarios la más realizada fue la Rx tórax en 100%. Se tomaron hemocultivos en el 22.6%, obteniendo solamente dos aislamientos de neumococo. El cultivo de esputo sólo se solicitó en el 13.8% sin aislar gérmenes. El antígeno para legionella en orina se solicitó en el 51% sin detectar ningún caso y el antígeno para neumococo en orina se solicitó en 50% siendo positivo en el 7.8%. El BAAR sólo se solicitó en el 13.7% y



detectando dos de neumonía tuberculosa. La media de duración del tratamiento fue 10.5+/-2.9 días. La mediana de revisión en la consulta fue de 7 días IIQ (2-21). Los antibióticos más utilizados fueron levofloxacin (37.1%), amoxicilina-clavulánico (20.6%), cefalosporinas (18.6%) y en el 9% se asociaron macrólidos con penicilinas. Sólo se tuvo que modificar el tratamiento en dos pacientes, uno por ajuste del antibiograma y otro por intolerancia digestiva.

DISCUSIÓN. Nuestra unidad está diseñada para una estancia aproximada de tres días. Ello hace que los pacientes que ingresen no tengan un estado de gravedad importante. Por ello destaca gente no reingresadora, sin hábitos tóxicos y con FINE bajos, incluso sin criterios de ingreso. Sin embargo hemos constatado que en estos pacientes con FINE 1 y 2 con tan sólo 24-48 horas de ingreso ha disminuido de forma considerable el tiempo de presencia de síntomas con una mejor morbilidad. Destacamos la escasa detección de gérmenes en hemocultivos (sólo dos casos frente al 10-15% de la literatura)

CONCLUSIONES. Obtuvimos 104 casos de neumonías donde el germen más detectado fue el neumococo (dos hemocultivos y ocho antígenos en orina). Se trata de varones de 70 años de media, que no tiene hábitos tóxicos no broncopatías. Presentan malestar general con tos y expectoración con FINE 1 ó 2. Su estancia hospitalaria fue de 3.92 días y el tratamiento más utilizado fueron levofloxacin y amoxicilina-clavulánico junto con cefalosporinas. Hacemos constatar la defervescencia precoz de los síntomas con un tratamiento hospitalario de 24-48 horas.

A-19 TULAREMIA DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

A. Sáenz, A. Ruiz, M. Sidahi, J. Gijón, E. Puga, P. Calderón, C. Monroy, M. Mañas
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

MATERIAL Y MÉTODOS. Motivo de Consulta: Paciente varón de 25 años que consulta por fiebre. Antecedentes Personales: NAMC. Fumador de 20 cigarrillos al día Bebedor social. Ingresado por fiebre y dolor en FID y con diagnóstico al alta de ileitis hace 2 años. Hepatitis tóxica por fármacos. IQ: Artroscopia por hiperpresión rotuliana Tratamiento Habitual: no refiere Enfermedad Actual: Fiebre de varios días de evolución como síntoma dominante. En la anamnesis dirigida, destaca haberse pinchado con una zarza 6 días antes del ingreso. Presenta además dolor en FID tipo punzante y lesiones en la mano izquierda. Exploración Física: Dentro de la normalidad. Destaca dolor a la palpación en FID, sin defensa ni peritonismo y panadizo en tercer dedo de la mano izquierda.

RESULTADOS. Exploraciones Complementarias: Rx de tórax: normal Rx de abdomen: normal Anatomía patológica: inespecífica Destacan: Entre las pruebas de imagen: TAC Toraco-Abdominal: Adenopatías en el contexto de síndrome poliadenopático sin afectación mediastínica. Entre las pruebas de laboratorio: Serología POSITIVA para Francisella tularensis a título 1:640.

CONCLUSIONES. Discusión: Se trata de un cuadro de diagnóstico probable de tularemia, el cual llama la atención por la vía de contacto. En una nueva anamnesis dirigida, se descubre que el paciente presenta contacto con cangrejos de un río afluente del Río Mayor, junto al embalse de Buendía, en la provincia de Cuenca. En dicho embalse se han recogido la mayoría de casos documentados de tularemia asociado a la pesca de cangrejos de río, enfermedad muy habitual en nuestro medio aunque transmitida por otros animales. El paciente con tratamiento específico presenta buena evolución clínica y descenso progresivo del título de Anticuerpos.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

A-20 MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Del Valle Loarte, B. García Martín, G. Delgado Cárdenas, E. Labrada González,
C. Blas Carracedo, M. Joya Seijo, C. Vicente Martín, J. Jurdado Ruiz-Capillas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

OBJETIVOS. Describir el manejo de los pacientes que ingresan a cargo del servicio de Medicina Interna con diagnóstico de infección de orina. Cuantificar el grado de cumplimiento de las recomendaciones actuales sobre tratamiento antimicrobiano y actitud ante un fracaso terapéutico. De forma secundaria, describir el manejo inicial de estos pacientes en el servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional prospectivo en el S^o de M. Int. HSO, entre el 6 de octubre del 2008 y el 31 de enero del 2009. Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron con diagnóstico principal de infección urinaria. En el estudio se recogieron la edad, sexo, ingreso en los 15 días previos, manipulación urológica reciente (15 días), tratamiento antibiótico el mes previo, portador de sonda vesical, paciente procedente de residencia. El tratamiento inicial y el tiempo entre la llegada a Urgencias y el inicio del tratamiento, si el tratamiento empírico (TE) fue correcto (1 antibiótico frente al que el germen fuera sensible las primeras 24h, si no había documentación evolución favorable sin cambio de antibiótico), si cumplió las recomendaciones de la SEIMC, tiempo entre la estabilidad clínica y el uso de tratamiento oral, tiempo desde el tratamiento oral al alta, pacientes que recibieron tratamiento con ciprofloxacino o cotrimoxazol si era posible, duración del tratamiento, cambios de tratamiento, si estaban justificados: fracaso (fiebre a las 72h, desarrollo de sepsis), terapia secuencial (TOS) y ajuste de espectro; y evolución. Los datos se analizaron con el sistema SPSS.

RESULTADOS. Se obtuvieron 52 pacientes. La mediana edad fue 76,77 años (Q1: 54,60 Q3: 85,42). El 17,3% provenía de residencia y el 23,1% portadores de sonda vesical permanente. Se recogió urocultivo a 43 (82,7%), sólo en 29 (67,4%) antes de iniciar el antibiótico. Las mismas cifras se repiten con el HC. La ceftriaxona fue el TE más frecuente 18(28,6%) seguido de Amoxicilina/Clavulánico con 17(27%), 11 (17,4%) fueron tratados con quinolonas. El TE fue correcto en 36 (69,2%). Seguían las guías 23 (44,2%). Entre estos el 95% recibió TE correcto, mientras sólo 54,5% de los pacientes que recibieron quinolonas como TE fue correcto. Se realizaron 54 cambios de tratamiento: fracaso 11, ajuste de espectro 20, TOS 24, no explicado 7 (categorías no excluyentes). El tiempo transcurrido entre la estabilidad clínica y el tratamiento oral fue Med: 4,5 días (Q1:2 Q3: 7) La duración del tratamiento fue: Med: 15 días (Q1: 13 Q3:21,50). Completaron el tratamiento con ciprofloxacino o cotrimoxazol el 43,5% de los pacientes en que era posible. La estancia mediana fue 8 días (Q1: 4 Q3: 14) con una mortalidad del 5.8%.

DISCUSIÓN. Nuestro estudio pretende valorar el cumplimiento de las guías clínicas a largo del ingreso. A pesar de lo variado de los pacientes recogidos y de la falta de datos en la historia clínica se puede resaltar que en el 33% de los casos no se recogió muestra microbiológica antes de iniciar antibiótico. Que el tratamiento empírico sólo fue correcto en el 69% de los casos, pero que el porcentaje sube al 95% cuando se aplican las guías. La mayoría de los cambios de antibiótico están justificados, aunque no es desdiable el nº de casos en los que no existe justificación. Por otro lado, el tiempo entre la estabilidad y el antibiótico oral es largo, pero el estudio no permite saber si hay una causa que lo justifique. La duración del tratamiento es correcta, aunque debería darse un mayor papel al uso de quinolonas/cotrimoxazol en el tratamiento dirigido.



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

CONCLUSIONES. Deben realizarse estudios microbiológicos previos al inicio de tto antibiótico siempre que lo permita la situación clínica. El TE según guías asegura un mayor porcentaje de acierto. El tratamiento antibiótico i. V. se prolonga más de lo necesario. No se realiza ajuste de espectro y TOS siempre que es posible. El uso y actualización de guías locales podrían mejorar estos datos.

A-21 DESCRIPCIÓN DE UN BROTE EPIDÉMICO DE LEGIONELOSIS

H. Ortega Abengózar¹, M. Galindo Andúgar¹, P. Alcázar Carmona¹,
J. Castellanos Monedero¹, R. Cicuéndez Trilla¹, L. Rodríguez Rojas¹, M. Huertas Vaquero²,
A. Martín Castillo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS. Realizar una descripción de los pacientes ingresados por neumonía por Legionella durante un brote epidémico de Legionelosis localizado en una población de unos 5.000 habitantes perteneciente a nuestro Área Sanitaria (Mancha Centro), con especial interés en la presentación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se recopilaron los casos a partir de los test de antigenuria positivos que se encontraron en el intervalo temporal que Epidemiología estableció para el brote epidémico. Se seleccionaron aquellos pacientes en cuyo informe de alta hospitalaria figuraba como diagnóstico "Neumonía adquirida en la comunidad por Legionella". Se procedió a revisar el ingreso hospitalario correspondiente y la evolución de forma retrospectiva.

RESULTADOS. Se recogieron siete casos, 3 ingresaron a cargo de Medicina Interna y 4 en Neumología. La distribución fue de 5 varones y 2 mujeres, con edades comprendidas entre los 38 y los 60 años. En un caso, no existía relación de asociación con el brote pero sí el antecedente de un viaje reciente. De los siete casos, todos eran fumadores excepto una mujer de 58 años, presentando tabaquismo importante (20-30 cigarrillos/día, llegando incluso a 60 cigarrillos/día en tres de los casos). La localización de la afectación pulmonar fue: bilateral en tres casos (coincidiendo con los fumadores más importantes), derecha en tres y en un caso izquierda. De los tres pacientes con neumonía bilateral, dos precisaron ingreso en Cuidados Intensivos: un varón de 44 años que necesitó intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva, y un varón de 39 años que presentó fracaso multiorgánico al ingreso en UCI y necesitó ventilación mecánica no invasiva entre otras medidas.

DISCUSIÓN. La mayoría de los casos son varones, fumadores importantes, sin comorbilidad importante asociada. Los casos con peor evolución y mayor afectación pulmonar se relacionaron con tabaquismo importante. El tratamiento recibido fue: claritromicina en tres casos, ceftriaxona + claritromicina en un caso, claritromicina + rifampicina en un caso (tras mala evolución con tratamiento ambulatorio con levofloxacino); los pacientes ingresados en UCI recibieron ceftriaxona + levofloxacino, y levofloxacino + meropenem + linezolid en el otro caso. No hubo fallecimientos

CONCLUSIONES. Destacar el importante hábito tabáquico, especialmente en los casos con peor evolución clínica y mayor afectación pulmonar.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

A-22 COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA POR FIEBRE Q. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA POR UN GERMEN INHABITUAL

S. Murcia Carretero¹, E. Ortiz Ortiz², M. Martín Toledano Lucas²

¹Servicio de Neurología, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

RESULTADOS. La colecistitis alitiásica es una entidad patológica frecuente y de elevada morbimortalidad en pacientes críticos, inmunosuprimidos, diabéticos, en situación de sepsis, shock o afectación cardiovascular severa. Sin embargo, hay casos descritos, inusuales, en pacientes no críticos, en los que se asocia fundamentalmente a infecciones primarias (fiebre tifoidea, HIV, leptospirosis, brucelosis, infecciones por *C. jejuni*, *C. perfringens*, *Yersinia*, *V. cholerae*, *L. monocytogenes*, *R. conorii*) o patología autoinmune como LES o PAN. Presentamos el caso de un paciente con colecistitis alitiásica causada por fiebre Q, de lo que no hay más de 12 casos publicados en la literatura. CASO CLINICO: Varón de 38 años que ingresó por presentar fiebre de 39.9 °C de cinco días de evolución asociada a cefalea moderada y quebrantamiento general. Antecedentes personales: fumador 20 cig/día, trabajador de cantera. Negaba contacto con animales, factores de riesgo para VIH, ingesta de lácteos no pasteurizados o viajes recientes. Exploración física: Tª 39,5° C, TA 95/50, FC 90 lpm. Bien perfundido. Llamativo dolor abdominal a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho con Murphy positivo. No signos de irritación meníngea, focalidad neurológica ni picadura cutánea en búsqueda intencionada. Pruebas complementarias: leucocitos 2500 (cayados 11%, segmentados 53%, L 31%), Hb 15.3, plaquetas 104000. VSG 23/48. GOT 157, GPT 176, GGT137, FA 123, LDH 672, resto de bioquímica incluido amilasa, lipasa y CK normales. PCR 44. Coagulación y sistemático de orina normal. Rx de tórax normal. Ecografía abdominal: vesícula alitiásica no distendida con engrosamiento focal de su pared con Murphy ecográfico positivo TAC abdominopélvico: vesícula moderadamente distendida con pequeña cantidad de líquido perivesicular y engrosamiento de pared. Hemocultivos 2/2 y urocultivo negativos. Serologías: VHA, VHB, VHC, VIH, CMV negativos. EBV positivo para infección pasada. Estudio Brucella negativo. R. Conorii negativo. Anticuerpos IgG (IFI) para Ag fase II de Coxiella Burnetti inicial negativo, título 1/320 a las tres semanas. Al ingreso se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam 4g/8h iv con respuesta parcial por lo que se añadió al tercer día doxiciclina 100 mg/12 h iv con evolución favorable que evitó la colecistectomía. Se completaron 14 días de tratamiento antibiótico. Al mes del alta, continuaba asintomático y con los parámetros analíticos normalizados, objetivándose seroconversión para Coxiella burnetti. La ausencia de factores de riesgo para cronicidad y su excelente estado permitió finalizar el seguimiento.

CONCLUSIONES. 1) La colecistitis alitiásica es característica de pacientes críticos pero puede aparecer en situaciones menos graves y con menor morbimortalidad 2) Debemos sospechar sobre todo infecciones primarias en estos casos debiendo incluir a la Coxiella Burnetii en nuestros posibles diagnósticos para tratarla adecuadamente, pudiéndose evitar la colecistectomía según la evolución.

A-23 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL DE GUADALAJARA

T. Megino, B. Martínez Lasheras, A. Costa Cerdá, I. Domínguez López, D. Bernal, E. Martín Echevarría, M. Morales, M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS. Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen uno de los motivos de ingreso mas frecuentes en una Unidad de Corta Estancia (UCE). La UCE del Hospital de Guadalajara es la



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

única unidad con este perfil en la provincia y hemos querido conocer la situación en nuestra unidad en concreto, realizando un estudio transversal para conocer la prevalencia de la ITU en nuestra unidad, así como las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Hemos revisado todos los informes de alta de los 2290 pacientes que han ingresado en nuestra unidad los 34 meses de funcionamiento, entre Junio de 2006 y Marzo 2009. Se consideraron como caso aquellos pacientes con diagnóstico de ingreso de infección urinaria y aquellos en los que se descubrió posteriormente como diagnóstico alternativo al principal que motivo el ingreso. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos y tratamiento que se describen a continuación.

RESULTADOS. De los 2290 pacientes ingresados en este periodo de tiempo, hemos localizado 296 infecciones urinarias, lo que supone una prevalencia del 13%, con una estancia media de 3.51 días (2.94). Las mujeres son las que más sufren esta patología, con un 73.3%, frente al 16.7% de los varones, con una mediana de edad de 38 años (IIQ 26-60). El 83.8% eran de nacionalidad española, con un 16.2% de otras nacionalidades, sobre todo del Este de Europa (6.4%) y Sudamérica (5%), con mucha menor representación los sujetos procedentes de Europa Occidental (1.4%) o Marruecos (3.4%). El porcentaje de sujetos originarios de Sudamérica es el que ha sufrido un aumento mayor alcanzando el 5% actual desde un 2% a principios del año 2007. Se estudio la asociación con diferentes factores de riesgo y antecedentes urológicos de interés, como DM, existencia de litiasis renal conocida, cólicos e ITUS de repetición, hipertrofia benigna de próstata, reflujo vésico-ureteral, carcinoma vesical, paciente monorreño, sondajes previos, portador de doble "J" o presencia de vejiga neurógena. El 33% de los pacientes tenían antecedentes de infecciones de repetición, y 11.8% habían ingresado en otras ocasiones por cólicos renoureterales, siendo estas dos asociaciones las más frecuentes. Solo el 9% tenían litiasis y el resto de los factores estudiados presentaban prevalencias inferiores al 5%. El cuadro clínico típico de presentación de nuestros pacientes consistía en dolor lumbar (72.1%), fiebre (78.4%), síndrome miccional (62%) y presencia de escalofríos (40%) acompañándose de leucocitosis en el 75.7% de los casos y alteraciones del sedimento urinario consistentes en leucocituria (88.2%) y hematuria (20%) menos frecuente. Solo el 44% de los pacientes requirió la realización de una ecografía diagnóstica, y menos del 5% un TAC o urografía.

DISCUSIÓN. Coincidimos con lo descrito en la literatura respecto a la mayor frecuencia de eventos en las pacientes jóvenes con antecedentes de ITUS previas. Los síntomas más frecuentes son la fiebre y el dolor lumbar. Análíticamente destaca por frecuencia la leucocitosis con leucocituria.

A-24 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

J. Hergueta, A. Costa Cerdá, B. Martínez Lasheras, P. Chacón, L. Abejón,
E. Martín Echevarría, M. Morales, M. Rodríguez Zapata

Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS. Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen uno de los motivos de ingreso más frecuentes en una Unidad de Corta Estancia (UCE). La UCE del Hospital de Guadalajara es la única unidad con este perfil en la provincia y hemos querido conocer la situación en nuestra unidad en concreto, realizando un estudio transversal para conocer la prevalencia de la ITU en nuestra unidad, así como las características microbiológicas de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisaron todos los informes de alta de los 2290 pacientes que ingresaron en nuestra unidad entre Junio de 2006 y Marzo 2009. Se recogieron los datos

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

microbiológicos precisos para el estudio, en todos los pacientes con diagnóstico de ITU, incluso aunque ingresaran por otro motivo.

RESULTADOS. De los 296 casos se recogieron urocultivo en 246 casos (83%) y hemocultivo en 142 (48%) casos. En 112 pacientes (38%) el urocultivo resultó estéril, mientras que en 128 muestras (43%) se aislaron gérmenes en número de colonias suficientes para confirmar el diagnóstico. De tal manera que en el 13% creció un E. Coli sensible, en el 6.9% creció un E. Coli resistente a amoxicilina, en el 4% de los casos creció un E. Coli resistente a amoxicilina-clavulánico, en el 4% de los casos creció E. Coli resistente a amoxicilina y septrim, en el 2% de los casos creció un streptococo, en el 1% de los casos creció un E. Coli resistente a amoxicilina y quinolonas o una Pseudomona. Respecto a los hemocultivos en 125 pacientes (42%) no creció nada, mientras que en 16 casos (11.3%) se aisló algún microorganismo. En la mayoría de los HC positivos creció un E. Coli con diferentes patrones de resistencia (10 casos, 62%), repartiéndose el resto entre Staphylococo Aureus, Klebsiella y Streptococo. 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. Podemos concluir que el urocultivo es fundamental para el diagnóstico etiológico de la infección y que el hemocultivo es más útil solicitarlo en aquellos pacientes en los que además de presentar clínica de bacteriemia tienen antecedentes de infecciones urinarias de repetición. Coincidimos con la literatura en la mayor prevalencia del E. Coli respecto a la etiología pero tenemos menos resistencias.

A-25 ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN DE ORINA EN MEDICINA INTERNA

P. Del Valle Loarte, E. Labrada González, B. García Martín, C. Blas Carracedo, G. Delgado Cárdenas, M. Joya Seijo, C. Vicente Martín, J. Jusdado Ruiz-Capillas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

OBJETIVOS. Conocer los patógenos más frecuentes aislados en pacientes ingresados por infecciones urinarias en el Servicio de Medicina Interna y su perfil de resistencias.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna entre el 6 de octubre de 2008 y el 31 de enero del 2009 con el diagnóstico principal de ITU. Se analizaron los microorganismos más frecuentemente aislados, sus resistencias y los factores predisponentes (portador de sonda, ingreso en los 15 días previos, uso de antibiótico en el mes previo, manipulación urológica los últimos 15 días e institucionalizados en residencia).

RESULTADOS. Se incluyeron 52 pacientes. La mediana edad fue 76,77 años (Q1: 54,60 Q3: 85,42). El 17,3% provenía de residencia y el 23,1% portadores de sonda vesical permanente. Se recogió urocultivo(UC) a 43 (82,7%), sólo en 29 (67,4%) antes de iniciar el antibiótico y hemocultivo(HC) a 43 (82,7%), sólo en 29 (67,4%) antes de iniciar el antibiótico. Se identificó el germen en 31 casos (59.6%), 26 casos UC positivo, 15 HC positivo. E. Coli se aisló en 23 casos 74,5%, Klebsiella 3(9.65), Pseudomonas 2 y Enterococo, Proteus sp., y Citrobacter freundii 1 caso. En cuanto a resistencias de E. Coli encontradas en UC y HC respectivamente: frente a Amoxicilina 60% y 75%, Amoxicilina-Clavulánico 25% y 50%, Ciprofloxacino 25% y 41,7%, Cefotaxima 10% y 16,7%, Gentamicina 5% y 16,7%, Ácido nalidixico 30% y 33,3% y Trimetoprim-sulfametoxazol 20% y 50%.



DISCUSIÓN. Nuestra serie presenta una etiología habitual. Sin embargo, es destacable el elevado índice de resistencias del E. coli que alcanza el 10% de los antibióticos analizados excepto la gentamicina. Esto puede explicarse porque al tratarse de pacientes que ingresan en planta queden excluidas la gran mayoría de PNA no complicadas. Además, nuestro servicio incluye una unidad de C. Paliativos que puede hacer que nuestra población no sea extrapolable. Por otro lado, dado que las muestras microbiológica no se extraen siempre al inicio, puede existir un sesgo de realización de más pruebas al enfermo grave, no respondedor o con más factores de riesgo. El tamaño de la muestra no permite realizar análisis por grupos.

CONCLUSIONES. La tasa de resistencia de E. Coli entre estos pacientes desaconseja el uso empírico de quinolonas y amoxicilina-clavulánico. Hay que vigilar la tasa de resistencias e identificar los factores de riesgo que permitan ajustar el tratamiento empírico. En nuestra institución es recomendable el uso empírico de cefalosporinas de 3ª generación con/sin aminoglucósidos.

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01 ÍLEO BILIAR: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

C. Rodríguez Leal¹, M. González Anglada¹, J. Rueda Orgaz², L. Serra Bellver³,
M. Barxias Martín¹, M. Aguado Lobo¹, B. Comeche Fernández¹, V. Castilla Castellano¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
³Servicio de Radiodiagnóstico. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

OBJETIVOS. Introducción. La patología biliar es un problema prevalente en la población anciana, sin embargo su presentación como íleo biliar es rara. Objetivos. Describir las características clínicas, hallazgos radiológicos, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de íleo biliar en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA).

MATERIAL Y MÉTODOS. Recogida de los casos de íleo biliar diagnosticados en el HUFA mediante la revisión de las historias en los últimos nueve meses (junio 2008 – marzo 2009) de los pacientes ingresados en Medicina Interna y Cirugía General; y que precisaron técnicas de diagnóstico por imagen por sospecha de complicación de patología biliar.

RESULTADOS. Tres pacientes (dos mujeres y un varón) fueron diagnosticados de íleo biliar, con edades 54, 75 y 85 años. Dos presentaban antecedentes personales de patología biliar (colecistitis aguda y cólico biliar), uno ingresó por pancreatitis litiasica y los otros dos con diagnóstico de íleo biliar. Todos ellos presentaron clínica compatible con obstrucción intestinal. El diagnóstico fue preoperatorio en los 3 casos mediante tomografía computerizada, en dos de ellos la ecografía abdominal fue de ayuda. En ninguno se identificó la triada clásica de Rigler en la placa simple de abdomen (aerobilia, cálculo ectópico e íleo). El cálculo estaba enclavado en íleon distal en dos casos y en uno en tercera porción duodenal (síndrome de Bouveret). La fístula bilioentérica fue identificada sólo en uno de los casos, situándose en la segunda porción duodenal. En cuanto al manejo, en todos los casos fue quirúrgico: en dos pacientes se realizó enterotomía con extracción del cálculo, en el otro bastó con laparotomía exploradora y extracción transanal. No hubo mortalidad peri ni postquirúrgica. En cuanto a la comorbilidad general, presentaban un índice de Charlson ajustado a la edad de 3, 4 y 5. Un paciente presentó complicación biliar (fístula biliar). En ningún caso se realizó colecistectomía diferida por el escaso tiempo de seguimiento en un paciente (14 días) y las dificultades técnicas para su realización en los otros dos (extensos cambios fibrosos en el lecho biliar por colecistitis crónica), junto a la comorbilidad.

DISCUSIÓN. La patología biliar es un problema prevalente. Aunque el íleo biliar es una entidad rara (4% de los íleos); debe ser tenido en cuenta en la población anciana ante un abdomen agudo, ya

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

que representa el 25% de los íleos. El íleo biliar se presenta cuando migra un cálculo biliar desde la vesícula hasta la luz intestinal a través de una fístula bilioentérica; generalmente tras colelitiasis de larga evolución. Debe sospecharse en pacientes que ingresan por patología biliar y no presentan evolución adecuada. El TAC es el método diagnóstico habitual. El tratamiento es quirúrgico con extracción del cálculo. La colecistectomía se suele realizar en un segundo tiempo por conllevar menor mortalidad.

EA-02 NÓDULOS PULMONARES Y ADENOPATÍAS EN UNA MUJER DE 84 AÑOS

P. García Mas¹, E. Balibrea Sancha², M. Rodríguez Martín¹, V. Martínez Díaz¹,
Y. Martí Soler¹, A. Navarro Martínez¹, G. Gálvez Hernández¹, Á. Fernández Fúnez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Almansa. Albacete

²Área de Atención Primaria de Albacete. Centro de Salud Zona VI. Albacete

OBJETIVOS. Describir un caso clínico en una mujer de 84 años en el que de forma rápida se desarrolla en la paciente aparición de nódulos pulmonares múltiples y adenopatías axilares izquierdas de rápido crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisa un caso clínico y se hace un repaso de la literatura asociada a éste.

RESULTADOS. Se trata de una paciente que 2 meses antes del diagnóstico final inició un cuadro de molestias faríngeas por las que fue valorada por el servicio de ORL observándose una asimetría amigdalar. Tras la obtención de 3 biopsias con resultado negativo, se realizó un TC cérvico torácico que mostró la presencia de múltiples nódulos pulmonares bilaterales. La paciente fue dada de alta y 2 meses después es remitida a nuestra consulta para valoración. En la anamnesis destacaba la presencia de vómitos matutinos de 15 días de evolución, de tipo alimentario. En la exploración física por aparatos lo más llamativo era la presencia de un mazacote adenopático axilar derecho. La paciente ingresa para estudio. Ante los vómitos que presentaban signos de alarma se procedió a la realización de un TC cerebral que mostraba una masa de 3 cm hipercaptante al contraste en el plexo coroideo derecho, confirmada posteriormente por RM. A su vez mostraba un cuadro vertiginoso con los movimientos de difícil tratamiento. Se procedió a completar el estudio de extensión incluyendo mamografías, de hallazgos anodinos, así como a la toma de biopsia de las adenopatías axilares derechas, cuyo resultado final fue el de un linfoma difuso de células grandes B. Se realizó una punción lumbar la cual mostró infiltración por células linfomatosas. Ante este hallazgo se inició tratamiento con QT esquema CHOP incluyendo QT intratecal. En las semanas posteriores se produjo en los controles una desaparición de las lesiones cerebrales así como del cuadro vertiginoso y una disminución del tamaño de las adenopatías.

DISCUSIÓN. El linfoma difuso de células grandes B, entra dentro del grupo de linfomas no Hodgkin de alto grado y agresividad. En nuestro caso, la extensión generalizada ha tenido una rápida evolución, si bien, hay que señalar que el retraso de la derivación de esta paciente puede haber jugado un papel deletéreo en la expresión de la enfermedad en el momento de su diagnóstico, empeorando por tanto el pronóstico de la propia enfermedad y las posibilidades de éxito del tratamiento.

CONCLUSIONES. Ante una alta sospecha de enfermedad neoplásica, deben instaurarse de forma inmediata circuitos de evaluación rápida de los pacientes con el fin de detectar lo más precozmente este tipo de patologías y establecer el tratamiento apropiado con la mayor prontitud.



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

EA-03 DESNUTRICIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Herrero Carrera¹, I. González Negrodo¹, C. Suárez Fernández¹, J. De Ulbarri Pérez²,
A. Mancha Álvarez-Estrada³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nutrición Clínica y Dietética.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

OBJETIVOS. Evaluar el porcentaje de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Princesa que presentan desnutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de una muestra de 7460 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HUP durante el período Enero 2006 a Diciembre 2008. Se realizó un screening informatizado mediante el Sistema de Control Nutricional CONUT, desarrollado por el Servicio de Nutrición del hospital, en aquellos pacientes a los que se les solicitó durante el ingreso al menos un perfil analítico básico. Este programa informatizado y por tanto aplicable a gran parte de la población hospitalizada, clasifica la alerta nutricional en baja, moderada o alta, a partir de una puntuación otorgada en función de los niveles de albúmina, colesterol y linfocitos totales. El sistema asigna de forma automática a cada paciente analizado un rango de alerta de desnutrición. Las puntuaciones entre 0 y 4 pronostican un riesgo nutricional bajo, entre 5 y 8 un riesgo moderado y los pacientes con puntuaciones superiores a 8 se consideran de alto riesgo nutricional.

RESULTADOS. De los 5502 pacientes analizados, el 51,25 % presentaba grado de alerta nutricional bajo o nulo (n: 2820), el 37,96 % un rango intermedio-moderado (n: 2089) y el 10,77 % de los pacientes tenían un alto grado de alerta nutricional (n: 593).

DISCUSIÓN. La desnutrición hospitalaria afecta al 30-55 % de los pacientes ingresados, incrementando significativamente el tiempo de estancia media, la tasa de mortalidad y el consumo de recursos sanitarios. Las características de los pacientes que ingresan en Medicina Interna hacen que nos encontremos ante una elevada prevalencia de población desnutrida o en riesgo de desnutrición. Se necesitan herramientas para identificar estos sujetos e intervenir sobre ellos de manera precoz evitando así las complicaciones derivadas de su estado nutricional.

CONCLUSIONES. El porcentaje de pacientes ingresados en Medicina Interna que presentan un riesgo nutricional de moderado o alto riesgo se sitúa cerca del 50 %.

EA-04 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS RECLUTADA EN 36 HOSPITALES DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND

J. Medina Asensio¹, J. Machín Lázaro², B. Pinilla³, F. Medrano Ortega⁴

¹Servicio de Medicina Interna. UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid

²Servicio de Medicina Interna -UAPP. Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Conocer las características clínicas y asistenciales de los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y de dispersión) de características demográficas, clínicas, funcionales, mentales, y sociofamiliares de los PPP incluidos con el paquete SPSS 16.0.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

RESULTADOS. Fueron incluidos 1632 PPP (75% tras alta hospitalaria, 17.5% desde consultas externas y 7.2% desde Hospitalización Domiciliaria). La edad media era 77.9±9.8 años y un 53% eran varones. El 93% residían en su domicilio y el 6.5% estaban institucionalizados. Solo el 4.8% permanecían en activo. Requerían de un cuidador un 52% y un 72% de ellos lo tenía. La media de categorías de inclusión (Cat) fue 2.7±0.8 (el 49.5% presentaba 3 o más). Las categorías de inclusión más frecuentes fueron: enfermedades cardiológicas (77.5%), pulmonares (45.6%), neurológicas (38.2%), nefrológicas/autoinmunes (32.2%), neoplasias/anemias crónicas (25.6%), arteriopatía periférica/diabetes con neuropatía (25.2%), enfermedades osteoarticulares degenerativas (16.6%), y finalmente las hepatopatías (6.9%). Cada paciente tenía una media de 4.5±2.7 comorbilidades, siendo las más frecuentes HTA (71.7%), arritmias (36.9%), dislipemia (29%), DM sin repercusión visceral (29.3%), síndrome depresivo (11%), HBP (10.4%), y osteoporosis (7%). 188 PPP (11.5%) presentaban una neoplasia activa concomitante (el 37.2% en fase metastásica). La mediana del I. de Charlson y del I. de Charlson ajustado por edad fue 4 (rango intercuartil [RIC]=2) y 6.3 (RIC=2.4), respectivamente. En cuanto a la clase funcional el 47.6% de los PPP con ICC presentaba disnea ≥ 3 de la NYHA, y el 52.4% de los PPP con EPOC, disnea ≥ 3 de la MRC. El 18.6% tenían oxígeno domiciliario, el 12% había presentado delirium en el último ingreso y el 19% más de una caída en año previo. El número de fármacos prescritos de forma crónica era de 8±3. La media de ingresos en el año y 3 meses previos fue 1.9±1.2 y 1±0.9, respectivamente. La puntuación del Barthel Basal 69±31 y en el momento de la inclusión 58±34. El porcentaje de PPP con deterioro funcional (puntuación en E. Barthel <60) fue de 31.5% y 44% de forma basal y en la inclusión respectivamente. La puntuación media en la E. Peiffer 2.94±3.2 (el 43% presentaba ≥ 3 errores).

CONCLUSIONES. Los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron una notable carga de complejidad clínica (por número de categorías de inclusión y otras comorbilidades asociadas), de vulnerabilidad (por número de hospitalizaciones, caídas, prevalencia de delirium y deterioro cognitivo), y de dependencia-discapacidad (por la elevada prevalencia de pérdida de actividades básicas). Por todo ello, para su correcto manejo probablemente requieran de un abordaje específico y diferente de otras poblaciones que contemple todas estas áreas.

EA-05 OBESIDAD E HIPOALBUMINEMIA: ¿COEXISTEN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE NUESTROS HOSPITALES?

B. Pinilla¹, J. Machín Lázaro², J. Medina Asensio³, F. Medrano Ortega⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

²Servicio de Medicina Interna -UAPP. Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)

³Servicio de Medicina Interna -UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Analizar las características nutricionales de los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

MATERIAL Y MÉTODOS. MÉTODOS: Estudio transversal entre febrero 2007 y junio 2008 de PPP (según la definición vigente desde 2007) procedentes de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías. Análisis descriptivo de valores de IMC, y variables analíticas básicas (porcentajes, valores centrales y de dispersión), y inferencial uni- y multivariante (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados al sobrepeso-obesidad (IMC>24.9), bajo peso (IMC<18.5), hipoalbuminemia (<3.5g/dL), y la doble malnutrición (definida por la concomitancia de sobrepeso-obesidad+hipoalbuminemia).



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

RESULTADOS. Fueron incluidos 1632 PPP (53% varones con edad media de 77.9±9.8 años). La mediana del IMC fue 27.24 (rango intercuartil [RIC]=7). Por categorías de la OMS 2.2% presentaba bajo peso, 27.3% peso normal y 70.5% obesidad (37.7% grado 1, 27.4% grado 2 y 5.4% grado 3). El sobrepeso-obesidad se asoció positivamente con sexo masculino ($p<.0001$, $OR=1.76[1.34-2.31]$), hipertensión ($p<.0001$, $OR=1.85[1.36-2.5]$), diabetes ($p=.009$, $OR=1.45[1.1-1.91]$), número de fármacos prescritos ($p=.013$, $OR=1.06[1.01-1.1]$), y negativamente con neoplasia activa ($p<.002$, $OR=0.62[0.46-0.83]$), delirium en el último ingreso ($p<.04$, $OR=0.65[0.43-0.97]$), antecedentes de úlcera péptica ($p<.048$, $OR=0.6[0.4-0.99]$), deterioro cognitivo por el I. Pfeiffer ($p<.015$, $OR=0.95[0.9-0.99]$), y mayor nº de ingresos en los últimos 12 meses ($p<.01$, $OR=0.9[0.83-0.97]$). La mediana de albúmina plasmática mediana fue 3.3. Un 60%, 13.2%, y 0.3% de los PPP presentaba valores menores de 3.5, 2.7, y 1.8g/dL, respectivamente. Se asociaron positivamente con la hipoalbuminemia la hepatopatía $p=.011$, $OR=1.95[1.16-3.2]$, las neoplasias activas ($p<.0001$, $OR=1.8[1.3-2.4]$), la necesidad de oxígeno domiciliario ($p=.01$, $OR=1.55[1.1-2.2]$), el delirium en el último ingreso ($p=.008$, $OR=1.85[1.2-2.2]$), haber presentado más de una caída en el último año ($p=.03$, $OR=1.4[1.02-2.02]$), y mayor deterioro funcional para las ABVD en la inclusión ($p<.0001$, $OR=1.025[1.012-1.02]$), y negativamente el número de fármacos prescritos ($p<.044$, $OR=0.95[0.91-0.99]$). Un total de 468 PPP (28.7%) presentaba doble malnutrición. Las variables asociadas a la presencia concomitante de obesidad e hipoalbuminemia fueron el sexo masculino ($p=.005$, $OR=1.4[1.1-1.8]$), las neoplasias activas ($p=.009$, $OR=1.44[1.1-1.9]$), la necesidad de oxígeno domiciliario ($p=.001$, $OR=1.7[1.25-2.3]$), y haber presentado más de una caída en el año previo ($p=.005$, $OR=1.5[1.1-2]$).

CONCLUSIONES. Más de las dos terceras partes de los PPP presentan diversos grados de obesidad y más del 60% tenía hipoalbuminemia. Ambas situaciones están presentes concomitantemente en algo más de la cuarta parte de los mismos.

EA-06 FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND

F. Medrano Ortega¹, B. Pinilla², J. Machín Lázaro³, J. Medina Asensio⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

³Servicio de Medicina Interna -UAPP. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

⁴Servicio de Medicina Interna -UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS. Conocer el estado funcional de los pacientes pluripatológicos (PPP) para el desarrollo de actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria y las variables asociadas a su deterioro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal entre febrero 2007 y junio 2008 de PPP (según la definición vigente desde 2007) procedentes de 36 hospitales españoles. Análisis descriptivo de su estado funcional mediante los índices de Barthel (IB) y de Lawton-Brody (ILB), e inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al deterioro funcional (definido por IB<60 para ABVD y por ILB<8 en mujeres/<5 en hombres para AIVD).

RESULTADOS. Se incluyeron 1632 PPP, 53% varones, con edad media 77.9±9.8 años. La media del IB basal fue 69±31 y en el momento de inclusión 58±34 (31.5% y 44% presentaban deterioro funcional basal y en la inclusión, respectivamente). Las dimensiones con mayor nivel de dependencia basal fueron subir-bajar escaleras (66% de los PPP con algún nivel de dependencia), seguida del baño (52.5%), deambular (51%), vestirse (50.8%), trasladarse cama-silla (46.2%), uso del retrete (37.6%), micción (36.5%), deposición (28.5%), arreglarse (26%), y por último la

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

alimentación (25%). Se asociaron de forma independiente con el deterioro funcional basal para las ABVD las enfermedades osteoarticulares degenerativas ($p < .0001$; $OR = 3.8[2.5-5.6]$), las neurológicas ($p < .0001$; $OR = 2.2[1.5-3]$), la necesidad de oxígeno domiciliario ($p < .0001$; $OR = 2.1[1.5-3.1]$), el número de errores en el cuestionario Pfeiffer ($p < .0001$; $OR = 1.17[1.11-1.24]$), una mayor comorbilidad por el Charlson ($p < .0001$; $OR = 1.2[1.11-1.29]$), el riesgo sociofamiliar por el I. Gijón ($p < .0001$; $OR = 1.1[1.05-1.16]$), el sexo femenino ($p < .01$; $OR = 1.5[1.08-2.04]$), y las edades más avanzadas ($p < .01$; $OR = 1.02[1.005-1.04]$). La media del ILB basal y en la inclusión fue 2 en mujeres y 3 en hombres (87% de mujeres y 64.5% de hombres presentaban deterioro funcional basal y 91% y 70.5% en la inclusión, respectivamente). Las dimensiones con mayor nivel de dependencia basal fueron hacer compras (75% de los PPP con algún nivel de dependencia), preparación de la comida (73.5%), cuidado de la casa (70%), responsabilidad con respecto a la medicación (50%), manejo de asuntos económicos (45%), uso de medios de transporte (40.4%), uso del teléfono (21.3%), y lavado de ropa (18.3%). Se asociaron de forma independiente con el deterioro funcional basal para las AIVD el sexo femenino ($p < .0001$; $OR = 5.8[3.9-8.6]$), las edad más avanzada ($p < .0001$; $OR = 1.04[1.02-1.05]$), el riesgo sociofamiliar por el I. Gijón ($p < .0001$; $OR = 1.2[1.11-1.26]$), el número de errores en el cuestionario Pfeiffer ($p = .001$; $OR = 1.14[1.06-1.2]$), la mayor comorbilidad por el Charlson ($p < .005$; $OR = 1.13[1.04-1.2]$), las enfermedades osteoarticulares degenerativas ($p = .008$; $OR = 2.9[1.3-6.5]$), la necesidad de oxígeno domiciliario ($p = .0001$; $OR = 1.73[1.1-2.7]$), y haberse caído en más de una ocasión en los 12 meses previos ($p = .016$; $OR = 1.9[1.13-3.2]$).

CONCLUSIONES. En torno a una tercera parte de los PPP presenta deterioro funcional basal significativo para las ABVD y más de las dos terceras partes para las AIVD. Las ABVD más afectadas fueron las motrices, seguidas de las vegetativas y las AIVD las relacionadas con el autoabastecimiento y cuidado de la casa. La edad, el sexo femenino, las enfermedades osteoarticulares, la carga de comorbilidad, la fragilidad social y el deterioro cognitivo se asociaron a deterioro conjunto de ABVD y AIVD.

EA-08 PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DELIRIUM EN UNA POBLACIÓN MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J. Machín Lázaro¹, J. Medina Asensio², B. Pinilla³, F. Medrano Ortega⁴

¹Servicio de Medicina Interna-UAPP. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

²Servicio de Medicina Interna -UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Analizar la prevalencia de delirium durante el último ingreso hospitalario y los factores asociados al mismo en una población de pacientes pluripatológicos (PPP).

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal en el que se incluyeron entre Febrero 2007 y Junio 2008 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 autonomías. Análisis de la prevalencia de delirium (según la definición del Confusion Assessment Method) en el último ingreso, e inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al mismo, con el paquete SPSS 16.0, considerando como dintel de significación estadística una $p < .05$.

RESULTADOS. Se incluyeron 1632 PPP, 53% varones, con edad media 77.9 ± 9.8 años. El 75% se incluyó al alta hospitalaria, el 17.5% en consultas y el 7.2% desde hospitalización domiciliaria. La prevalencia de delirium en el último ingreso fue del 11% ($n = 198$). Un 54% eran mujeres, la edad media era 79 ± 9 años, la media de categorías de inclusión 2.8 ± 0.8 , y de otras comorbilidades



2.9±1.8. El I. Barthel basal era 47.5±35 puntos, y la comorbilidad asociada por el índice de Charlson de 4±2 puntos, con diagnóstico previo de demencia en el 50% de los casos. Las variables asociadas de forma independiente con el delirium fueron el sexo femenino ($p=.038$, $OR=1.6$ [1.025-2.48]), la mayor dependencia para las actividades instrumentales por el I. de Lawton-Brody ($p=.041$, $OR=1.16$ [1.34-2.48]), el diagnóstico previo de demencia ($p=.017$, $OR=1.95$ [1.12-3.4]), una mayor carga de comorbilidad por el I. Charlson ($p=.028$, $OR=1.11$ [1.011-1.22]), un índice de masa corporal menor ($p=.037$, $OR=1.04$ [1.002-1.08]), y la presencia de hipoalbuminemia (niveles inferiores a 3.5g/dL) ($p=.025$, $OR=1.7$ [1.07-2.8]).

CONCLUSIONES. Uno de cada diez PPP incluidos presentó delirium en el último ingreso, lo cual es un indicador de la fragilidad de esta población. Las variables asociadas al mismo fueron el sexo femenino, la carga de comorbilidad y el diagnóstico previo de demencia, el deterioro funcional basal, y la malnutrición (bajo IMC e hipoalbuminemia).

Gestión Clínica (G)

G-04 MODELO DE BASE DE DATOS PARA UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

P. González, C. Núñez-Fernández, A. Iñurrieta, R. Sanz, G. Sotres, J. Castillo, Á. Molino, J. Marco

Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid

OBJETIVOS. Por tratarse de un Servicio muy disgregado, la Medicina Interna de nuestro hospital tenía dificultades para dar respuesta a la demanda de inter-consulta de otras especialidades. Se creó hace tres años una Unidad Monográfica que centralizara todas estas inter-consultas que los especialistas hicieran a los internistas. Como método de evaluación y seguimiento de la actividad de la Unidad, se diseñó una base de datos local que incluía datos demográficos, administrativos y clínicos de los pacientes atendidos. El objetivo de esta base de datos, alimentada por los propios médicos es doble: por una parte permite elaborar informes administrativos útiles a la hora de pactar objetivos o solicitar mejoras en las reuniones con los estamentos directivos. Por otro lado nos permite realizar trabajos de investigación y nos proporciona información directa y permanentemente actualizada sobre la actividad que realizamos.

MATERIAL Y MÉTODOS. La base de datos consta de datos administrativos: nombre y apellidos, número de historia, edad y sexo, fecha de ingreso y alta. Datos que tienen que ver con el episodio: fecha de solicitud de la inter-consulta, médico que la responde, fecha en que la responde, número de visitas, fecha de última visita y días de estancia (algunos de ellos calculados automáticamente por la aplicación informática que fue diseñada por nosotros). Finalmente hay unos datos puramente clínicos: servicio solicitante de la inter-consulta, motivo de ingreso del paciente, causa de petición de la inter-consulta, diagnóstico final, grupo diagnóstico o sistema aparato al que pertenece el diagnóstico final y motivo del alta.

CONCLUSIONES. Estandarizar este tipo de bases de datos puede ser un objetivo de este tipo de unidades de nueva creación ya que permitiría comparar resultados y homogeneizar la forma de trabajo. Mantener una base de datos actualizada es un recurso eficaz en este tipo de unidades no solo con fines investigadores sino como método de mejorar las posibilidades de negociación con los estamentos gestores.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

G-05 ANÁLISIS DE LOS INGRESOS PROCEDENTES DE UCI EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. López, C. Núñez-Fernández, G. Sotres, R. Sanz, C. Granda, P. González, Á. Molino, J. Marco

Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid

OBJETIVOS. Analizar los ingresos procedentes de la UCI en nuestro servicio durante el primer trimestre de 2009 y compararlos con la población general de los pacientes atendidos en Medicina Interna, según el estudio del CMBD de los hospitales españoles en el bienio 2005-2006 (*"Análisis de Dos Años de Actividad de Medicina Interna en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud"*). Raquel Barba, Javier Marco, Juan E. Losa, Jesús Canora, Susana Plaza, Antonio Zapatero. *Rev. Clin. Esp.* 2009 "in press").

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron todos los pacientes trasladados de los tres servicios de Unidad de cuidados Intensivos de nuestro centro en el primer trimestre de 2009. La identificación se realizó mediante el HIS hospitalario. Durante este período se trasladaron dos pacientes desde la planta a la UCI que fueron excluidos del estudio.

RESULTADOS. Se identificaron un total de 12 pacientes (6 hombres, 6 mujeres) con una edad media de 53 años (mediana: 42,4 años). La estancia media en la UCI había sido de 3,8 días (mediana 2 días) con una estancia media en planta de 7 días (mediana: 6,5 días) y una mortalidad de 41,7 % (5 pacientes). La mortalidad precoz (48 horas tras el traslado), fue de 0%. El diagnóstico principal fue infeccioso en 6 casos (50%).

DISCUSIÓN. En comparación con la población general de medicina interna, la edad media de este subgrupo es significativamente más baja (53, vs 70,6) con una distribución equilibrada por sexos al igual que en la población general. La estancia media en planta es claramente inferior (7 vs 10 días) tras 3,8 días en UCI, algo que seguramente explica el alto índice de mortalidad (41,7%), muy por encima del de la globalidad de pacientes ingresados en Medicina Interna (9,9%), una diferencia totalmente esperada por otra parte, dada la procedencia de este subgrupo. Sorprende sin embargo la baja edad media que acompaña a esta elevada tasa de mortalidad, sobre todo si tenemos en cuenta que el 50% de los diagnósticos principales de la serie son infecciosos, una patología potencialmente reversible y curable. Más aún a la vista de que no identificamos ningún caso de mortalidad precoz, lo que indica que ninguno de nuestros pacientes salió de la UCI por ausencia de posibilidades de curación. En nuestra opinión, los resultados del estudio animan a su ampliación para poder obtener conclusiones con mayor peso.

G-06 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN NO ESPAÑOLA ATENDIDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. López, C. Núñez-Fernández, G. Sotres, R. Sanz, C. Granda, P. Ruiz, Á. Molino, J. Marco

Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid

OBJETIVOS. Analizar un subgrupo de pacientes cuyo rasgo distintivo y común es el país de origen diferente al español y su comparación con la población general de los pacientes atendidos en Medicina Interna según el estudio del CMBD de los hospitales españoles en el bienio 2005-2006 (*"Análisis de Dos Años de Actividad de Medicina Interna en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud"*). Raquel Barba, Javier Marco, Juan E. Losa, Jesús Canora, Susana Plaza, Antonio Zapatero. *Rev. Clin. Esp.* 2009 "in press").



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron todos los pacientes ingresados en una parte de las camas de nuestro servicio (una media de 32 camas) en el primer trimestre de 2009 mediante el cruce de las bases del registro de pacientes y el CMBD hospitalario para el período de estudio.

RESULTADOS. Se identificaron un total de 32 pacientes (24 hombres, 8 mujeres) con una edad media de 43,03 años (mediana 40,29 años). La población extranjera ingresada en nuestras camas -32 pacientes de un total de 169 ingresados- durante el período de estudio supone un 18,93% del total. La estancia media fue de 9,55 días en planta (mediana 7 días) sin mortalidad alguna. El diagnóstico más frecuente fue infección, 24 casos (75%). Por orden de frecuencia, las infecciones más frecuentes fueron: respiratoria (18 casos, 56,3%), infección del sistema nervioso (3 casos, 9,4%), infección intra-abdominal (2 casos, 6,3%) e infección urinaria (1 caso, 3,1%). Los 8 casos (25%) restantes corresponden a patología no infecciosa.

DISCUSIÓN. En comparación con la población general de medicina interna, la edad media de este subgrupo significativamente más baja (43,03 vs 70,6) con una clara preponderancia de varones (75%) cuando para este rango de edad, existe una distribución paritaria entre ambos sexos en la población general. Respecto a los diagnósticos principales, el case mix, en nada se parece al del global de pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de la red del Sistema Nacional de Salud donde los primeros puestos están ocupados por los trastornos respiratorios no especificados exceptuando infecciones y el EPOC (GRDs 541 y 88) así como la insuficiencia cardiaca (GRDs 544 y 127). En nuestra serie el predominio es casi total a favor de las infecciones, mayoritariamente respiratorias (muchas de ellas tuberculosas). Por tanto, la población extranjera que ingresa en medicina interna en este muestreo es significativamente más joven, predominantemente masculina, no sujeta a mortalidad y lo hace por infecciones, fundamentalmente respiratorias.

G-07 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CUYA ESTANCIA NO REBASA LOS CINCO DÍAS

P. Ruiz, B. González-Casanova, C. Granda, G. Sotres, V. Sendín,
V. López, Á. Molino, J. Marco

Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid

OBJETIVOS. Analizar un subgrupo de pacientes cuya estancia hospitalaria es claramente inferior a la estancia media del servicio en cuestión y compararla con la población general de los pacientes atendidos en Medicina Interna según el estudio del CMBD de los hospitales españoles en el bienio 2005-2006 (*"Análisis de Dos Años de Actividad de Medicina Interna en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud"*. Raquel Barba, Javier Marco, Juan E. Losa, Jesús Canora, Susana Plaza, Antonio Zapatero. *Rev. Clin. Esp.* 2009 "in press").

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron todos los pacientes ingresados en una parte de las camas de nuestro servicio (una media de 32) en el primer trimestre de 2009, cuya estancia fuese igual o menor a 5 días sin tener en cuenta los días de estancia en el servicio de urgencias. La selección fue realizada mediante el HIS hospitalario.

RESULTADOS. Se identificaron un total de 35 pacientes (18 hombres, 17 mujeres) con una edad media de 66,21 años. La estancia media en planta fue de 3,4 días excluyendo a los pacientes fallecidos (4, 11,4%) con una mortalidad precoz (en las primeras 24 horas de (5,7, 2 casos). Por orden de frecuencia, los diagnósticos principales fueron: infecciosos (34,3%, 12), anemia (11,4%), ETE (7%), hemorragia digestiva (5,7%) y otros (31,4%, 11).

DISCUSIÓN. En comparación con la población general de medicina interna, la edad media de este subgrupo es más baja (66,21 vs 70,6) si bien la distribución por sexos se mantiene. La mortalidad en

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

este muestreo -35 pacientes de un total de 169 pacientes ingresados durante el período de estudio (20,71%) - fue del 11,4%, casi dos puntos por encima de la global de los pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna, un dato que podría estar en relación con la corta estancia de algunos de ellos que mueren en los primeros días de ingreso. Respecto a los diagnósticos principales, el case mix, en nada se parece al del global de pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de la red del Sistema Nacional de Salud donde los primeros puestos están ocupados por los trastornos respiratorios no especificados exceptuando infecciones -EPOC (GRD 541 y 88) y la insuficiencia cardiaca (GRDs 544 y 127)8. Las infecciones, predominantes en nuestro grupo, ocupan en el listado original un puesto bastante secundario.

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01 ENFERMEDAD DE BEHCET: ACEPTAR O NO LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

L. Elmardi, E. Amao Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

OBJETIVOS. Comunicar un caso de enfermedad de Behcet Presentar los nuevos criterios diagnósticos de enfermedad de Behcet.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de una Paciente mujer de 19 años que acude por episodio de úlceras orales, genitales y perianales desde hace dos semanas asociada a fiebre y exantema maculo papulo eritematoso en extremidades inferiores y superiores que comprometía plantas y palmas junto a episodio de rectorragia. En el examen clínico destaca temperatura que oscilaba entre 38 -39, las lesiones eritematosas circulares maculo papulares de 2-3 cm de diámetro no dolorosas en extremidades superiores e inferiores, las úlceras de 1cm de diámetro de lecho blanquecino en cavidad oral, genitales externos y perianales, y la presencia de un cordón venoso palpable a nivel de pierna derecha borde anterior. El test de patergia fue negativo

RESULTADOS. Presentaba elevación de la PCR y el fibrinógeno. Las pruebas para descartar enfermedades autoinmunes fueron negativas con excepción de los anticuerpos antifosfolípido: anticardiolipina Ig M y GPI, a su vez serología para enfermedades infecciosas virales y bacterianas resultando valores elevados de Ig G para coxsackie A y herpes simple 1, los cultivos de sangre y orina fueron negativos. La paciente resulto HLA B51 positivo. La ecografía doppler de miembro inferior derecho evidencio trombosis de vena safena derecha. La gastroscopia y colonoscopia no evidenciaron lesiones y se obtuvo biopsia de ileum siendo esta normal. La paciente recibió tratamiento con corticoides sistémicos y colchicina presentando una evolución favorable de las lesiones así como disminución de los valores de los reactantes de fase aguda. Actualmente la paciente solo ha presentado una recidiva de las úlceras orales.

DISCUSIÓN. La enfermedad de behcet al ser una afección vascular las manifestaciones clínicas son diversas de forma similar al caso clínico presentado. Debido a la diversidad de manifestaciones clínicas y al no haber exploraciones complementarias específicas que ayuden al diagnostico, expertos en el tema han desarrollado una serie de criterios((tabla 1) que inicialmente fueron utilizados para clasificar a los pacientes en los estudios clínicos y actualmente se utilizan como diagnostico los cuales destacan la recidiva como factor importante. Recientemente se han publicado nuevos criterios(tabla 2) los cuales han sido presentados en una reunión de expertos y publicados en un texto de dermatología, los nuevos criterios valoran los hallazgos a nivel genital y ocular y descartan la recidiva como factor importante para el diagnostico sin embargo estos criterios aumentan la sensibilidad pero disminuyen la especificidad. El caso clínico presentado cumple los nuevos criterios diagnósticos.



CONCLUSIONES. Los criterios diagnósticos de la enfermedad de behcet están cambiando La aceptación o no de estos nuevos criterios es un tema pendiente de resolver.

Criterios diagnósticos 2008 (IF-01)

AFTAS ORALES	1
LESIONES CUTANEAS	1
LESIONES VASCULARES	1
PATERGIA	1
LESIONES GENITALES	2
LESIONES OCULARES	2
MAS DE 3 PUNTOS ENFERMEDAD DE BEHCET	

Osteoporosis (O)

O-01 NIVELES VITAMINA D Y PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

R. Cicuéndez Trilla¹, L. Vives Domínguez¹, R. Molina Cano¹, A. Martín Castillo¹,
M. Galindo Andúgar¹, L. González Sánchez², J. Castellanos Monedero¹,
M. Sánchez Ruiz de Gordoia¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Alergología, ³Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS. Determinar los niveles de vitamina D en pacientes mayores de 70 años ingresados en nuestro hospital, y ver si existe relación con su grado de capacidad funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal en el que se seleccionaron los ingresos en especialidades médicas desde el viernes hasta el domingo de un fin de semana elegido al azar. Como criterios de inclusión se incluyeron edad igual o mayor de 70 años y proceder de residencia. Se añadieron en el análisis de rutina niveles de calcio, fósforo y 25-OH-vitamina D (vitD). En las 24 horas siguientes se realizó recogida de datos con antecedentes personales, motivo de ingreso, se aplicó el índice de Katz para realizar la valoración funcional.

RESULTADOS. Se incluyeron 4 pacientes. CASO 1: Varón de 91 años, hipertenso, intervenido de obstrucción intestinal. Katz B. Ingreso por sepsis urinaria. Valores de calcio, vitD y fósforo dentro de la normalidad, aunque albúmina de 2.6 (normal: 3.5-5). CASO 2: Varón de 86 años, fumador, EPOC, diabético, insuficiencia cardíaca, portador marcapasos por BAV 3º grado. Katz G. Ingreso por gastroenteritis aguda con deshidratación. En su análisis destaca hipofosfatemia (en el contexto de lo anterior) y albúmina 2.6. CASO 3: Mujer de 83 años, hipertensa, dislipemia, insuficiencia cardíaca, asma bronquial. Katz A. Ingreso por trombosis venosa profunda en MII con infección respiratoria. Valores de calcio, vitD y fósforo normales. CASO 4: Mujer de 75 años, diabética, nefrectomía por neoplasia renal. Katz C. Ingreso por fibrilación auricular con insuficiencia cardíaca. Presentaba calcio 8.4 (límite bajo) con vitD 11 (11.1-42.9) y fósforo 5.5 (elevado).

DISCUSIÓN. Hubo pocos casos procedentes de residencias. Sólo uno de ellos presentaba un alto grado de dependencia (Katz G). La paciente con alteraciones de laboratorio tenía una causa que lo justificaba (monorrea, probable insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca). En el caso del paciente con peor capacidad funcional, la gastroenteritis asociada justificaba la hipofosfatemia, aunque destacaba la hipoalbuminemia (sospecha de desnutrición asociada).

CONCLUSIONES. Se precisaría un estudio con mayor número de casos.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

O-02 NIVELES VITAMINA D Y CALCIO EN PACIENTES INGRESADOS

P. Alcázar Carmona¹, R. Cicyéndez Trilla¹, M. Galindo Andúgar¹,
M. Sánchez Ruiz de Gordo², L. Vives Domínguez¹, P. Oliva Rodríguez¹,
L. González Sánchez³, F. Martínez Pérez⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia, ³Servicio de Alergología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

⁴Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

OBJETIVOS. Determinar los niveles de vitamina D y calcio en pacientes ingresados en nuestro hospital, y confrontarlo con los antecedentes de osteoporosis o fracturas previas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal en el que se seleccionaron los ingresos en especialidades médicas desde el viernes hasta el domingo de un fin de semana elegido al azar, en los que se había solicitado previamente un análisis ordinario para el lunes siguiente. Se recogieron antecedentes personales en los que se incluía entre otros la presencia de osteoporosis, fracturas previas, el motivo de ingreso y el diagnóstico final. En el análisis de rutina se añadieron niveles de calcio, fósforo y 25-OH-vitamina D (vitD). Se aplicó el índice de Katz para realizar la valoración funcional. Se realizó seguimiento de los pacientes hasta el alta hospitalaria incluyendo diagnóstico y destino al alta.

RESULTADOS. Se recogieron 28 casos, 17 varones y 11 mujeres, con una edad media de 75.64 (mínimo de 46 y máximo de 91). Había 4 pacientes que tenían insuficiencia renal crónica, 4 eran fumadores, 9 recibían previamente tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (6 con omeprazol, 2 pantoprazol, uno lansoprazol). El índice de Katz fue: A en 16 casos (57.1%), B en 5 casos (17.9%), C en un caso, D en un caso, F en dos casos (7.1%) y G en 3 casos (10.7%). Ninguno de ellos estaba diagnosticado de osteoporosis aunque había dos con fracturas previas: una mujer de 79 años con fractura humeral traumática y una mujer de 77 años con fractura de Colles tras caída. De los 28 casos, en dos no se extrajo análisis por fallecimiento en las primeras 48 horas de ingreso (varón de 66 años con sepsis urinaria y mujer de 91 años con síndrome coronario agudo). De los restantes casos, las cifras de análisis fueron: Calcio (corregido según albúmina): media de 8.9 (mínimo 8.1 y máximo 10); 25-OH-VitD: media de 16.65 (mínimo 6 y máximo 27); fósforo: media de 3.5 (mínimo 1.5 y máximo 6.8). Hubo tres pacientes con hipocalcemia, todos con niveles normales de vitamina D y fósforo (excepto un caso con fracaso renal agudo que presentó hiperfosfatemia asociada). Otros dos casos tenían niveles de calcio en el límite bajo (8.4), uno de los cuales era un varón de 77 años con antecedentes de EPOC e IRC ingresado por insuficiencia cardiaca que tenía vitD baja (10) y fósforo 4.5 (límite alto). Hubo además dos casos con calcio normal y déficit vitD, un varón de 73 años EPOC ingresado por reagudización respiratoria que recibió corticoides durante el ingreso, y una mujer de 75 años con nefrectomía por neoplasia renal, que tenía calcio 8.4 con vitD 11 y fósforo 5.5. No hubo pacientes diagnosticados de osteoporosis o con fracturas compatibles.

DISCUSIÓN. No se pudo comparar con osteoporosis o fracturas por la ausencia de casos; tampoco hubo casos que recibieran corticoides antes del ingreso. De los resultados obtenidos resaltar la presencia de pacientes con niveles normales de calcio y disminuidos de vitD (de los cuales algunos recibieron corticoides durante el ingreso y en ocasiones previas), así como 10 pacientes con hipoalbuminemia especialmente entre los pacientes con índice de Katz más favorable (4A, 3B, 1F y 2G).

CONCLUSIONES. Incluso con niveles normales de calcio se observan de forma ocasional déficit de vitD, por lo que en pacientes de alto riesgo es una determinación a considerar.



Riesgo Vascular (RV)

RV-01 INTERVENCIÓN BREVE EN TABAQUISMO EN PERSONAL SANITARIO

R. Molina Cano¹, M. Galindo Andúgar¹, L. Millán Beamud², F. Murcia Gómez²,
A. De Haro González, F. Martínez Pérez, L. González Sánchez, B. Ruiz León⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²DUE, ⁵Servicio de Alergología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

³DUE, ⁴Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

OBJETIVOS. Realizar intervención breve para intentar lograr abandono de tabaquismo entre el personal de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS. Entrevista personalizada voluntaria entre el personal de Enfermería de la Planta de Medicina Interna durante el turno de mañana en un día elegido al azar. Recogida de datos personales, aplicación del test de Fagerström (TF) para evaluar la dependencia y del test de Richmond (TR) para valorar la motivación para dejar de fumar. Consejo sobre tratamiento y/o derivación a la Unidad de Tabaquismo en aquellos que lo deseen.

RESULTADOS. De 6 ATS, 3 eran fumadores; 2 de ellos aceptaron la intervención. CASO 1: mujer de 26 años, sin antecedentes de interés excepto fumadora de 20 cigarrillos/día. Puntuación TF 3 (dependencia débil) y TR 2 (motivación débil). Destacaba un intento previo para dejar de fumar. No deseaba consejo actualmente para dejar de fumar, ni tenía previsto abandonar tabaco en las próximas semanas. CASO 2: varón de 47 años, con cardiopatía isquémica e implantación de cuatro stents hace dos años; fumador de 10 cigarrillos/día. TF 1 (ausencia dependencia), TR 9 (motivación fuerte). 3 intentos previos para dejar de fumar, último tras el síndrome coronario. Aceptó consejo para dejar de fumar, siendo rentable la intervención para lograr que pusiera fecha concreta para hacerlo (en las dos semanas siguientes).

DISCUSIÓN. Las enfermedades cardiovasculares suponen una de las principales causas de morbimortalidad, destacando el tabaco entre los factores de riesgo más importantes. Incluso entre personal sanitario, que debería estar más concienciado sobre el alto riesgo, se aprecia un alto número de fumadores.

CONCLUSIONES. No debemos olvidarnos del personal sanitario al tratar de reducir el impacto del tabaquismo. Las intervenciones breves sobre tabaquismo pueden ser una herramienta muy útil por su brevedad.

RV-02 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN LA DIABETES MELLITUS

F. Martínez Pérez¹, A. De Haro González¹, M. Galindo Andúgar², J. Castellanos Monedero²,
L. González Sánchez³, R. Molina Cano², R. Cicuéndez Trilla¹, P. Alcázar Carmona¹

¹Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Alergología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS. Descripción de complicaciones neurológicas no frecuentes en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus (DM).

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentación de 1 casos clínico y su evolución. Varón de 49 años. Diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 un año antes. Remitido a consulta de M. Interna desde Rehabilitación por pérdida de fuerza en MMII de predominio proximal en los últimos 6 meses, con dificultad para caminar y atrofia cuádriceps. Se realiza análisis (normal, incluyendo estudio

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

autoinmune, excepto Hb A1c 8.2), punción lumbar (normal), TAC toracoabdominal (esteatosis hepática, resto no relevante) y RMN cervicodorsolumbar: nódulos Schmörl, espondiloartritis. EMG: afectación neurógena crónica de extremidades inferiores de intensidad moderada-severa y distribución asimétrica, con predominio proximal izquierdo, registrándose signos de de nervación como expresión de daño axonal agudo. Compatible con amiotrofia neurógena diabética proximal (Sd Burns-Garland). Polineuropatía sensitivo-motora distal de intensidad moderada, de tipo mixto con predominio axonal, con mayor afectación de MMII. Buena evolución en meses sucesivos, con Hb A1c 6.0 y siendo capaz de deambular sin apoyo.

RESULTADOS. Se logró participación activa del paciente, con buen control metabólico, y recuperación neurológica. A los seis meses era capaz de caminar.

DISCUSIÓN. El Sd Burns-Garland es una complicación poco frecuente en la evolución de la diabetes. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica y los hallazgos del EMG, aunque es obligado descartar otras causas de neuropatía. En nuestro caso, la aparición fue a los pocos meses del diagnóstico de la diabetes.

CONCLUSIONES. Se debe intentar alcanzar un control óptimo de la DM desde el diagnóstico para prevenir futuras complicaciones.

RV-03 INTERVENCIÓN BREVE EN TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

L. Rodríguez Rojas¹, P. Alcázar Carmona¹, R. Molina Cano¹, L. González Sánchez²,
B. Ruiz León², E. Moreno Mata², F. Martínez Pérez³, M. Galindo Andúgar¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Alergología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

³Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

OBJETIVOS. Realizar intervención breve para intentar lograr abandono de tabaquismo entre los pacientes ingresados en planta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS. Entrevista personalizada voluntaria entre los pacientes ingresados en Planta de Medicina Interna (incluyendo pacientes ingresados a cargo de otras especialidades) durante un día elegido al azar. Recogida de datos personales, aplicación del test de Fagerström (TF) para evaluar la dependencia y del test de Richmond (TR) para valorar la motivación para dejar de fumar. Consejo sobre tratamiento y/o derivación a la Unidad de Tabaquismo en aquellos que lo deseen.

RESULTADOS. En una Planta de Hospitalización Médica (40 pacientes), 6 eran fumadores activos, 25 no fumadores o exfumadores, y en 9 pacientes no constaba tabaquismo activo (preguntados uno por uno, ninguno era fumador). De los 6 pacientes fumadores, uno fue excluido del estudio (paciente oncológico con mal pronóstico de vida) por recomendación de su médico responsable. CASO 1: varón 61 años, fumador 60 cigarrillos/día, HTA, ingreso por infección respiratoria. TF 7, TR 10. Aceptó dejar de fumar aunque prefirió hacerlo por su cuenta, siendo dado de alta sin fumar. CASO 2: varón 72 años, fumador 4 puros/día, HTA, dislipemia, ingreso por ACVA (segundo episodio). TF 1, TR 9. Aceptó intervención para abandonar tabaquismo y derivación a la Unidad de Tabaquismo (UTab) para reforzar la decisión. CASO 3: varón 69 años, fumador de 20 cigarrillo/día, HTA, dislipemia, ACVA, ingresado por dolor torácico a estudio. TF 4, TR 10. Varios intentos para dejar tabaco sin éxito. Aceptó intervención incluyendo derivación a UTab. CASO 4: varón de 42 años, fumador de 20 cigarrillos/día, DM, HTA, dislipemia, obesidad, SAOS, ingresado por dolor torácico. Varios intentos para abandonar tabaco (unos 8 o 10). TF 6, TR 10. Abandonó tabaquismo durante ingreso y aceptó además derivación a UTab. CASO 5: varón 70 años, fumador 20 cigarrillos/



día, HTA, ingresado por neumonía comunitaria. TF6, TR 10. Nunca se había planteado dejar de fumar hasta el ingreso, aceptando además derivación a UTab.

DISCUSIÓN. Todos los pacientes presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular independiente del tabaquismo (HTA). Los buenos resultados en cuanto al abandono del tabaco se corresponden con una fuerte motivación para dejar de fumar (Test de Richmond 9 o 10). Aceptaron consejo para dejar de fumar 4 de ellos, con derivación a la UTab en 3 casos. Uno de los pacientes prefirió intentarlo por su cuenta. Destacar que los motivos de ingreso fueron problemas respiratorios en 2 casos, y en los otros 3 problemas cardiovasculares (2 con dolor torácico y 1 paciente con ACVA).

CONCLUSIONES. Las enfermedades cardiovasculares suponen una de las principales causas de morbimortalidad, destacando el tabaco entre los factores de riesgo más importantes. El ingreso hospitalario supone casi siempre un abandono "forzoso" del consumo de tabaco, por lo que es un momento especialmente importante para intentar lograr el cese definitivo del mismo. Se debe perseguir el abandono del tabaco en los pacientes fumadores hospitalizados.

RV-04 FENOMENO NON-DIPPER Y PERÍMETRO DE CINTURA AUMENTADO: "UNA PAREJA EN APUROS"

S. Tello Blasco, A. Fernández Santos, R. Fabregate Fuente, M. Fabregate Fuente,
O. Sánchez, J. Saban Ruiz

*Unidad de patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

OBJETIVOS. El fenómeno non dipper y la existencia de un perímetro de cintura aumentado están implicados en el riesgo cardiovascular. Nuestros objetivos con este estudio son: 1. Determinar la prevalencia de la condición non-dipper en nuestra población. 2. Correlacionarlo con la edad, IMC, perímetro de cintura y cociente cintura / cadera. 3. Determinar su correlación con la insulin resistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudiamos una población de N=243 pacientes, con las siguientes características: 50,5% varones, 75,2% hipertensos. Se midió el índice de masa corporal (IMC) (kg/m²), perímetro de cintura (cm) y cociente cintura/cadera (C/C). Monitorización ambulatoria de 24 h de presión arterial (MAPA). Criterio Non-dipper: <10% en TAS y/o TAD. Insulin resistencia: HOMA (homeostasis model assessment). Se realizó el análisis estadístico con los siguientes métodos: t-Student, test de Kolmogorov-Smirnov y Chi-cuadrado.

RESULTADOS. Los resultados del estudio para los grupos de pacientes Non-dipper (grupo A) y dipper (grupo B) fueron: 1. Prevalencia y distribución por sexos: Grupo A: N=142 (58,4%); 33 de 70 (47,1%) varones; Grupo B: N=101; 22 de 49 (44,9%) varones. 2. Comparación grupo A vs B, encontramos diferencias de acuerdo a la edad (62.96±1.37 vs 55.85±2.23; p=0,005), perímetro de cintura (94,61±1,42 vs 89,82 ± 1,57; p=0,030) y cintura/cadera (0,936±0,012 vs 0,885±0,014; p=0,008), pero no en relación a IMC (27,99±0,82 vs 26,42±0,53; ns) ni sexo. 3. EL fenómeno de insulin resistencia (medida por HOMA) fue mas elevada en el grupo non-dipper: 2,83±0,20 vs 2,27±0,17 (p=0,033).

DISCUSIÓN. Como hemos explicado en los objetivos de nuestro estudio, los fenómenos non-dipper unido a un perímetro de cintura elevado son culpables de muchos de nuestros problemas. Pero ¿son fenómenos relacionados? Muchos estudios clínicos muestran cerrada asociación entre un estado non dipper de presión arterial y la presencia de eventos cardiovasculares. En las diferentes guías de práctica clínica de hipertensión, el sobrepeso y la obesidad se consideran como factor de riesgo cardiovascular (FRCV), pero no relacionado con los parámetros de la monitorización de la presión

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

ambulatoria de 24 horas (MAPA). De acuerdo a nuestro análisis estadístico, encontramos que esta asociación en cuanto a la edad, el perímetro de cintura y el cociente cintura/cadera. También destacar la mayor prevalencia de insulin-resistencia dentro de los pacientes de patrón non-dipper.

CONCLUSIONES. 1. La prevalencia de non-dipper en nuestra población fue de 58,4 % (142 / 243). 2. Hubo correlación con la edad, cintura, y cociente cintura/cadera, pero no con IMC ni sexo. 3. Perímetro de cintura tuvo mayor valor que IMC para el patrón non-dipper, no solo en pacientes hipertensos sino también en normotensos. 4. La asociación de patrón non-dipper y circunferencia cintura es una "pareja conflictiva" en los pacientes de alto riesgo cardiovascular.

RV-05 VITAMINAS ANTIOXIDANTES Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN LA MICROCIRCULACIÓN CUTÁNEA

S. Tello Blasco, A. Fernández Santos, M. Fabregate Fuente, R. Fabregate Fuente, O. Sánchez, J. Sabán Ruiz

*Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

OBJETIVOS. El estrés oxidativo está involucrado en la patogénesis de la disfunción endotelial y de la aterosclerosis. Este estudio plantea como principales objetivos: 1. Determinar la prevalencia de alteraciones cutáneas de la vasodilatación dependiente de endotelio. 2. Establecer su correlación con los niveles de vitaminas antioxidantes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha estudiado una población de N=80 pacientes con las siguientes características: edad 31-81 años (61,72±1,35), 49,3% varones, 55 hipertensos. Parámetros antropométricos: IMC (kg/m²) y cintura (centímetros). Niveles de vitaminas C (mg/dl), E (ug/dl) y A (ug/dl): HPLC. Vasodilatación dependiente y no dependiente de endotelio (ED y NED, respectivamente): exploración de la respuesta de la microcirculación cutánea en el antebrazo con láser Doppler (DRT4, MOOR). La medida de la hiperemia reactiva (HR), tras la oclusión transitoria de la circulación del antebrazo, con láser Doppler. Peak-Flow asociado a hiperemia reactiva (PFHR) respecto de la basal (considerado normal cifras >67%, de acuerdo a nuestros propios criterios en los sujetos control, y anormal <67%). Análisis estadístico: t-Student, chi-cuadrado y test de Mann-Whitney y regresión lineal.

RESULTADOS. 1. La prevalencia de alteraciones en la vasodilatación dependiente de endotelio fue de N=21 (16.8%). 2. Hubo correlación estadísticamente significativa con la edad (p=0,047), pero no con el sexo ni con parámetros antropométricos. La respuesta a nitroprusiato fue normal en todos los sujetos. 3. En cuanto a los niveles de las vitaminas antioxidantes: vitamina A (p=0,047), vitamina E (p=0,033), y vitamina C (p=0,09, NS).

DISCUSIÓN. En pequeños estudios clínicos se ha objetivado que las vitaminas C y E pueden mejorar la función endotelial en contraste con los resultados negativos de la mayoría de grandes ensayos clínicos randomizados. Sato y colaboradores, en su artículo a este respecto (Clin Nephrol 2003 Jul; 60(1): 28-34) concluyeron que los suplementos con vitamina C y vitamina E pueden ser beneficiosos en la mejoría de la microcirculación cutánea al reducir el estrés oxidativo. Nuestros resultados también apoyan esta teoría que asocia el estrés oxidativo implicado en la disfunción endotelial y los niveles de vitaminas (si bien únicamente alcanza significación estadística respecto a las vitaminas A y E).

CONCLUSIONES. 1. La prevalencia de disfunción endotelial en la microcirculación cutánea fue de un 21%. 2. La asociación significativa con niveles de vitaminas antioxidantes demuestra que: a) el estrés oxidativo se relaciona con la disfunción endotelial, y lo más importante b) quizás una dieta



saludable podría revertir ambos fenómenos. 3. La actual evidencia no apoya el uso indiscriminado de vitaminas A, C o E o betacarotenos para prevenir o mejorar la enfermedad cardiovascular. Sin embargo, podría existir un beneficio en determinados casos.

RV-09 DIABETES LATENTE AUTOINMUNE DEL ADULTO: TRATAMIENTO CON INSULINA GLARGINA Y RESERVA PANCREÁTICA DE PÉPTIDO C

A. Fernández Santos¹, S. Tello Blasco¹, R. Fabregate Fuente¹, M. Fabregate Fuente¹, J. Haurie Girelli², J. Saban Ruiz

¹Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

²Servicio de Cirugía Vascul. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS. 1. Presentación de un caso clínico como objeto de estudio de la reserva pancreática de péptido C en un paciente con Diabetes tipo LADA. 2. Evaluación en nuestro caso de la influencia del tratamiento: antidiabéticos orales vs insulina glargina.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de un caso clínico en seguimiento en nuestra Unidad a lo largo de un período de dos años. Tipificación de diabetes mellitus: Estudio de inmunología (anticuerpos antiGAD y anti IA2) y de HLA DR-DQ. Valoración de la reserva pancreática de péptido C: Se realizó test basal y a los 6 minutos postglucagón.

RESULTADOS. Varón de 36 años sin antecedentes de interés. Se diagnosticó de LADA hace 2 años y 9 meses a raíz de una analítica rutinaria. El paciente se encontraba en normopeso (Criterios de OMS). Se objetivo una glucemia basal de 178 mg/dl y tras sobrecarga oral de glucosa 370 mg/dl, HBA1C de 7.9 y reserva pancreática-péptido C intacta. Los anticuerpos Anti-GAD fueron positivos (40.6U/ml) e IA2 normales (0.08U/ml). Tras un año con hipoglucemiantes orales (miglitol 50 mg cada 8 horas) y a pesar de estar asintomático y con cifras de glucemia adecuadas (basal: 118mg/dl, posprandial: 140 mg/dl, HBA1C: 6.5%) se inició tratamiento con insulina glargina (10U/24 h), ya que presentaba mínima reserva de péptido C como respuesta a glucagón (0.8 ng/ml basal y 1.5 ng/ml tras 6 minutos). La exploración física fue normal y en la analítica destacamos: glucemia: 125 mg/dl; 6 minutos post-glucagon: 156 mg/dl, LDL: 128, HDL: 58, HbA1c:6,3 %. Anticuerpos: anti-GAD: 13.73 U/ml; anti-IA2: 0.11 U/ml. HLA: DR3 DR15; DR52 DR51; DQ2 DQ6. Resto sin alteraciones. Los resultados de los test (basal y a los 6 minutos postglucagon) se observan en la Tabla 1.

DISCUSIÓN. El interés de nuestro caso radica en la necesidad de profundizar en el estudio de la diabetes latente autoinmune del adulto (LADA), o diabetes tipo 1 de aparición tardía que afecta a alrededor de un 10-30% de diabéticos tipo 2 y disponer del conocimiento de esta patología para un mejor y precoz tratamiento insulínico, que en nuestro caso revela un enlentecimiento en la caída de péptido C pancreático.

CONCLUSIONES. 1. Los inhibidores de la alfa-glucosida podría generar una buena respuesta metabólica en los pacientes con LADA aunque no en términos de funcionalidad de la célula beta. 2. La insulina glargina logra frenar la caída de la reserva pancreática de péptido C.

Test de respuesta a glucagón (RV-09)

	BASAL	6 MINUTOS POSTGLUCAGON
TEST 1 al diagnostico	1.4	2.5
TEST 2 con antidiabéticos orales	0.8	1.5
TEST 3 6 meses con glargina	0.6	1.7
TEST 4 12 meses con glargina	0.7	1.3

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

RV-12 ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN RELACIÓN A LA HbA1c EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

F. Álvarez de Miguel, C. Gómez Cuervo, B. Otero Perpiñá,

A. Moreno Fernández, J. Medina Asensio

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Pluripatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS. Describir los factores de riesgo cardiovascular asociada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el nivel de control de su diabetes a través de la HbA1c al ingresar por un problema no relacionado con su diabetes, durante los años 2007 y 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional. Se revisaron 109 pacientes diabéticos tipo 2 que se le estudió la HbA1c al ingreso durante los años 2007-8. Se evaluaron entre otras variables, la edad y el sexo, la presencia de factores de riesgo clásico, incluyendo la microalbuminuria, y la enfermedad cardiovascular asociada. El análisis estadístico descriptivo para variables cuantitativas se utiliza la media y la desviación estándar y para las variables cualitativas la frecuencia, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

RESULTADOS. Los pacientes tienen una edad media de $71 \pm 12,5$ años, siendo el 46% varones. Presentan un tiempo medio de evolución de su diabetes de $15 \pm 10,2$ años. El 73,3% de los pacientes son hipertensos, 51% presentan dislipemia, 37% obesidad, 25% microalbuminuria y un 13,4% son fumadores activos. Respecto a la presencia de enfermedades asociadas, nos encontramos que un 33,6% han presentado cardiopatía isquémica, un 9,5% enfermedad cerebrovascular y un 49% insuficiencia cardíaca. Existe mayor frecuencia de hipertensión, hipercolesterolemia y microalbuminuria en aquellos pacientes que tienen cardiopatía isquémica frente en los que no ($p < 0,05$) En los paciente con enfermedad cerebrovascular hay mayor frecuencia de dislipemia sin alcanzar la significación estadística. ($p = 0,053$). No hay diferencias significativas en el valor de la hemoglobina glicada entre aquellos pacientes que tienen enfermedad coronaria o cerebrovascular y los que no.

DISCUSIÓN. La población estudiada presenta una edad media elevada, con un largo tiempo de evolución de su enfermedad, lo que se relaciona con un aumento de la comorbilidad y complicaciones asociadas, como se observa en los resultados expuestos. De esta manera, nuestros pacientes presentan mayor frecuencia de hipertensión y dislipemia y de enfermedad coronaria que la población general anciana en nuestro país (estudio EPICARDIAN).

CONCLUSIONES. La mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásico, implica que la enfermedad cardiovascular sea la principal responsable de morbimortalidad en la población diabética.

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO

E. Amao Ruiz, T. Cámara González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

OBJETIVOS. Comunicar un caso de trombosis venosa profunda en un paciente con cirrosis hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se trata de un varón de 64 años con antecedentes de psoriasis, ex fumador y habito alcohólico importante que acude al servicio de urgencias por que desde hace una semana nota aumento de volumen de miembro superior derecho e ictericia de piel y mucosas. En el examen físico presenta las constantes vitales dentro de la normalidad resalta el edema de miembro superior derecha sin eritema y sin dolor, la ictericia de piel y mucosas y las adenopatías cervicales no dolorosas y móviles predominio izquierdo de 1cm de diámetro.



RESULTADOS. Dentro de los exámenes complementarios destacan hemoglobina 15, VCM 100, leucocitos 5800 plaquetas 250000, INR 1.47, fibrinógeno 147, proteína C 22%, proteína S 87% proteínas totales 6.8, albumina de 2.6, bilirrubina total 5, bilirrubina indirecta 4.1, gamma glutamiltranspeptidasa 327, los valores de inmunoglobulinas y inmunoelectroforesis eran normales, la serología para virus VIH, hepatitis B, C, CMV y Epstein barr negativa así como para Toxoplasma; los anticuerpos para enfermedades autoinmune tipo cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune fueron negativos. La radiografía de tórax era normal y se solicitó un TAC cérico toraco abdominal (fig 1 y 2) en donde se describen trombosis de la yugular interna derecha, subclavia derecha y del tronco venoso así como adenopatías menores de 1 centímetro a nivel cervical y torácico de características inespecíficas, hepatopatía crónica y esplenomegalia además signos de hipertensión portal. Se solicitó gastroscopia la cual evidenció varices esofágicas IV/IV y se obtuvieron biopsias de adenopatías cervicales las cuales no tenían alteraciones significativas. En el estudio de PET no se evidencian neoplasias. El paciente recibió tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes y diuréticos. Después de de dos semanas de tratamiento presenta disminución del edema de miembro superior derecho así como de la ictericia. No presento complicaciones.

DISCUSIÓN. Este caso clínico nos demuestra que los pacientes cirróticos a pesar de tener mayor tendencia a la hemorragia no están exentos de episodios de ETV. La incidencia de ETV oscila entre el 0.5 al 0.8%. No se describen casos de trombosis venosa yugular y tronco venoso en los pacientes cirróticos. En este caso descartamos las posibles etiologías asociadas a trombosis yugular, por lo que asociamos el origen de la ETV a la cirrosis. La patogenia de ETV en el paciente cirrótico es debido a un estado de flujo lento venoso como consecuencia de la hipertensión portal, la disfunción endotelial producto de la gran cantidad de sustancias inflamatorias liberadas a este nivel y la hipercoagulabilidad (triada de Virchow). La hipercoagulabilidad en los pacientes cirróticos se debe a la poca producción de sustancias anticoagulantes: proteína C, S, antitrombina III y trombomodulina. Se describe a su vez presencia de anticuerpos antifosfolípido y elevación de homocisteína plasmática. La hipercoagulabilidad actualmente se describe asociada a microtrombosis vascular por lo tanto a progresión de la enfermedad hepática y a elevación de presión venosa portopulmonar. Para el diagnóstico se requiere alto índice de sospecha clínica y las pruebas de imágenes radiológicas, dado que los valores de dímero D son elevados en los pacientes cirróticos debido a la disminución de la depuración no es útil en el diagnóstico. Northup et al. Describe a su vez valores bajos de albuminemia como predictor de ETV en el paciente cirrótico. Recientemente se describe la utilidad del INR hígado en el manejo de los pacientes cirróticos. En cuanto al tratamiento y profilaxis de la ETV en el paciente cirrótico no existen guías de actuación y existen muchas complicaciones en los casos publicados.

CONCLUSIONES. Existe poca literatura sobre ETV y pacientes cirróticos pero la poca información que existe refleja el riesgo de los pacientes cirróticos a presentar ETV. Son necesarios pruebas que reflejen con mayor exactitud la coagulación y hemostasia en pacientes cirróticos así como guías de actuación para el tratamiento y profilaxis de ETV en pacientes cirróticos.

Varios (V)

V-02 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

M. González Rubio, F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, A. Vizuet Calero,
M. Martín Barranco, S. Casallo Blanco, E. Ferreira Pasos, E. Núñez Cuerda

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

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

OBJETIVOS. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), constituye un importante problema de salud pública, dado que tiene una elevada prevalencia en la población global y además tienen una elevada morbimortalidad asociada. Recientemente se ha desarrollado la IV Reunión de EPOC en Málaga y en la misma se ha enfatizado el importante papel de los Servicios de Medicina Interna en el manejo hospitalario de dicha patología, refiriendo que el 11% de los pacientes que ingresaban en Medicina Interna lo hacían por padecer una EPOC. En nuestro hospital existe un servicio de Neumología ampliamente desarrollado, tanto en recursos humanos como materiales, lo que motiva que una amplia mayoría de los pacientes con EPOC sean atendidos en consultas por los citados especialistas. Teniendo en cuenta esta premisa, nos ha parecido interesante analizar la prevalencia de los pacientes con EPOC en la unidad de hospitalización de Medicina Interna de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se estudian 100 altas consecutivas de la unidad de hospitalización del Servicio de Medicina Interna, producidas durante el mes de Enero de 2009. Se analiza el porcentaje de pacientes con diagnóstico principal de EPOC o con diagnóstico secundario, pero que tuviera un papel activo en el ingreso a estudio.

RESULTADOS. Tuvieron un diagnóstico principal o secundario de EPOC un total de 19 pacientes (19%), 14 varones y 5 mujeres, de edades comprendidas entre 72 y 91 años, con una edad media de 81 años. Resulta evidente el predominio de los varones, dado que comprenden el 73% de los ingresados. No tuvieron diagnóstico de EPOC ni principal ni secundario activo un total de 81 pacientes, de edades comprendidas entre 38 y 99 años, con una edad media de 78,9 años. De los 81 enfermos ingresados, 54 eran mujeres y 27 varones, evidenciándose un amplio predominio de mujeres, dado que comprendía más del 66% de los ingresados. En la serie global de pacientes, existía un predominio de mujeres, comprendiendo el 59% de los ingresos. La media de diagnósticos al alta hospitalaria en el grupo de pacientes con EPOC fue de seis.

DISCUSIÓN. En nuestro hospital y pese a existir un servicio de Neumología ampliamente desarrollado, los pacientes con diagnóstico principal o secundario de EPOC, comprenden el 19% del total de los ingresos, por lo tanto porcentajes ampliamente superiores al referido en la IV Reunión de EPOC, recientemente celebrado en Málaga y que recordamos era del 11%. La explicación que encontramos, es que se trataba de pacientes de edades avanzadas y con numerosas comorbilidades, dado el elevado número de diagnósticos consignados al alta hospitalaria, que recordamos eran seis de media en el colectivo de pacientes con EPOC. Otra posible explicación es que dado que todos los días hay un médico internista de guardia y no siempre un neumólogo, algunos ingresos pudieran estar orientados hacia el servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES. Una vez más se comprueba el importante papel que los servicios de Medicina Interna desarrollan en el manejo hospitalario de los pacientes con EPOC. El 19% de los enfermos ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro centro, tienen el diagnóstico principal o secundario de EPOC. Se trata de pacientes de edad muy avanzada y con numerosas patologías asociadas, lo que dificulta el tratamiento hospitalario, incrementa el número de complicaciones y de efectos secundarios derivados de los tratamientos empleados.

V-03 **MEDICINA INTERNA Y EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR**

M. Galindo Andúgar¹, R. Molina Cano¹, L. González Sánchez², E. Moreno Matá²,
I. Morales Palpán¹, M. Casero Cano¹, V. Muñoz Ramón⁴, M. Jiménez Jiménez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Alergología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

³Servicio de Urgencias, ⁴DUE. Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

OBJETIVOS. Una de las ventajas de Medicina Interna (MI) es la valoración global de los problemas clínicos de los pacientes. Dicha posición facilita también la interacción con las distintas especialidades. Presentamos dos casos con lesiones cutáneas similares, con orientación diagnóstica inicial diferente, en las que se consultó con MI lo que facilitó la coordinación y el diagnóstico final.

MATERIAL Y MÉTODOS. CASO 1. Varón de 74 años. Ingresado 24 días en Traumatología por sospecha de infección de prótesis rodilla, en tratamiento antibiótico. Avisan al Internista de guardia (una internista y un alergólogo) por aparición de lesiones vesiculoampollosas, confluentes, inicialmente en rodilla que se generalizan en 24 horas. Sospecha inicial: pustulosis generalizada, realizándose artrocentesis diagnóstica y confirmándose la salida de material purulento, y programándose cirugía de retirada de prótesis y drenaje. CASO 2: Mujer de 27 años. Acude a Urgencias del H. Tomelloso por lesiones vesiculoampollosas con fondo eritematoso de bordes bien delimitados en dorso de pie de pocas horas de evolución, sin fiebre. Ante la extensa afectación local se comenta con MI recomendando derivación a H. Alcázar para valoración por Cirugía, quedando ingresada a su cargo con la sospecha inicial de celulitis e iniciándose cobertura antibiótica. En el seguimiento posterior se aprecian lesiones similares en pie contralateral, con empeoramiento marcado de las vesículas y despegamiento cutáneo, por lo que se comentó con Alergología, diagnosticándose de dermatitis de contacto por alergia al cuero.

RESULTADOS. Aunque en ambos casos las lesiones eran muy similares, en el segundo caso faltaban los factores de riesgo que apoyaran un origen infeccioso. Sin embargo se trasladó de hospital ante la extensión de las lesiones y la ausencia de Cirugía en H. Tomelloso. La extensión contralateral de las lesiones motivó que desde MI (interconsultor) se contactara con Alergología, lo que facilitó el diagnóstico.

DISCUSIÓN. Medicina Interna tiene un papel protagonista hoy día por su visión global. Además, es importante que la valoración sea precoz especialmente en casos como Alergología, ya que ver las lesiones in situ nos servirá no sólo para orientar el cuadro sino también para facilitar su trabajo.

CONCLUSIONES. El servicio de MI no sólo es uno de los más polivalentes del hospital, también está en posición de desarrollar un importante papel en la interrelación de las distintas especialidades.

V-06 CURACIÓN DE ÚLCERAS PERIANALES EN COLITIS ÚLCEROSA GRAVE

L. Fernández-Clemente Martín-Orozco¹, M. Galindo Andúgar¹, I. Muñoz Martínez-Santos², A. Alcañiz Mesas², C. Naranjo Gallego², M. Del Fresno Gallego², D. Pinós Guzmán², D. González Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro.

²Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

²DUE. Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real

OBJETIVOS. Mostrar la eficacia de un dispositivo para facilitar la cura de las úlceras perianales asociadas a Enfermedad Inflamatoria Intestinal en brotes graves.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se muestra la evolución de las úlceras perianales asociadas a un caso de Colitis Ulcerosa grave sobreinfectada por CMV en una mujer de 81 años, que permaneció ingresada durante 121 días. Recibió tratamiento con corticoides (prednisona 1 mg/kg/día inicialmente), antibioterapia con ciprofloxacino y metronidazol, posteriormente ganciclovir durante 21 días, plasmaféresis (7 sesiones en total), finalmente azatioprina en dosis creciente hasta alcanzar 150 mg/día, y soporte nutricional (inicialmente parenteral y después enteral). La paciente sufrió una notable desnutrición y un encamamiento prolongado, lo que unido a la gravedad del brote desencadenó la aparición de úlceras perianales y glúteas confluyentes de difícil manejo,

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

inicialmente tratadas de forma convencional (povidona yodada, vaselina, pasta Lassar, nitrofuril, centella asiática...). Dada la dificultad de controlar el brote y la mala evolución de las úlceras se utilizó un dispositivo de recogida de heces llamado Flexi-Seal cuyo objetivo fue evitar el contacto de estas con las zonas ulceradas y su recogida en una bolsa colectora.

RESULTADOS. Tras la colocación del dispositivo se apreció una rápida mejoría (una semana) de las úlceras, manteniendo el tratamiento inmunosupresor y tópico previo.

DISCUSIÓN. A pesar del tratamiento médico intensivo no se consiguió control de las úlceras hasta la utilización de este dispositivo, por lo que creemos interesante su uso en pacientes con complicaciones similares.

CONCLUSIONES. En pacientes afectos de enfermedades con incontinencia fecal este sistema de control puede ser una opción terapéutica eficaz para mejorar la evolución de úlceras locales asociadas al efecto irritante de las heces.

V-07 BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZADA INDUCIDA POR AMIODARONA

M. Fernández-Ruiz¹, J. Vila-Santos¹, V. Villena-Garrido², J. Guerra-Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS. La toxicidad pulmonar asociada al tratamiento con amiodarona comprende un amplio espectro de entidades (neumonitis intersticial crónica, daño alveolar difuso o neumonitis por hipersensibilidad). El desarrollo de bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) constituye una complicación infrecuente, aunque documentada, de la administración de dicho fármaco. Presentamos dos nuevos ejemplos de esta entidad, sometidos a diferentes estrategias terapéuticas (actitud expectante tras la retirada del fármaco presumiblemente implicado, y corticoterapia prolongada), y discutimos sus implicaciones clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS. En los dos casos aportados existió confirmación histológica del diagnóstico de BONO basado en biopsia transbronquial (BTB) por fibrobroncoscopia. Ambos pacientes fueron estudiados mediante tomografía computarizada (TC) torácica. El estudio microbiológico fue negativo, y fueron excluidas otras posibles etiologías. Realizamos una revisión de la literatura relacionada con esta asociación.

RESULTADOS. Caso 1. Mujer de 88 años que consulta por disnea progresiva de una semana de evolución, tos no productiva y febrícula. Entre sus antecedentes personales figuraba el diagnóstico de fibrilación auricular (FA) paroxística 3 años antes, en tratamiento con amiodarona (dosis acumulativa superior a 250 g). A la exploración destacaba la auscultación de crepitanes gruesos en ambas bases pulmonares. El estudio analítico reveló leucocitosis, insuficiencia respiratoria y elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de tórax mostró infiltrados alveolares bilaterales de distribución perihiliar. La ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico empírico motivó la realización de una TC, que informó de opacidades parcheadas de condensación alveolar, distribución universal y localización central. El estudio histológico fue compatible con BONO. La edad de la paciente y su estabilidad clínica motivaron la adopción de una actitud expectante, con suspensión de la amiodarona y sin inicio de corticoterapia. Dos meses después, continuaba asintomática desde un punto de vista respiratorio, con resolución del infiltrado radiológico y normalización de los reactantes de fase aguda. Caso 2. Varón de 64 años, ex-fumador de 3 paquetes/día, con antecedentes de carcinoma colorectal en remisión y FA permanente en tratamiento con dicumarínicos y amiodarona (200 mg/24 h durante 5 días a la semana) desde hacía varios años. Ingresó para la resección de un carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. A lo largo de las semanas previas venía refiriendo disnea



progresiva, tos seca y fiebre, sin mejoría tras antibioterapia ambulatoria. A la exploración física presentaba crepitantes gruesos bilaterales dispersos. El estudio analítico evidenció insuficiencia respiratoria, con normalidad en el resto de determinaciones. En la radiografía de tórax se objetivaron extensos infiltrados nodulares de distribución bilateral, hallazgo confirmado mediante TC torácica. El estudio histológico fue compatible con BONO. Tras suspender la amiodarona, se inició tratamiento esteroideo (prednisona, 1 mg/Kg/24 h) en pauta descendente. El paciente presentó progresiva mejoría clínica; tres meses después permanecía asintomático desde un punto de vista respiratorio.

DISCUSIÓN. El tratamiento prolongado con amiodarona constituye una etiología infrecuente de BONO, cuya incidencia parece condicionada por la dosis acumulativa total del fármaco en mayor medida que por su dosis diaria. Su pronóstico es favorable en términos generales tras la retirada del fármaco y el inicio de tratamiento esteroideo prolongado. Las frecuentes recidivas de esta entidad obligan, por otra parte, a un estrecho seguimiento clínico.

CONCLUSIONES. Nuestra experiencia demuestra que, bajo determinadas circunstancias (estabilidad clínica y respiratoria), y a la vista de la elevada morbilidad asociada al tratamiento esteroideo prolongado en un anciano frágil, es factible una actitud expectante en el manejo de la BONO inducida por amiodarona, basado en la suspensión del fármaco y seguimiento posterior.

V-08 PRESENCIA SIMULTÁNEA DE MACROCREATINCINASA TIPO I Y TIPO II EN EL MISMO PAJIENTE: ESTUDIO DE 2 CASOS

R. Labra González¹, A. Alguacil Muñoz¹, G. Muñoz Njcolás¹, L. Rodelgo Jiménez², A. García Claver², R. Ramos Corral², R. Rubio Díaz¹, T. Njñez G3mez-3lvarez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

²Servicio de Bioquímica. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

OBJETIVOS. Las macroenzimas son complejos formados por la uniónde enzimas con proteínas plasmáticas que presentan mayor peso molecular y vida media que su correspondiente enzima, causando falsa elevación. Las Macrocreatincinasas (Macro-CK) son las macroenzimas mas frecuentes, posiblemente por su solicitud para descartar cardiopatía isquémica. La movilidad electroforética es diferente a las isoenzimas de la CK (CK-BB, CK-MM, CK-MB y CK-mitocondrial). Se conocen 2 tipos de Macro-CK: Tipo I (Isoenzimas de la CK unido a Inmunoglobulinas) y tipo II (CK mitocondrial polimérica.). Hasta ahora, que nosotros conozcamos, no se han descrito los dos tipos de MacroCK en el mismo paciente. Presentamos 2 casos con ambos tipos de Macro-CK

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo, retrospectivo de las historias clínicas de 2 pacientes a los cuales se les realizó determinaciones de CK y CK-MB (Técnica de inmunoinhibición) y se identificaron las isoenzimas de CK y macro-CK mediante electroforesis en gel de agarosa.

RESULTADOS. Caso 1) Mujer de 66 años con antecedentes de Hepatopatía crónica VHC con episodios de descompensación hidr3pica en Tº con espirolactona. Ingresa por síncope 2río a ritmo nodal con insuficiencia renal e hiperpotasemia. Bioquímica: Glu 96 mg/dl, Na 134 mEq/l, K 7 mEq/l, Cl 107 mEq/l, Cr 2 mg/dl, Tr I: 0.1 ng/ml, CK 58 U/l CK-MB 85 (relación CK-MB/CK 147%). Electroforesis gel de agarosa(CK-BB 25.8%; CK-MB 19,8%, Macro- CK I 30.7%; Macro-CK II 23,7%); BilT 1.5 mg/dl, GOT 68 U/l, GPT 56 U/l, GGT 95 U/l, FA 67 U/l, LDH 434 U/l. Eco abdominal: Datos de hepatopatía crónica. Hipertensión portal. Esplenomegalia. Caso2) Mujer de 90 años sin antecedentes de interés que ingresa por deterioro funcional. Bioquímica: Glu 83 mg/dl, U 125 mg/dl Cr 2.2 mg/dl, Na 142mEq/l, K 5,1 mEq/l, Cl 105 mEq/l CK 353, CK-MB 702. Relación CK-MB/CK 198.8 %). Electroforesis gel de agarosa: (CK-BB 9%, CK-MB 9.5%; MacroCK- I 73% MacroCK- II 8.3%); BilT 3,2 mg/dl GOT 55 U/l, GPT 26 U/l GGT 85 U/l, FA 380 U/l LDH 848 U/l, CEA: 116.4 ng/

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

ml, Ca19-9 574 U/ml. Rx de Tórax: Cardiomegalia derrame pleural bilateral. Eco abdominal: Líquido ascítico. Hígado con LOES mal definidas sospechosas de infiltración metastásica.

DISCUSIÓN. La MacroCK como causa de elevación de CK se conoce desde 1979. La prevalencia en la población general es baja, siendo del 0.9-1.2 % para la MacroCK tipo I y del 0.5-2.6% para la macro-CK tipo II. La presencia de ambos tipos de MacroCK en el mismo paciente es por tanto excepcional. Reseñamos la existencia de insuficiencia renal en ambos casos que pudiera contribuir a su presencia al ser macromoléculas de más lento aclaramiento renal. Destacar que, al igual que en el caso 1, la CK puede ser normal y sólo sospechar su existencia si existe una relación CK-MB/CK mayor del 25%. Esto se debe a la técnica de inmunoinhibición (anticuerpos anti CK-M) empleada de forma rutinaria por ser rápida, sencilla y económica pero no inhibe la actividad sérica de la Macro-CK. Aunque la importancia de la MacroCK deriva de posibles errores diagnósticos, en nuestros casos existía patología importante en ambos, de una hepatopatía crónica HVC en el caso 1, donde la Macro-CK predominante fue la tipo II, y de afectación probablemente neoplásica con metástasis hepáticas en el caso 2, donde la Macro-CK tipo I fue la predominante.

CONCLUSIONES. 1) La MacroCK debe sospecharse, si la relación CK-MB /CK es elevada, aunque la CK sea normal 2) La insuficiencia renal podría contribuir a su presencia 3) La existencia simultánea de ambos tipos de MacroCK puede asociarse a patología relevante con afectación hepática.

V-09 DESCRIPCIÓN DEL USO DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMATÍES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Joya Seijo, C. Sobrino Calzada, E. Escobar Martín, P. Del Valle Loarte, C. Vicente Martín, C. Blas Carracedo, E. Labrada González, J. Jusdado Ruiz Capillas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

OBJETIVOS. Conocer el perfil de los enfermos transfundidos, si las transfusiones realizadas se ajustaron a las indicaciones de la guías clínicas, si el número de bolsas fue el adecuado y si se firmó el consentimiento informado.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas. Se incluyeron los pacientes a los que se transfundió, al menos 1 concentrado de hematíes, en el Servicio de Medicina Interna durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2007 y 2008. Los enfermos fueron localizados a partir del Registro de transfusión del Banco de Sangre. Se recogieron las siguientes variables para su análisis: grupo de edad, sexo, patología concomitante, anemia aguda/crónica (si existía descompensación o no), cirugía previa o posterior, sangrado activo y niveles medios de Hb, número de bolsas de sangre transfundidas, adecuación de la indicación, y cumplimentación correcta del consentimiento informado. Se utilizó la guía de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) del 2006 como referencia para las indicaciones y el número de bolsas necesarios. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

RESULTADOS. Se revisaron 70 historias, descartándose 22 (20 habían sido transfundidos en otros Servicios y 2 habían recibido transfusión de plaquetas). Se incluyeron 48 casos, de los que el 39,6% eran mayores de 85 años y el 72,9% mayores de 65. El 50 % tenían anemia crónica y el 50 % anemia aguda. Presentaban sangrado activo un 43,8 %. El 95,83% de los casos tenían, al menos 1 patología concomitante, con esta distribución: 56,25% neoplasia, 39,58% ICC, 33,3% neumopatía, 31,25% DM, 18,75% cardiopatía isquémica y 10,41% enfermedad arterial periférica. Estaban descompensados un 70%. Cirugía pre o post transfusional un 7%. La media de hemoglobina en el momento de la transfusión era de 7,5 g/dl con una desviación estándar de 1,18 y la mediana 7,6. La mediana de bolsas transfundidas fueron 2 con un P25= 2 y P75= 3.75. En el 93,6 % de los



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

casos la transfusión cumplía los criterios de indicación de las guías. En el 23,4% de los casos se transfundieron más bolsas de las indicadas. Se firmó el consentimiento informado en un 37,5% de los casos

DISCUSIÓN. La naturaleza retrospectiva de nuestro estudio hace inevitable la pérdida de información e impide la valoración de las circunstancias en que se toma la decisión de trasfunder. Así mismo, la guías actuales de la SETS dejan un amplio rango de Hb en el que la transfusión queda a criterio médico, por lo que resulta difícil encontrar casos no indicados. Sin embargo, la cantidad de bolsas trasfundidas si debería decidirse en función de la cifra de Hb a alcanzar sin sobrepasar los límites establecidos para indicar la transfusión. Es aquí donde encontramos la mayor discordancia con las guías. Por otro lado, es llamativo el bajo porcentaje de pacientes en los que pudo recuperarse el CI, lo que puede deberse a un problema de manejo de la documentación o a la escasa conciencia de su necesidad.

CONCLUSIONES. Los pacientes transfundidos en M. Interna son de edad muy avanzada y presentan comorbilidades en un elevado porcentaje de casos lo que obliga a modificar el dintel de Hb para indicar la transfusión. Aunque la práctica totalidad de las indicaciones cumplían los criterios de las guías, se debería ser más estricto con la cantidad de sangre que se utiliza. Dados los riesgos potenciales del uso de hemoderivados debemos ser más escrupulosos en el uso del CI.

V-10 RABDOMIOLISIS TRAS SPINNIG

A. Martínez-Alcaraz¹, E. Val Pérez², J. El Mardi³, E. Belinchón de Diego⁴,
M. J. Hervás Laguna⁴, M. Ruiz-Ribó⁴

¹Residente Medicina Familia y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna, ³Residente Medicina Interna, ⁴Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

OBJETIVOS. Analizar la incidencia de Rabdomiolisis tras esfuerzo diagnosticadas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se han recopilado todos los casos diagnosticados de Rabdomiolisis en nuestro hospital, analizando los casos cuya etiología fue el esfuerzo, en un periodo de 7 meses, desde Agosto 08 a febrero 09. Se han estudiado 12 casos de Rabdomiolisis en ese periodo de 7 meses, de los cuales el esfuerzo apareció como etiología en 3 de ellos, lo que supone un 25% de todos los casos. Llama la atención la menor edad de aparición en casos, en comparación con la edad media de otras etiologías.

RESULTADOS. SINTOMATOLOGÍA: Mialgias, debilidad muscular y edemas musculares. Coloración oscura de la orina que sugiere mioglobinuria si >1000mg/l (lisis 200g músculo aprox.) Pico1er día, a veces pasa desapercibido BIOQUÍMICA CPK Pico concentración 24-36h. Mioglobinuria si CPK >5 veces normal (1000 UI/l) Moderada >7000UI/l Grave >16000UI/l Mortalidad aumenta si CPK >75000UI/l TRATAMIENTO 1.- Estudio etiológico 2.-Prevención IRA Tratamiento hipovolemia: Infusión precoz gran volumen, diuresis >3ml/kg Tratamiento mioglobinuria: Alcalinización orina y diuresis voluminosa Diuresis forzada: Diuréticos de asa (NO furosemida) y manitol 3.-Tratamiento Trastornos metabólicos: Hiperpotasemia, Discalcemia, Hiperfosfatemia

DISCUSIÓN. Hemos recopilado tres casos de rabdomiolisis que tenían en común el sobreesfuerzo por la practica de este deporte. Suponen el 25% de todos los casos de rabdomiolisis diagnosticados en este Hospital en los últimos 7 meses. Todos los pacientes acudieron con un cuadro de mioglobinuria, dolor en MMII, y febrícula. Sin otra sintomatología. Hemogramas normales, Exploración física normal, ECG normal. En todos los casos el tratamiento se realizó con hidratación precoz abundante

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

iv, alcalinización de la orina y analgésicos. La evolución fue favorable en los 3 casos. Ninguno de los pacientes desarrolló IRA.

CONCLUSIONES. Se ha visto un aumento de incidencia en pacientes jóvenes sedentarios que se inician en el esfuerzo. La hipovolemia interviene en la acidificación de la orina y agravamiento de la insuficiencia renal. La optimización de la reposición vascular es fundamental para la prevención de la IRA. La hiperpotasemia puede ser intensa y producirse incluso en ausencia de insuficiencia renal. El síndrome compartimental es frecuente y participa en cuadros graves de secuestro líquido. En ocasiones se requiere realizar aponeurotomías de descarga.

V-11 HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO Y GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN "SUPERSCAN METABÓLICO" EN UN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

M. Sancho Zamora¹, J. Bachiller Corral², M. Rioja Martín³

¹Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, ²Servicio de Reumatología, ³Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

OBJETIVOS. La mayoría de los cánceres que metastatizan a hueso suelen producir lesiones líticas. Sin embargo, el de próstata lo hace con lesiones predominantemente blásticas. En ocasiones, la existencia de metástasis óseas (MO) generalizadas hace que el radiofármaco se deposite de forma difusa dando una imagen de reacción osteogénica generalizada sin que se visualicen las siluetas renales (patrón "superscan"). En relación a la existencia de estas MO, varios autores han descrito el desarrollo de hiperparatiroidismo secundario (HPT2) que ocurriría como respuesta a la hipocalcemia resultante de la mayor incorporación de calcio plasmático a la matriz ósea en las MO. Presentamos un caso de HPT2 hipocalcémico en un paciente con cáncer de próstata y MO diseminadas con gammagrafía ósea en patrón "superscan metabólico". Revisamos la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS. Descripción del caso. Revisión de la literatura mediante búsqueda en el IME y Medline con las palabras clave: hipocalcemia, HPT2, cáncer de próstata y MO.

RESULTADOS. Varón, 82 a. diagnosticado de ca. de próstata (10/2006), tratado con bloqueo hormonal. MO conocidas desde 4/2007. Ante la progresión y descartadas otras opciones entró en programa de cuidados paliativos (5/2007). AP: EPOC grado II; aplastamiento vertebral. Ingresó en el hospital (9/2007) por agudización de EPOC y se solicitó nuestra intervención para gestión de continuidad de cuidados. Se realizó la valoración sintomática habitual. Debido a la existencia de una gammagrafía ósea previa informada de posible afectación ósea de origen metabólico ("patrón superscan metabólico") se repitió dicha prueba, se realizó una TAC y analítica. Gammagrafía MDP-Tc99 de cuerpo completo: Imagen de aumento difuso de reacción osteogénica, homogénea, tanto en esqueleto axial como apendicular (patrón "superscan") más sugestivo de origen metabólico que metastático. TAC body: Múltiples imágenes esclerosas, de distribución heterogénea y predominio en pelvis y huesos largos, en relación con afectación metastásica ósea. Analítica: Cr: 1,49 mg/dl; Ca: 8,2 mg/dl (8,7-10,3); (corregido: 8,5 mg/dl); Prot. tot.: 6,6 g/dl (6,4-8,3); FA: 730 (53-128); AST: 21 (4-50); ALT: 19 (5-40); LDH: 225 (140-240); PSA: 94,768 (0-4); PTH intacta: 137, 4 pg/ml (12-60); 25 OH D3: 16,9 ng/ml (19,1-57,6); 1,25 OH D3: 85 pg/ml (19-48).

DISCUSIÓN. La gammagrafía ratificó el diagnóstico previo y la analítica confirmó el HPT2 hipocalcémico. Se descartaron otras posibles causas de hipocalcemia, (insuf. renal, déficit vit D, S. del hueso hambriento, S. de lisis tumoral). Revisamos la literatura y encontramos que se trata de una alteración frecuente (incidencia 10 a 57% en pacientes con cáncer de próstata y MO) aunque infradiagnosticada. El S^o de M. Nuclear de nuestro centro confirmó que el patrón de captación del



paciente corresponde con el habitual en el HPT2. Esto apoyaría nuestra hipótesis de que el HPT2 ocasionado por la hipocalcemia mantenida que se produce por la incorporación a las MO sería el responsable de ese tipo de captación uniforme y difusa de tipo "metabólico", aunque las MO no se distribuyan así en el esqueleto. Encontramos también que, recientemente, algunos autores apuntan que la elevación de la PTH pueda servir como factor pronóstico, e incluso que el tratamiento con dosis elevadas de calcitriol parece mejorar sintomáticamente y normaliza los niveles de PTH y calcio. En este paciente no pudimos comprobarlo porque, a pesar de iniciar dicho tratamiento, falleció a las pocas semanas de un proceso respiratorio.

CONCLUSIONES. El HPT2 es una alteración metabólica frecuente del cáncer de próstata metastásico descrita en la literatura, pero infradiagnosticado. La existencia de un patrón gammagráfico óseo "superscan de tipo metabólico" debería hacernos pensar en dicha posibilidad. El tratamiento con dosis altas de vit D parece mejorar los síntomas. Hay estudios en marcha que intentan demostrar valor pronóstico de los niveles séricos de PTH en estos pacientes.

V-12 HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA EN UNA MUJER DE MEDIANA EDAD

P. García Mas¹, E. Bálbrea Sancha², V. Martí Soler¹, V. Martínez Díaz¹,
M. Rodríguez Martín¹, A. Navarro Martínez¹, G. Gálvez Hernández¹, Á. Fernández Fúnez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Almansa. Albacete

²Área de Atención Primaria de Albacete. Centro de Salud Zona VI. Albacete

OBJETIVOS. El objetivo de esta comunicación es la presentación de un caso de hipertensión portal no cirrótica en una paciente de mediana edad por una patología poco usual, que se desarrolla a lo largo de un seguimiento de siete años por una patología que en principio no hacía pensar que pudiera condicionar el desarrollo de ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisa la historia clínica de la paciente de forma retrospectiva hasta la actualidad y se procede a una revisión de la literatura más relevante.

RESULTADOS. En el último año y medio del seguimiento de la paciente, comienza a mostrar hallazgos en las pruebas de la función hepática compatibles con un patrón colestásico. Tras proceder a un estudio bioquímico, inmunitario, serológico y de imagen, se procedió a la realización de una biopsia hepática, que no sin dificultades para la identificación de la patología a nivel histológico, dio el diagnóstico de la causa de la hipertensión portal.

DISCUSIÓN. La hipertensión portal no cirrótica puede tener diversos orígenes, tanto por el nivel de afectación, extra o intra hepático, como por las entidades etiológicas que lo ocasionan. En el caso de nuestra paciente, se trata de una entidad poco frecuente, que generalmente está asociada a un amplio abanico patologías sistémicas. La patogenia de la alteración hepática en nuestro caso, es muy poco conocida, si bien se han postulado dos grandes corrientes teóricas que podrían explicar la génesis de esta anomalía.

CONCLUSIONES. La hipertensión portal no cirrótica es una entidad que en general, requiere de amplios estudios que permitan conocer su origen, teniendo la biopsia hepática un papel fundamental. Por otro lado, debe prestarse atención a las patologías subyacentes que pueden condicionarla, debiendo realizarse una adecuada vigilancia y despistaje de éstas.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

V-13 UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL EN LA ERA TAC/RMN

R. Molina Cano¹, M. Galindo Andúgar¹, L. González Sánchez²,
J. González-Spino³ La San Gil³, J. García Nieto³, L. Pérez Alonso³, J. Venegas Hernández³,
F. Martínez Pérez⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Alergología, ³Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

⁴Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

OBJETIVOS. Reflexionar sobre la utilidad de las pruebas radiológicas convencionales, la información suministrada por las mismas y su utilidad en la toma de decisiones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión de dos casos clínicos en los que la Rx simple de tórax y abdomen proporcionó importantes claves diagnósticas.

RESULTADOS. CASO 1: varón de 85 años, hipertensión arterial, dislipemia. Estreñimiento de 20 días con dolor abdominal asociado en las últimas 24 horas. En Rx abdomen destaca importante dilatación de intestino grueso y delgado con niveles hidroaéreos. Ingresó sin Rx Tórax, que se realiza posteriormente en Planta, objetivando neumoperitoneo y contactando con Cirugía (adenocarcinoma de colon perforado y peritonitis secundaria). CASO 2: varón de 78 años, diabético, EPOC, colecistectomía por coledocolitiasis, ingresado por reagudización respiratoria. Avisan por dolor abdominal agudo; en la exploración destaca abdomen distendido, muy doloroso, con resistencia a la exploración que no permite valorar si peritonismo. Se realiza análisis y Rx abdomen: globo vesical importante. El cuadro cede tras sondaje vesical.

DISCUSIÓN. En el caso 1 se realizaron varias Rx Abdomen, y sin embargo no se hizo Rx tórax (a pesar de que la radiación es mucho menor, siendo 1 Rx Abdomen equivalente en radiación a 50 Rx tórax), con la peculiaridad de que no se incluyeron cúpulas diafragmáticas y no se apreció el neumoperitoneo hasta horas después, demorándose el tratamiento quirúrgico urgente. En el caso 2, la dificultad de la exploración abdominal y la inespecificidad de la clínica (dolor abdominal cólico, no náuseas ni vómitos, diuresis mantenida, última deposición 24 horas antes) motivaron la realización de pruebas complementarias, que dieron el diagnóstico.

CONCLUSIONES. La Rx Tórax y Abdomen siguen siendo pruebas de gran utilidad y con alta rentabilidad diagnóstica, especialmente si se aplican correctamente. Destacar la alta radiación de la Rx abdomen en comparación con la Rx tórax, y llamar la atención sobre su uso y abuso en el momento actual.

V-14 MASA ABDOMINAL QUIÍSTICA GIGANTE

J. Castellanos Monejero¹, M. Galindo Andúgar¹, L. González Sánchez²,
M. Cordero Lozano³, C. López Lafuente³, R. Cicuéndez Trilla¹, A. Escalera Zalvide¹,
M. Franco Huerta¹

¹M. Interna, ²Alergología, ³Radiología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS. El nefroma multiquístico es un tumor renal benigno, con evolución lenta. Presentamos un caso con diagnóstico compatible con gran crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS. Caso clínico: mujer de 82 años que acude a Urgencias por cuadro de gastroenteritis aguda, con intolerancia digestiva de 48 horas evolución. Entre sus antecedentes destaca únicamente diabetes tipo 2 tratada con metformina, obesidad leve y quiste hidatídico diagnosticado hace más de 20 años, sin tratamiento ni seguimiento. EF: buen estado general



excepto deshidratación mucosa. En el análisis destaca creatinina 11, por lo que se solicita eco abdominal urgente: masa quística gigante que ocupa la mayor parte del abdomen sin visualizarse riñón izquierdo. Se plantea opción de diálisis aguda, pero la paciente rechaza no sólo diálisis sino estudio complementario con pruebas invasivas.

RESULTADOS. El diagnóstico diferencial de la lesión incluye quiste hidatídico vs nefroma multiquístico. Se realiza TAC abdomen (sin contraste) en el que destaca formación multiquística gigante, con múltiples tabiques en su interior y calcificaciones, compatible con nefroma multiquístico como primera opción. Revisando la historia, en un TAC abdomen realizado 4 años antes se apreciaba quiste renal izquierdo complejo, lo que apoya el segundo diagnóstico.

DISCUSIÓN. Los tumores son tumores benignos con rara malignización. En nuestro caso la paciente no deseaba completar estudio, y eso motivó que no se realizara seguimiento cuando se apreció el gran crecimiento unido a un fracaso renal agudo multifactorial (desaparición del riñón izquierdo por el quiste gigante junto con fallo prerenal) las opciones terapéuticas fueran mínimas. Probablemente una ecografía abdominal habría sido una prueba inocua, fácil de ser aceptada por la paciente y que habría podido modificar la evolución final, o al menos ofrecer alternativas a la paciente.

CONCLUSIONES. Los quistes renales complejos se benefician de seguimiento evolutivo. Los quistes hidatídicos, aunque son cada vez menos prevalentes en nuestro medio, aún son una entidad a considerar, especialmente en personas de edad avanzada.

V-15 PÉNFIGO VULGAR; IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

M. Sidahí¹, A. Sáenz¹, A. Ruiz¹, M. García², E. Vera², M. Mañas¹, P. Calderón¹, E. Puga¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de dermatología.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

OBJETIVOS. Mujer de 69 años de edad, que consulta en el servicio de urgencias por lesiones ulcerosas intensamente dolorosas en mucosa yugal y en labio inferior, de 40 días de evolución, que interferían en la ingesta, impidiendo la toma de sólidos. Niega toma de medicamentos o infección de herpes previamente. Con el diagnóstico de aftas orales recidivantes se deriva a la consulta de Otorrinolaringología, donde se toma biopsia y se pauta un bolo de corticoides i. M como tratamiento. Ante la persistencia de la clínica y la progresión de los síntomas, consulta nuevamente en urgencias donde se pauta una segunda dosis de corticoide i. M en bolo. Remitida posteriormente a la consulta de Dermatología presenta un cuadro más larvado, tras varias semanas de tratamiento con corticoides. A la exploración física se objetivan lesiones erosivas sangrantes en mucosa yugal y erosiones con costras hemorrágicas en labios, más intensas en labio inferior, muy dolorosas al tacto. Presenta gingivitis leve. En piel, zonas eritematosas en escote y espalda signo de Nikolsky (-). Se palpan adenopatías submaxilares y laterocervicales no patológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Biopsia labial: ligeros fenómenos de acantólisis y vesiculación suprabasal con denso infiltrado inflamatorio del corion de predominio linfoplasmocitario. Compatible con Pénfigo. IF Directa: positiva. IF Indirecta: anticuerpos antisustancia intercelular a un título 1/160. Hemograma: leucocitosis durante el brote. Bioquímica. Hipercolesterolemia. PCR elevada durante el brote agudo. Mantoux: Negativo. Rx de tórax: Cardiomegalia con Aorta torácica prominente. No alteraciones pleuropulmonares. TAC Toraco-abdomino-pélvico: Quiste hepático simple. Resto normal. Autoanticuerpos: ANA (-). Anti- DNA (-). Anti Membrana Basal de Piel (-). Anti Sustancia Intercelular de Piel (+). Glucosa-6-Fosfato-Deshidrogenasa en Eritrocitos: Valores dentro de la normalidad. Proteínograma: normal. Inmunoglobulinas: IgG, IgA e IgM dentro de la normalidad.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

RESULTADOS. La paciente se controla con prednisona 1mg/ kg/d y azatioprina 75 mg/d, pero presenta recaídas en los intentos de disminución de la dosis de corticoides. Desde el diagnóstico ha tenido 4 brotes, en una ocasión con afectación cutánea. En el curso de la enfermedad negativiza los anticuerpos antisustancia intercelular de piel, presentando una relación paradójica con los brotes agudos puesto que disminuyen durante los mismos, probablemente por el tratamiento corticoideo. La evolución ha sido tórpida a pesar del tratamiento oral con prednisona 20 mg / día y azatioprina. Dada dicha evolución se solicita TAC toracoabdominal para descartar pénfigo paraneoplásico, resultando normal. Finalmente se decide añadir al tratamiento alta dosis de inmunoglobulinas intravenosas (2 g/kg por ciclo) presentando la paciente una remisión completa de las lesiones hasta el momento actual, pero manteniendo dosis bajas de prednisona y azatioprina.

DISCUSIÓN. El pénfigo vulgar ha sido una enfermedad mortal hasta la era corticoidea. Su diagnóstico precoz es importante para el inicio pronto de el tratamiento. El diagnóstico diferencial debe hacerse con las siguientes entidades: –Liquen plano erosivo: erosiones en mucosa, muy dolorosas. La histología se caracteriza por infiltrados linfocitarios en banda. –Eritema exudativo multiforme con afectación de mucosa oral: pacientes con antecedente de herpes labial que presenta lesiones erosivas en labio. Cuando existe afectación cutánea aparecen lesiones en diana en el dorso de las manos. La histología presenta una dermatitis de interfase. –Exantema tipo medicamentoso: placas eritemato-violáceas, que se erosionan, redondeadas, y que se relacionan con la ingesta de fármacos, apareciendo las lesiones a las pocas horas de la misma, siempre en la misma localización.

CONCLUSIONES. Tratamiento: En la actualidad los corticoides sistémicos siguen siendo el tratamiento de elección, añadiendo agentes inmunosupresores para ahorrar corticoides. En los casos graves y refractarios como el que se presenta está indicado asociar inmunosupresores como la Azatioprina y la Ciclofosfamida. Se han utilizado Inmunoglobulinas a dosis altas para los casos más severos con buenos resultados.

V-16 UNIDADES DE MEDICINA TROPICAL. UNA NECESIDAD CRECIENTE

E. Martín Echevarría, I. Domínguez López, B. Martínez Lasheras, A. Pereira Juliá, R. Méndez, A. Guerri, M. Torralba, M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS. El auge en los viajes y la inmigración favorece la introducción de enfermedades importadas que originariamente no se encontraban en nuestro país y que requieren un conocimiento y atención adecuados. A continuación hacemos una presentación de la situación actual de la Medicina Tropical y la necesidad de creación de una Unidad de Referencia de Medicina Tropical.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio epidemiológico de la población inmigrante en la provincia de Guadalajara hasta Diciembre del año 2007 mediante la información obtenida de los datos del censo realizado por la Oficina de Extranjería de la Subdelegación de Gobierno de Guadalajara con fecha del 21 de Diciembre de 2007, la información obtenida del Instituto Nacional de Estadística y de la Organización Mundial de Turismo.

RESULTADOS. En la provincia de Guadalajara, hay 24.549 inmigrantes censados. Principalmente se encuentran en los municipios de Guadalajara con 9.373 inmigrantes y en Azuqueca de Henares con 4.498 inmigrantes. También habría que destacar Sigüenza (764), El Casar (739), Alovera (636), Molina de Aragón (587), Mondéjar (557) y Marchamalo (508). Los principales países de procedencia son Rumanía, Marruecos, Ecuador y Colombia. La provincia de Guadalajara, en su conjunto, cuenta con 224.076 habitantes censados, según los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadística en 2007, lo que nos muestra que la población de inmigrantes que se encuentran



censados, suponen el 11% de la población total. Analizando los dos municipios con más población se objetiva que en la capital, Guadalajara, supone un 12% del total y en Azuqueca de Henares alcanza el 16% de la población. Estos datos superan ampliamente la media de extranjeros nacional estimada en un 9%. Estos datos hacen referencia únicamente a la población empadronada, siendo mayor el número al incluir a inmigrantes no regularizados. A su vez, España es en la actualidad el segundo país receptor del mundo, con casi 48 millones de llegadas de turistas anuales. Además, 12-13 millones de españoles viajan al extranjero cada año, de los que unos 950.000 (9%) lo hacen hacia zonas tropicales.

CONCLUSIONES. El importante incremento de población que supone el colectivo inmigrante presentando patologías específicas de su lugar de origen apoya la creación de un dispositivo asistencial específico para este segmento de la población. La creación de una Unidad de Referencia de Medicina Tropical como una respuesta a una necesidad creciente para la atención y el tratamiento adecuado de dicha población es una necesidad en la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha.

V-17 FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD Y REINGRESO EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC

I. García Gutiérrez, J. Torres Macho, M. Sánchez Álvarez, S. Gámez Díez,
G. Latorre Barcenilla, P. Espinosa Lara, G. García de Casasola, R. Barba Martín
Servicio de Urgencias-Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid

OBJETIVOS. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene una alta prevalencia en nuestro entorno y presenta un curso crónico caracterizado por la presencia de exacerbaciones que tienen una importante implicación en la situación funcional y el pronóstico de estos pacientes. El objetivo de este estudio es analizar los posibles factores de riesgo de mortalidad y reingreso asociados a las exacerbaciones que requieren ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional retrospectivo en 72 pacientes consecutivos diagnosticados de EPOC mediante espirometría que fueron ingresados en nuestro centro entre Abril de 2008 y Enero de 2009. Se registraron diferentes variables demográficas y clínicas (edad, sexo, historia de diabetes, hipertensión, tabaquismo, neoplasia, insuficiencia cardiaca, SAOS, ingresos previos por exacerbación, clase funcional de la NYHA, uso de oxígeno, CPAP o BiPAP domiciliaria, VEMS basal, tratamiento habitual, ingreso previo en UCI, colonización por Pseudomona y utilización de antibióticos o esteroides en el mes previo al ingreso) y variables clínicas y analíticas durante el ingreso (duración, signos clínicos, electrocardiográficos o ecocardiográficos de disfunción ventricular derecha, presencia de arritmias auriculares, necesidad de ventilación mecánica no invasiva o ingreso en UCI, gasometría arterial al ingreso y alta, creatinina, leucocitos, proteína C reactiva, sodio y glucemia al ingreso). Seguidamente se registró el periodo libre de ingresos por exacerbación y la mortalidad durante el seguimiento. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 14.1. El análisis univariante se realizó mediante el test de χ^2 o el test exacto de Fisher para las variables discretas y mediante el test T de Student en el caso de las variables continuas. El estudio de los posibles factores de riesgo para reingreso y mortalidad se realizó mediante análisis multivariante por regresión logística.

RESULTADOS. 57 pacientes fueron hombres (79.2%), la media de edad fue de 71.3 ± 9.6 años, el 43.1% utilizaban O2 domiciliario, el 16.7% padecían SAOS y el 17% recibían tratamiento domiciliario con ventilación mecánica no invasiva. El VEMS medio basal fue del $46.1 \pm 16.5\%$. 37 pacientes (51.4%) presentaron algún reingreso por exacerbación. El tiempo medio hasta el reingreso fue de 101.7 ± 84.6 días. 5 pacientes (6.9%) fallecieron por exacerbación durante el seguimiento. Las

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

variables asociadas al reingreso fueron la presencia en la gasometría al ingreso de un $\text{pH} < 7.35$ (81.8 vs 44.6%); $p=0.025$, la existencia de fibrilación auricular (88.9 vs 44.7%); $p=0.017$ y el tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria (71.2 vs 36.6%); $p=0.004$. En el análisis multivariante se confirmó la utilización de oxigenoterapia domiciliaria como factor de riesgo independiente de reingreso (OR: 7.6; IC 95% 2.04-28.4); $p=0.002$. Las variables asociadas a mortalidad por exacerbación en el análisis univariante fueron el antecedente de ingreso en UCI (57 vs 0%); $p=0.0001$, el tratamiento domiciliario con Bi-PAP (25 vs 3.2%); $p=0.013$, la utilización de esteroides en el mes previo al ingreso (20 vs 0%); $p=0.006$ y una duración del ingreso mayor de 10 días (68.5 vs 16.8%); $p=0.011$. No se encontró ningún factor de riesgo independiente de mortalidad en el análisis multivariante.

DISCUSIÓN. Hemos detectado una incidencia baja de mortalidad comparada con estudios previos similares, este hecho probablemente esté en relación con una mejor situación funcional en nuestra población. Hemos encontrado asociación estadística entre variables que reflejan severidad en la enfermedad con el reingreso y la mortalidad aunque no se han confirmado como variables independientes en el análisis multivariante debido probablemente al tamaño muestral.

CONCLUSIONES. La utilización de oxigenoterapia domiciliaria es un factor de riesgo independiente de reingreso tras una exacerbación de EPOC. Son necesarios estudios con un tamaño muestral mayor para confirmar ésta y otras variables como factores de riesgo de mortalidad y reingreso.

V-18 PRESENTACIÓN, INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA DEL SARCOMA PLEOMÓRFICO DE ALTO GRADO (FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO Y RABDOMIOSARCOMA): REVISIÓN DE DIEZ CASOS

M. Vivas del Val¹, E. Núñez Cuerda¹, M. Vázquez Ronda¹, E. Sánchez Díaz², F. Marcos Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora del Prado.

Talavera de la Reina, Toledo

OBJETIVOS. Se presenta una revisión de 10 casos de Sarcomas pleomórficos de alto grado, Fibrohistiocitoma maligno (FHM) y Rabdomyosarcoma pleomórfico (RMSP), recogidos en nuestro centro en un periodo de 6 años, para analizar presentación, incidencia y supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se recogen los casos de sarcoma pleomórfico desde Enero del 2003 a Diciembre del 2008.

RESULTADOS. 10 pacientes (4 mujeres y 6 hombres) fueron diagnosticados en 6 años, 4 con RMSP y 6 con FHM. La edad media fue 67 años (de 3 a 87 años). Localizaciones más comunes: extremidades 5 casos (50%), cabeza y cuello 2 casos (20%), abdomen 2 casos (20%) y tórax 1 caso (10%). Al diagnóstico, 2 (20%) presentaban metástasis. La incidencia fue de 1,28 casos por 100.000 hab./año: en el FHM de 0,76 casos por 100.000 hab./año y en el RMSP 0,51 casos por 100.000 hab./año (para una población de 130.000 habitantes). La supervivencia a los 6 años fue del 20%.

DISCUSIÓN. Los sarcomas son neoplasias de partes blandas raras, muy heterogéneas y de etiología desconocida. Incluyen el FHM y el RMSP. El FHM es uno de los más frecuentes. Es muy agresivo, localizado fundamentalmente en extremidades, aunque puede encontrarse también en retroperitoneo y pulmón. Se presenta a partir de los 45 años y son habituales las metástasis al diagnóstico. El pronóstico es infausto y la supervivencia corta. El RMSP, variante poco común, se presenta a partir de los 45 años, sobre todo en varones. Se origina en músculo esquelético de extremidades (muslo), pared torácica, retroperitoneo y región de cabeza y cuello. Tiene crecimiento rápido y no son infrecuentes las metástasis pulmonares al diagnóstico. Clínicamente es muy agresivo con una supervivencia menor del 20%.



CONCLUSIONES. Se confirma que la incidencia del Sarcoma pleomórfico de alto grado es extremadamente baja. La localización más frecuente fue en extremidades, siendo más común en varones mayores. La supervivencia fue muy escasa a los seis años.

Fibrohistiocitoma maligno (V-18)

	1	2	3	4	5	6
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón
Edad	82	61	85	87	75	69
Localización	Hombro	Muslo	Cuello	Cara	Mama	Muslo
Metástasis al diagnóstico	Sí	No	No	No	No	No
Éxito a los 6 años	Sí	Sí	No seguimiento	No seguimiento	No	Sí

Rabdomiosarcoma (V-18)

	1	2	3	4
Sexo	Mujer	Varón	Varón	Varón
Edad	82	3	78	51
Localización	Hombro	Abdomen	Abdomen	Muslo
Metástasis al diagnóstico	No	No	Sí	No
Éxito a los 6 años	Sí	No	Sí	No seguimiento

V-19 HIPERGLUCEMIA EN URGENCIAS

J. Ortiz Sánchez, R. Martín Díaz, E. Madroñal Cerezo,
J. Canora Lebrato, A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

OBJETIVOS. Describir las características de los pacientes atendidos en urgencias por hiperglucemia y analizar las variables que influyen en el destino final del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes cuyo motivo de consulta en el triage fue hiperglucemia. De los 275 casos registrados, se excluyeron 20 por irse de alta antes de ser atendidos o haber sido mal clasificados. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de diabetes, factores de riesgo cardiovascular, glucemia, creatinina, Na, K, bicarbonato, pH, cetonuria, causa de descompensación, seguimiento habitual de la diabetes, cambio de tratamiento al alta, y destino. Se efectuó análisis estadístico con el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS. De los 255 pacientes registrados el 57.8% fueron mujeres, con una edad media de 62 ± 20 años y el 42.2% fueron hombres, con una edad media de 56 ± 19 años, siendo el 75.8% del total diabéticos tipo 2. El 39.5% de los casos realizaban seguimiento en consultas de Endocrinología. Un 42.2% recibía tratamiento con Insulina, 21.7% con antidiabéticos orales, 15.2% tratamiento combinado y 6.9% medidas higiénico-dietéticas exclusivamente. El factor de riesgo cardiovascular asociado con mayor frecuencia fue HTA (55.8%), seguido de dislipemia (44.5%), hábito tabáquico (25.4%) y obesidad (18.8%). La glucemia media fue $395,79 \pm 201$ (rango 2080-117). Se registraron 12 casos de cetoacidosis diabética. Las principales causas de descompensación fueron: infección urinaria (15.2%), transgresión dietética (14.1%) y debut diabético (11.2%). El resto de las causas fueron transgresión farmacológica (9.7%), tratamiento previo con esteroides (7.9%), infección respiratoria (7.6%), otras infecciones (5.8%), cardiopatía isquémica (0.4%) y otras causas (27.4%). El 8.66% del total de los pacientes tenía más de una causa registrada de descompensación. Una

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

vez atendidos en el servicio de urgencias, el 1.6% ingresó en UCI (en total 4 pacientes, 3 de ellos con cetoacidosis diabética), el 22.3% ingresó en planta, el 9% permaneció en el área de observación y 67.2% fueron dados de alta. Al 43.7% de los pacientes se les realizó cambios en el tratamiento habitual al alta. En el estudio multivariante se encontró que las variables que se relacionaron con la posibilidad de ingresar en el hospital fueron: infección respiratoria (18% de los ingresados), RR 2.4 (IC 95% 1.5-3.9); debut diabético (25%) RR 2.3 (IC 95% 1.5-3.7); ambas con una $p < 0.05$. De los pacientes dados de alta, aquellos cuya causa de descompensación fue transgresión dietética (17.8%) tenían más probabilidad de ser dados de alta, RR 1.2 (IC95% 1.1-1.4). El resto de datos analizados no obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES. 1. Los pacientes con infección respiratoria así como aquellos que presentan debut diabético ingresan con mayor frecuencia. 2. Cuando la transgresión dietética es la causa de la descompensación la probabilidad de que sean dados de alta es mayor. 3. La mayor parte de los pacientes no precisan ingreso. 4. Una cuarta parte de los pacientes que presentan cetoacidosis diabética ingresó en UCI.

V-20 INTOXICACIONES AGUDAS MEDICAMENTOSAS EN EL H. U. FUENLABRADA EN EL PERIODO 2005-2008

R. Martín Díaz, E. Madroñal Cerezo, J. Ortiz Sánchez, S. Gutiérrez Gabriel,
J. Canora Lebrato, A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (1). Fuenlabrada (Madrid)

OBJETIVOS. Describir el perfil de los pacientes con intoxicaciones agudas que acuden al H. U. Fuenlabrada y conocer la frecuencia y tendencia de evolución de uso de tóxicos en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes cuyo motivo de consulta al S. Urgencias del H. U. Fuenlabrada fue "intento autolítico por intoxicación medicamentosa" o "intoxicación medicamentosa accidental". Se excluyeron las ideaciones autolíticas aisladas. Se obtuvieron 977 pacientes. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, psiquiátricas, tóxicos utilizados, destino tras valoración médica y actuación en urgencias. Se realizó estadística descriptiva de las variables y se comparó su interrelación.

RESULTADOS. Las intoxicaciones agudas medicamentosas han supuesto una baja proporción del total de urgencias. El paciente prototipo es una mujer española de 35 años, que acude con mayor frecuencia por la tarde y en primavera, hemodinámicamente estable y cuyo tiempo de estancia se sitúa en 10,17 horas. Suele tener antecedentes psiquiátricos, especialmente trastornos del ánimo y la intoxicación ha sido voluntaria. La frecuencia de intentos autolíticos previos y de poliintoxicaciones se sitúa en torno al 45%. Los fármacos más usados son, con variaciones por sexo, las BZD, seguidas de analgésicos distintos a salicilatos y paracetamol. La mayoría de los pacientes (hasta el 85.5%) son dados de alta, siendo menos los que ingresan, son trasladados a la UVI o fallecen. Más del 75% no reciben antidotos. Los desencadenantes más documentados son los problemas familiares en las mujeres y de pareja en varones. Por años, se ha observado un viraje de la etiología, desde descompensaciones de la propia enfermedad al inicio, pasando por problemas familiares hasta llegar a problemas de pareja. Es de especial interés el aumento constante de los problemas laborales.

CONCLUSIONES. La incidencia de intentos autolíticos medicamentosos se mantiene constante a lo largo de los años, siendo el desencadenante un problema en las relaciones interpersonales en un paciente con antecedentes psiquiátricos y hemodinámicamente estable. Su manejo viene determinado fundamentalmente por su concomitancia psiquiátrica.



V-21 DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA Y COLANGITIS ENTRE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

J. Gómez Garrido, M. Rodríguez Galdeano, I. Marañés Antoñanzas, M. Pérez Pinar, Á. Losa Palacios, P. Fernández Jiménez, I. Tárraga Rodríguez, J. Solís García del Pozo
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo. Área de Atención Especializada de Albacete. Albacete

OBJETIVOS. Describir las diferencias entre pacientes hospitalizados con colecistitis aguda y colangitis en un servicio de Medicina Interna y Cirugía General en un hospital de primer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo y prospectivo de pacientes ingresados durante el año 2008 cuyo diagnóstico principal y/o secundario en el informe de alta fuera colecistitis o colangitis en los servicios de Cirugía/Medicina Interna del Hospital General de Villarrobledo. Se aportaron un total de 50 pacientes desde del archivo de historias clínicas, y se procedió a su lectura a través de la historia digitalizada y el informe de alta. Cuatro historias fueron rechazadas, una por estar el informe bloqueado y tres por tratarse de diagnósticos alternativos. Con la información de cada una de ellas se completó un cuestionario.

RESULTADOS. Los principales resultados se exponen en las tablas 1, 2 y 3.

DISCUSIÓN. En los datos destaca una mayor edad, comorbilidad y complicaciones durante el ingreso en planta de Medicina Interna, lo que probablemente de lugar a un aumento de la estancia. Mayor proporción de ingresados con colangitis en área médica por ser candidata a otros tratamientos no quirúrgicos. Llama la atención el mayor tiempo de tratamiento en pacientes ingresados en Medicina Interna, por contra en nuestro servicio existe menos variabilidad de tratamientos antibióticos.

CONCLUSIONES. En pacientes seleccionados con patología biliar prevalentes el ingreso en planta de Medicina Interna puede ser una alternativa válida. Sería conveniente homogeneizar los tratamientos antibióticos tanto en el tipo como el tiempo de mantenimiento de dichos fármacos.

Características generales (V-21)

	Nº Pacientes	Edad Media años	Varones	Días Ingreso	Índice Charlson	Colecistitis	Colangitis
Medicina Interna	24	77.08	70%	14.17	4.6	15	9
Cirugía	22	64.31	54%	10.95	2.04	21	1

Resultados 1 (V-21)

	Complicaciones Ingresado	Duración TTo Días	TTo Parenteral Días	Cirugía i Ingresado	Cirugía al alta	Reingresos
Medicina Interna	11	15.78	13.34	1	1	6 (25%)
Cirugía	1	11.77	9.81	3	10	5 (22%)

Tipos de Tto parenteral (V-21)

	PZ/ TZB	Cefota Metronidazol	Imipenem	Amoxicina Clavulánico	Cefalotina Gentamicina	Cefuroxima	Gentamicina
Medicina Interna	13	8	3				
Cirugía	10			9	1	1	1

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

V-22 **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANEMIA FERROPÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Sáenz, M. Sidahi, A. Ruiz, L. Porras, J. Yanes, I. Clemente, J. Ros, D. Bellido
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

MATERIAL Y MÉTODOS. Motivo de Consulta: Se trata de una paciente mujer de 33 años que ingresa para estudio de anemia microcítica. Antecedentes Personales: No Alergias Conocidas, no hipertensa, no diabética, no dislipemias. Menopausia precoz (a los 27 años). Tumor de Wilms a los 3 años (nefrectomía + QT + RT). Monorrena. Tratamiento actual: Enalapril 2.5 mg/24 horas. Enfermedad Actual: Anodina. Cuadro de astenia progresiva. Destaca sudoración nocturna y dispepsia con dolor en Hipocondrio izquierdo. Exploración Física: dolor en Flanco Izquierdo. Resto normal.

RESULTADOS. Exploraciones Complementarias: Hematíes. 3,65, Hemoglobina 8, Hematocrito 25,6, Volumen Corpuscular Medio 70, Hemoglobina Corpuscular Media 22, Concentración Hemoglobina Corpuscular Media 31,3, Amplitud Distribución Eritrocitaria 16,9%, Plaquetas 621, Hierro 12, Ferritina 5.

DISCUSIÓN. ACTITUD ANTE ANEMIA FERROPÉNICA. 1.- Confirmar que se trata de anemia ferropénica. 2.- Posibles causas de anemia ferropénica. A.- Disminución de la ingesta de Hierro. B.- Disminución de la absorción o del transporte de Hierro. Malabsorción Resección gástrica Alteración en el transporte C.- Aumento de las necesidades de Hierro. Embarazo/lactancia Infancia/adolescencia D.- Pérdidas por hemorragias Gastrointestinal: varices, úlceras, hernia de hiato, antiinflamatorios no esteroideos, neoplasias, diverticulosis, helmintos. Genitourinario: menstruación, fibromiomas uterinos, neoplasias, hemoglobinuria. Respiratoria: carcinoma, hemosiderosis, infecciones. Otras: hemólisis intravascular, atrapamiento de la sangre en el equipo de diálisis. E.- Flebotomías repetidas: Extracciones frecuentes de sangre para pruebas de laboratorio. Donaciones. Terapéutico (policitemia vera). Síndrome de Lasthénie de Ferjol. F.- Otras: Anemia facticia. Mutación del exon 7 del gen de la transferrina G277S. 3.- Pruebas diagnósticas en la anemia ferropénica: A.- Hemograma (Hb, VCM, HCM, ADE, HCM, Fe, IST, TF, Ferritina, estudio morfológico). B.- Sangre oculta en heces. C.- Gastroscoopia y colonoscopia/enema opaco. D.- Elemental de orina, cistoscopia y pielografía. E.- Estudio Ginecológico. F.-Angiografía intestinal. G.- Estudio de malabsorción. Evolución: se realizan las siguientes pruebas diagnósticas: Gastroscoopia: normal. Colonoscopia: normal. Estudio ginecológico sin hallazgos significativos. Elemental de orina: normal. Tránsito intestinal: normal Sangre oculta en heces y principios inmediatos en heces: normales.

CONCLUSIONES. La paciente es dada de alta en espera de la realización de estudio de cápsula endoscópica, y se ingresa de nuevo con cuadro suboclusivo, siendo intervenida de Urgencia, extirpándosele una masa a nivel de yeyuno con el diagnóstico anatomopatológico de LEIOMIOSARCOMA. En este caso llama la atención la asociación que existe en la bibliografía entre el tumor de WILMS y el LEIOMIOSARCOMA de intestino delgado. En concreto, destaca la asociación que se establece entre la irradiación abdominal como terapia del tumor de Wilms (nuestra paciente fue tratada con Radioterapia)



V-23 COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DE LOS PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M. Novillo-Fertrell Bujalance¹, M. González Anglada², J. Sánchez Montoya¹,
M. Narváez Guallichico¹, C. Santamaría Gutiérrez¹, R. Sánchez Zelaya¹,
M. Delgado Tejada¹, T. Amaguaña Alverca¹

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón (1). Alcorcón (Madrid)

MATERIAL Y MÉTODOS. La aparición de pseudoquistes pancreáticos en el contexto de una pancreatitis no es infrecuente, pero la mayoría de las veces son de pequeño tamaño y asintomáticos. Está indicada la intervención percutánea, transgástrica o quirúrgica cuando el tamaño es mayor de 5 cm o se complican. Las complicaciones aparecen en los pseudoquistes de mayor tamaño y son poco frecuentes: hemorragia, rotura e infección. Presentamos tres complicaciones poco frecuentes de pseudoquistes pancreáticos.

RESULTADOS. Caso 1. Varón de 37 años bebedor de 120 gr de alcohol con antecedentes de 3 ingresos previos por pancreatitis que ingresa por nuevo episodio de dolor abdominal e hiperamilasemia. En el TAC se objetiva páncreas disminuido de tamaño con calcificaciones y pseudoquiste en cola pancreática de 6 cm. Durante su seguimiento el pseudoquiste presenta aumento de tamaño hasta 14 cm, por lo que se solicita drenaje transgástrico, sin embargo el paciente acude a urgencias por dolor intenso en hipocondrio izquierdo, objetivando en el nuevo TAC rotura esplénica por erosión de la arteria esplénica por el pseudoquiste y hemorragia intraquistica. Se realizó embolización esplénica logrando la estabilización del paciente. Posteriormente se intentó de nuevo el drenaje transgástrico pero el endoscopista no pudo visualizar el pseudoquiste, por lo que finalmente se realizó quistoyunostomía quirúrgica evolucionando satisfactoriamente. Caso 2. Varón de 67 años exbebedor importante, intervenido 1 año antes de metástasis ganglionar cervical de carcinoma epidermoide de origen no aclarado con vaciamiento ganglionar, quimioterapia y radioterapia. Ingresó por cuadro de pancreatitis aguda de etiología no aclarada; en el TAC al ingreso no se existía necrosis ni pseudoquistes. En la evolución el paciente presenta intermitentemente dolor abdominal, realizándose nuevo TAC a los 2 meses donde se objetiva pseudoquiste pancreático de 8 cm. Se realiza ecoendoscopia con intento de drenaje transgástrico, pero el paciente presenta espasmo laríngeo durante el procedimiento. Acude a urgencias 3 semanas después por dolor abdominal, en el nuevo TAC se objetiva hemorragia intraquistica, rotura del quiste al peritoneo y hemoperitoneo aunque sin compromiso hemodinámico ni anemia. Se indica tratamiento quirúrgico pero el paciente decide continuarlo en otro centro. Caso 3. Varón de 57 años bebedor de 150 gr alcohol al día que ingresa por tercer episodio de pancreatitis aguda enólica. En el TAC se objetiva pseudoquiste en cabeza pancreática de 4 cm que comprime la vía biliar con dilatación de la vía biliar intrahepática y del cístico. Se trata de forma conservadora con buena evolución y disminución de la compresión de la vía biliar sin aparición de colestasis.

DISCUSIÓN. Los pseudoquistes pancreáticos se forman como colecciones de tejido, fluidos, detritus, enzimas pancreáticas y sangre. Suponen alrededor del 10% de las complicaciones de las pancreatitis y se desarrollan a partir de alteraciones ductales más que por acumulación de líquido peripancreático. La técnica diagnóstica por excelencia es la tomografía computerizada, con una sensibilidad del 90-100%. Un 40% se resuelven espontáneamente. Los pseudoquistes de más de 5 cm que persisten pueden presentar complicaciones: dolor por expansión o presión sobre otra víscera, rotura, hemorragia y absceso. Los pseudoquistes de más de 5 cm que aumentan de tamaño o se complican son los candidatos a drenaje. El drenaje se puede realizar de forma endoscópica, quirúrgica o percutánea, siendo la primera la técnica de elección por su menor invasividad, su importante tasa de éxito (90%) y su baja tasa de recidiva (4%).

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

V-24 PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA A PACIENTES INGRESADOS CON DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO

A. Domínguez Alegría¹, M. Egea Simón¹, I. Barbolla Díaz¹, M. Sancho Zamora²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Equipo de Soporte Cuidados Paliativos. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

OBJETIVOS. El dolor, según numerosos autores, es un síntoma habitual en las enfermedades oncológicas (EO). Suele estar presente durante gran parte de las mismas aunque es más frecuente en etapas avanzadas. La hospitalización de enfermos con estas patologías conlleva, en ocasiones, cambios en el tratamiento analgésico del dolor crónico. Para confirmar estas afirmaciones en nuestro medio y aclarar cuáles son esas modificaciones y si existe relación con el motivo de ingreso realizamos el siguiente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisamos durante dos días consecutivos las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en planta de Medicina Interna. Fueron seleccionados los que tenían diagnosticada alguna EO activa. A partir de sus historias clínicas se registraron: datos de filiación (edad, sexo, tipo de EO), toma de analgésicos previos al ingreso (principio activo, dosis, pauta, vía de admon) y motivo del mismo. Mediante la herramienta informática de prescripción electrónica del Hospital se obtuvieron los mismos datos de la prescripción actual.

RESULTADOS. En el momento del estudio se encontraban ingresados 108 pacientes: 56(52%) mujeres (edad media 64a.(32-81), y 52(48%) hombres (edad media 73a.(45-93). De ellos, 23 (21%), tenían alguna EO activa, siendo 13 (56%), hombres. El tipo de EO se muestra en la tabla 1. Los analgésicos (escalera analgésica de la OMS) utilizados antes y durante el ingreso y su relación con éste se describen en la tabla 2. Los 2 pacientes(100%) que utilizaban opioides de 3º escalón antes del ingreso, lo hacían con presentaciones en forma de liberación transdérmica (50% fentanilo, 50% buprenorfina). En el momento del estudio: 3(75%) en liberación transdérmica (fentanilo) y 1(25%) oral retard (morfina).

DISCUSIÓN. Aproximadamente, el 20% de los pacientes ingresados en Med. Interna tienen una EO activa, y en 4 de cada 10 el ingreso está relacionado con el dolor crónico. En el 65% de los pacientes con EO activa no consta tratamiento analgésico previo, porcentaje que nos parece bajo y nos hace sospechar la posibilidad de que no se haya realizado la anamnesis con especial atención a este punto. Sin embargo, durante el ingreso se administra analgesia al 87%. Este incremento se hace fundamentalmente utilizando fármacos de 1º escalón. Los opioides de 3º escalón prescritos son en forma de liberación retard y la vía de administración preferida es la transdérmica.

CONCLUSIONES. El dolor crónico oncológico está relacionado con el motivo de ingreso de pacientes con EO activa con una frecuencia elevada. En la H. Clínica de dos tercios de los pacientes con EO activa no consta que tomaran analgésicos antes del ingreso. Sin embargo, a la mayoría se le prescribe analgesia de primer escalón de la OMS durante la hospitalización.

Tipo de Enfermedad Oncológica (V-24)

Tipo tumor	Pulmón	Colon-recto	Linfoma	Gástrico	Próstata	Mama	Otros
Varón	2 (15%)	4 (30%)	3 (23%)	0 (0%)	2 (15%)	0 (0%)	2 (15%)
Mujer	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	2 (20%)	0 (0%)	2 (20%)	3 (30%)



Analgesia antes y durante el ingreso (V-24)

Analgesia	Ninguna	1ºEscalón	2ºEscalón	3ºEscalón	Relación	No relac.
	Antes/Actual	Antes/Actual	Antes/Actual	Antes/Actual		
Hombres	10(77%)/3(23%)	2(15%)/6(46%)	1(8%)/1(8%)	0(0%)/3(23%)	6 (46%)	7 (54%)
Mujeres	5(50%)/0(0%)	3(30%)/8(80%)	0(0%)/1(10%)	2(20%)/1(10%)	4 (40%)	6 (60%)
Total	15(65%)/3(13%)	5(22%)/14(61%)	1(4%)/2(9%)	2(9%)/4(17%)	10(43%)	13(57%)

V-25 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL EN EL AÑO 2008

A. Ruiz, M. Sidahi, A. Sáez, J. Gijón, D. Bellido, J. Yanes, J. Ros, P. Calderón
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

OBJETIVOS. Estudiar las características de las interconsultas de enfermos solicitadas por los diferentes médicos del Hospital General de Ciudad Real al servicio de medicina interna durante un año.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo y retrospectivo de las interconsultas de enfermos solicitadas al servicio de medicina interna desde el 1 Enero hasta el 31 de Diciembre de 2008. Los parámetros observados son la distribución de las peticiones por meses del año y días de la semana y por servicios. También se observó el carácter urgente de las mismas.

RESULTADOS. Durante el año 2008 nuestro servicio recibió un total de 288 interconsultas con una media mensual de 24 al mes. A lo largo del año, los meses que mas peticiones se recibieron fueron los de Agosto (10,41%) y Septiembre (9,72%). Destacan Marzo, Mayo y Diciembre como meses con un alto número de solicitudes con respecto a los demás. Dentro de la semana, el día que mas peticiones se realizaron fueron los Lunes (25%). En cuanto a la distribución de las interconsultas por servicios Psiquiatría es el que más solicitudes realiza con un 15% del total. Destacar también que cirugía general con un 12.8%, urología con un 11,45% y traumatología con un 10,41% son servicios con un elevado número de solicitudes. Respecto al carácter urgente de las interconsultas, representa un del 33% del total. Su distribución por meses es difiere del de las interconsultas realizadas con carácter normal, siendo Diciembre el mes en el que el porcentaje de interconsultas urgentes es mayor. En cuanto a la distribución de estas por servicios es igual que las de carácter normal.

CONCLUSIONES. El servicio de medicina interna recibe un alto número de interconsultas al año demostrando que este es un recurso muy demandado por los médicos de nuestro hospital. Este hecho confirma también la importante labor de apoyo al resto de servicios que realizan los internistas dentro del hospital. De todos los servicios que solicitan nuestra ayuda destacan psiquiatría y especialidades quirúrgicas como cirugía general, urología y traumatología que acaparan el 49% del total de solicitudes. Es en estos casos en los que nuestra labor de apoyo se convierte casi en una necesidad, aumentando así nuestra importancia dentro del hospital. En cuanto a la distribución de las interconsultas en el tiempo, llama la atención que los meses de mayor número de peticiones sean Agosto y Septiembre, coincidiendo con el periodo vacacional. Esto refuerza la necesidad de nuestro servicio dentro del hospital ya que en periodos en los que teóricamente hay menos facultativos disponibles, nuestra actividad aumenta.

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

V-26 HIPOCALCEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y METÁSTASIS ÓSEAS DISEMINADAS

M. Sancho Zamora¹, M. Rioja Martín²

¹Equipo de Soporte Cuidados Paliativos, ²Servicio de Medicina Nuclear.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

OBJETIVOS. La hipocalcemia (HipoC), calcio iónico inferior a 4,75 mg/dl o calcio total menor de 8,7 mg/dl, es un trastorno metabólico frecuente que puede originarse por diversas causas (precipitación intra o extravascular de calcio iónico, pérdidas renales, hipoparatiroidismo, hipovitaminosis D). Cuando se considera calcio total se debe corregir éste en función de la albúmina o las proteínas totales. En la enfermedad neoplásica avanzada está relacionada con el Síndrome de lisis tumoral (hiperfosforemia que conlleva formación de compuestos calcio-fósforo que precipitan en tejidos blandos), administración de fármacos (estrógenos, bifosfonatos), deficiencia de vitamina D y la existencia de metástasis osteoblásticas en cánceres como el de próstata y mama por la incorporación masiva de calcio y fósforo a la matriz ósea. Hay varios trabajos de casos aislados e incluso series de cáncer de próstata e HipoC, pero sólo conocemos un trabajo realizados en nuestro medio que describe una incidencia del 13% (HipoC segura) al 27% (HipoC probable), en pacientes con diferente afectación metastásica ósea. Nuestro objetivo es conocer si esa incidencia es mayor cuando las MO son diseminadas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron los informes de las gammagrafías óseas realizadas entre 01/01/2000 y 31/12/2008 de pacientes con diagnóstico "patrón superscan" mediante búsqueda electrónica en la base de datos del Hospital. Se revisaron las historias clínicas de todos ellos y se seleccionaron aquellas con diagnóstico de cáncer de próstata. Se revisaron todas las determinaciones de calcio total, creatinina, FA y proteínas totales disponibles. La calcemia total se ajustó según las proteínas totales por dos fórmulas publicadas. Se consideró HipoC definitiva el calcio corregido menor de 8,7 mg/dl según las dos fórmulas seleccionadas e HC probable si sólo lo era por una de ellas. Del mismo modo, Hipercalcemia (HiperC) segura para cifras mayores de 10,3 mg/dl por las dos fórmulas y probable por una sola.

RESULTADOS. En el período analizado, 89 gammagrafías óseas fueron informadas con diagnóstico de patrón "superscan". De ellas, 37 correspondían a 32 pacientes con cáncer de próstata. En 7 pacientes (21,9%) se encontró HipoC definitiva y en 2 (6,3%) HipoC probable. HiperC definitiva fue detectada en 2 (6,3%) pacientes. No se encontró ningún paciente con ambas alteraciones. Sólo en dos casos se realizó determinación de la PTH, estando en ambos elevada. Únicamente en un paciente con HipoC se encontró una creatinina levemente elevada (2,05 mg/dl).

DISCUSIÓN. Encontramos en la muestra seleccionada una incidencia de HipoC de hasta el 28%, similar a la comunicada en la literatura médica para pacientes con carcinoma de próstata y MO (no necesariamente diseminadas). No podemos asegurar que el mecanismo fisiopatológico propuesto de la utilización del calcio plasmático por las metástasis blásticas sea el único implicado, pues al tratarse de un estudio retrospectivo carecemos de la información clínica necesaria para ello. Sin embargo, hemos podido confirmar la existencia de hiperparatiroidismo secundario en, al menos, 2 (28,5%) de los pacientes con HipoC definitiva.

CONCLUSIONES. La hipocalcemia es un trastorno metabólico frecuente en pacientes con cáncer de próstata y metástasis óseas diseminadas con captación gammagráfica en "superscan". La incidencia es similar a aquella descrita en pacientes con metástasis óseas y captación gammagráfica no necesariamente según este patrón específico.



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

V-27 ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

C. Gómez Cuervo, F. Álvarez de Miguel, B. Otero Perpiñá,

A. Moreno Fernández, J. Medina Asensio

Servicio de Medicina interna. Unidad de Pluripatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS. Describir las complicaciones microvasculares asociada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el nivel de control de su diabetes a través de la HbA1c al ingresar por un problema no relacionado con su diabetes, durante los años 2007 y 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional. Se revisaron 109 pacientes diabéticos tipo 2 que se le estudió la HbA1c al ingreso durante los años 2007-8. Se evaluaron entre otras variables, la edad y el sexo, la presencia de factores de riesgo clásico, incluyendo la microalbuminuria, el control de la diabetes mediante la Hb1Ac, y los complicaciones microvasculares presentes. El análisis estadístico descriptivo para variables cuantitativas se utiliza la media y la desviación estándar y para las variables cualitativas la frecuencia, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

RESULTADOS. Los pacientes tienen una edad media de $71 \pm 12,5$ años, siendo el 46% varones. Presentan un tiempo medio de evolución de su diabetes de $15 \pm 10,2$ años. El 46% de los pacientes presenta nefropatía. Sólo el 25% tienen microalbuminuria y existe insuficiencia renal en un 20,4%. Por otra parte un 97% de los pacientes no presentan retinopatía conocida, y ningún paciente tiene neuropatía. El pie diabético sólo lo presentaron 2 pacientes con úlceras. Los pacientes con grados de nefropatía avanzados presentan con mayor frecuencia hipertensión arterial ($p < 0,01$). No encontramos estas diferencias entre los pacientes con y sin retinopatía. Por otra parte, aunque el tamaño es pequeño, los paciente diabéticos con retinopatía tienen una HbA1c $9,23 \pm 2,33$, mientras los pacientes que no tienen retinopatía la HbA1c $7,44 \pm 1,91$ ($p < 0,01$). Asimismo, observamos que existen mayor número de pacientes con grados avanzados de nefropatía entre los que presentan una Hb1Ac superiores a 7%. (48%) que entre los que tienen mejor control glucémico (38%).

DISCUSIÓN. La nefropatía es la complicación microvascular más frecuente en la población estudiada. Esto contrasta con la literatura donde se establece que la mayoría de los pacientes con nefropatía también presentan afectación retiniana y hasta la mitad de los diabéticos de larga evolución, como nuestros pacientes, presentan neuropatía. La diferencia puede ser consecuencia de un infradiagnóstico de la retinopatía y la neuropatía en nuestra población. Es ampliamente conocido que el control glucémico influye sobre los eventos microvasculares, así, nuestros pacientes con afectación microvascular más severa presentan peor control.

CONCLUSIONES. No debemos olvidar en la valoración global del diabético un seguimiento adecuado de las complicaciones microvasculares, ya que suponen una importante carga para su calidad de vida y es posible evitarlas con un buen control de la enfermedad.

V-28 NIVEL DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 AL INGRESO EN LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA Y SU TRATAMIENTO

B. Otero Perpiñá, C. Gómez Cuervo, F. Álvarez de Miguel,

A. Moreno Fernández, J. Medina Asensio

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Pluripatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

XII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)

OBJETIVOS. Conocer el grado de control de la diabetes mellitus a través de la HbA1c al ingresar por un problema no relacionado con su diabetes y saber el tratamiento que estaba tomando en ese momento para la diabetes mellitus.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional. Se revisaron 109 pacientes diabéticos tipo 2 que se le estudió la HbA1c al ingreso durante los años 2007-8. Evaluamos la HbA1c y el tratamiento que seguían antes del ingreso. El análisis estadístico descriptivo para variables cuantitativas se utiliza la media \pm desviación estándar con su intervalo de confianza (IC) y para las variables cualitativas la frecuencia, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

RESULTADOS. Durante el año 2007-8 en la Unidad de Pluripatología del Hospital 12 de Octubre ingresaron 1496 pacientes, de los cuales 281 pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2 (18,8%) de los ingresados. Se han realizado 109 determinaciones de HbA1c de los 281 pacientes diabéticos el 38,8%. La edad media fue de $71 \pm 12,5$ (IC: 68,2-73,2) años, el 54% eran mujeres. Años de evolución $15 \pm 10,2$ (IC: 11-19) años. La glucemia basal al ingreso 168 ± 65 (IC). La HbA1c fue de $7,6 \pm 2$ (IC: 7,2-8,0). Si consideramos controlada la diabetes mellitus con valores de HbA1c $\leq 7\%$, aceptables si son $< 8\%$ y mal controlados $\geq 8\%$ el 45% estaban bien controlados, el 16% estaban con un control aceptable y el 39% mal controlados. El tratamiento que seguían fue SU solo lo están tomando el 9%, Metformina 72%, Glitazona 20%, Inh de alfa-glucosidasa 4%, Insulinoterapia basal 55%, el 45% no utilizan insulinas.

CONCLUSIONES. El 39% de los diabéticos están mal controlados, a pesar que el 50% están en tratamiento farmacológico con insulina y ADO y sólo un 5% no seguía tratamiento.

V-30 POLINEUROPATÍA SENSITIVO-MOTORA EN GAMMAPATIA MONOCLONAL

M. Molina Carranza, N. Viana, N. Silva, J. Silva, J. Alves Moura

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Coimbra. Portugal

OBJETIVOS. A propósito de este caso clínico, los autores revisan el proceso diagnóstico y las indicaciones terapéuticas del Síndrome de POEMS.

MATERIAL Y MÉTODOS. Material: Los autores presentan el caso de un varón de 49 años, raza caucasiana, previamente asintomático que en Abril 2004 comienza con dolor a nivel de la región plantar del pie izquierdo que aliviaba con AINE. Se mantuvo neurológicamente asintomático hasta Febrero/06 en que comenzó con parestesias bilaterales a nivel de las piernas. Sin mejoría clínica con prednisolona ni posteriormente con ciclos mensuales de Ig. El cuadro se agravó hasta imposibilitarle el ortostatismo sin apoyo y la marcha. En el examen físico mostraba una hiperpigmentación de la piel de las extremidades y rodillas, engrosamiento cutáneo a nivel de los dedos de las manos e hipertricose generalizada; una pérdida de fuerza grado-4 en los MS, grado-3 en los músculos de las piernas y caderas y grado-0 en los músculos de los pies más una arreflexia generalizada. Método: Recogida de información a través de consulta de libros de referencia, de las orientaciones internacionales e pesquisa bibliográfica de artículos publicados.

RESULTADOS. En los exámenes realizados destaca una trombocitosis, aumento en la VS, IgA elevada, hipotiroidismo subclínico y disminución de testosterona y aumento de las proteínas y bandas oligoclonales en el LCR. La ecografía abdominal con doppler detectó esplenomegalia, pequeña ascitis libre en el espacio hepatorenal e pequeño derrame pleural izquierdo. El EMG mostró una polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante. El IEP reveló GMSI IgA-lambda. El PET-CT presentaba una lesión hipercaptante en la asa iliaca izquierda que el TAC insinuaba como lesión esclerótica con cerca de 40 mm. El fenotipaje de médula ósea presentaba un 43% de



MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid

plasmocitos de elevado tamaño, que por la expresión de CD 19, no era subjetivo de mieloma, yendo a favor de la presencia de MGUS al igual que la inversión de la relación kapa/lambda en estas células.

DISCUSIÓN. Criterios diagnósticos y terapéutica del Síndrome de POEMS.

CONCLUSIONES. Dada las características clínicas y la evolución posterior del paciente, puede concluirse que estamos ante una enfermedad multisistémica, de evolución crónica, donde predomina el compromiso del sistema nervioso periférico de tipo desmielinizante, asociado a anomalías endocrinológicas, un aumento de Ig A, esplenomegalia e alteraciones en la piel. Por ello, el paciente reúne los cinco criterios que definen el síndrome de POEMS. El diagnóstico exige un elevado grado de sospecha, mantener presente el concepto de espectro clínico y valorización integrada de signos o síntomas originados en sistemas diversos.





MADRID

4-5 de Junio de 2009

Hotel Velada Madrid





*Sociedad de Medicina Interna
de Madrid-Castilla La Mancha*

S&H
MEDICAL
SCIENCE
CONGRESS

Secretaría Técnica

S&H Medical Science Congress

C/Esproncada, 27 1º A y Ático. 28003 Madrid

Tfno.: 91 535 71 83 - Fax: 91 181 76 16

E-mail: congresos@shmedical.es